

**UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA SOCIAL**



**Conocimientos y prácticas de riesgo en VIH/SIDA. Una  
estrategia de Cooperación en Educación para el Desarrollo  
en Nicaragua**

Doctoranda: Itahisa Pérez Pérez  
Director: Juan Agustín Morón Marchena  
Sevilla, 2013



*No abandones las ganas de hacer de tu vida  
algo extraordinario.*  
**Walt Whitman**





*Gracias a mi familia, a los que están y no están, porque de alguna manera me siguen acompañando.*

*A mi padre, mi madre y mi hermana, porque sin ellos hoy no estaría aquí ni hubiese emprendido esta aventura sevillana.*

*Gracias por su apoyo incondicional, por acompañarme en la distancia y por confiar en mí en todo momento, aún sin comprender muchas veces en qué consistía este mundo.*

*Y gracias a ti, la persona que me ha acompañado en estos últimos años y ha compartido su vida conmigo.*



## **AGRADECIMIENTOS**

En este momento, y haciendo un balance desde que llegué a Sevilla en 2005 desde Tenerife, recién Licenciada en Pedagogía, quiero agradecer a todas aquellas personas que he conocido en este camino.

Para llegar hasta aquí he tenido que saltar muchos obstáculos, luchar contra viento y marea por cumplir mi sueño y demostrar mi valía. En todo este trayecto he conocido muchas personas importantes que, de alguna manera, me han configurado como persona y, sobre todo, como profesional.

A ellas les quiero agradecer el haberlas conocido, porque de todas ellas he aprendido y soy lo que soy. Haciendo un breve recorrido cronológico:

Gracias a Antonio Camacho, por abrirme las puertas de la Universidad de Sevilla y llevarme de la mano en mi primer contacto con la ciudad. A Antonio Rojas, la persona que me transmitió la ilusión por la animación sociocultural y es mi mentor espiritual.

A Esther Prieto, que me dio la oportunidad de conocer esta casa. A Guillermo Domínguez, por la confianza que depositó en mí desde el primer momento. A Rocío Cárdenas, con la que aprendo las tareas de investigación y comparto muchos momentos.

Gracias a Fernando López, porque me instruyó en la disciplina de la investigación, la metodología y el mundo científico. A Agustín Morón, por ser mi tutor en las dos Maestrías, por haber confiado en mí como docente de la Universidad Pablo de Olavide, así como en sus proyectos de investigación y haber terminado esta fase como director de la presente Tesis Doctoral.

A Luis Amador, gracias por confiar en mí y brindarme la oportunidad de seguir trabajando en el ámbito que tanto me apasiona de la animación sociocultural.

A partir de aquí comienza un día a día con diferentes compañeros, algunos de los cuales ya no están en esta institución, mientras que otros se han ido incorporando a la misma y también quiero mencionar. Gracias a M<sup>a</sup> Victoria Pérez de Guzmán, a Nieves Martín, a Rocío Cruz, a Alfredo Castillo y Teresa Terrón, entre otros.

Mención especial para David Cobos, porque desde su incorporación he podido aprender mucho de él, tanto personal como profesionalmente, y siempre ha confiado en mí para sus proyectos.

No obstante, esta Tesis Doctoral no sería posible sin el gran grupo humano de docentes, estudiantes y administrativos de la UNAN-FAREM-Chontales, de Juigalpa (Nicaragua) y a todas aquellas personas que han participado activamente en la realización de este estudio. Mención especial también para Carmen Castrillo, mi hermana Nica, a Emilio López, Mercedes Zapata, Indiana Montoya, Carlos Matamoros, Raquel Sing, José Alberto Mora, Bertha Josefa y María Luisa Castilla.

Gracias a los compañeros de CONISIDA y las PVVS con las que pude compartir reuniones, encuentros y conversaciones que me han enriquecido como persona.

También agradecer la colaboración que he tenido, sobre todo, de Steffen Mena, de Ángela Ortega y Macarena Muñoz. Asimismo, gracias a Encarnación Reyes, gran profesional, comprometida, responsable y que sin su colaboración este trabajo no sería igual.

A mi amiga Tesalia y su familia. A mi cuñado y a las personas que me acompañan en estos últimos años y que comparten mi vida. A mis amigas por su apoyo y, por último, a mi familia, sin ellos nada sería igual.



## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>7</b>
<b>ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS.....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>29</b>
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO I. LA EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO: CLAVES PARA SU COMPRENSIÓN .....</b>	<b>41</b>
<b>1. INFLUENCIA DE LOS DESEQUILIBRIOS SOCIALES EN UN MUNDO EN DESARROLLO .....</b>	<b>45</b>
1.1. BREVE RECORRIDO POR LOS ORÍGENES DE LOS DESEQUILIBRIOS SOCIALES.....	45
1.2. CONTEXTUALIZACIÓN Y TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO.....	48
1.2.1. <i>Conceptualización del Desarrollo</i> .....	51
1.2.2. <i>Conceptos afines</i> .....	54
1.2.3. <i>Apuntes sobre el Estado de Bienestar</i> .....	58
1.2.4. <i>Concepto de desigualdad</i> .....	61
1.3. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO COMO MARCO DE LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO.....	64
1.3.1. <i>Datos de consecución del sexto ODM: El VIH/SIDA</i> .....	66
1.4. EL INFORME DE DESARROLLO HUMANO: EL CASO DE NICARAGUA .....	72
1.4.1. <i>El IDH en Nicaragua</i> .....	79
<b>2. MARCO LEGISLATIVO: LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO .....</b>	<b>95</b>
2.1. AYUDA OFICIAL PARA EL DESARROLLO: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS .....	100
2.2. COMPROMISOS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO .....	101
2.3. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA .....	104
2.3.1. <i>Actores de la Cooperación Internacional en España</i> .....	106
2.3.2. <i>La Agencia Española y Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo</i> .....	109
2.3.3. <i>La Educación para el Desarrollo como estrategia de cooperación</i> .....	112
2.3.4. <i>Marco de referencia de nuestro proyecto</i> .....	119
<b>CAPÍTULO II. PROMOCIÓN DE LA SALUD, VIH/SIDA Y ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL: CLAVES EN LA EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO .....</b>	<b>121</b>
<b>3. APROXIMACIÓN A LA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD .....</b>	<b>123</b>
3.1. ¿EDUCACIÓN PARA LA SALUD O PROMOCIÓN DE LA SALUD? .....	124
3.2. GLOSARIO DE TÉRMINOS RELACIONADOS .....	132
<b>4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL.....</b>	<b>141</b>
4.1. PARALELISMOS ENTRE EL DESARROLLO COMUNITARIO Y LA EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO.....	142
4.2. ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL Y DESARROLLO COMUNITARIO.....	146
4.3. LA COMUNIDAD COMO ENTORNO MÁS CERCANO DEL SER SOCIAL .....	148
4.4. LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COMO EJE VERTEBRADOR .....	150
4.4.1. <i>Algunas experiencias en VIH/SIDA</i> .....	152
4.5. LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	153
<b>5. ¿HABLAMOS DE VIH O SIDA?.....</b>	<b>157</b>
5.1. CONCEPTUALIZACIÓN ETIMOLÓGICA .....	157
5.2. EVOLUCIÓN DEL VIH AL SIDA.....	160
5.3. ORIGEN Y DESCUBRIMIENTO: ¿REALIDAD O FALACIA? .....	165
5.4. VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS.....	170
5.4.1. <i>Transmisión sexual</i> .....	171
5.4.2. <i>Transmisión parenteral o sanguínea</i> .....	174
5.4.3. <i>Transmisión perinatal o materno-infantil</i> .....	176
5.5. CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH-1 EN EL ADULTO .....	178

5.5.1.	<i>Clasificación de la infección por el VIH</i> .....	181
5.6.	MÉTODOS DE PROTECCIÓN.....	183
5.7.	MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS .....	186
5.8.	PRUEBAS DE SEROLOGÍA .....	191
5.8.1.	<i>Métodos directos</i> .....	193
5.8.2.	<i>Métodos indirectos</i> .....	194
5.8.3.	<i>Prueba de detección rápida</i> .....	196
5.9.	TRATAMIENTO .....	198
5.9.1.	<i>Avances recientes sobre el tratamiento y la vacuna</i> .....	201
5.10.	SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH/SIDA: AVANCE DE DATOS .....	205
5.10.1.	<i>Propuesta de actividades de ONUSIDA para prevenir el contagio</i> .....	208
5.11.	EL SIDA EN NICARAGUA .....	211
5.11.1.	<i>Datos de VIH/SIDA en SILAS-Chontales</i> .....	228
5.11.2.	<i>La Conserjería</i> .....	235
5.12.	MARCO NORMATIVO NICARAGÜENSE EN VIH/SIDA .....	240
<b>CAPÍTULO III. FAREM-CHONTALES: APRENDER EN JUIGALPA</b> .....		<b>245</b>
<b>6.</b>	<b>JUIGALPA-CHONTALES: CONTEXTO DE ESTUDIO</b> .....	<b>247</b>
6.1.	RESEÑA HISTÓRICA .....	248
6.2.	CONTEXTO GEOGRÁFICO: JUIGALPA-CHONTALES .....	248
6.3.	CARACTERÍSTICAS SOCIO-EDUCATIVAS.....	252
6.4.	LA JUVENTUD NICARAGÜENSE .....	261
6.4.1.	<i>Características</i> .....	265
6.4.2.	<i>Participación juvenil</i> .....	267
6.4.3.	<i>La sexualidad en la juventud</i> .....	272
6.4.4.	<i>Modelos de sexualidad nicaragüense</i> .....	275
<b>7.</b>	<b>ESTUDIOS AFINES SOBRE VIH/SIDA</b> .....	<b>283</b>
7.1.	CULTURA SEXUAL EN POBLACIÓN DEL CASCO URBANO DE MANAGUA, 2000 .....	286
7.2.	NICARAGUA: SITUACIÓN DEL VIH Y SU RESPUESTA A LA EPIDEMIA, 2006 .....	289
7.3.	SIDA: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE RIESGO DE ESTUDIANTES Y PROFESORES DEL CUR-CHONTALES, 2009 .....	292
7.4.	SEROPREVALENCIA EN JÓVENES NICARAGÜENSES, 2011 .....	294
7.5.	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN VIH DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DE LA MAQUILA, 2012 .....	298
7.6.	DESARROLLO COMUNITARIO Y CALIDAD DE VIDA EN JUIGALPA, 2012 .....	299
<b>8.</b>	<b>FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINAR DE CHONTALES</b> .....	<b>303</b>
8.1.	MISIÓN Y VISIÓN .....	306
8.2.	CARACTERÍSTICAS DE LA FACULTAD .....	307
8.3.	RECURSOS HUMANOS.....	309
8.4.	ALUMNADO.....	311
8.4.1.	<i>Percepción de los estudiantes</i> .....	316
<b>SEGUNDA PARTE: INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES</b> .....		<b>319</b>
<b>CAPÍTULO IV. PARADIGMAS Y METODOLOGÍAS</b> .....		<b>323</b>
<b>9.</b>	<b>LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES</b> .....	<b>325</b>
9.1.	INVESTIGACIÓN SOCIAL.....	326
9.1.1.	<i>Características de la investigación social</i> .....	330
9.1.2.	<i>Los inconvenientes de la investigación social</i> .....	335
9.1.3.	<i>Ventajas de la investigación educativa</i> .....	336
<b>10.</b>	<b>PARADIGMAS Y TEORÍAS</b> .....	<b>337</b>

10.1.	PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN .....	338
10.1.1.	<i>Teoría positivista</i> .....	342
10.1.2.	<i>Teoría interpretativa</i> .....	344
10.1.3.	<i>Teoría sociocrítica</i> .....	345
10.1.4.	<i>Ventajas de los tres paradigmas</i> .....	347
10.1.5.	<i>Inconvenientes de los paradigmas</i> .....	351
10.2.	METODOLOGÍA CUANTITATIVA.....	353
10.2.1.	<i>Características de la metodología cuantitativa</i> .....	356
10.2.2.	<i>Análisis de datos cuantitativos</i> .....	359
10.3.	METODOLOGÍA CUALITATIVA .....	360
10.3.1.	<i>Características de la metodología cualitativa</i> .....	363
10.3.2.	<i>Análisis de datos cualitativos</i> .....	367
10.3.3.	<i>El proceso de teorización</i> .....	368
10.4.	ENFOQUE CUALITATIVO VERSUS CUANTITATIVO.....	371
10.4.1.	<i>Ventajas e inconvenientes de los métodos</i> .....	375
10.5.	EL MULTIMÉTODO.....	376
10.5.1.	<i>Concepto y características</i> .....	378
10.5.2.	<i>Características del multimétodo</i> .....	379
10.5.3.	<i>Selección del método</i> .....	385
10.5.4.	<i>Estatus del método</i> .....	386
10.5.5.	<i>Objeto de investigación</i> .....	387
10.5.6.	<i>Orden temporal</i> .....	387
10.5.7.	<i>Grado de interactividad</i> .....	388
10.5.8.	<i>Ventajas e inconvenientes del multimétodo</i> .....	388
10.5.9.	<i>Organización temporal</i> .....	391
10.5.10.	<i>Coste económico</i> .....	391
10.5.11.	<i>Estrategia práctica de Morgan</i> .....	392
10.5.12.	<i>Principales características de las técnicas cualitativas y cuantitativas</i> .....	393
<b>CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN .....</b>		<b>395</b>
<b>11.</b>	<b>EL MÉTODO CIENTÍFICO Y NUESTRO DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>403</b>
11.1.	LA MUESTRA.....	404
11.1.1.	<i>Azar simple</i> .....	410
11.1.2.	<i>Azar sistemático</i> .....	410
11.1.3.	<i>Muestreo estratificado y por cuotas</i> .....	411
11.1.4.	<i>Tamaño de la muestra</i> .....	412
11.1.5.	<i>Error muestral</i> .....	413
11.2.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN .....	415
11.2.1.	<i>Análisis de contenido</i> .....	417
11.2.2.	<i>El cuestionario</i> .....	418
11.2.3.	<i>El grupo de discusión</i> .....	426
11.2.3.1.	<i>Ventajas e inconvenientes</i> .....	430
11.2.4.	<i>La Entrevista</i> .....	431
11.2.4.1.	<i>Ventajas y limitaciones</i> .....	435
11.3.	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL.....	435
11.3.1.	<i>Validez de la investigación</i> .....	436
11.3.1.1.	<i>Tipos de validez</i> .....	439
11.3.2.	<i>Confiabilidad del estudio</i> .....	442
11.3.2.1.	<i>Modelo Alfa de Cronbach</i> .....	445
11.3.2.2.	<i>Fiabilidad de los documentos escritos</i> .....	447
<b>CAPÍTULO VI. SELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA.....</b>		<b>449</b>
<b>12.</b>	<b>PRESUPUESTOS BÁSICOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>451</b>
<b>13.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>453</b>

<b>14. DECLARACIÓN DE OBJETIVOS .....</b>	<b>455</b>
<b>15. SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....</b>	<b>457</b>
15.1. VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS .....	459
15.2. CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....	462
<b>16. VARIABLES DE ESTUDIO .....</b>	<b>471</b>
16.1. VARIABLES DE NUESTRA INVESTIGACIÓN .....	471
<b>17. NUESTRO CUESTIONARIO .....</b>	<b>473</b>
17.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	476
17.2. DISEÑO DEL INSTRUMENTO .....	478
17.3. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO .....	486
<b>18. LA ENTREVISTA Y EL GRUPO DE DISCUSIÓN .....</b>	<b>489</b>
18.1. DISEÑO DE LAS ENTREVISTAS.....	491
18.2. DISEÑO DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	492
18.3. TRANSCRIPCIÓN Y CATEGORIZACIÓN CUALITATIVA.....	495
18.4. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS CUALITATIVOS .....	497
18.4.1. <i>Análisis de los datos con Atlas.ti.....</i>	<i>498</i>
18.4.2. <i>Equipo de investigación (codificadores).....</i>	<i>503</i>
18.4.3. <i>Procedimiento de análisis cualitativo en Atlas.ti.....</i>	<i>503</i>
<b>TERCERA PARTE: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>505</b>
<b>CAPÍTULO VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CUANTITATIVO .....</b>	<b>505</b>
<b>19. ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....</b>	<b>507</b>
<b>20. ANÁLISIS DEL COEFICIENTE DE CONTINGENCIA .....</b>	<b>533</b>
20.1. EN FUNCIÓN DEL SEXO .....	533
20.2. EN FUNCIÓN DE LA EDAD .....	543
20.3. EN FUNCIÓN DE LOS ESTUDIOS TERMINADOS .....	551
20.4. EN FUNCIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL.....	565
<b>CAPÍTULO VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CUALITATIVO .....</b>	<b>583</b>
<b>21. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....</b>	<b>585</b>
21.1. PROBLEMÁTICA VIH-SIDA .....	585
21.2. PROCEDENCIA, PROBLEMÁTICA Y FACTORES IMPLICADOS EN LA PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN LOS JÓVENES EN MATERIA DE EDUCACIÓN SEXUAL, ETS Y EN ESPECIAL VIH-SIDA .....	594
21.3. EL MACHISMO COMO SESGO CULTURAL/FAMILIAR/SOCIAL EN CHONTALES .....	600
21.4. DATOS Y ESTADÍSTICAS NACIONALES FIELES A LA REALIDAD O SUBREGISTRO .....	607
21.5. EDAD DE INICIO EN LAS RELACIONES SEXUALES. DIFERENCIACIÓN DE GÉNERO .....	608
21.6. FRECUENCIA EN LAS RELACIONES SEXUALES (RELACIONES SEXUALES ESPORÁDICAS Y/O FRECUENTES) Y MANTENIMIENTO EN EL TIEMPO DE LA PAREJA (PAREJA ESTABLE/ESPORÁDICA) .....	612
21.7. EMBARAZOS NO DESEADOS Y SU PROBLEMÁTICA .....	616
21.8. MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN DE ENFERMEDADES Y DE EMBARAZOS NO DESEADOS. DIFERENCIACIÓN ENTRE CONCEPTOS 620	620
21.9. MANTENIMIENTO Y REITERACIÓN DE RELACIONES SEXUALES DE RIESGO.....	625
21.10. DIFERENCIAS EDUCATIVAS ENTRE EL PUEBLO Y LA CIUDAD SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL (ETS-SIDA-VIH, ETC.).....	630
21.11. PREJUICIOS SOBRE PERSONAS CON VIH-SIDA. SESGO CULTURAL, DESINFORMACIÓN, FOBIA AL CONTAGIO .....	632
21.12. PROPUESTAS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL CONTAGIO DEL VIH-SIDA .....	637
21.13. LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD COMO ASIGNATURA EN EL PLAN DE ESTUDIOS. IMPORTANCIA DE SU MANTENIMIENTO EN EL TIEMPO .....	646
<b>CUARTA PARTE: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....</b>	<b>651</b>



<b>CAPÍTULO IX_ CONCLUSIONES</b> .....	<b>651</b>
<b>22. PERFIL DEL ALUMNADO DE LA FAREM-CHONTALES</b> .....	<b>653</b>
22.1. PERFIL DE LA JUVENTUD CHONTALEÑA.....	664
22.2. BLOQUES DE ANÁLISIS.....	669
<b>23. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO</b> .....	<b>672</b>
23.1. CONCLUSIONES ANÁLISIS CUANTITATIVO DESCRIPTIVO.....	675
23.2. CONCLUSIONES ANÁLISIS CUANTITATIVO INFERENCIAL.....	680
23.3. CONCLUSIONES ANÁLISIS CUALITATIVO.....	684
23.4. CONCLUSIONES FINALES.....	686
<b>CAPÍTULO X_ PROPUESTAS</b> .....	<b>697</b>
<b>24. PROPUESTAS DE MEJORA Y FUTURAS LÍNEAS</b> .....	<b>699</b>
<b>QUINTA PARTE: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>707</b>
<b>25. LIBROS, ARTÍCULOS Y CAPÍTULOS DE LIBROS</b> .....	<b>709</b>
<b>26. WEBGRAFÍA</b> .....	<b>753</b>
<b>27. OTROS DOCUMENTOS</b> .....	<b>770</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Relación Desarrollo-Subdesarrollo-Maldesarrollo.....	56
Gráfico 2. Las tres dimensiones y los cuatro indicadores del IDH.....	75
Gráfico 3. Tendencias del IDH Nicaragua desde 1980 a la actualidad.....	84
Gráfico 4. Índice de Oportunidades Humanas para ALC 2010.....	92
Gráfico 5. Algoritmo diagnóstico en la infección aguda por VIH.....	189
Gráfico 6. Embarazadas con VIH detectadas. Nicaragua semestre 2010.....	223
Gráfico 7. Prevalencia VIH-SIDA (tasa país: 67=100,000h). Nicaragua semestre 2010.....	223
Gráfico 8. Nuevos casos VIH según sexo. Nicaragua semestre 2010.....	224
Gráfico 9. Nuevos casos VIH según grupo de edad. Nicaragua semestre 2010.....	224
Gráfico 10. Nuevos casos VIH según grupo de edad y sexo. Nicaragua semestre 2010.....	225
Gráfico 11. Nuevos casos VIH según condición de debut. Nicaragua semestre 2010.....	225
Gráfico 12. Nuevos casos VIH según preferencia sexual. Nicaragua semestre 2010.....	226
Gráfico 13. Nuevos casos VIH según ocupación. Nicaragua semestre 2010.....	226
Gráfico 14. Captación Centros Alternativos. Nicaragua semestre 2010.....	227
Gráfico 15. Personas con Tratamiento Anti retroviral. Nicaragua semestre 2010.....	227
Gráfico 16. Personas en TARV por Grupos Etéreos. Nicaragua semestre 2010.....	228
Gráfico 17. Grupo etéreo afectado en el nonestre 2009-2010.....	229
Gráfico 18. Comportamiento por sexo. Enero-septiembre 2009-2010.....	230
Gráfico 19. Municipios donde se reportan VIH/SIDA. Enero-septiembre 2009-2010.....	230
Gráfico 20. Condición de PVVS. Enero-septiembre 2010.....	231
Gráfico 21. Comportamiento de los casos del VIH/SIDA por género.....	231
Gráfico 22. Desarrollo metodológico de investigación.....	322
Gráfico 23. El proceso de teorización.....	368
Gráfico 24. Procedimiento analítico.....	369
Gráfico 25. Elección de la muestra.....	409
Gráfico 26. Fases de la elaboración del cuestionario.....	478

Gráfico 27. Sexo .....	507
Gráfico 28. Edad .....	508
Gráfico 29. Nivel de estudios.....	509
Gráfico 30. Orientación sexual .....	510
Gráfico 31. Carrera que cursa en la actualidad .....	511
Gráfico 32. Hábitos sexuales .....	512
Gráfico 33. ¿Utiliza algún método o métodos anticonceptivos habitualmente?.....	513
Gráfico 34. En caso afirmativo, ¿Qué tipo de método o métodos?.....	514
Gráfico 35. Valore su nivel de conocimiento sobre el SIDA.....	515
Gráfico 36. ¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA? .....	516
Gráfico 37. ¿Cree que toda persona con VIH tiene SIDA? .....	516
Gráfico 38. ¿Cree que una persona con SIDA se puede curar? .....	517
Gráfico 39. ¿Sabe cuáles son las Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes? .....	517
Gráfico 40. Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, indique algunas de ellas .....	518
Gráfico 41. ¿Conviviría con una persona que tuviera SIDA?.....	519
Gráfico 42. ¿Aceptaría en su lugar de trabajo o estudio a una persona con SIDA? .....	519
Gráfico 43. Si su pareja tuviera SIDA, ¿seguiría manteniendo relaciones sexuales con ella? .....	521
Gráfico 44. ¿Seguiría manteniendo relaciones de amistad con una persona que tuviera SIDA?.....	521
Gráfico 45. Según su información, la enfermedad se transmite a través de... ..	523
Gráfico 46. En su opinión, al VIH sólo están expuestos .....	523
Gráfico 47. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, no beber del mismo vaso que un enfermo sería un medio para evitar la infección.....	524
Gráfico 48. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, usar jeringuillas desechables sería un medio para evitar la infección .....	525
Gráfico 49. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, tener una pareja estable sería un medio para evitar la infección .....	525
Gráfico 50. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, no realizar coito sin protección sería un medio para evitar la infección .....	526
Gráfico 51. ¿Cree que existe alguna vacuna para prevenir el SIDA? .....	526
Gráfico 52. En su opinión, el SIDA.....	527
Gráfico 53. ¿Cree que alguna vez se ha expuesto al VIH? .....	528
Gráfico 54. ¿Se ha hecho alguna vez un test de VIH?.....	529
Gráfico 55. ¿Ha recibido algún tipo de formación/información específica sobre SIDA? .....	529
Gráfico 56. En caso afirmativo, esta formación/información proviene de... ..	530
Gráfico 57. ¿Sabe dónde puede encontrar información sobre VIH/SIDA? .....	531
Gráfico 58. ¿Cree que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA? .....	532
Gráfico 59. ¿Considera que para evitar actitudes de rechazo una solución sería implantar educación para la salud en las escuelas y Universidades?.....	532

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos de la Investigación .....	39
Tabla 2. Tendencias alcanzadas en 2012.....	69
Tabla 3. Evolución de consecución de las metas .....	70
Tabla 4. Más de 40 países del Sur tuvieron mejoras del IDH entre 1990 y 2012 .....	76
Tabla 5. IDH y componentes por regiones y agrupaciones. 2012.....	78
Tabla 6. Datos desiguales de Países de América Latina. 2010 .....	80
Tabla 7. Tendencias de Nicaragua desde 1980 hasta 2011 .....	82

Tabla 8. Tendencias del Índice de Desarrollo Humano, 1980-2012.....	83
Tabla 9. Evolución IDH desde 1980 a 2012: Nicaragua.....	84
Tabla 10. Índice de Desarrollo Humano y sus componentes. 2013 .....	86
Tabla 11. Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad .....	87
Tabla 12. Índice de Desigualdad de Género .....	89
Tabla 13. Salud .....	90
Tabla 14. Educación .....	91
Tabla 15. Tendencias de Nicaragua desde 1980 hasta 2010 .....	93
Tabla 16. Marco normativo de la Educación para el Desarrollo en la Estrategia.....	113
Tabla 17. Cinco áreas prioritarias de la dimensión comunitaria .....	128
Tabla 18. Tres ámbitos concretos de EpS .....	130
Tabla 19. Tipos de intervención según modalidades.....	130
Tabla 20. Estrategias para la promoción de la salud y sus áreas prioritarias.....	131
Tabla 21. Las cinco prioridades de la Declaración de Yakarta .....	132
Tabla 22. Las 20 infecciones oportunistas más comunes .....	164
Tabla 23. Cinco tipos de enfermedades oportunistas .....	165
Tabla 24. Factores que influyen en la rapidez de progresión de la enfermedad por el VIH-1 .....	180
Tabla 25. Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición del SIDA para adultos y adolescentes mayores de 13 años (CDC 1993).....	181
Tabla 26. Enfermedades relacionadas con la infección VIH o cuyo manejo y tratamiento pueden complicarse debido a la presencia de ésta (CDC 1993) .....	181
Tabla 27. Situaciones clínicas diagnósticas de SIDA en el adulto (CDC 1993) .....	182
Tabla 28. ETS a las que se puede estar expuesto en función de las prácticas sexuales de riesgo .....	184
Tabla 29. Técnicas de laboratorio para diagnóstico de VIH.....	193
Tabla 30. Nicaragua y su entorno en comparación con España .....	212
Tabla 31. Casos VIH, Sida y fallecidos. Nicaragua 1987-2010 .....	222
Tabla 32. Embarazadas con VIH detectadas. Nicaragua semestre 2010 .....	222
Tabla 33. Nº Casos del VIH/SIDA por grupo etáreo 2007-2011 .....	232
Tabla 34. Condición médica de los casos del VIH/SIDA 2007-2011 .....	232
Tabla 35. Base de datos de los casos de PVVS en Chontales, enero 2012. ....	234
Tabla 36. Comarcas de Juigalpa y su extensión territorial.....	251
Tabla 37. Zonas y Barrios del casco urbano de Juigalpa. ....	251
Tabla 38. Población de Juigalpa por grupo de edad y sexo. ....	253
Tabla 39. Población de 10 años y más por Actividad y Sexo.....	254
Tabla 40. Personal de enfermería por perfil. Año 2013.....	258
Tabla 41. Personal de enfermería por edad y municipios .....	259
Tabla 42. Red de Servicio del Municipio del C/S Juigalpa. ....	259
Tabla 43. Alumnado por turno y género, primer semestre 2012. ....	308
Tabla 44. Total docentes FAREM-Chontales.....	309
Tabla 45. Docentes del Departamento de Tecnología y Salud .....	310
Tabla 46. Docentes del Departamento de CC Económicas y Administrativas.....	310
Tabla 47. Docentes del Departamento de CC de la Educación y Humanidades .....	311
Tabla 48. Número de estudiantes en 2010/2011 .....	313
Tabla 49. Carreras y turnos según sexo masculino.....	314
Tabla 50. Carreras y turnos según sexo femenino.....	315
Tabla 51. Metodología de investigación.....	321
Tabla 52. Fases de la investigación en educación.....	328
Tabla 53. Paradigmas en Ciencias Sociales.....	339
Tabla 54. Paradigmas de investigación.....	341
Tabla 55. Principales características cuantitativas .....	357

Tabla 56. Ventajas e inconvenientes .....	358
Tabla 57. Análisis de datos cualitativos .....	368
Tabla 58. Enfoque cualitativo/cuantitativo .....	372
Tabla 59. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa .....	374
Tabla 60. Ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos vs. cualitativos .....	375
Tabla 61. Complementariedad de enfoques .....	376
Tabla 62. Componentes del diseño multimétodo .....	379
Tabla 63. Fortalezas y debilidades de las investigaciones mixtas .....	389
Tabla 64. Características de las técnicas cualitativas y las técnicas cuantitativas de investigación ....	393
Tabla 65. Características de las técnicas cualitativas y las técnicas cuantitativas de investigación ....	394
Tabla 66. Criterios regulativos y metodológicos de investigación .....	398
Tabla 67. Tipología de muestreo .....	407
Tabla 68. Tabla para la determinación de una muestra sacada de una población finita, para márgenes de error del 1, 2, 3, 4, y 5 por 100, en la hipótesis de $p = 50\%$ .....	413
Tabla 69. Alfa de Cronbach de nuestra investigación .....	465
Tabla 70. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento .....	466
Tabla 71. Análisis según método dos mitades .....	468
Tabla 72. Método de Guttman .....	469
Tabla 73. Variables de la investigación .....	472
Tabla 74. Variables y valores del cuestionario .....	474
Tabla 75. Preguntas para informantes claves .....	491
Tabla 76. Grupo de discusión turno matutino .....	493
Tabla 77. Grupo de discusión turno encuentro .....	493
Tabla 78. Guión para los grupos de discusión .....	494
Tabla 79. Códigos de análisis .....	501
Tabla 80. Sexo .....	507
Tabla 81. Edad .....	508
Tabla 82. Nivel de estudios terminados .....	509
Tabla 83. Orientación sexual .....	510
Tabla 84. Tabla de contingencia entre orientación sexual y estudios actuales .....	534
Tabla 85. Tabla de contingencia entre sexo y hábitos sexuales actuales .....	536
Tabla 86. Tabla de contingencia entre sexo y métodos anticonceptivos actuales .....	537
Tabla 87. Tabla de contingencia entre sexo y tipos de métodos que utiliza frecuentemente .....	538
Tabla 88. Tabla de contingencia entre sexo e infecciones de transmisión sexual más frecuentes .....	539
Tabla 89. Tabla de contingencia entre sexo y relaciones sexuales con pareja enferma de SIDA .....	541
Tabla 90. Tabla de contingencia entre sexo y riesgo de exposición al contagio de VIH .....	542
Tabla 91. Tabla de contingencia entre edad y estudios terminados .....	543
Tabla 92. Tabla de contingencia entre edad y hábitos sexuales actuales .....	545
Tabla 93. Tabla de contingencia entre edad y métodos anticonceptivos actuales .....	546
Tabla 94. Tabla de contingencia entre edad y métodos anticonceptivos que utiliza frecuentemente .....	547
Tabla 95. Tabla de contingencia entre edad y nivel conocimiento del SIDA .....	548
Tabla 96. Tabla de contingencia entre edad y trabajo / estudio con personas enfermas de SIDA .....	549
Tabla 97. Tabla de contingencia entre edad y prueba de diagnóstico de VIH/SIDA .....	551
Tabla 98. Tabla de contingencia entre estudios terminados y edad .....	552
Tabla 99. Tabla de contingencia entre estudios terminados y hábitos sexuales actuales .....	553
Tabla 100. Tabla de contingencia entre estudios terminados y métodos anticonceptivos actuales .....	554
Tabla 101. Tabla de contingencia entre estudios terminados y nivel de conocimiento SIDA .....	555
Tabla 102. Tabla de contingencia entre estudios terminados y relación de amistad con persona enferma de SIDA .....	557

Tabla 103. Tabla de contingencia entre estudios terminados y medios de transmisión /contagio de SIDA.....	558
Tabla 104. Tabla de contingencia entre estudios terminados y personas expuestas al VIH .....	559
Tabla 105. Tabla de contingencia entre estudios terminados y no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio.....	561
Tabla 106. Tabla de contingencia entre estudios terminados y vacuna SIDA.....	562
Tabla 107. Tabla de contingencia entre estudios terminados y opinión SIDA.....	563
Tabla 108. Tabla de contingencia entre estudios terminados y riesgo de exposición al contagio de VIH .....	564
Tabla 109. Tabla de contingencia entre orientación sexual y hábitos sexuales actuales .....	565
Tabla 110. Tabla de contingencia entre orientación sexual e infecciones de transmisión sexual más frecuentes .....	567
Tabla 111. Tabla de contingencia entre orientación sexual y trabajo/estudios con personas enfermas de SIDA.....	568
Tabla 112. Tabla de contingencia entre orientación sexual y medios de transmisión/contagio de SIDA .....	569
Tabla 113. Tabla de contingencia entre orientación sexual y no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio.....	570
Tabla 114. Tabla de contingencia entre orientación sexual y usar jeringuillas desechables como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA .....	571
Tabla 115. Tabla de contingencia entre orientación sexual y no realizar el coito sin protección como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA .....	573
Tabla 116. Tabla de contingencia entre orientación sexual y vacuna SIDA .....	574
Tabla 117. Tabla de contingencia entre orientación sexual y opinión sobre el SIDA.....	575
Tabla 118. Tabla de contingencia entre orientación sexual y riesgo de exposición al contagio de VIH .....	576
Tabla 119. Tabla de contingencia entre orientación sexual y prueba de diagnóstico VIH/SIDA.....	577
Tabla 120. Tabla de contingencia entre orientación sexual y formación/información VIH/SIDA .....	578
Tabla 121. Tabla de contingencia entre orientación sexual y lugares de información sobre VIH/SIDA .....	579
Tabla 122. Tabla de contingencia entre orientación sexual y rechazo hacia personas enfermas de SIDA .....	580
Tabla 123. Códigos de análisis de “Problemática VIH-SIDA” .....	585
Tabla 124. Recuento de códigos por textos analizados.....	587
Tabla 125. Especificación códigos sobre el tipo de información en VIH .....	594
Tabla 126. Especificación códigos machismo .....	600
Tabla 127. Códigos sobre las cifras del VIH .....	607
Tabla 128. Iniciación de las relaciones sexuales .....	608
Tabla 129. Códigos de “Frecuencia relaciones sexuales” .....	612
Tabla 130. Especificación de códigos sobre embarazos no deseados .....	616
Tabla 131. Métodos anticonceptivos .....	620
Tabla 132. Códigos para “Prácticas sexuales de riesgo” .....	625
Tabla 133. Códigos para “diferencias ámbito rural/ urbanos” .....	630
Tabla 134. Especificación códigos sobre prejuicios a personas con VIH/SIDA.....	633
Tabla 135. Códigos creados para analizar propuestas de prevención del VIH.....	637
Tabla 136. Códigos Educación para la salud Universidad .....	646
Tabla 137. Perfil del estudiante de la FAREM-Chontales.....	654
Tabla 138. Perfil del estudiante según sexo .....	657
Tabla 139. Perfil del estudiante según edad .....	658
Tabla 140. Perfil del estudiante según nivel de estudios.....	660

Tabla 141. Perfil del estudiante según orientación sexual .....663

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Proceso de aprendizaje en EpD .....	143
Imagen 2. Personas que viven con el VIH (1990-2010) .....	206
Imagen 3. Nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el SIDA (1990-2010) .....	207
Imagen 4. Asignación del marco de inversiones en 2015 .....	209
Imagen 5. Esquema de facilitadores críticos y actividades .....	210
Imagen 6. Comportamiento VIH en adolescente desde 2000 a 2009 .....	218
Imagen 7. Notificaciones acumuladas de casos de VIH/SIDA según SILAIS 1987-2005 .....	219
Imagen 8. Nº de casos de SIDA por 100.000 habitantes. 1987-2004 .....	220
Imagen 9. Nº de casos notificados de VIH/SIDA según edad y sexo. 1987-1999 .....	220
Imagen 10. Flujograma de notificación de VIH/SIDA. Nicaragua, 2005 .....	221
Imagen 11. Mapa de Nicaragua.....	249
Imagen 12. Panorámica general de Juigalpa .....	250
Imagen 13. Zonas del casco urbano de Juigalpa .....	252
Imagen 14. Servicios del casco urbano de Juigalpa .....	252
Imagen 15. Sede de SILAIS-Chontales en Juigalpa, 2012 .....	257
Imagen 16. Monumento a Sandino, en Juigalpa, 2012.....	303
Imagen 17. Sede de la UNAN-MANAGUA-Farem Chontales .....	304
Imagen 18. Observatorio de calidad de vida, desarrollo y educación para la salud .....	312
Imagen 19. Tipos de investigación social.....	331
Imagen 20. Comparativa cuantitativo-cualitativo .....	364
Imagen 21. Alfa de Cronbach estandarizado .....	464
Imagen 22. Captura de pantalla del procesamiento cualitativo de los datos mediante Atlas.ti .....	504
Imagen 23. Recuento codificación PVSICS.....	587
Imagen 24. Frecuencia código PVSSNL.....	590
Imagen 25. Frecuencia etiquetado código PVSIE .....	592
Imagen 26. Frecuencia etiquetado código PVSIE .....	594
Imagen 27. Frecuencia etiquetado .....	600
Imagen 28. Frecuencia etiquetado código MEXS .....	603
Imagen 29. Frecuencia etiquetado código MEXF .....	605
Imagen 30. Frecuencia etiquetado código MEXC.....	607
Imagen 31. Frecuencia etiquetado códigos CCSSES y CCSFR.....	608
Imagen 32. Frecuencia etiquetado códigos IRSTA, IRSTE, IRSTEC .....	612
Imagen 33. Frecuencia etiquetado códigos “Frecuencia relaciones sexuales” .....	615
Imagen 34. Frecuencia etiquetado códigos EDPS y EDPE.....	620
Imagen 35. Frecuencia etiquetado códigos EPRIFE y EPRIPS .....	620
Imagen 36. Frecuencia etiquetado códigos ABPM y AEPDD .....	624
Imagen 37. Frecuencia etiquetado códigos “Prácticas Sexuales de Riesgo” .....	629
Imagen 38. Frecuencia etiquetado códigos DPRU y DPUR .....	632
Imagen 39. Frecuencia etiquetado código RSD .....	636
Imagen 40. Frecuencia etiquetado código RSINC.....	636
Imagen 41. Frecuencia etiquetado código RSIH .....	636
Imagen 42. Frecuencia etiquetado código RSIR .....	637
Imagen 43. Frecuencia etiquetado código PELGI .....	644
Imagen 44. Frecuencia etiquetado código EIEF.....	644
Imagen 45. Frecuencia etiquetado código F.....	645

Imagen 46. Frecuencia etiquetado código EDMCM .....	645
Imagen 47. Frecuencia etiquetado código PLPEC.....	645
Imagen 48. Frecuencia etiquetado código EEIG .....	645
Imagen 49. Frecuencia etiquetado código EFISU .....	649
Imagen 50. Frecuencia etiquetado código EISSI .....	649
Imagen 51. Perfil juventud chontaleña .....	667
Imagen 52. Bloques de análisis en los perfiles .....	671
Imagen 53. La máquina de la escuela.....	693





# **ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**



AACID: Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo	EIA: electroinmunoanálisis
AAEEC: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación	ELISA: Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas.
Ac-VIH: Anticuerpos específicos del VIH	EMM: Enfoque multimétodo
ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	ENDESA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ADVP: Adicto/adicción a drogas por vía parenteral	EpD: Educación para el Desarrollo
AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	EpS: Educación para la Salud
ALC: América Latina y el Caribe	ESAF: Equipo de Salud de Familiar y Comunitario
AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo	ETS: Enfermedad de transmisión sexual
ARN/ RNA: Ácido ribonucleico	FAREM: Facultad Regional Multidisciplinar
ART: Terapia Antirretroviral	FIDA: Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
ARV: Medicamentos Antirretrovirales	FM: Fondo Mundial
ASAP: AIDS Strategy & Action Plan	FMI: Fondo Monetario Internacional
ASC: Animación Sociocultural	FMSTM: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
ASONVIHSIDA: Asociación Nicaragüense de Personas Viviendo con Sida	FNDUC: Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Capitalización
ATB: Antibióticos	FNUD: Fondo de las Naciones Unidas para la Colaboración Internacional
BM: Banco Mundial	FNUAP: Fondo de Población de las Naciones Unidas
CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo	FNUD: Fondo de las Naciones Unidas para la Democracia
CAES: Casas de acogida para enfermos de SIDA	FSLN: Frente Sandinista de Liberación Nacional
CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Ga., EEUU)	GAEI: Grupo Andaluz para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas
CENIDH: Centro Nicaragüense de los Derechos Humanos	GEDUPO: Grupo de Educación de la Universidad Pablo de Olavide
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe	GESIDA: Grupo de Estudio del SIDA
CEPRESI: Centro para Educación y Prevención del Sida	HIV: Human Immunodeficiency Virus
CI: Cooperación Internacional	HSH: Hombres que tienen Sexo con Hombres
CIES-UNAN: Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua	IAEG: Grupo InterAgencial y Expertos en Indicadores ODM
CNDR: Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia de Nicaragua	ICAS: Instituto Centroamericano de la Salud
CNUCYD: Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo	IDH: Índice de Desarrollo Humano.
CONADEH: Comisionado Nacional de Derechos Humanos	IEC: Información, Educación y Capacitación
CONISIDA: Comisión Nicaragüense de VIH/SIDA	IFI: Inmunofluorescencia indirecta
COPAMA: Comisión de Padres y Madres de Familia	IgA: Inmunoglobulina A
CUR: Centro Universitario Regional	IgG: Inmunoglobulina G
DC: Desarrollo Comunitario	IgM: Inmunoglobulina M
DEP: Documentos de Estrategia País	INAP: Instituto Nicaragüense de Administración Pública
	INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INIDE: Instituto Nicaragüense de Información de Desarrollo	PAI: Plan Andaluz de Investigación
INH: Isoniacida	PASCA: Proyecto Acción SIDA para Centroamérica
INSS: Instituto Nacional de Seguridad Social	PCR: Reacción en cadena de la polimerasa
IO: Infecciones oportunistas	PDDH: Procuraduría de los Derechos Humanos
IOH: Índice de Oportunidad Humana	PEN: Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/SIDA, 2011-2015
ISDE: Instituto superior de Economía Cubana	PES: Promoción y Educación para la Salud
ISTAS: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud	PIB: Producto Interior Bruto
ITC: Centro de Comercio Internacional	PMA: Programa Mundial de Alimentos
ITS: Infección de transmisión sexual	PNUAH: Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
HDR: Informe de Desarrollo Humano	PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
LCSHD: Departamento de Desarrollo Humano para Latinoamérica y el Caribe	PNUMA: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
LIA: Inmunoensayo lineal	POLISAL: Instituto Politécnico de la Salud
MECD: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte	PVVS: Persona Viviendo con el Virus del Sida
MEPSYD: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte	PTMI: Prevención de la transmisión materno infantil
MERG: Grupo de Referencia en Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA	RAAN: Región Autónoma del Atlántico Norte
MINED: Ministerio de Educación	RAAS: Región Autónoma del Atlántico Sur
MINSA: Ministerio de Salud	RIPA: radioinmunoprecipitación
MITRAB: Ministerio del Trabajo	RNDDL: Red Nicaragüense por la Democracia y el Desarrollo Local
MOSAFC: Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario	SAT: Sistema de Alerta Temprana
MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo	SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
MSM: Mujeres que tienen sexo con mujeres	SIDALAC: Iniciativa Regional sobre VIH/SIDA para Latinoamérica y el Caribe
NNUU: Naciones Unidas	SILAIS: Sistema Local de Atención Integral en Salud
OCAVI: Observatorio Centroamericano sobre Violencia	SK: Sarcoma de Capios
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	SNC: Sistema Nervioso Central
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio	SNP: Sistema nervioso periférico
OIT: Organización Internacional del Trabajo	SRA: Síndrome antirretroviral agudo
OMS: Organización Mundial de la Salud	SRI: Síndrome de reconstitución inmune
ONG: Organización no Gubernamental	STD: Sexually Transmitted Disease (Transmisión de Enfermedad Sexual)
ONGD: Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo	STI: Interrupción estructurada del tratamiento
ONU: Organización de las Naciones Unidas	TAR: Tratamiento Antirretroviral
ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA	TARV: Terapia Antirretroviral
OPS: Organización Panamericana de la Salud	TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad
PACI: Planes Anuales de Cooperación Internacional	TB: Tuberculosis
PAE: Planes de Actuación Especial	TCS: Trabajadores Comerciales de Sexo
PAHO: Pan-American Health Organization	TS: Trabajadoras/es sexuales

TV: Transmisión vertical	UPO: Universidad Pablo de Olavide
UDI: Usuarios de Drogas Intravenosas	USAID: Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA)	USAID/PASCA: Programa para fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
UNAN-Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua	VIH: Virus de inmunodeficiencia humana
UNCDF: Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de Capital	VIS: Virus de Inmunodeficiencia de los Simios (también llamado SIV)
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas	VHA: Virus de la hepatitis A
UNGASS: United Nations General Assembly Special Session –Sesión Especial sobre el VIH/SIDA de la Asamblea General de Naciones Unidas-	VHB: Virus de la hepatitis B
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	VHC: Virus de la hepatitis C
UNIFEM: Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer	VHS: Virus herpes simple
UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito	VIH: Virus de la Inmunodeficiencia humana
UNRWA: Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano-Oriente	VIH-1: Virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1
UNV: Voluntarios de las Naciones Unidas	VIH-2: Virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2
	VO: vía oral
	VPH: Virus del papiloma humano
	WB: Western Blot
	WBIHD: Instituto del Banco Mundial División de Desarrollo Humano



### **Nota aclaratoria**

En el presente proyecto de investigación no hacemos distinción en cuanto a la perspectiva de género acogiéndonos a la recomendación de la Real Academia de la Lengua Española de utilizar el masculino como genérico, representando así a ambos géneros y sin ningún tipo de discriminación.





# INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

*Allá donde terminan los servicios y las facilidades  
asociadas normalmente a una ciudad moderna,  
viven millones de seres humanos  
al margen de las sociedades dominantes*

**Lomnitz Larissa**



Cuando hablamos de educación para el desarrollo nos vienen, inevitablemente, palabras claves como son el bienestar, los desequilibrios, las desigualdades sociales, ricos y pobres, diferencias, status, valores, sensibilización, justicia social, proceso y cultura, entre otros. Todos estos aspectos conforman las características fundamentales del Desarrollo y la Educación, eje central de la Tesis Doctoral que presentamos.

Definir Educación para el Desarrollo (EpD) nos sumerge en un apasionante debate político-cultural-educativo, con fuerte influencia de los movimientos sociales. Si partimos de su significado como construcción conceptual, debemos señalar que nace en Europa y existe desde hace varios años. En estos años ha dado sentido a las acciones de las ONG y está indisolublemente unida a la evolución de las teorías y prácticas del desarrollo.

En líneas generales, y teniendo en cuenta que en la primera parte del marco teórico vamos a abordar ampliamente el origen del desarrollo, sus teorías así como el concepto de la EpD, podemos avanzar que se entiende como *“el proceso educativo (formal, no formal e informal) constante encaminado a promover una ciudadanía global, a través de conocimientos, actitudes y valores capaces de generar una cultura de la solidaridad comprometida en la lucha contra la pobreza y la exclusión así como con la promoción del desarrollo humano y sostenible”* (Estrategia de Educación para el Desarrollo de la Cooperación Española, 2007: 3).

Antes de adentrarnos en el estado de la cuestión, debemos tener en cuenta que para conocer nuestro contexto y saber dónde queremos llegar hay que indagar en los orígenes que nos han llevado a la situación en la que nos encontramos. En este sentido, la primera parte de este trabajo hace un recorrido por los orígenes de los desequilibrios sociales, el contexto, teorías y concepto de Desarrollo, porque nuestra investigación e intervención futura va a depender del enfoque del que partamos. También es importante clarificar qué entendemos por Estado de Bienestar, ese tan ansiado nivel de desarrollo al que pretendemos llegar y, como eje transversal, conceptualizar las desigualdades.

Nuestro propósito, sin embargo, no es quedarnos en una visión teórica de los conceptos y fundamentos sino que contextualizamos nuestro objeto de estudio

desde lo más general hasta llegar a lo particular, desde una visión inter y multidisciplinaria.

Tras ese recorrido por los orígenes de los desequilibrios sociales plasmaremos la situación de América Latina con respecto al VIH/SIDA centrándonos en los últimos Informes de Desarrollo Humano, resaltando los datos significativos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) en Nicaragua, contexto en el cual se desarrolla nuestro proyecto y que corresponde con el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM).

Desde el año 2000 diferentes organismos, entidades e instituciones vienen trabajando en el desarrollo y consecución de los ODM, donde se plantea el camino que debemos seguir para alcanzar el tan ansiado desarrollo y bienestar mundial antes de 2015.

La Declaración del Milenio, del año 2000, consta de ocho grandes objetivos que representan las necesidades y derechos básicos de los individuos a nivel mundial, adoptados como marco pragmático y de acción tanto de las políticas de desarrollo de los países menos avanzados, como de las políticas de cooperación internacional para el desarrollo de países avanzados, agencias de cooperación, organizaciones no gubernamentales y organismos multilaterales.

Estos objetivos son: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, mejorar la salud materna y, por último, combatir el VIH-SIDA, paludismo y otras enfermedades.

La citada declaración ha supuesto un gran avance en la sociedad mundial al convertirse en el punto de partida para la implementación de estrategias, políticas y programas de intervención, convirtiéndonos en la primera generación capaz de luchar de forma conjunta por una sociedad equitativa y en pro de los derechos humanos.

Sin embargo, ya en 2013, y a tan sólo dos años de la fecha prevista para la consecución de dichos objetivos, somos conscientes del largo camino que nos queda para alcanzarlos.

Centrándonos en el objetivo número 6 “*combatir el VIH-SIDA, paludismo y otras enfermedades*”, y más concretamente en el VIH-SIDA, cabe destacar que,

según El Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio (2010) *“si bien la cantidad de nuevas infecciones ya alcanzó su máximo, la cantidad de personas infectadas sigue aumentando, debido en gran parte al efecto “alarga-vidas” de la terapia antirretroviral”*.

Nuestro proyecto de intervención se centra en el SIDA y VIH desde una perspectiva socioeducativa como base para la cooperación y la educación para el desarrollo (EpD). Concretamente, nos centraremos en el análisis de los conocimientos y prácticas de riesgo del VIH/SIDA en los estudiantes universitarios de la Facultad Regional Multidisciplinar de Chontales (FAREM-Chontales) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua (UNAN-Managua), con sede en Juigalpa.

En este sentido, el siguiente punto que trataremos en este proyecto es la cooperación para el desarrollo como respuesta y marco de referencia para intervenir en países en vías de desarrollo. A continuación nos centramos en una de las temáticas claves en Educación para el Desarrollo como es la educación para la salud, y más concretamente el VIH-SIDA en la juventud de Juigalpa-Chontales, para finalizar el marco teórico con las características de la población juvenil nicaragüense. Como propuesta de intervención planteamos el trabajo de la promoción y educación para la salud a través de la metodología participativa de la animación sociocultural y el trabajo comunitario para lograr un cambio de conciencia en las prácticas sexuales y vida comunitaria en general.

Por otra parte, hay que resaltar que en Nicaragua es muy destacable, según fuentes del propio Gobierno del país, el gran número de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH y que adquirieron la infección a través de prácticas sexuales desprotegidas. La juventud es particularmente vulnerable a la infección por el VIH/SIDA, siendo más vulnerables por comportamiento sexual, uso de sustancias ilícitas, falta de acceso a información sobre el VIH y a los servicios de salud o, bien, por razones económicas y sociales.

Educación para la prevención del VIH significa ofrecer a todos las oportunidades de aprendizaje para que adquieran y desarrollen el conocimiento, las competencias, los valores y las actitudes que limitarán la transmisión y el impacto de la pandemia, incluido el acceso a la atención y el asesoramiento psicológico, así

como a la educación para el tratamiento. Como dice un conocido refrán “no se trata de darles los peces, sino de enseñarles a pescar”.

Nicaragua, país del istmo centroamericano ubicado, según el IDH, como uno de los más pobres de Latinoamérica, ha modificado en las últimas décadas su perfil demográfico y ha experimentado una transición epidemiológica, donde la epidemia del VIH es un contribuyente de este perfil. Desde 1987 a 2009, el comportamiento de la epidemia ha evolucionado a una *epidemia concentrada*, es decir, se focaliza en ciertas poblaciones, con una afectación del 9% en el grupo de hombres que tienen sexos con otros hombres (HSH) y menos del 1% en población de mujeres embarazadas<sup>1</sup>. Concretamente, se considera epidemia “concentrada” cuando menos del 1% de la población general pero más del 5% de cualquier grupo de “alto riesgo” ha contraído el virus. Esta epidemia se ha mantenido en esta clasificación similar a lo reportada en el informe para UNGASS correspondiente al período 2006-2007. Al finalizar el año 2009, se registra un acumulado de 3.262 personas con VIH, 587 casos de SIDA y 842 fallecidos.

Según el Gobierno de Nicaragua (2010), este país sigue teniendo una epidemia concentrada. La Viceministra de Relaciones Exteriores y Representante Permanente de Nicaragua ante las Naciones Unidas, María Rubiales de Chamorro, afirmaba en la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/SIDA celebrado en Nueva York en junio de 2011 que las estadísticas del año 2010 muestran que el país sigue teniendo una epidemia concentrada, que la vía de transmisión continúa siendo la sexual en un 93% y con un avance en la feminización de la epidemia. Aunque los datos a veces pueden llegar a ser confusos debido a la falta de registros oficiales y del gran subregistro que existe, según la Asociación Nicaragüense de Personas Viviendo con el VIH/SIDA (Asonvihsida), en la marcha llevada a cabo el 17 de mayo de 2013 en Managua en contra de la discriminación que sufren los portadores de VIH/SIDA en Nicaragua, se han detectado en este país 7.875 casos de VIH/SIDA de los que 7.141 son de VIH y 734 ya están en etapa de SIDA. Además, según la misma asociación, se han registrado en 2012 un total de 1.011 infectados con VIH superando en 4,22% los 970 casos confirmados en 2011 y triplicando el promedio de 350 personas infectadas de los años anteriores, desde 1987 cuando se detectó el primer caso en

---

<sup>1</sup> Estudio multicéntrico (2002) e Informe de Sitios Centinelas en Mujeres Embarazadas (2006).

Nicaragua. Por otra parte el Ministerio de Salud (Minsa) hasta el 30 de noviembre de 2012 en Nicaragua se había acumulado 7.756 casos de VIH, de los cuales 852 eran de 2012 y 970 fueron confirmados en 2011.

A pesar de ello hay Departamentos y municipios que comparten características socio-demográficas y económicas que están notificando un incremento de número de casos relacionados con el fenómeno migratorio, por la existencia de puestos de pasos y sitios de atractivo turístico y cultural nacional.

A partir de la preocupación por la situación de países en vías de desarrollo, como es el caso de Nicaragua, donde es necesaria y urgente una intervención socioeducativa en educación para la salud (EpS), concretamente en el ámbito del VIH-SIDA, surge en 2009 un proyecto de investigación del cual emana este trabajo.

La educación para la salud es uno de nuestros temas de interés al ser una de las líneas de investigación del grupo PAI al que pertenecemos. Este grupo de investigación se denomina Grupo de Educación de la Universidad Pablo de Olavide (GEDUPO- SEJ457) al cual pertenezco desde el 22 de enero de 2010.

No obstante, mi trayectoria en la Universidad Pablo de Olavide (UPO) empieza en septiembre de 2006 cuando entro a formar parte del equipo de investigación del *“Plan Estratégico de Mejora de la Calidad en la gestión de los procesos y servicios prestados por la Diputación y Ayuntamientos de la provincia de Sevilla”*, perteneciente a dicha universidad y en colaboración con la Diputación de Sevilla. Empecé como becaria de investigación en octubre de 2006 y tras unos meses de trabajo seguí como colaboradora en la misma.

En septiembre de 2007 me nombran Colaboradora Honoraria del Área de Teoría e Historia de la Educación del Departamento de Ciencias Sociales de la UPO, desempeñando tareas de inicio a la investigación, apoyo al profesorado, etc. Esta figura la desarrollé durante el curso académico 2007/2008 y 2008/2009.

Durante este período colaboro y participo en diversos proyectos de investigación relacionados con la salud, concretamente sobre el consumo de drogas y adicciones. Entre estos proyectos destaca *“Estructura del ocio en los jóvenes: análisis del botellón como elemento de diversión y conflicto en los municipios” (2008/2009)*, *“Valores y conductas adictivas en la población universitaria: propuestas metodológicas para prevenir los riesgos” (2008/2009)* y *“Factores de riesgo y*

*protección ante las drogas en la población universitaria” (2008/2009) y el “Estudio sobre prevalencias, actitudes, patrones y motivaciones de los alumnos de ESO y Bachillerato del Municipio de Sevilla en relación con el consumo de drogas y las adicciones en general” (2008/2009). Todos ellos realizados en el marco de distintos Convenios y Convocatorias competitivas.*

Además, participé como colaboradora en un *Proyecto I+D+i denominado “Género, stress y salud. Estudio de su asociación y del papel de los medios de comunicación como transmisores de los roles de género tradiciones”, de la Universidad de La Laguna (2008/2011).*

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, he colaborado en estudios como el *Convenio/Contrato denominado “Programas de formación en prevención de riesgos laborales: Evaluación de impacto y propuestas de Educación para la Salud en el medio laboral” de la UPO y la Fundación Laboral-Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) durante el periodo 2010/2011, así como el Convenio/Contrato denominado “Determinación de evidencias científicas bibliográficas sobre la formación a trabajadores en prevención de riesgos laborales” de la UPO y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo durante el año 2010. En esta temática he tenido la oportunidad de adentrarme en los últimos años llegando a impartir una asignatura de libre configuración denominada “Educación para la Salud en el medio laboral: Introducción a la formación en prevención de riesgos laborales en la empresa” (2009/2010 y 2010/2011).*

Por otra parte, en la Cooperación al Desarrollo he podido participar, en este caso como miembro investigador, en el proyecto denominado *“Bases para el desarrollo de un proyecto de fortalecimiento institucional en el área de Educación para la Salud Ocupacional y prevención de riesgos en la UNAN-Managua” (2011/2012) dentro de la Convocatoria de Ayudas para Programas de Cooperación Interuniversitaria e Investigación científica de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID). Por otro lado, y también como miembro investigador, he participado en el “Fortalecimiento del Aula de Formación y Promoción de la Salud del Observatorio de Calidad de Vida, Desarrollo y Educación para la Salud de la UNAN-Managua-CUR Chontales de Nicaragua” (2010/2011) Convenio Marco de Colaboración en materia de Cooperación Internacional para el Desarrollo entre la*



AACID y la UPO, en el marco del Plan Andaluz de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2008-2011.

En el presente año, participo como miembro investigador en el proyecto *“Fortalecimiento institucional del Aula de Promoción de la Salud del Observatorio de Calidad de vida, Desarrollo y Educación para la Salud de la UNAN-Managua-Nicaragua: Plan de Formación de Formadores y Agentes Sociales”*, entre la UPO y la UNAN-Managua, durante 2012/2013. Por último, participo en el proyecto denominado *“Reforzamiento de las capacidades docentes e investigadoras en las áreas de Educación y Promoción de la Salud del profesorado de la UNAN-Managua-FAREM-Chontales de Nicaragua”*, desde 2012 hasta la actualidad.

Por último, y como adelantaba anteriormente, este proyecto deriva de un estudio sobre SIDA desarrollado en Nicaragua, denominado *“SIDA: Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesorado en el CUR-Chontales de la UNAN-Managua, Nicaragua”*. Este estudio exploratorio plantea propuestas para un modelo de educación preventiva dentro del Plan Propio de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la UPO edición 2009.

Estos proyectos en su mayoría tienen como responsable al Director de esta Tesis Doctoral, conjuntamente con otros profesores de la UPO como David Cobos Sanchis y Fernando López Noguero.

Debido a la problemática existente en Chontales, donde se desarrolla este trabajo, y a la creciente de demanda específica del profesorado de la FAREM-Chontales de la UNAN-Managua, nos planteamos profundizar en este ámbito a través de la presente investigación.

La estructura metodológica del presente trabajo parte de una fundamentación teórica, donde se abordan las coordenadas fundamentales del proyecto y los paradigmas de investigación o modelos en los cuales apoyamos y justificamos el estudio. Después nos centramos en las características de la investigación en ciencias sociales y nuestro método científico como el diseño de nuestra investigación, explicando los instrumentos de recogida de datos a utilizar, la muestra a la cual nos dirigimos, a partir del margen de error deseado. Finalizaremos el trabajo con el análisis e interpretación de los datos y las conclusiones a partir de las cuales se plantearán nuevas líneas de trabajo.

La delimitación del marco teórico del estudio constituye un paso fundamental, ya que influye en el enfoque de la investigación. En este punto ha de tenerse en cuenta que los fenómenos sociales son muy complejos, por lo que la aproximación al problema debe realizarse desde el mayor número de perspectivas posibles para obtener una comprensión integral de la cuestión.

Por otro lado, hemos encontrado una dificultad notable en cuanto a la búsqueda de datos sobre VIH/SIDA en Nicaragua, y en Juigalpa, debido a la escasa existencia de registros oficiales, y en los que existen hay una escasa actualización, lo que provoca confusión y complejidad debido a la disparidad de cifras según las fuentes consultadas.

En cuanto al marco legislativo, consideramos que nuestro proyecto se enmarca en la cooperación al desarrollo, como una estrategia de la educación para el desarrollo en Nicaragua, ya que es la raíz de nuestra investigación, como ya hemos mencionado anteriormente.

Según Djeakoumar (2001) la Educación para el desarrollo *“debe conducir a la toma de conciencia de las desigualdades planetarias en la distribución de la riqueza y del poder. Debe permitir a cada individuo tener las claves de su propio desarrollo dentro de la sociedad en que se halla. Permite relacionar los contenidos académicos con la formación personal para que cada persona tenga la posibilidad de participar en el desarrollo de su entorno y comprender los vínculos entre la realidad global y el desarrollo local”*.

Resaltando de esta definición palabras claves como “conciencia”, “propio desarrollo”, “relacionar”, “participar”, “comprender” podemos observar cómo la educación para el desarrollo supone un paso más aparte del asistencialismo; implica un proceso a medio-largo plazo de conciencia, reflexión, crítica, autonomía, que parte del análisis de las causas de dicha situación.

La educación para el desarrollo, como proceso educativo, implica los cuatro pilares de la educación que define Jacques Delors<sup>2</sup>: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser. Consiste en tener una comprensión global del problema o situación, una comprensión social a través de la cual vamos a lograr un cambio social para, en definitiva, fomentar la formación integral del

---

<sup>2</sup> Jacques Delors presidió la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI donde se presenta el Informe a la UNESCO denominado “La Educación encierra un tesoro” (1996).

individuo. Según Llopis (1995: 136) la educación para el desarrollo “supone un proyecto global, político, económico, cultural y educativo, tanto a nivel de información de la opinión pública (...) como de formación, para ayudar a que cada persona sea sujeto de su propia historia”.

Debemos poseer conocimiento pero además es imprescindible comportarse de manera cordial, favoreciendo el entendimiento, la empatía, la valoración positiva, la aceptación de las demás culturas, planteamientos, análisis y valoraciones. Como señala Dewey se aprende haciendo “learning by doing” (Kendrick 1987; Leahy 1996).

Como señala García Roca (1998: 20-21), donde se muestra explícito en el reconocimiento de la nueva e ineludible tarea que se le presenta a la enseñanza desde la realidad de la exclusión de más de media humanidad:

*“Desde esta humanidad rota, en íntima sintonía con el rumor de los que sufren o con el silencio de los que malviven, se oyen algunos mensajes a la educación que van cristalizando en experiencias y en alternativas. El compromiso con la exclusión requiere recrear el papel de la educación en varias direcciones convergentes. No cabe duda de que el futuro de los excluidos dependerá en gran medida de que se golpee, a la vez y simultáneamente, en la estructura social, mediante medidas políticas y económicas, y en los contextos vitales, mediante medidas sociales y culturales; pero ninguna de ellas tendrá éxito si no va acompañada de un cambio en el paradigma educativo. Amanece, de este modo, la centralidad de la vida para todos como objetivo del sistema educativo; la vida digna se convierte en el eje de la nueva cultura pedagógica, que puede ser alternativa a los procesos de exclusión del capitalismo salvaje”.*

La investigación que a continuación presentamos, tiene como fin primordial conocer los conocimientos y prácticas de riesgo de los estudiantes de la FAREM-Chontales acerca del VIH/SIDA, así como identificar las diferencias que pueden existir en cuanto al género.

Esta investigación parte de una serie de **objetivos**:

**Tabla 1. Objetivos de la Investigación**

<b>En relación a los conocimientos de los estudiantes de la FAREM-Chontales</b>
<b>Identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo de los estudiantes universitarios de la FAREM-Chontales ante el contagio y la convivencia con personas que tengan VIH/SIDA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Determinar los conocimientos de los estudiantes de la FAREM-Chontales en relación al VIH/SIDA.</li><li>○ Determinar la percepción de la juventud universitaria de la FAREM-Chontales en relación a personas infectadas de VIH.</li><li>○ Identificar las prácticas de riesgo que tiene el alumnado de la FAREM-Chontales.</li></ul>

<b>En relación a la diferencia de género</b>
<b>Establecer las percepciones que tiene la población estudiantil de la FAREM-Chontales sobre el VIH/SIDA con respecto al género</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Determinar los aspectos que cada género considera prioritario para prevenir el VIH/SIDA.</li><li>○ Determinar las prácticas de riesgo que llevan a cabo los estudiantes de la FAREM desde una perspectiva de género.</li><li>○ Analizar si los estudiantes tienen más estereotipos, en relación a las jóvenes, con respecto a las personas infectadas por VIH.</li></ul>

Fuente: elaboración propia.

Como profesionales de la educación debemos reflexionar y buscar nuevos planteamientos, a nivel teórico o empírico, fomentando así la capacidad de investigar sobre diagnóstico, acciones desarrolladas y su mejora.

Ante un problema de investigación como éste, debemos movilizar los conocimientos y procedimientos aprendidos para ser capaces de plantear un diseño de investigación, desde una perspectiva integradora de paradigmas.

Desde el punto de vista pedagógico, es importante tener en cuenta los resultados de la investigación para proponer vías de acción concretas que posibiliten a los estudiantil de la FAREM-Chontales, pero también a la población juvenil de Juigalpa-Chontales, e indirectamente al resto de la población nicaragüense, la implicación práctica para prevenir el VIH/SIDA y evitar prejuicios y estereotipos hacia las personas que viven con el virus del SIDA.

# PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

## CAPÍTULO I

### LA EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO: CLAVES PARA SU COMPRENSIÓN

*Nunca consideres el estudio como una obligación,  
sino como una oportunidad para penetrar  
en el bello y maravilloso mundo del saber*

**A. Einstein**



Nuestro estudio contiene dos coordenadas fundamentales como son, en primer lugar, los desequilibrios sociales como punto de partida del desarrollo y, concretamente, de la educación para el desarrollo y, en segundo lugar, la educación para la salud, especialmente del VIH-SIDA.

Cada una de estas coordenadas claves, que constituyen nuestro marco teórico, se divide a su vez en diferentes ejes que darán lugar a futuras líneas de intervención.

En este primer capítulo denominado *“La Educación para el Desarrollo: claves para su comprensión”* haremos un recorrido general por los orígenes de los desequilibrios sociales, abordando conceptos y teorías sobre el desarrollo, el estado de bienestar y las desigualdades hasta centrarnos en el contexto de Nicaragua y el Índice de Desarrollo Humano. Finalmente, abordaremos el concepto de la cooperación al desarrollo, marco de referencia de nuestro estudio, con respecto al VIH-SIDA.





## 1. INFLUENCIA DE LOS DESEQUILIBRIOS SOCIALES EN UN MUNDO EN DESARROLLO

Empezamos este capítulo con un interrogante, ¿cómo no perderse en los múltiples debates que desde hace cinco décadas intentan aportar una solución a los problemas que plantean las carencias de la mayoría frente a la opulencia de los menos?

Gilbert Rist en su libro *“El desarrollo: historia de una creencia occidental”* ya adelantaba que no podemos hablar de objetividad cuando nos referimos al desarrollo puesto que *“el objeto es siempre una construcción de quien lo observa”* (Rist, 2002). No tiene la misma visión del desarrollo el “desarrollador”, cuyo compromiso se centra en hacer llegar la felicidad a los demás, que el “desarrollado”, quien se encuentra obligado a modificar sus relaciones sociales y con la naturaleza, para entrar en un mundo prometido.

No obstante, a pesar de esta confusión y distanciamiento que podamos tener con respecto al término “desarrollo”, debemos obligarnos, como señala Rist (2002) a no establecer juicios de valor sin haber analizado previamente el problema así como no mantener hipótesis no contrastadas porque de lo contrario estaríamos agrandando el problema. Por tanto, en primer lugar debemos tomar distancia respecto al objeto de estudio y en segundo lugar analizarlo para posteriormente argumentar nuestro discurso.

### 1.1. Breve recorrido por los orígenes de los desequilibrios sociales

Los conceptos de países “subdesarrollados” y “en vías de desarrollo” parten del discurso de Truman, enmarcados en la denominada “era del desarrollo”, cuando el 20 de enero de 1949 Harry S. Truman<sup>3</sup>, en su discurso de investidura como presidente de Estados Unidos, nombra y define, por primera vez, a los países del Hemisferio Sur como “áreas subdesarrolladas”, apareciendo la palabra “subdesarrollo” (*underdevelopment*) en un discurso político.

---

<sup>3</sup> Harry S. Truman (1884-1972) fue el trigésimo tercer presidente de Estados Unidos durante los años 1945 y 1953, convirtiéndose en el sucesor de Franklin D. Roosevelt.

Pero no fue hasta 1974 cuando Immanuel Wallerstein, considerado discípulo de Fernand Braudel, centra su línea de pensamiento en el análisis y perfeccionamiento del sistema-mundo, concepto definido por su mentor, al que le siguió, entre otros, Giovanni Arrighi. Wallerstein<sup>4</sup> aborda la relación de las ciencias sociales y el quebrantamiento de las barreras egoístas que dividen y parcelan el conocimiento.

El sistema-mundo de Wallerstein se basa en ideas de Karl Marx, Fernand Braudel, la Teoría de la Dependencia y otras teorías de las naciones en desarrollo. Su origen se halla en el noroeste de Europa del siglo XVI, donde una pequeña ventaja en la acumulación del capital en Gran Bretaña y Francia pusieron en movimiento un proceso gradual de expansión, cuyo resultado fue la red mundial o sistema de intercambio económico que existe en la actualidad.

#### Un sistema mundo

*“es un sistema social que tiene fronteras, estructuras, grupos miembros, reglas de legitimación y coherencia. Su vida está compuesta de las fuerzas conflictivas que lo mantienen unido por tensión y lo desgarran en tanto cada grupo busca eternamente remoldarlo para su ventaja. Tiene las características de un organismo, es decir, tiene una vida útil en la cual sus características cambian en algunos aspectos y permanecen estables en otros... La vida dentro de él es en gran parte autónoma y la dinámica de su desarrollo es en gran parte interna” (Wallerstein, 1974: 374).*

Para comprender más detenidamente este fenómeno, extraemos una cita de dicho autor

*“La sociedad como abstracción quedaba grandemente limitada a sistemas político-jurídicos como realidad empírica. Era una perspectiva falsa el adoptar una unidad como la “tribu” e intentar analizar su funcionamiento sin hacer referencia al hecho de que, en una situación colonial, las instituciones gobernantes de una “tribu”, lejos de ser “soberanas”, estaban seriamente circunscritas por las leyes (y las costumbres) de una entidad mayor de la cual formaban parte indisociable, léase la colonia. De hecho esto me llevó a la generalización más amplia de que el estudio de la organización social era en su mayor parte deficiente debido a la muy extendida falta de consideración del marco legal y político en el que tanto las organizaciones como sus miembros operan” (Wallerstein, 1979: 9-10).*

En la actualidad, Wallerstein considera la situación económica consecuencia o transición de un tipo de organización social hacia otra, aventurándose a pensar que a partir del año 2025 tendrá lugar un cambio cualitativo en las estructuras que rigen el mundo, cuyo resultado depende exclusivamente de nosotros, debido a la capacidad que tengamos, como actores, de intervenir en su constitución. En este

---

<sup>4</sup> Immanuel Wallerstein, nacido en 1930, comenzó a interesarse en los asuntos mundiales cuando era un adolescente en Nueva York, interesado particularmente en el movimiento anti-colonial en la India. Se convirtió en profesor de Sociología en 1971 en la Universidad McGill.

sentido, este autor considera que “el moderno sistema-mundo está en fase de crisis, de desequilibrios, donde cualquier acontecimiento corrompe al sistema desde su interior, en sus más íntimos cimientos” (Díaz Perera, 2004: 301).

Estos desequilibrios socioeconómicos mundiales, red y estructura de poder de la economía internacional, tienen su origen desde el siglo V al XV con el denominado “feudalismo”, originado a partir de la descomposición del imperio carolingio. El feudalismo tuvo su mayor esplendor entre los siglos X y XIII y consistía en un modo de producción dominado por una aristocracia guerrera que, coaccionando extraeconómicamente, consigue apoderarse de los excedentes, es decir, la sustitución de poderes del estado por el feudal y del asalariado al capitalismo. Síntesis del modo de producción esclavista y el germánico, que consistía en un reparto desigual de la tierra cuya característica principal era la servidumbre.

A partir del siglo XV se parte de una estructura desigual donde surge el mercantilismo, base del futuro capitalismo<sup>5</sup> (derechos de propiedad, compra-venta,...) lo que supone la “mundialización de la economía”. En otras palabras, pasamos de lo local a lo global, de la servidumbre (esclavitud) a la mercantilización (factores productivos: trabajo, capital, tierra).

Para analizar las desigualdades y desequilibrios no analicemos lo local sino que pensemos en el mundo como unidad.

En el siglo XVI y XVII surge el “*comercio triangular*”, generador de los actuales desequilibrios sociales, donde Europa trae esclavos de África y recursos de América Latina.

El comercio triangular consiste en un circuito comercial, a raíz de la trata de negros, donde los barcos negreros zarpaban de Europa para África cargados de mercancías, donde intercambiaban artículos de comercio por esclavos, siendo vendidos posteriormente en América a los colonos a cambio de productos tropicales que, posteriormente, venderían en Europa. Este circuito entre las relaciones Norte-Sur, que duraba aproximadamente 18 meses, también es denominado “intercambio desigual”.

---

<sup>5</sup> El término capitalismo fue acuñado por Karl Marx a mediados del siglo XIX. Se trata de un sistema económico donde los medios de producción no son propiedad pública (la tierra, las fábricas, las materias primas, el comercio, la banca, pertenece a individuos que son los capitalistas).

El intercambio desigual, como revela su propia palabra, indica “diverso”, “variable”, busca siempre la desigualdad, la genera y es parte de su naturaleza. Se trata de un nuevo enfoque y gestión del capitalismo, ya que la aspiración del capital será más intensa cuanto mayor sea la brecha entre el centro del sistema (Europa, los Estados Unidos, Australia, Canadá y Japón) y las periferias del sistema.

La expansión del capitalismo es la que produce la desigualdad creciente entre las distintas sociedades que participan del sistema. La globalización, según Samir Amin<sup>6</sup> no ofrece posibilidades a los países subdesarrollados o del Tercer Mundo para ponerse a la altura de los países centrales, por el contrario, perpetúa la desigualdad.

Según Gabriela Roffinelli (2007) las investigaciones de Amin no se centran en el análisis de los modos de acumulación que asume el capitalismo, en las diversas formaciones sociales que componen el sistema capitalista mundial ni en la caracterización de desiguales a las relaciones de intercambio que establecen. Detrás del intercambio desigual lo que encontramos es “la posibilidad para el capital de explotar en la periferia a la fuerza de trabajo a tasas más fuertes que las que caracterizan al centro”.

No podemos olvidar que existen relaciones entre economías “desarrolladas” y economías “subdesarrolladas” y el destino de estas últimas es el “desarrollo”, es decir, pasar de una economía periférica a una economía de centro.

Cualquier economía se etiqueta de subdesarrollada porque no llega al nivel de desarrollo que tiene la economía “origen” o “modelo”. Todo el mundo tiene que buscar el desarrollo, definición de colonialismo epistemológico de Boaventura, basado en Truman. El colonialismo epistemológico, como el político o cultural, es también una forma de dominación y opresión de una cultura sobre otra.

## **1.2. Contextualización y teorías sobre el Desarrollo**

Los acontecimientos históricos que tuvieron lugar desde el siglo V con el feudalismo, pasando por el 1500 al mercantilismo, la revolución industrial de 1750, el periodo entre guerras de 1919 a 1939, la edad de oro del capitalismo en los años 50-

---

<sup>6</sup> Samir Amin nació en 1931 en Port Said (Egipto). Junto con Wallerstein, Arrighi, Gunder Frank y otros fue fundador de la escuela de pensamiento “sistemas mundiales”. Este pensamiento tuvo gran influencia a finales de los años setenta hasta la mitad de los noventa tanto en el mundo académico como en el inspirador ideológico de los movimientos de la izquierda en todo el mundo.

80, las décadas neoliberales entre 1980 y 2000 y el extraño siglo XXI, son algunos precedentes claves del Desarrollo.

El primer teórico del Desarrollo fue Rostow<sup>7</sup>, con su teoría de la Modernización de 1961, donde entiende el desarrollo como el trayecto que existe entre el estado de subdesarrollo y el momento de los países desarrollados, marcado por una evolución en la industrialización.

Podemos identificar cinco etapas del crecimiento, entendidas como estadios por los cuales cada sociedad debe hacer tránsito para lograr el desarrollo: la sociedad tradicional, la creación de las condiciones previas necesarias, el despegue, la marcha hacia la madurez y la era del consumo de masas.

En palabras de Rostow (1960):

*“es posible clasificar todas las sociedades, teniendo en cuenta sus aspectos económicos, en cinco categorías: sociedad tradicional, precondiciones para el despegue hacia un crecimiento autosostenido, camino hacia la madurez y etapa de alto consumo.... Estas etapas no son solo descriptivas; no son una mera forma de generalizar las observaciones de ciertos hechos sobre la secuencia del desarrollo en sociedades modernas, sino que tienen su propia lógica interna y continuidad. Estas etapas constituyen finalmente tanto una teoría sobre el crecimiento económico como una teoría más general (aunque todavía muy parcial) de toda la historia moderna”.*

La teoría de modernización del Estado considera que éste es moderno cuando es débil, siendo éste uno de sus prerrequisitos. En este sentido, entendemos desarrollo como crecimiento económico, es decir, aumento del Producto Interior Bruto (PIB).

Un incremento del PIB puede producir una ilusión monetaria obteniéndose, con esta lógica desarrollista, la creación de los nortes (reproducir culturas de los países del centro) dentro del sur.

Según Rist (2002)

*“la seducción que ejercía la teoría de la modernización se explica de dos maneras distintas, para los países del Norte justificaba el mantenimiento de políticas que favorecían el crecimiento interno y la ayuda internacional destinada a contrarrestar las ambiciones comunistas; para los países del Sur era la promesa de un futuro mejor encomendado a la nueva clase dirigente que, mientras se enriquecía, multiplicaba sus signos de occidentalización”.*

Otra de las teorías claves en el desarrollo es el *Modelo de Solow* en los años 50 con su teoría económica del crecimiento. Este modelo se concentra en la acumulación de capital como fuente endógena de crecimiento, siendo importante

---

<sup>7</sup> Walt Whitman Rostow fue un historiador de la economía y creador de la teoría de las etapas de crecimiento y del desarrollo económico por etapas.

porque especifica qué factores han de afectar a los niveles de las series y qué factores a sus tasas de crecimiento. El modelo de Solow se concentra, por tanto, en la acumulación de capital y el progreso técnico.

Robert Solow<sup>8</sup> analiza la relación entre la tasa de ahorro de una economía y su nivel de ingreso en el largo plazo. En este sentido, aquellos países que ahorran una proporción más elevada que su producto bruto, acumularán un mayor nivel de capital por trabajador, alcanzándose así mayores niveles de ingreso per cápita.

Entre las críticas que le hacen al modelo de Solow se encuentra el que la principal fuente de crecimiento se explica por el incremento en la productividad de los factores, cuyas causas el modelo no explica, sino que las considera exógenas.

Otra de las teorías que han incidido en el concepto de desarrollo es la *teoría de la sostenibilidad* al plantearse el hecho de crecer económicamente considerando al recurso natural. Se incorporan los recursos naturales de esta manera existiendo, a mayor innovación tecnológica, menos daño a los recursos naturales. Surge el concepto “sostenibilidad” en términos medioambientales al intentar integrar a éste como parte de la economía.

La primera definición de “desarrollo sostenible” fue formulada en 1987 en el Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en Oxford, entendiéndolo como *“el desarrollo que satisface las necesidades actuales de las personas sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas”* (Informe Brundtland, 1987).

A partir de aquí surgen dos corrientes teóricas, la economía ambiental (sostenibilidad fuerte) y la teoría ecológica (sostenibilidad débil) que aunque se alejan de nuestro foco de interés cabe mencionarlas por su relevancia en el desarrollo.

La primera de ellas no se entiende como la aplicación de las ciencias económicas en general a la problemática ambiental sino que se refiere a una escuela del pensamiento económico –la neoclásica- que pasó a incorporar el medio ambiente como objeto de estudio. En este sentido, la economía ambiental se basa en los mismos conceptos y presupuestos básicos de la teoría neoclásica, que concentra el análisis sobre la escasez, y donde los bienes son valorados según su

---

<sup>8</sup> Robert Merton Solow fue un economista estadounidense cuyas aportaciones a la teoría del crecimiento económico le hizo obtener el Premio Nobel de Economía en 1987. Él y otros economistas modernos han tratado de medir la contribución de cada uno de los factores al crecimiento económico mediante las técnicas de contabilidad de las fuentes del crecimiento.

abundancia, de tal manera que cuando se trata de bienes escasos éstos son considerados bienes económicos, mientras que cuando son abundantes no son económicos.

En cambio, la economía ecológica privilegia el medio ambiente desde el punto de vista de las ciencias de la naturaleza, basándose en los grandes ciclos biogeoquímicos y el intercambio de energía. Esta teoría se basa en las leyes de la termodinámica y los grandes ciclos biogeoquímicos de los ecosistemas de la biosfera.

### 1.2.1. Conceptualización del Desarrollo

La palabra desarrollo, como decía ya Wolfgang Sachs en la revista *Development*, “*significa ya cualquier cosa...desde levantar rascacielos hasta instalar letrinas...es un concepto de un vacío descomunal*”. Muchos autores consideran que quien se niega a desarrollarse en la actualidad tiene connotaciones positivas, al relacionarse con progreso; quien se niega a desarrollarse es quien en su propia cultura o país no existe la palabra desarrollo.

Hasta hace unos años el desarrollo era considerado un “tabú” ya que los políticos, respaldados por muchos académicos, consideraban que el sufrimiento de las mayorías era el precio que debían pagar por el bienestar que obtendrían. En cambio, en la considerada “década perdida para el desarrollo de América Latina” que data de los años 80, abrió los ojos para muchos sobre la naturaleza del desarrollo.

Independientemente de lo que consideremos cada uno de nosotros por “desarrollo”, y basándonos en Esteva<sup>9</sup> (2009) creemos que desarrollo connota siempre, al menos una cosa, la capacidad de escapar de una condición vaga, indefinible e indigna llamada “subdesarrollo”. Muchos autores atribuyen el concepto de subdesarrollo a Truman que fue quien acuñó el término en su primer discurso, pero fue Wilfred Benson, en un texto de 1942, donde se mantuvo el término en un uso discreto en el mundo académico hasta que el presidente lo mencionó.

---

<sup>9</sup> Gustavo Esteva es un mexicano intelectual desprofesionalizado que acompaña a diversos movimientos sociales y ha sido un promotor destacado de la crítica del desarrollo, según Osvaldo León Director de la publicación internacional de la agencia latinoamericana de información “*América Latina en movimiento. La agonía de un mito: ¿cómo reformular el “desarrollo?”*”.

Según Esteva, en cada una de las teorías que se han ido conformando entorno al desarrollo aparece este concepto como un “algoritmo”, donde su significado depende del contexto teórico en que se use. Gilbert Rist<sup>10</sup> (1997) señala que *“el principal defecto de la mayor parte de las pseudo-definiciones de desarrollo es que se basan en la manera en que una persona (o grupo de personas) describe las condiciones ideales de la existencia social...Pero si la palabra desarrollo sólo es útil para referirse al conjunto de las mejores aspiraciones humanas, podemos concluir de inmediato que ¡no existe en parte alguna y probablemente nunca existirá!”*

A pesar de la multitud de definiciones, incluso contradictorias a veces, que se han ido formulando, Sachs (2007) se acerca a nuestro modo de pensar considerando el desarrollo como *“un vector emocional, más que un término cognitivo. Connota mejoría, avance, progreso; significa algo vagamente positivo. Por eso es tan difícil oponerse a él: ¿quién quiere rechazar lo positivo?”*.

Esta palabra está muy usada en el sistema económico internacional lo que provoca que pierda fuerza y sentido. En los últimos años se ha pasado por diferentes categorías en su conceptualización: menos adelantados- menos desarrollados- en vías de desarrollo- desarrollados-en camino del bien.

En 1986 se establece, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, que la persona humana debe ser considerada como el sujeto central del desarrollo. Se considera el desarrollo humano como ampliación de las capacidades para poder realizar actividades a elegir libremente, es decir, libertad para consumir. Se trata de caminar hacia un desarrollo humano.

Según Sen<sup>11</sup> (1998) “el desarrollo humano consiste en la ampliación de la capacidad de la población para realizar actividades elegidas libremente y que tienen razón de valorar”.

En 1990 se presenta el Primer Informe de Desarrollo Humano (HDR) del Programa de Naciones Unidas sobre Desarrollo (PNUD), cuyo objetivo era situar nuevamente a las personas en el centro del proceso de desarrollo, en términos de debates económicos, formulación de políticas y promoción. Pretendían ir más allá de

---

<sup>10</sup> Gilbert Rist, profesor del Instituto Universitario de Estudios del Desarrollo en Ginebra, fue conocido por su innovador estudio de la concepción y práctica del desarrollo.

<sup>11</sup> Amartya Sen fue galardonado con el Premio Nobel de Economía de 1998 por su trabajo en la economía del bienestar y en la teoría del desarrollo humano. Establece la relación entre el mecanismo de medición de la desigualdad en ingresos (Curva de Lorentz) y la distribución de activos en la sociedad, además de afirmar que las hambrunas y pobreza son causadas por fenómenos tanto económicos como sociales y establece una alternativa, índice, para la medición de diferentes grados de bienestar que ha sido usada posteriormente por muchos investigadores.



la cuestión del ingreso para evaluar el nivel de bienestar de las personas a largo plazo, por lo que surge el Índice de Desarrollo Humano (IDH) ya que el desarrollo humano no podía basarse exclusivamente en crecer sólo económicamente, se tendrían que tener en cuenta otros factores.

El IDH, valor más influyente de hoy día, pretende sintetizar, agregar información de desarrollo humano y agrega a un índice, a partir de tres dimensiones: salud (a través de la esperanza de vida), educación (nivel de alfabetización) y economía o renta (producto interior bruto). Hemos pasado de lo complejo del concepto desarrollo humano, a la simplicidad de un número.

Este indicador se calcula a partir del Producto Interior Bruto per cápita medido en paridad de poder adquisitivo. Por ser promedio de la renta nacional no recoge información sobre la distribución de la misma dentro del país.

Para Arturo Escobar (2009) el desarrollo es un proyecto tanto económico (capitalista) como cultural. Cultural en dos sentidos, en primer lugar, porque surge de la experiencia particular de la modernidad<sup>12</sup> Europea y, en segundo lugar, porque subordina a las demás culturas y conocimientos, las cuales pretenden transformar bajo principios occidentales. Para este autor, el desarrollo privilegia el crecimiento económico, la explotación de recursos naturales, la lógica del mercado y la búsqueda de satisfacción material e individual por sobre cualquier otra meta.

Ahora surge uno de los primeros interrogantes al hablar de desarrollo, ¿qué papel juega la equidad en el desarrollo? Según Alfredo Serrano (2010) sorprende el hecho de que el índice de desarrollo humano utilizado mundialmente sea insensible a la desigualdad. Es inconsistente usar valores promedio simples, ocultando la desigualdad y no debería considerarse sólo desigualdad del ingreso, sino de cualquier variable focal del Índice de Desarrollo Humano. Por último, la introducción de este nuevo índice y los primeros resultados muestran que la incorporación de la desigualdad en la medición del desarrollo humano es importante.

Algunos autores hablan del concepto del “post-desarrollo”, planteando una ruptura epistemológica abordada por diferentes caminos: en primer lugar, cosmovisiones distintas, antropológicas, cuyo personaje clave es Arturo Escobar; en segundo lugar, perspectiva ecologista de Illich, entre otros, que pretende romper

---

<sup>12</sup> Cuando hablamos de modernidad nos referimos a, según Guiddens (1990) *“los modos de vida u organización social que surgieron en Europa desde alrededor del siglo XVII en adelante y cuya influencia los ha convertido, posteriormente, en más o menos mundiales”*.

desde la perspectiva del medio ambiente y, en tercer lugar, rompen con el concepto del Bienestar.

### 1.2.2. Conceptos afines

Según Unceta Satrústegui <sup>13</sup>(2009) tras el revuelo que hubo en la segunda mitad del siglo XX en torno al concepto e importancia del desarrollo, actualmente ha perdido fuerza debido, entre otros aspectos, a la complejidad de la sociedad y a la ineficacia de las economías dominantes hasta el momento, que han demostrado su incapacidad para resolver los problemas del mundo actual.

El concepto o pensamiento oficial de desarrollo ha dejado entrever algunas limitaciones teóricas y metodológicas para afrontar algunos retos que condicionan actualmente el bienestar de las personas. Por ello, empiezan a surgir nuevos pensamientos y enfoques que cuestionan lo que hemos venido aprendiendo y nos obligan a repensar los fines y medios para el logro del tan ansiado bienestar social.

A raíz de la II Guerra Mundial, donde un gran número de países acceden a la independencia y se enfrentan al reto del desarrollo pasando así a ser el centro de atención de la emergente economía del desarrollo, nace el concepto de “*subdesarrollo*”.

Este concepto supone la existencia de países ya desarrollados y otros que se encontraban por debajo de los primeros, como si de una escala se tratase. Se convierte el subdesarrollo en una expresión de una escasa capacidad productiva y de un débil crecimiento económico. Sampedro y Berzosa (1986) denomina al subdesarrollo como “*la carencia de bienes*” mientras que el desarrollo es “*su multiplicación*”.

Desde los inicios del concepto de subdesarrollo ha aparecido vinculado con las tasas de crecimiento entre países, es decir, de manera cuantitativa, hasta que llegaron a identificar que un país se consideraría subdesarrollado en función de su PIB/hab., aunque no se establecía ningún criterios que permitiera explicar el desarrollo en los mismos términos.

---

<sup>13</sup> Koldo Unceta Satrústegui es Catedrático de Economía del Desarrollo en la Universidad del País Vasco e Investigador del Instituto Hegoa de Estudios sobre el Desarrollo y la Cooperación Internacional.

Otro concepto afín al desarrollo es el “*ecodesarrollo*” presentado en 1973 por Maurice Strong<sup>14</sup>. El *ecodesarrollo* consistía en compaginar las necesidades de las personas y la utilización racional de los recursos en diferentes escalas geográficas, donde los ámbitos locales y regionales cobraban mayor relevancia. Un elemento fundamental en este paradigma era la participación de la gente como garantía de una racionalidad más próxima a los objetivos planteados “*no debemos escatimar esfuerzos para liberar a toda la humanidad, y sobre todo a nuestra descendencia, de la amenaza de vivir en un planeta irremediadamente echado a perder por las actividades humanas, y cuyos recursos ya no serán suficientes para sus necesidades*” (*Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, 2000*).

Durante el los inicios y la consolidación del desarrollo, han existido grandes disfunciones en el sistema en relación a éste como son, según Unceta Satrústegui (2009): en primer lugar, la relación entre desarrollo y pobreza-desigualdad (resultaba difícil asumir que el grado de desarrollo aumentase cuando no disminuía la pobreza, el desempleo y el sub-desempleo o la desigualdad); en segundo lugar, el deterioro del medio ambiente, momento en el cual surge el concepto anteriormente abordado, el “*ecodesarrollo*”; en tercer lugar, las brechas existentes en la productividad laboral entre hombres y mujeres y, por último, la no correspondencia entre el crecimiento económico de un lado y el respeto a la libertad y los derechos humanos de otro.

Tras estos desajustes y, su vez, fracasos, el desarrollo había derivado en un fenómeno capaz de empobrecer a personas y sociedades, de generarles pérdidas, de restringir derechos y libertades, y de provocar nuevos desequilibrios y desigualdades. Este fracaso contribuyó a consolidar un sistema mundial basado en profundas asimetrías entre unas zonas del planeta y otras, donde el poder claramente favorecía a los países considerados “*desarrollados*”.

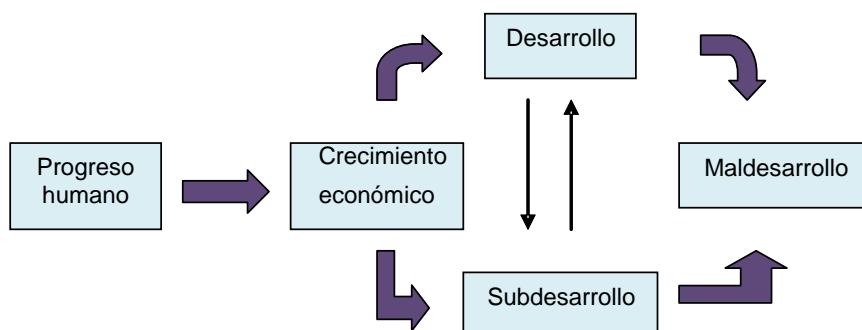
A partir de todos estos fracasos surge el concepto “*maldesarrollo*” (Amín, 1990; Slim, 1998; Tortosa, 2001). El *maldesarrollo* se entiende como aquel fracaso global, sistémico en palabras de Danecki (1993) que afecta a unos países y otros y a la relación entre ellos. De esta manera, engloba al subdesarrollo, ya que atañen problemas que afectan al sistema en su conjunto y que representan una merma en la satisfacción de las necesidades humanas y/o en las oportunidades de la gente.

---

<sup>14</sup> Maurice Strong, empresario canadiense, fue el primer Director Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) desde su creación en 1972 y durante los dos primeros años.

A modo de síntesis, adjuntamos un gráfico que sintetiza la relación que existe entre estos conceptos:

**Gráfico 1. Relación Desarrollo-Subdesarrollo-Maldesarrollo**



Fuente: extraído de Unceta Satrústegui (2009: 14).

Entorno al concepto de desarrollo han existido multitud de discursos y nuevos planteamientos, tanto a favor del mismo como en su rechazo. Este rechazo al concepto provocó el surgimiento de conceptos contrarios como son: el “*postdesarrollo*”, “*más allá del desarrollo*” o “*antidesarrollo*”, este último en una posición más radical.

Nos vamos a centrar en el primer de ellos, el *postdesarrollo*. Ha sido uno de los conceptos más utilizados y surge a partir de los fracasos del desarrollo, sobre todo a la hora de promover el bienestar a escala universal y, sobre todo, de la manera en que la idea del desarrollo se ha ido extendiendo como promesa de emancipación a lo largo y ancho del mundo, hasta el punto de convertirse en algo obligatorio e indiscutible.

Latouche (2007) y otros autores postdesarrollistas señalan que “*el desarrollo es un concepto perverso*”, “*lo queramos o no, no podemos hacer que el desarrollo sea diferente de lo que ha sido*”. En este sentido, el subdesarrollo se considera un concepto inventado por los defensores del desarrollo para definir las características propias y diferentes de un amplio abanico de sociedades.

De esta manera, y para ir finalizando, las corrientes teóricas postmodernas consideran que la economía del desarrollo es una construcción intelectual dirigida a justificar y promover la expansión de un modelo y unos valores, los occidentales, como necesario revulsivo para superar el supuesto atraso de sociedades

caracterizadas por otras referencias culturales y otras formas de organización social y de relación con la naturaleza.

Según Unceta Satrústegui (2009) en la actualidad, y tras lo expuesto en las líneas precedentes, los estudios sobre el desarrollo se plantean tres opciones principales:

- Ampliar el concepto pero sin alterar el marco metodológico
- Negar el desarrollo como noción universal y la conveniencia de abandonar la empresa
- Intentos encaminados a una reorientación profunda del concepto y de las estrategias de desarrollo.

La primera opción, la defensa de una idea de desarrollo basada en el acceso a un número creciente de bienes y servicios, centrada en el crecimiento económico como proveedor de los mismos y como generador de ingresos, es la idea que ha existido durante casi dos siglos. Esto unido a la idea de incorporar otras dimensiones al debate chocan con las limitaciones propias de la metodología empleada, por lo que, de momento, no parece fructífero.

En segundo lugar, esta opción rechaza la idea de desarrollo, culpándolo de todas las calamidades sufridas por la humanidad en las últimas décadas, así como la existencia del subdesarrollo, considerándolo como una categoría inventada para justificar la expansión de un modelo que responde a los intereses de la realidad occidental. Esta opción no falla en cuanto a sus estrategias sino en la raíz, es decir, en la defensa de la modernidad de un concepto cuya aplicación no podía tener otro resultado.

Los intentos en revisar el concepto de desarrollo exigen reconocer la existencia de problemas globales e interdependientes que limitan o impiden el bienestar humano, a pesar de que su expresión e intensidad sea distinta en unos lugares y otros. Según Rist (2002) *“la idea del desarrollo permanece todavía en pie, como una especie de ruina, en el paisaje intelectual... (y)...es hora de dismantelar su estructura mental”*. *“Las luces que hacían resplandecer la esperanza se han apagado. La gran empresa que, tanto en el Norte como en el Sur, había comenzado tras la Segunda Guerra Mundial a fin de acelerar la consecución del desarrollo, está actual y definitivamente acabada”*.

Por último, señalar que el hecho de incorporar las nuevas formulaciones al concepto de desarrollo demostraría, por un lado y en palabras de Rist (2002), la ambigüedad de unas ideas que permiten jugar “*en distintos tableros*” y, por otro lado, “*la constatación de que el refinamiento de la teoría ha acabado por convertirse en un ejercicio meramente abstracto sin repercusiones prácticas*” (Unceta Satrústegui, 2009).

Sin embargo, otro de los grandes interrogantes cuando hablamos de desequilibrios y desarrollo, y aún no lo hemos abordado, es el “bienestar”. ¿Qué entendemos por *bienestar*?

### 1.2.3. Apuntes sobre el Estado de Bienestar

Cuando hablamos de intervención hablamos de desarrollo y bienestar pero tenemos que definir primero cada uno de estos conceptos. Como hemos abordado anteriormente el primero, nos queda adentrarnos en el más desafiante si cabe.

Definir el Bienestar es difícil debido a lo subjetivo que es. Hay autores que rompen el concepto de bienestar y hablan del “vivir mejor”, o también denominado “postdesarrollo”.

En el siglo XX, y según Pigou (1920, citado en Unceta Satrústegui, 2009: 6), el progreso se empezó a vincular con el bienestar, entendiéndose como “*la capacidad de ser medido o evaluado*”, diferenciando entre el bienestar total y el bienestar económico. No obstante, y con el paso del tiempo, el bienestar económico, manifestado a través de la contabilidad nacional, se consolidó como símbolo o representación de lo que se consideraba por *progreso*:

*“En términos generales las causas económicas actúan sobre el bienestar económico de cualquier país, no de un modo directo, sino mediante la creación y utilización de esa contrapartida objetiva del bienestar económico que los economistas denominan dividendo nacional o renta nacional. Así como el bienestar económico es aquella parte del bienestar total que puede relacionarse directa o indirectamente con una medida monetaria, el dividendo nacional es aquella parte de la renta objetiva de la comunidad, incluida, naturalmente, la renta procedente del exterior, que puede medirse en dinero. Ambos conceptos, bienestar económico y dividendo nacional, están interconectados, de manera que cualquier descripción del contenido de uno de ellos implica una correspondiente descripción del contenido del otro”. (Pigou, 1920).*

Por otro lado, según el marco del Programa de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en la elaboración de los indicadores sociales, el bienestar es una idea vaga y abstracta que más bien denota una aspiración que una realidad. Para la Real Academia Española de la Lengua

bienestar significa “conjunto de las cosas necesarias para vivir bien y vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.

Conceptos como el “buen vivir” o “vivir bien”, heredados de los pueblos originarios de diferentes latitudes del planeta, pretenden fijar objetivos hacia donde tiene que ir la economía o la sociedad que no están en consonancia con el Desarrollo o con el Bienestar. Concretamente, en Europa se está empezando a hablar de “bien vivir”. El *sumak kawsay*, término quechua, es utilizado en Ecuador para definir al buen vivir, mientras que en Bolivia se habla más de *suma qamaña*, término aymara, para referirse al vivir bien.

La Nueva Constitución Política del Estado de Ecuador, en 2008, reconoce en el preámbulo apela a la sabiduría ancestral como principio ordenador jurídico y declara la constitución de *“una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, el sumak kawsay”*. De esta manera, la Constitución proyecta el horizonte del buen vivir declarando *“una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades”* y enumera todos los derechos del buen vivir, con lo que la Nueva Constitución del Ecuador permite proyectar en las normativas específicas el paradigma comunitario en el horizonte del buen vivir (Huanacuni Mamani, 2010).

En cambio, el postdesarrollo, es una ruptura epistemológica que configura un planteamiento de nuevas alternativas. Esto pretende romper con las parcelas y supone la interdisciplinaridad aunque está pendiente de consolidarse. Es contrario al neodesarrollismo, el cual lo que consiste es en ejercer el desarrollo pero con diferentes pautas. Ahora es el Estado el que tiene el control y es quien reparte. Lo que cuestiona no es el modelo de desarrollo sino la propiedad del desarrollo. Por ejemplo, en el caso de los recursos naturales, el postdesarrollismo cuestiona estos recursos como modelo de motor del desarrollo, mientras que el neodesarrollismo cuestiona la propiedad de los recursos y la redistribución de los mismos.

El Estado actualmente tiene fuerza como generador de nuevas energías sociales, como fortalecedor y primer interesado en la formación de un tejido social compacto que crea riqueza porque se encuentra seguro en un marco estable.

Las circunstancias de las sociedades actuales son muy diferentes a las que existieron a finales del siglo XVII y XVIII cuando surge el Estado-Nación, como consecuencia de las revoluciones inglesa, norteamericana y francesa. A partir de

ahí, el Estado ha sido protagonista en los ámbitos político, económico y social aunque esto está cambiando, aumentando así tanto la importancia de los ámbitos superiores al Estado (instituciones supranacionales) como del protagonismo de los ámbitos inferiores (regionales y locales).

Según Nogué y Vicente (2001) la globalización estimula la consolidación de lo local a la vez que genera un mecanismo de homogeneización. Se trata de las dos caras de una moneda, aspecto clave para entender la realidad de hoy día.

Condorcet<sup>15</sup>, a finales del siglo XVIII vislumbraba los progresos futuros encaminados a la lucha contra diversas formas de desigualdad, entendida la desigualdad entre las naciones, las económicas en el seno de una sociedad, las de acceso al crédito y las de instrucción. En la actualidad, los pilares del bienestar en los países “afortunados” son la sanidad y la educación gratuita (sistema público generalizado), sin embargo no se contempla la alimentación como sistema público gratuito y universal, comparable a los otros dos anteriores.

La sociedad del bienestar comienza en los años 80 en sociedades donde se daba un mantenimiento y desarrollo de la economía de mercado y un conjunto de prestaciones sociales dentro de un régimen de libertades. Se basa en el principio de igualdad y pretende conseguir un incremento de la calidad de vida de todos los ciudadanos. Según Andersen se trata de un “modelo de estado que interviene en la vida económica y social para alcanzar cotas de política social y calidad de vida. Su intervención se sustenta en los principios de justicia e igualdad social y pluralismo político como inspiradores de todas las actuaciones”. El problema de base se encuentra en ¿Qué es calidad de vida? O ¿Qué límites marcan el bienestar?

Si partimos de la base de que el Estado de Bienestar necesita prosperidad económica, esto supone partir de una situación de privilegio de los países desarrollados, lo que provoca que unas sociedades se queden fuera de las redes sociales y económicas, por lo que existe una mayoría adaptada y minorías marginadas para las que los mecanismos son insuficientes. El resultado de estas relaciones entre sociedades “avanzadas” y “no avanzadas” son las *desigualdades*.

---

<sup>15</sup> Nicolás de Condorcet, fue llamado por Voltaire como un “filósofo universal”. Matemático, político, historiador, sus ideas las resumen muy bien Javier de Lucas en “Condorcet: la lucha por la igualdad en los derechos”, en Varios Autores, Historia de los derechos fundamentales, t. II: Siglo XVIII, vol. II: *La filosofía de los derechos humanos*, Madrid, Dykinson-Universidad Carlos III, 2001, pp. 301 y ss.



Con el paso del tiempo el concepto de Bienestar ha ido evolucionando, pasando del bienestar individual al social. Una concepción “paretiana”<sup>16</sup> que significa que el bienestar colectivo no puede ser más que un conglomerado heterogéneo de las situaciones individuales de bienestar. Si se mejora la de alguno sin empeorar la de nadie, disminuye; pero si ha mejorado la de unos y ha empeorado la de otros, simplemente no sabemos lo que ha ocurrido con el bienestar del grupo.

Los teoremas fundamentales de la economía del bienestar demuestran que bajo ciertas condiciones, todo equilibrio competitivo es eficiente en el sentido de Pareto, es decir, cuando los individuos se guían por su propio interés e interactúan a través del mercado logran intercambios mutuamente beneficiosos.

#### 1.2.4. Concepto de desigualdad

Los primeros estudios de desigualdad están ligadísimos al Estado de Bienestar. Sen y Atkinson abordan los grandes problemas conceptuales de la desigualdad, importantes en cuanto influyen en los datos. En función de la elección del valor conceptual vamos a tener unos resultados u otros, es decir, dependiendo de cómo entendamos la desigualdad, vamos a medir unos aspectos u otros. A continuación exponemos una de las definiciones de desigualdad:

*“Por desigualdades es mejor entender no cualquier diferencia entre cargos y posiciones sino diferencias en los beneficios y cargas vinculadas directa o indirectamente a ellos, tales como prestigio o riqueza, o sujeción a imposición fiscal y a servicios obligatorios. Los que toman parte en un juego no protestan porque haya diferentes posiciones, tales como portero, defensa o delantero, ni porque existan diversos privilegios y facultades, tal como especifican las reglas; tampoco los ciudadanos de un país pondrán reparos a que existan los diferentes cargos públicos, tales como presidente, senador, gobernador y demás. No es en diferencias de este tipo en las que normalmente pensamos como desigualdades, sino más bien en diferencias en la distribución resultante, que una práctica establece o hace posible, de las cosas que los hombres se esfuerzan por alcanzar o por evitar” (Rawls, 1985: 80-81).*

Generalmente, en las Ciencias Sociales, hay conceptos que por su gran utilidad acaban infradefinidos o mal definidos. Estos conceptos que se inician confusos, arrastran a la posterior investigación o teoría un elenco de equívocos que, tarde o temprano, tendrá repercusiones empíricas (Noguera, 2004).

---

<sup>16</sup> Vilfredo Pareto fue uno de los apologistas de la economía liberal. Las concepciones paretianas significa que respetan el criterio de Pareto: hay más bienestar social cuando crece alguna de las utilidades individuales y las otras se mantienen (y hay menos cuando disminuyen).

A pesar de que muchos investigadores estudian las desigualdades sociales y éstas aparecen escritas en cantidad de trabajo, es llamativo el hecho de que casi no existan definiciones rigurosas explícitas o intentos teóricos consistentes para definir tal concepto (Noguera, 2004).

Hoy en día, y a pesar de las predicciones de Kuznets (1995) hoy en día todavía persisten elevados niveles de desigualdad en muchos países de altos ingresos y en algunos de ellos se han elevado aún más.

La desigualdad se puede entender de diferentes formas según quién la defina. Es sujeto de debate si la desigualdad debe incluir conceptos éticos, como el deseo de un sistema particular de incentivos o si simplemente significa diferencias en ingresos. Según Martínez (2011), la desigualdad social es la condición por la cual las personas tienen un acceso desigual a los recursos, servicios y posiciones que la sociedad valora. Tal desigualdad puede surgir en cuanto al modo en que individuos y grupos se ordenan y son evaluados unos por otros pero, más importante aún, se relaciona con las diferentes posiciones de la estructura social. La desigualdad social surge a menudo de la diferenciación social por dos razones fundamentales:

- Las características del individuo pueden ser valoradas de forma desigual y ordenadas de superior a inferior, hablando entonces de prestigio u honor.
- Algunos papeles o posiciones sociales colocan a ciertas personas en condiciones de adquirir una mayor parte de los bienes y servicios valorados desarrollándose un intercambio desigual. Se trata de la desigualdad en cuanto al acceso a posiciones preferentes en la sociedad que trae como consecuencia el prestigio.

Para lograr información descriptiva de valor sobre el grado de la desigualdad de una sociedad, tal y como señala Martínez (2010), hay que examinar distintas dimensiones de la desigualdad, empezando por la distribución de la renta y la riqueza para luego analizar los niveles de vida y salud. Por otro lado, están también las desigualdades en cuanto a servicios públicos y a la política tributaria, que genera desigualdades en la financiación de esos servicios. Estas formas de desigualdades están entre las más importantes, aunque no son las únicas relevantes, existiendo también desigualdades no materiales y otras que se basan en divisiones de raza y sexo, parecidas a las castas. Por otro lado, hay desigualdades de poder y autoridad

que son resultados obvios de la organización social de las sociedades complejas que tienen una amplia división social del trabajo.

En lo que respecta a nuestro ámbito de interés, desde la perspectiva de la educación para el desarrollo y las características del contexto de Nicaragua, destacamos sobre todo las desigualdades económicas. Éstas son una característica permanente de todos los sistemas sociales, y son provocadas, en muchas ocasiones, por las divisiones de clases en las sociedades modernas. La clase ejerce gran influencia en nuestras vidas aunque nuestras actividades nunca están del todo determinadas por este tipo de divisiones, sin embargo, hay personas que se encuentran en situaciones de pobreza de las que es difícil salir.

Si entendemos, desde este prisma, la desigualdad como la dispersión de una distribución (ingreso, consumo, educación, etc.), la reducción de la pobreza, objetivo primordial del Banco Mundial, está íntimamente relacionada con la desigualdad. Cuanto más desigual es la distribución del ingreso, mayor será el porcentaje de la población que vive en pobreza. Según algunos autores, un alto grado de desigualdad, lejos de favorecer el desarrollo económico, tiende a ir contra él.

Cuando hablamos de desarrollo desigual nos referimos al resultado de un proceso histórico de las relaciones sociales de producción y de las fuerzas productivas, que se expresa concretamente en diferentes formaciones sociales localizadas territorialmente, en las cuales se expresan las especificidades de cada sociedad y las relaciones generales que se establecen en el sistema-mundo. La desigualdad del desarrollo se reproduce en los ámbitos sectoriales y territoriales así como en las diferentes esferas de la sociedad, la economía, la política y la cultura, por lo que se plantea que el proceso de desarrollo es multidimensional.

En el Informe del PNUD (2009), según el Índice de Desarrollo Humano, aparece Chile, Argentina, Uruguay, Cuba, México, Costa Rica, Venezuela, Panamá, Brasil, Colombia, Perú y Ecuador como los países latinoamericanos mejor situados. Sin embargo, esto no significa que haya disminuido la pobreza porque el IDH no mide variables importantes como sería la distribución de la riqueza o la pobreza. Esto se traduce en una desigualdad entre grupos ya que en los grupos marginados, algunos indicadores o variables pueden empeorar la situación. Por ejemplo, si un país aumenta el PIB no significa que las personas de dicho país se encuentren en

una mejor situación socioeconómica, sino que muchas veces mejora por grupos o transnacionales que tuvieron un excelente desempeño.

Con los datos del Gini<sup>17</sup> (extraídos del Banco Mundial, OCDE, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD-, etc. que son los que rigen las políticas y, por consiguiente, tienen mayor influencia) lo que pretenden es hacer un promedio porque no le preguntan a toda la población mundial. Por tanto, es un sesgo importante ya que están obviando a una parte importante de desigualdades de cada país.

Para plantearnos si hay desigualdad en un país o contexto determinado o no, tenemos que partir del concepto de desigualdad de partida. No es tan importante ver si hay desigualdad o no sino que el grado de esa desigualdad. Si no determinamos la variable focal no podemos hablar de desigualdad porque la primera es la que determina a la segunda.

### **1.3. Objetivos del Desarrollo del Milenio como marco de la Cooperación al Desarrollo**

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), dispuestos en la Resolución “La Declaración del Milenio<sup>18</sup>” de la Asamblea General de las Naciones Unidas del año 2000, ya mencionados a lo largo del presente marco teórico, constituyeron el primer programa mundial común para el desarrollo humano, al reestructurar en torno a él los compromisos adoptados en las anteriores décadas del desarrollo.

Se trata de ocho grandes objetivos que comprenden desde la erradicación de la pobreza extrema hasta el fomento de una asociación mundial para el desarrollo, y han sido adoptados como marco pragmático y de acción tanto de las políticas de desarrollo de los países menos avanzados como de las políticas de cooperación internacional para el desarrollo de países avanzados, agencias de cooperación, organizaciones no gubernamentales y organismos multilaterales.

Estos objetivos del milenio son:

---

<sup>17</sup> El coeficiente Gini, inventado por el estadístico Corrado Gini, es un número entre cero (0.0: desigualdad mínima) y uno (1.0: desigualdad máxima) que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. Un ejemplo claro, el coeficiente Gini registraría cero para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso, y registraría un coeficiente de uno si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.

<sup>18</sup> La Declaración del Milenio se firmó en septiembre del año 2000 por 189 países, entre cuyos representantes se encontraban 147 Jefes de Estado y en acuerdos posteriores de los Estados miembros en la Cumbre Mundial 2005 (Resolución adoptada por la Asamblea General –a/RES/60/1.

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Educación primaria universal.
- Promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el SIDA, paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad ambiental.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Contrario a estos objetivos fijados para alcanzar hasta el 2015, nos encontramos con algunos datos desalentadores cuando estamos finalizando el año 2011 y a tan sólo 4 años de la meta propuesta, como son:

- La pobreza, desde el año 2000 hasta la actualidad, se ha duplicado en el occidente asiático y la brecha en África continúa siendo la más alta del mundo.
- La distribución desigual de la riqueza y la inseguridad e inestabilidad que causan los conflictos armados y realidades como el VIH/SIDA son algunas de las razones del fracaso de la lucha contra la pobreza.

Según la ONU, para cumplir estos objetivos debería aumentar la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), sin embargo, entre 2005 y 2006 la ayuda se redujo un 5´1% en términos reales y sólo cinco países donantes han alcanzado o superado la meta de la ONU de asignar un 0´7% de su PIB a ayuda al desarrollo.

Por otro lado, y con datos más alentadores, el Secretario General de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) señala que la ayuda oficial al desarrollo ha pasado del 0´25% en 2004 al 0´42% en 2007, por ejemplo, y alcanzará el 0´7% en los próximos años.

Economistas sin fronteras publica un estudio en 2007, justo a mitad de recorrido desde el año 2000 que se aprueba la Declaración hasta el 2015 que es la fecha establecida para lograr estos objetivos. En este trabajo cuentan con datos del año 2005 donde ya se ponía de manifiesto que los avances eran insuficientes y que habría que intensificar los esfuerzos para intentar cambiar el rumbo.

Naciones Unidas establece que para el ODM 6 “*combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades*”, centrándonos en la primera parte del objetivo que es nuestro objeto de interés el SIDA, deben conseguirse 2 metas con sus correspondientes indicadores para el seguimiento de los progresos:

- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.
  - o Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años.
  - o Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.
  - o Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y corrector sobre el VIH/SIDA.
  - o Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años.
- Lograr, para el año 2000, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
  - o Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

En un primer momento, la Declaración del Milenio (2000) establece 18 metas y 48 indicadores que debían responder a los 8 ODM. Posteriormente, en la Cumbre Mundial de 2005 se añaden 4 metas nuevas que permitiesen así una mejor supervisión cuantitativa de dichos objetivos. Dos años más tarde, en 2007, el Grupo InterAgencial y Expertos en Indicadores ODM (IAEG) presenta el Nuevo Marco Oficial de Monitoreo para los ODM, el cual se utilizaría para reportar anualmente a la Asamblea General y sirve para el seguimiento de los ODM en todos los asuntos oficiales. Este Nuevo Marco recoge 21 metas y 60 indicadores reenumerados correlativamente, asimismo algunas metas e indicadores fueron eliminados y otros reformulados (CEPAL- véase anexo 1).

### **1.3.1. Datos de consecución del sexto ODM: El VIH/SIDA**

Centrándonos en nuestro objeto de estudio, nos detendremos más en abordar el estado actual del sexto ODM, referente al VIH-SIDA “*combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades*”, y más concretamente, nos centraremos en las metas específicas “*6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la*

*propagación del VIH/SIDA”* y la meta *“6.B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”*. La propagación del VIH parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, y más personas sobreviven más tiempo y la tasa de nuevas infecciones por VIH sigue superando a la expansión del tratamiento.

La propagación del VIH alcanzó su máximo en 1996 cuando se infectaron 3,5 millones de personas. Doce años más tarde, en 2008 la cantidad de nuevos infectados disminuyó a 2,7 millones. En cuanto a la mortalidad por SIDA, el máximo se alcanzó en 2004 con 2,2 millones de muerte y en 2008 se reduce a 2 millones aunque el VIH sigue siendo la principal infección mortal del mundo.

Uno de los aspectos claves para luchar contra esta epidemia es empoderar a las mujeres a través de la educación sobre el SIDA. De hecho, en 18 de los 49 países (por ejemplo: Camboya, Guyana, Namibia, Ruanda y Trinidad y Tobago) de los cuales se poseen datos de tendencias, el conocimiento correcto e integral sobre VIH aumentó 10 puntos porcentuales o más entre mujeres de 15 a 24 años; ocurriendo lo mismo con hombres jóvenes de 8 a 16 países.

En 2003 se empezó a proveer, hasta 2005, terapia antirretroviral a 3 millones de personas con ingresos bajos y medianos. En ese momento, eran 400.000 personas las que recibían este tratamiento que prolonga la vida. En 2008, se multiplica por 10 la cifra llegando hasta 4 millones de personas, aproximadamente. Los mayores logros tuvieron lugar en África Subsahariana.

En el año 2007, aún a 7 años de la meta propuesta y tras los datos disponibles de 2005 donde éstos eran insuficientes y se abogaba por intensificar los esfuerzos, Economistas sin Fronteras desarrolla un trabajo<sup>19</sup> a mitad de camino, para conocer los avances conseguidos desde 1900, desde su punto de partida, para conocer el grado de cumplimiento de los 7 primeros ODM, para finalizar centrándose en analizar el 8 ODM, referente a la ayuda al desarrollo.

Nosotros nos vamos a centrar en las conclusiones del estudio referente a nuestro objeto de interés que es el sexto ODM. Para elaborar este trabajo seleccionaron concretamente la meta 6.A *“haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA”* cuyo indicador analizado es la prevalencia

---

<sup>19</sup> Este trabajo es una continuación del estudio sobre el grado de cumplimiento de los ODM que ha ido desarrollando Economistas sin Fronteras desde hace varios años.

de VIH entre la población de 15 a 49 años. El motivo de esta elección ha sido el grado de afección de esta enfermedad, que no se circunscribe a zonas concretas del globo, como pudiera ocurrir con el paludismo.

Según este estudio de Economistas sin Frontera (2007), y los resultados obtenidos<sup>20</sup> el África Subsahariana sería la región que mostraría un menor grado de cumplimiento. En el caso de nuestro objetivo, existe una prevalencia del VIH entre personas de 15 a 49 años que se situaba en 2006 en el 5,7%, y se prevé aumentará en 2015 hasta el 7,4%, mostrando una tendencia inversa a la deseable. Sin embargo, en el caso de nuestro contexto de interés, la región de Latinoamérica y el Caribe presenta una evolución favorable en líneas generales, aunque considerablemente lenta en algunos indicadores. La prevalencia de VIH se situaba en 0,3% en 1900, cuando empezó esta iniciativa, y alcanzó el 0,6% en 2005, por lo que se prevé alcance el 0,8% al finalizar 2015 (Gil, Fernández y Callejón, 2007).

Un año más tarde, Economistas sin Fronteras, la Plataforma 2015 y más publican otro avance de los ODM. Este informe cobra mayor relevancia porque se ha superado ya el ecuador del plazo establecido y la economía mundial ha experimentado un deterioro importante en un corto periodo de tiempo. Estos autores señalan la importancia de la salud para el desarrollo de la persona y afirman *“el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud deja mucho que desear, especialmente en las regiones más empobrecidas del planeta”*. En África Subsahariana el SIDA se ha convertido en la principal causa de muerte prematura y en la cuarta causa de muerte a nivel mundial. En esta región el 60% de las personas que viven con el SIDA son mujeres y no muestra expectativas de remitir ni de comenzar a reducir su propagación.

Según ONUSIDA, en su informe de 2008, en todas las regiones del mundo los casos han seguido aumentando según una tendencia estable en los últimos cinco años. Entre las tendencias destacables subrayamos que el VIH/SIDA afecta cada vez a más mujeres y niñas. Las desigualdades por razón de sexo, la violencia sexual, el acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva, algunas normas sociales y culturales, unido a una mayor vulnerabilidad biológica a la infección agudizan la feminización de la enfermedad.

---

<sup>20</sup> Los resultados de este trabajo se recogen según los distintos indicadores para cada una de las regiones y su grado de cumplimiento medido en términos porcentuales. Las regiones elegidas entre las escogidas de la clasificación de Naciones Unidas son: África Septentrional, África Subsahariana, América Latina y Caribe, Asia Oriental, Asia Meridional, Asia Occidental y Sudeste Asiático.



En 2010 ONUSIDA publica el mapa de prevalencia<sup>21</sup> mundial del VIH donde refleja una visión global de la prevalencia del VIH en 2009 (véase anexo 2), y donde en el caso de Nicaragua, se estima que existe un 0,2% de prevalencia de VIH en adultos de 15 a 49 años<sup>22</sup>.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) publica en 2011 el avance que ha habido en los temas de salud, donde afirma que la situación con respecto a la mortalidad por VIH/SIDA ha mejorado ya que “se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la mortalidad materno-infantil, la mejora de la nutrición y la disminución de la morbilidad y la mortalidad debidas a la infección por el VIH, la tuberculosis y el paludismo” (OMS, 2011: 1).

Según este informe del Consejo Ejecutivo de la OMS,

*“en términos generales, la epidemia mundial de VIH parece haberse estabilizado: el número anual de nuevas infecciones por el virus cayó de modo uniforme en un 25% entre 2001 y 2009. En 22 países del África subsahariana las tasas descendieron a un ritmo parecido en el último decenio, pero esta región sigue soportando alrededor de un 68% de la carga mundial de infecciones por el VIH... En 2010, 34 millones de personas vivían con el VIH, lo que supone un incremento con respecto a los años anteriores: la mejora del acceso a tratamientos antirretrovirales en los países de ingresos bajos y medios (el número de personas atendidas en 2010 fue 16 veces mayor que en 2003) se acompaña del aumento de la población que vive con el VIH. Pese a que cada vez reciben tratamiento más personas, aún hay un déficit importante: se calcula que, en 2010, nueve millones de personas que cumplían los requisitos para recibir tratamiento no tuvieron acceso a él”* (OMS, 2011: 4).

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas publican en 2012 la situación en la que nos encontramos con respecto al 6º ODM, según datos disponibles en junio de 2012, correspondiente a los indicadores comprendidos entre el año 2010 y el 2012.

**Tabla 2. Tendencias alcanzadas en 2012**

Objetivos y metas	África		Asia				Oceanía	América Latina y el Caribe	Cáucaso y Asia central
	Septentrional	Subsahariana	Oriental	Sudoriental	Meridional	Occidental			
Detener y revertir la propagación del VIH/SIDA	Baja prevalencia	Alta prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia

\* El progreso se muestra a dos niveles, las palabras de cada casilla indican el grado actual de progreso logrado y los colores muestran el progreso hacia la meta, según las siguientes claves: ■ Ya se alcanzó la meta o se alcanzará en 2015 ■ Progreso estancado o deterioro ■ El progreso es insuficiente para alcanzar la meta si persisten las tendencias actuales.

Fuente: Naciones Unidas (2013).

<sup>21</sup> Por prevalencia en VIH/SIDA entendemos el porcentaje o número de individuos o grupo poblacional con infección, que incluye a aquellos diagnosticados de SIDA.

<sup>22</sup> Para calcular la tasa de prevalencia de adultos con VIH, se dividió el número estimado de adultos (15-49 años) que viven con el VIH en 2009 por la población de 15 a 49 años en 2009.

Tres años antes del 2015, fecha máxima para alcanzar los ODM, se publica *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012*, recogiendo las tres metas alcanzadas: reducción de la pobreza, las condiciones de vida de los tugurios y el acceso a agua potable. “A finales de 2010, 6,5 millones de personas en las regiones en desarrollo recibían tratamiento antirretroviral para el VIH o SIDA, lo que ha supuesto el mayor incremento anual hasta la fecha. Desde diciembre de 2009 más de 1,4 millones de personas estaban recibiendo tratamiento” (Según [www.corresponsables.com](http://www.corresponsables.com), el 03/07/2012).

A continuación exponemos una tabla sobre la evolución en la consecución de las metas, según los indicadores seleccionados por la plataforma “*Podemos erradicar la pobreza 2015*”. Tanto las tendencias como los niveles se evalúan en función de la información disponible en junio de 2011.

**Tabla 3. Evolución de consecución de las metas**

Objetivos y metas	África		Asia				Oceanía	América Latina y el Caribe	Cáucaso y Asia central
	Septentrional	Subsahariana	Oriental	Sudoriental	Meridional	Occidental			
Detener y revertir la propagación del VIH/SIDA	Baja prevalencia	Alta prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Baja prevalencia	Prevalencia moderada	Baja prevalencia	Baja prevalencia

\* El progreso se muestra a dos niveles, las palabras de cada casilla indican el grado actual de progreso logrado y los colores muestran el progreso hacia la meta, según las siguientes claves:

■ Ya se alcanzó la meta o se alcanzará en 2015 ■ Progreso estancado o deterioro

■ El progreso es insuficiente para alcanzar la meta si persisten las tendencias actuales.

Fuente: Naciones Unidas (2011).

Se sigue confirmando el aumento del acceso al tratamiento para personas con VIH en todas las regiones. En el año 2010 habían 6,5 millones de personas que recibían tratamiento con antirretrovirales para el VIH o SIDA en las regiones en desarrollo lo que significa que ha habido un aumento en más de 1,4 millones de personas desde diciembre de 2009, convirtiéndose en el incremento más alto jamás logrado en un año. A pesar de estos datos tan alentadores, no se alcanzó la meta de lograr en 2010 el acceso universal.

Sin embargo, con respecto al resto de las metas, el Secretario General de la ONU Ban Ki-moon, en la presentación del citado informe, incide que “*aunque un reto, es todavía posible –pero sólo si los gobiernos no eluden los compromisos contraídos hace más de una década*”.

Según datos del Día Mundial del SIDA, 2012, la epidemia se sigue propagando por lo que llegar a cero puede parecer difícil aunque se están haciendo progresos importantes. En 2011 hubieron 2,5 millones de nuevos casos de infección por VIH y entorno a 1,7 millones de personas murieron, es decir, estamos hablando de 700.000 nuevas infecciones menos que hace 10 años y 600.000 muertes menos que en 2005. *“Gran parte de los progresos se atribuye al tratamiento de las personas infectadas con antirretrovirales, medicamentos que pueden salvarles la vida”* (OMS, 2012). El Doctor Gottfried Hirschall, Director del Departamento de VIH de la OMS señala que *“muchos países se enfrentan a dificultades económicas, pero la mayoría se las arreglan para seguir ampliando el acceso a los antirretrovirales...la meta de 2015 parece más factible ahora que nunca”*.

Lo importante, según Hirschall, es que las fuerzas se dirijan en *“asegurar que los progresos mundiales se reproduzcan en todos los lugares y niveles para que todas las personas puedan obtener tratamiento antirretroviral”*. En este sentido, siguen habiendo grupos de población sin acceso a la prevención y al tratamiento del VIH en todas las regiones del mundo; en el caso de los niños, sólo el 28% de los que necesitan antirretrovirales pueden obtenerlos.

En la Conferencia Mundial sobre ODM celebrada los días 27 y 28 de Febrero de 2013 en Bogotá (Colombia), se afirma que *“el año 2013 es un momento decisivo en el cronograma de los ODM”*.

Las Naciones Unidas han iniciado el proceso post-2015 en la que participan y están involucrados tanto los países desarrollados como los países en desarrollo, la sociedad civil, la juventud, el sector privado, las comunidades locales, los parlamentarios, las personas viviendo en la pobreza y los grupos marginados. Esta conversación global incluye las necesidades, conocimientos y experiencias de personas en todo el mundo:

- Grupos de partes interesadas con el apoyo de la ONU participan en conferencias y talleres sobre lo que se incluirá en la futura agenda de desarrollo global.
- Miles de personas participan en línea y en persona en las consultas temáticas globales sobre la forma de integrar los siguientes once temas en la agenda post-2015: desigualdades, salud, educación, crecimiento y el empleo, sostenibilidad ambiental, gobernanza, conflictos y fragilidad,

dinámica de la población, hambre, seguridad alimentaria y nutrición, energía y agua.

- La encuesta de “MY World” disponible en 10 idiomas, invita a la población mundial a votar por 6 de las 16 prioridades de la futura agenda de desarrollo.

De esta conversación global se espera obtener una radiografía de lo que la gente espera de la futura agenda de desarrollo. El resultado se incorporará a la labor del Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes para la Agenda de Desarrollo Post-2015, establecido por el Secretario General Ban Ki-moon, así como el proceso multilateral formal.

Esta iniciativa la consideramos muy importante ya que reafirma la importancia de la participación comunitaria para prevenir, paliar, reducir, los ODM y, más concretamente, el VIH/SIDA. El PNUD (2013), con la puesta en marcha de la Agenda Post-2015, otorga un lugar importante al diálogo con la sociedad civil *“a fin de fomentar la responsabilidad compartida de los objetivos y asegurarnos de que la voz pública es escuchada. Una ciudadanía comprometida ayudará a conseguir un próximo marco de desarrollo mejor y contribuirá a una aplicación más eficaz. La conversación global no ha hecho más que empezar”*.

#### **1.4. El Informe de Desarrollo Humano: el caso de Nicaragua**

Una vez contextualizada la situación de los ODM y su avance en los últimos años, vamos a focalizarnos en los datos que aportan el Informe de Desarrollo Humano y el Índice de Desarrollo Humano en Nicaragua.

Nos centramos primero en el Informe de Desarrollo Humano de 2010 porque es el primero, de los más recientes, en ir más allá del paradigma de desarrollo, visualizando tendencias y patrones de las últimas décadas, mostrando una diversidad de caminos hacia el desarrollo humano. Esta diversidad de caminos manifiesta que no existe una fórmula única para el progreso sostenible, y que es posible, y de hecho se han logrado, avances extraordinarios a largo plazo, aún sin un alto nivel de crecimiento económico.

Nicaragua es un país ubicado en América Central, rodeado del océano pacífico al oeste y el mar Caribe al este, limitando con Honduras al norte y Costa

Rica al Sur. Es autodefinido como un estado independiente y de naturaleza multiétnica.

La esperanza de vida del país, según ONUSIDA (2010) se encuentra en los 74 años. Por rangos de edad poblacional nos encontramos con 984 mujeres y 1.024 hombres menores de 15 años, 1.565 mujeres y 1.506 hombres de 15 a 49 años y, por último, 392 mujeres y 351 hombres mayores de 50 años. Esto hace un total de 5.822 personas y, dentro de nuestra franja de edad de prevalencia en VIH hay un total de 3.071 personas de 15-49 años.

Los datos epidemiológicos claves según las hojas informativas de ONUSIDA (2010), concretamente relativo a la transmisión sexual del VIH, para la variable de sexo de alto riesgo resultado llamativo que en el caso de los hombres de 15 a 49 años no existen datos registrados, mientras que en el caso de las mujeres sí los hay. En mujeres de 15-19 años existe un 1,4% de sexo de alto riesgo frente a un 1,8% en mujeres de 20 a 24 años y porcentaje muy bajo en mujeres de 25 a 49 años con un 0,7%.

Por otro lado, un 81% de los datos registrados responden al conocimiento que existe del SIDA entre los jóvenes, bastante alto para el número de infecciones existentes en el país. Un 14,1% afirman que tienen sexo antes de los 15 años, edad bastante baja para este tipo de prácticas, y un 1,5% afirman mantener sexo de alto riesgo. Otro dato que llama poderosamente la atención es que un 0% usa preservativos y un 5,3% se han sometido a pruebas de VIH<sup>23</sup> (ONUSIDA, 2010).

Una vez contextualizada Nicaragua a rasgos generales, vamos a explicar en qué consiste el Informe de Desarrollo Humano, centrándonos siempre en nuestro contexto de investigación.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es la fuente principal de asesoramiento, promoción y subsidios relacionados con el desarrollo dentro del sistema de las Naciones Unidas. Asesora sobre la política que debe seguir y colabora con la creación de la capacidad institucional y humana necesaria para generar un crecimiento económico equitativo. También colabora con los sectores públicos y privado para utilizar con máxima eficacia los recursos de la ayuda. Aparte, administra fondos y programas especiales como el Fondo de las

---

<sup>23</sup> Para más información consultar UNGASS 2010 Informes de progreso del país y encuestas demográficas de salud. Ver Registro del indicador ONUSIDA en <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>.

Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), Voluntarios de las Naciones Unidas (UNV) y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la capitalización (FNDUC).

El primer Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD se publicó en 1990 cuyos autores principales fueron Mahbub ul-Haq y Amartya Sen. La característica principal del presente Informe fue la inclusión del Índice de Desarrollo Humano (IDH) donde se estudian las variables que, una vez agrupadas y ponderadas, reflejan la situación comparativa de la mayor parte de los países del mundo. En el presente año 2010, se analiza un total de 169 países.

El IDH se define a partir de tres elementos: salud, educación y renta. Se calcula a partir del Producto Interior Bruto (PIB) per cápita medido en paridad de poder adquisitivo y se mide en una escala de 0 a 1, a partir de la cual se consideran tres rangos de desarrollo humano: desarrollo humano alto (cuando el valor del IDH en una región o país es mayor o igual a 0,80), desarrollo humano medio (cuando el valor del IDH está entre 0,50 y 0,79), y desarrollo humano bajo (cuando el valor del IDH es menor a 0,50). Por ser promedio de la renta nacional no recoge información sobre la distribución de la misma dentro del país.

Según Helen Clark<sup>24</sup>, la clave o premisa de este indicador era el hecho de que el desarrollo de un país debía medirse no sólo a través del ingreso nacional sino también según la esperanza de vida y la alfabetización. Resulta casi imposible, y ya se ha demostrado, medir el éxito de un país o su bienestar únicamente a partir de su ingreso, sino que existen otras variables como si la persona puede llevar una vida saludable y prolongada, si tiene oportunidad de recibir una educación y si es libre de aplicar sus conocimientos y talentos para configurar su propio destino.

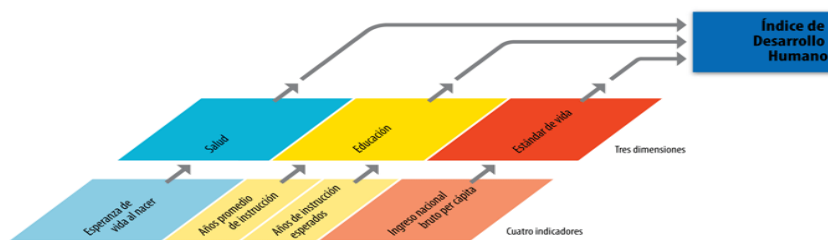
Para Sen (2010), en la introducción que elabora para el Informe de Desarrollo Humano de 2010, *“el enfoque del desarrollo humano es lo suficientemente flexible para tomar en cuenta las perspectivas futuras de la vida humana en el planeta”*.

El IDH es un índice, como decíamos anteriormente, un valor a partir de tres dimensiones: salud, educación y economía (véase gráfico 2). Cada año el Informe del PNUD analiza una arista del Desarrollo Humano.

---

<sup>24</sup> Administradora del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

## Gráfico 2. Las tres dimensiones y los cuatro indicadores del IDH



Fuente: PNUD

El IDH no considera la variable de la desigualdad. El término de la desigualdad aparece en el Informe siete años más tarde, en 1997, y en 2003 aparece el concepto de pobreza. Lo máximo que se ha hecho es construir un IDH modificado, que es introducir el *índice de Gini*<sup>25</sup> (sesgar, condicionar el cálculo del IDH, introduciendo el Gini) que es el PIB per cápita entre la población.

Hemos pasado del debate y cuestionamiento complejo del Desarrollo Humano, a la simplicidad de un número, reduciendo la realidad a tres variables.

Según el Informe de Desarrollo Humano de 2010, dentro de los países desarrollados, el que presenta un índice de desigualdad menor es Dinamarca, mientras que Portugal es el país desarrollado que presenta mayor atraso. No obstante, están en mejores condiciones que los países de América Latina. En cambio, según el Informe de 2011, Nicaragua retrocede 14 puestos en comparación con el año pasado, pasando del puesto 115 (de 169 países) al 129 de la lista de los 187 países de 2011.

El Informe de Desarrollo Humano de 2011 *“Sostenibilidad y Equidad: un mejor futuro para todos”*, aporta datos comprendidos entre 2005 y 2011 y apunta que *“los avances en los países más pobres del mundo podrían frenarse o retroceder”* si no hay cambios en las desigualdades, el cambio climático y la degradación del medio ambiente. En cambio, en los extremos de la lista se encuentra Noruega como el más desarrollado y la República Democrática del Congo en el último escalafón. Teniendo en cuenta estos datos, es destacable y a la vez desolador que Nicaragua se encuentre a 129 posiciones de Noruega y tan sólo a 58 del Congo.

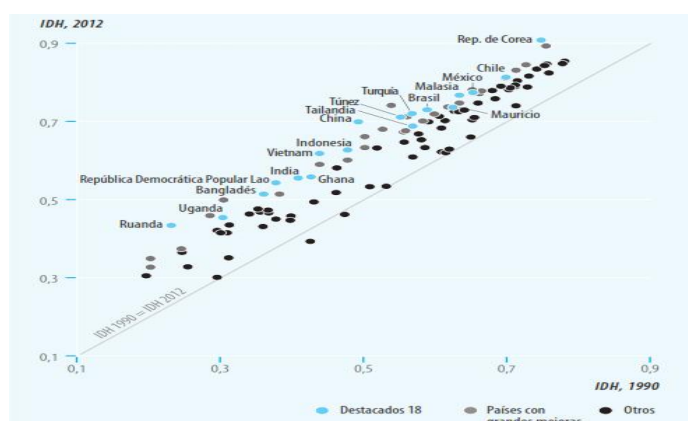
En marzo de 2013 se presenta el Informe de Desarrollo Humano 2013 *“El ascenso del Sur: progreso humano en un mundo diverso”*, con los datos disponibles a 15 de mayo de 2012. En esta ocasión el informe examina el profundo cambio que

<sup>25</sup> Para más información consultar <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idhi/>.

está teniendo lugar en las dinámicas globales con el rápido ascenso de poderes en los países en desarrollo. Este informe “*identifica políticas y reformas institucionales que reflejan la nueva realidad del Sur emergente, que podrían promover en las próximas décadas un mayor progreso humano en todo el mundo*”. Además, incluye un “*IDH actualizado, además de los tres índices complementarios del informe: el IDH ajustado por la Desigualdad, el Índice de Desigualdad de Género –IDG- y el Índice de Pobreza Multidimensional –IPM-*” (PNUD, 2013).

Este informe pone de manifiesto el avance del sur, el cual cada vez es más interdependiente y está más interconectado, lo que dibuja un mundo que se presenta con un claro “*reequilibrio mundial*”. Según el PNUD (2013: 18), “*los países con un IDH bajo podrían alcanzar los niveles de desarrollo humano alcanzados por países con un IDH alto o muy alto. Para el 2050, el IDH total podría aumentar un 52% en África Subsahariana y un 36% en Asia Meridional*”. Sin embargo, para aquellas regiones con IDH bajo “*el costo de la inacción política aumentará...lo cual los vuelve más vulnerables*”.

**Tabla 4. Más de 40 países del Sur tuvieron mejoras del IDH entre 1990 y 2012<sup>26</sup>**



Fuente: PNUD (2013).

El Informe sobre Desarrollo Humano de 2013 hace un balance de los aspectos positivos del ascenso del Sur aunque también se enfatiza la necesidad de

<sup>26</sup> Los países que se encuentran por encima de la línea de 45 grados tenían un IDH superior en 2012 al de 1990. Los marcadores grises y azules indican los países con mejoras en el IDH entre 1990 y 2012 significativamente superiores a las previstas dado su IDH en 1990. Estos países se seleccionaron a partir de los residuales obtenidos de una regresión del cambio en el logaritmo del IDH entre 2012 y 1990 sobre el logaritmo del IDH inicial de 1990. Los países etiquetados son un grupo seleccionado de países con notables mejoras del IDH, cuyos casos se mencionan en más detalle en el capítulo 3.



garantizar la plena incorporación de cuestiones relacionadas con la igualdad y la sostenibilidad en políticas y estrategias futuras. Actualmente, las situaciones vividas en el Norte sobre el escaso crecimiento económico, los elevados índices de desempleo y las medidas de austeridad están amenazando los altos niveles de desarrollo humano y, por tanto, el **estado de bienestar**. *“Tanto en el Norte como en el Sur, las élites dirigentes no pueden permitirse ignorar tales amenazas a la inclusión y al bienestar social frente a la creciente demanda de justicia y responsabilidad exigida por ciudadanos, comunidades y organizaciones civiles nacionales e internacionales, y facilitada por el auge de los medios sociales”* (PNUD, 2013: 15).

En esta nueva edición del Informe de Desarrollo Humano se plantea la necesidad de incluir medidas y análisis que amplíen el concepto de desarrollo humano, es decir, no basta sólo con medir las capacidades individuales sino que es necesario incorporar también capacidades, inquietudes y percepciones a nivel de la sociedad. Por ejemplo, *“Los logros individuales en materia de salud, educación e ingresos, si bien son fundamentales, no garantizarán el progreso en desarrollo humano mientras las condiciones sociales limiten tales logros y existan distintas percepciones sobre el progreso”* (PNUD, 2013: 15).

Se identifican más de 40 países en desarrollo con avances en desarrollo humano que significativamente dejaron atrás normas mundiales en las últimas décadas. Tras éstos, se encuentran 18 países que abarcan desde los que han alcanzado los máximos logros (empezando por China) hasta varios países más chicos exitosos en el Sur, como Chile, Ghana y Tailandia. *“Sin embargo, la pobreza extrema es todavía un problema serio en gran parte del mundo en desarrollo”* afirmando literalmente en el Informe que *“existe un `sur´ en el Norte y un `norte´ en el sur”*.

Con respecto al Índice de Desarrollo Humano, en el Informe de 2013 abarca a 187 países y territorios. En esta ocasión, debido a las limitaciones de los datos, se excluyeron las estimaciones de ocho países: Islas Marshall, Mónaco, Nauru, República Democrática Popular de Corea, San Marino, Somalia, Sudán del Sur y Tuvalu.

Los datos que se muestran en 2013 responden a los datos comparables a nivel internacional sobre salud, educación e ingresos. Esta clasificación y nuevos

datos no pueden compararse directamente con los informes anteriores debido a que éstos se han vuelto a calcular retroactivamente utilizando los mismos conjuntos de datos actualizados y metodologías actuales.

**Tabla 5. IDH y componentes por regiones y agrupaciones. 2012<sup>27</sup>**

Región y agrupaciones del IDH	IDH	Esperanza de vida al nacer (años)	Años promedio de escolaridad (años)	Años esperados de escolaridad (años)	Ingreso nacional bruto per cápita (PPA en US\$ de 2005)
<b>Regiones</b>					
Estados Árabes	0,652	71,0	6,0	10,6	8,317
Asia Oriental y el Pacífico	0,683	72,7	7,2	11,8	6,874
Europa y Asia Central	0,771	71,5	10,4	13,7	12,243
América Latina y el Caribe	0,741	74,7	7,8	13,7	10,300
Asia Meridional	0,558	66,2	4,7	10,2	3,343
África Subsahariana	0,475	54,9	4,7	9,3	2,010
<b>Agrupaciones del IDH</b>					
Desarrollo humano muy alto	0,905	80,1	11,5	16,3	33,391
Desarrollo humano alto	0,758	73,4	8,8	13,9	11,501
Desarrollo humano medio	0,640	69,9	6,3	11,4	5,428
Desarrollo humano bajo	0,466	59,1	4,2	8,5	1,633
<b>Total mundial</b>	<b>0,694</b>	<b>70,1</b>	<b>7,5</b>	<b>11,6</b>	<b>10,184</b>

Fuente: PNUD (2013).

Los países que encabezan la clasificación de 187 países del Informe del 2013 son Noruega, Australia y Estados Unidos. Por el contrario, la República Democrática del Congo y Níger presentan los valores más bajos de la medición de logros nacionales en salud, educación e ingresos del IDH, a pesar de ser los dos países con mayor avance en la mejora del IDH desde el año 2000. *“En las últimas décadas, países de todo el mundo se han encaminado hacia niveles más altos de desarrollo humano, como lo indica el Índice de Desarrollo Humano”*. En esta línea, el Informe de 2013 muestra datos más alentadoras que los anteriores al afirmar que *“se han observado mejoras notorias de todos los componentes del IDH en todos los grupos y*

<sup>27</sup> Los datos se ponderan por población y se calculan según valores del IDH correspondiente a 187 países. PPA es Paridad de Poder Adquisitivo.

regiones, con un mayor progreso en los países con un IDH bajo y medio. Sobre esta base, se considera que el mundo es cada vez más equitativo” (PNUD, 2013).

En el caso de América Latina, el Informe 2013 destaca especialmente a Brasil, Chile y México al considerarlos *“pioneros en los tres impulsores del desarrollo: mayor proactividad del Estado en las políticas de desarrollo, mayor integración con los mercados globales e innovación ejemplar en las políticas sociales”*. Se prevé que para 2030 América Latina y el Caribe serán el hogar de uno de cada diez miembros de una emergente clase media global: *“miles de millones de personas de todo el mundo están cada vez más formados, socialmente comprometidos e internacionalmente interconectados”*.

El valor IDH promedio para América Latina y el Caribe es 0,741 (el segundo mayor después de Europa y Asia Central con un 0,771) y por encima de la media mundial (0,694). Entre el año 2000 y 2012 la región registró un crecimiento anual medio del 0,67% en el IDH, el mayor crecimiento de entre todas las regiones. En el caso concreto de Nicaragua, ésta registró un crecimiento anual medio del 1,04% durante dicho periodo, seguido de la República Bolivariana de Venezuela y Cuba, con un crecimiento anual del 1,04% y 1,02%, respectivamente.

El problema del VIH/SIDA agrava no sólo la salud de las personas, sino la esperanza de vida, componente fundamental del IDH. La esperanza de vida promedio en 2012 fue de 70,1 años, con amplias diferencias entre grupos de IDH: 59,1 años en países con IDH bajo y 80,1 en países con IDH muy alto. En África Subsahariana la esperanza de vida se estancó en 49,5 años entre 1990 y 2000, como resultado de la pandemia del VIH y el SIDA.

#### **1.4.1. El IDH en Nicaragua**

En América Latina y el Caribe hay mejoras generalizadas de IDH desde 1970. Entre las más destacadas se encuentra el progreso a largo plazo registrado por el Índice de Desarrollo Humano de Guatemala, Bolivia y Brasil, que han conseguido los mayores avances, a pesar de que en 2010 Guatemala sigue siendo el país de Latinoamérica con peor posición en la tabla de IDH.

América Latina sigue siendo la región más desigual del mundo, encontrándose Chile, en 2010, en el puesto 45 como el país con IDH más alto y Haití con el IDH más bajo en el puesto 116. Sin embargo, la frontera más extrema es la

existente entre Nicaragua y Costa Rica, que les separan 53 puestos, del 62 al 115 (véase tabla 6).

**Tabla 6. Datos desiguales de Países de América Latina. 2010**

País	Posición en tabla IDH	Valor del IDH	PIB per cápita, US\$
Panamá	54	0,755	6.793
Costa Rica	62	0,725	6.564
Belice	78	0,694	4.218
El Salvador	90	0,659	3.605
Honduras	106	0,604	1.823
Nicaragua	115	0,565	1.163
Guatemala	116	0,560	2.848

Fuente: elaboración propia, extraídos los datos del PNUD

Nicaragua, que es nuestro contexto de estudio de la investigación, ocupa el puesto 115 de los 169 países que forman parte del Informe de Desarrollo Humano 2010. La mortalidad infantil en dicho país del quintil inferior (más pobre) es tres veces mayor que la del quintil más rico. El 48% de la población no tiene acceso a saneamiento mejorado y la incidencia de la desnutrición (2004-2006) es del 21% del total de la población del país.

En 2011, Nicaragua se sitúa en el puesto 129 de los 187 países y territorios. Según la explicación técnica del informe local, el cambio de posición en el IDH de Nicaragua *“no significa una caída del índice, sino que el cambio de la posición entre los dos últimos se explica a los cambios en los datos de las fuentes internacionales utilizadas y, sobre todo, a la inclusión en la clasificación de 18 nuevos países, de los cuales 15 presentan un IDH mayor al de Nicaragua”* (La Prensa, 2011). De esta manera, entre 1980 y 2011 el valor de IDH pasó de 0,457 a 0,589, registrando un aumento del 29% con un promedio anual de 0,8%. Este crecimiento anual es más bajo sin embargo que el de El Salvador (1,2%) y Guatemala (0,95%). Así, hay que destacar que el avance en el IDH de Nicaragua en este período correspondió a las mejoras en los componentes de educación y salud.

La línea de pobreza se acentuó del 45,8% que mostraba el IDH en 2010 al 46,2% un año más tarde. Es decir, uno de cada dos nicaragüenses continúan viviendo en la pobreza. Sin embargo, el dato más desalentador es que las probabilidades de que el número de pobres aumente está latente, según el informe, ya que la población en riesgo de sufrir pobreza creció del 15,7% al 17,4% (de nueve

personas pobres por cada 20, a 11 por cada veintena). El IDH estima que en Nicaragua sigue habiendo una persona en pobreza extrema por cada diez.

Por otra parte, el PIB por persona en Nicaragua bajó a 2,430 dólares anuales, con respecto a 2010, que indicaba 2,567 dólares. Esto se traduce en 137 dólares menos, suficiente para doblarle los ingresos durante casi cinco meses a los que viven con 1,25 dólares diarios. En cuanto a desempleo, el 62,7% de la población depende de los que trabajan; siguen trabajando 8 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres.

Según la Fundación Internacional para el Desafío Económico Global –FIDEG- (2011), *“a 4 años de la culminación del período de cumplimiento de los ODM se convierte en una prioridad la reducción sostenible de la pobreza”*, situación que afecta a todos los países y regiones de países que participan en la Declaración del Milenio. Sin embargo, la situación en Latinoamérica es importante ya que, según el Panorama Social de América Latina en 2010, realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), solamente se ha cumplido el 82% de la meta 1.A de los ODM relativo a la reducción del 50% de la pobreza extrema, a nivel regional, a un 72% del tiempo previsto.

Los resultados del Informe de Desarrollo Humano de 2011 sitúa a Nicaragua entre los países centroamericanos que presenta el más bajo desarrollo humano desde 1980. Según el Nuevo Diario (2011), *“el Informe presenta el IDH ajustado por desigualdad –IDH-D- para 134 países, el índice de desigualdad de género –IDG- para 146 países e índice de pobreza multidimensional –IPM- para 109 países”*. En el Informe de 2011 se utilizan los indicadores de: esperanza de vida al nacer, año promedio de escolaridad, años esperados de escolarización e ingresos brutos nacionales per cápita. Sin embargo, y a pesar de la posición de Nicaragua en el Informe, según los expertos estos datos no son comparables con los datos de otros informes anteriores debido al incremento del número de países que entraron en este último informe, de 169 países en 2010 a 187 en 2011.

De acuerdo al Informe de 2011, el IDH para Nicaragua es de 0,589 correspondiendo a la categoría de desarrollo humano medio. En relación a la escala del IDH, mientras más se acerca a 1 la calificación de desarrollo humano, es superior la calidad de vida, y significa lo contrario mientras más se acerque a 0 (El Nuevo diario, 2011).

Para mejorar el IDH y disminuir la desigualdad entre la población, es necesario la obtención de recursos públicos para promover el desarrollo (más escuelas, educación de calidad, trabajos dignos, buen sistema de salud, etc.). Según palabras del propio informe *“las naciones necesitan generar ingresos y crecer, pero los gobiernos primero deben recaudar recursos antes de gastarlos”*.

**Tabla 7. Tendencias de Nicaragua desde 1980 hasta 2011**

Año	1980	1990	2000	2005	2009	2010	2011
Nicaragua	0.457	0.473	0.533	0.566	0.582	0.587	0.589

Fuente: elaboración propia, extraídos los datos del Informe de Desarrollo Humano 2011.

Desde 1980 hasta 2011 el valor del IDH de Nicaragua pasó de un 0,457 a 0,589, registrando un aumento del 29%. En 2011 la tasa de esperanza de vida al nacer se incrementó a 74 años, superior a la expectativa de vida del año 2000, cuando era de 69,7 años. Asimismo, los años esperados de instrucción educativa en el 2000 eran de 9,8 mientras que en 2011 fue de 10,8.

América Latina sigue siendo la región más desigual del mundo en la distribución del ingreso, distribuyéndose sus países en todos los estratos de la tabla de desarrollo humano: Chile, Argentina y Barbados se sitúan en la zona de desarrollo humano muy alto; Haití el único país de América Latina que está en la zona de desarrollo humano bajo y el resto de países se sitúan en la zona media. Entre estos últimos se encuentra Nicaragua, en el penúltimo puesto en Centroamérica en cuanto a desarrollo humano en 2011. Hay que destacar asimismo que Nicaragua tiene el ingreso nacional neto bruto per cápita (en US\$) menor de todos los países del área, mientras que Guatemala, que tiene un IDH menor que Nicaragua, tiene un INB per cápita superior en más de un 80%.

A pesar de la tendencia positiva, siguen existiendo grandes diferencias entre países, y países muy subdesarrollados en comparación con la región. Destaca negativamente sobre todo Haití, pero también Guatemala, Nicaragua y Honduras.

Según el Informe de Desarrollo Humano (2011: 141), los datos sobre IDH no son *“comparable con aquella publicada en ediciones anteriores”* debido a que los organismos estadísticos internacionales están mejorando permanentemente sus series de datos, la información presentada en el Informe, etc. El Informe de ODM (2012: 4) confirma que *“en todas las regiones aumentó el acceso al tratamiento para*

las personas con VIH. A finales de 2010 en las regiones en desarrollo había 6,5 millones de personas que recibían tratamiento con antirretrovirales para el VIH o SIDA. Esa cantidad constituye un aumento de más de 1.4 millones de personas desde diciembre de 2009, y es el incremento más alto jamás logrado en un año. Sin embargo, no se alcanzó la meta de lograr en 2010 el acceso universal”.

Por otra parte, este informe de 2013 elaborado por el PNUD expone las tendencias del IDH desde 1980 a 2012. Estos datos comparativos, disponibles en 2012, son resultado de una metodología y revisión de datos históricos más recientes. “Los cambios en la clasificación según el IDH correspondiente a los cinco últimos años y entre 2011 y 2012, así como la tasa de crecimiento anual promedio del IDH correspondiente a cuatro períodos permiten evaluar fácilmente la dirección y la velocidad de los cambios experimentados en el IDH” (PNUD, 2013: 153).

El IDH de 0.599 es inferior al promedio de 0.64 para los países de desarrollo humano medio y por debajo de la media de 0.741 para los países de América Latina y el Caribe.

**Tabla 8. Tendencias del Índice de Desarrollo Humano, 1980-2012<sup>28</sup>**

DESARROLLO HUMANO MEDIO														
Clasificación según IDH	Índice de Desarrollo Humano (IDH)								Clasificación según IDH		Tasa promedio crecimiento anual del IDH			
	1980	1990	2000	2005	2007	2010	2011	2012	2007-2012	2011-2012	1980 / 1990	1990 / 2000	2000 / 2011	2011 / 2012
125 Tayikistán	-	0,615	0,529	0,582	0,587	0,612	0,618	0,622	3	1	-	-1,50	1,47	1,36
127 Vietnam	-	0,439	0,534	0,573	0,590	0,611	0,614	0,617	0	0	-	1,98	1,37	1,22
128 Namibia	-	0,569	0,564	0,579	0,592	0,604	0,606	0,608	-2	0	-	-0,10	0,69	0,64
129 Nicaragua	0,461	0,479	0,529	0,572	0,583	0,593	0,597	0,599	0	0	0,37	1,01	1,15	1,04
130 Marruecos	0,371	0,440	0,512	0,558	0,571	0,586	0,589	0,591	0	0	1,71	1,54	1,35	1,20

Fuente: PNUD (2013).

En líneas generales podemos observar cómo entre 1980 y 2012 el valor del IDH de Nicaragua aumentó 0.461 a 0.599, un aumento del 30% o aumento promedio anual de alrededor de 0,8%. En comparación con otros países cercanos, durante

<sup>28</sup> Una cifra positiva indica una mejora en la clasificación. La tasa promedio de crecimiento anual del IDH consiste en el crecimiento anual suavizado del IDH en un determinado período, calculado como tasa de crecimiento compuesto anual.

1980 y 2012, Nicaragua, Honduras y El Salvador experimentaron distintos grados de avance hacia el aumento de su IDH.

A continuación exponemos una tabla con el balance del IDH de Nicaragua desde 1980 al año 2012, comparándolo con América Latina y el Caribe y el Mundo.

**Tabla 9. Evolución IDH desde 1980 a 2012: Nicaragua**

Año	Nicaragua	Desarrollo Humano Medio	América Latina y el Caribe	Mundo
2012	0.599	0.640	0.741	0.694
2011	0.597	0.636	0.739	0.692
2010	0.593	0.631	0.736	0.690
2009	0.588	0.624	0.730	0.685
2008	0.588	0.617	0.729	0.683
2007	0.583	0.609	0.722	0.678
2006	0.578	0.599	0.715	0.672
2005	0.572	0.589	0.708	0.666
2000	0.529	0.549	0.683	0.639
1995	n.d.	n.d.	0.653	0.618
1990	0.479	0.481	0.623	0.600
1985	n.d.	n.d.	0.600	0.578
1980	0.461	0.419	0.574	0.561

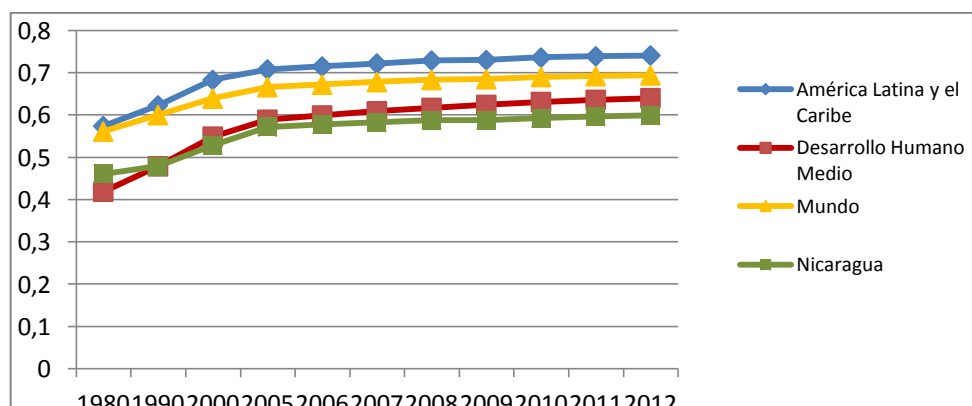
\*n.d: datos no disponibles.

\*Datos disponibles en la Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano al 15 de octubre de 2012.

Fuente: *HDRO calculations based on data from UNDESA (2011), Barro and Lee (2011), UNESCO Institute for Statistics (2012), World Bank (2012) and IMF (2012).*

A continuación mostramos un gráfico donde se ve más clara la evolución del IDH de Nicaragua desde 1980 hasta 2012, haciendo hincapié en los años comprendidos entre 2005 y 2012.

**Gráfico 3. Tendencias del IDH Nicaragua desde 1980 a la actualidad**



Fuente: elaboración propia, datos extraídos del PNUD (2013).

Como señalamos anteriormente, el Informe de Desarrollo Humano de 2013 señala que Nicaragua ha registrado un crecimiento anual medio del 1,04% durante



el periodo 2000-2012, seguido de la República Bolivariana de Venezuela y Cuba, con un crecimiento anual del 1,04% y 1,02%, respectivamente.

El IDH sitúa a Chile en el puesto 40, siendo el primer país de Latinoamérica en la clasificación de desarrollo humano. Seguido se encuentra Argentina, en el puesto 45, Uruguay en el 51, Cuba 59, Panamá 60, le sigue México en el 61 y Costa Rica en el 62. En el caso de Brasil, que se convierte en la primera economía latinoamericana, se sitúa en la posición 85, debajo de Venezuela que se encuentra en el puesto 71, Perú en el 77, Ecuador en el puesto 89, Colombia en el 91, República Dominicana en el 97, El Salvador en el puesto 197, Bolivia en el 108, Paraguay en la posición 11, Honduras en la 120, Nicaragua en la 129 y Guatemala en la 133.

De esta manera, y a pesar de que tanto el Informe de 2012 como el del 2013 insiste en que no son comparables debido a la actualización de los datos y las metodologías, Nicaragua se mantiene en el mismo puesto de los 187 países, al igual que en el Informe de 2011.

En la siguiente tabla se presentan los valores del IDH y sus cuatro indicadores: esperanza de vida, logros en educación e ingresos. La diferencia entre la clasificación por ingreso nacional bruto y por IDH indica si un país utiliza con eficiencia sus ingresos para realizar avances en las dos dimensiones del IDH no referido a ingresos. El IDH no referido a ingresos se calcula para ofrecer otro parámetro de comparación entre países, y para ordenar los países por sus logros en las dimensiones no referidas a ingresos (PNUD, 2013).

**Tabla 10. Índice de Desarrollo Humano y sus componentes. 2013**

DESARROLLO HUMANO MEDIO							
	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	Esperanza de vida al nacer	Años promedio de escolaridad	Años esperados de escolaridad	Ingreso nacional bruto (INB) per cápita	Clasificación según el INB per cápita menos la clasificación según el IDH	IDH no referido a ingresos
	Valor	(años)	(años)	(años)	(PPA en US\$ de 2005)		Valor
Clasificación según el IDH	2012	2012	2010a	2011b	2012	2012	2012
121 Indonesia	0,629	69,8	5,8	12,9	4,154	-3	0,672
121 Kiribati	0,629	68,4	7,8	12,0	3,079	13	0,701
121 Sudáfrica	0,629	53,4	8,5	13,1	9,594	-42	0,608
124 Vanuatu	0,626	71,3	6,7	10,6	3,960	-1	0,672
125 Kirguistán	0,622	68,0	9,3	12,6	2,009	24	0,738
125 Tayikistán	0,622	67,8	9,8	11,5	2,119	19	0,731
127 Vietnam	0,617	75,4	5,5	11,9	2,970	9	0,686
128 Namibia	0,608	62,6	6,2	11,3	5,973	-27	0,611
129 Nicaragua	0,599	74,3	5,8	10,8	2,551	10	0,671
130 Marruecos	0,591	72,4	4,4	10,4	4,384	-13	0,608

Fuente: PNUD (2013).

Como hemos observado en la tabla anterior, Nicaragua tiene un IDH en 2012 de 0.599 en la categoría de desarrollo humano medio, ocupando el puesto 129 de los 187 países y territorios que aparecen en el informe.

Por otra parte, el Informe del PNUD de 2010 introdujo el IDH ajustado por la Desigualdad (IDH-D) que tiene en cuenta la desigualdad en tres dimensiones del IDH, por descontar valor promedio de cada dimensión según su nivel de desigualdad. El IDH-D consiste en un índice de desarrollo humano real, al contrario que el IDH que se ve como un índice “potencial” de desarrollo Humano (PNUD, 2013).

La pérdida en el desarrollo del potencial humano debido a la desigualdad viene dado por la diferencia entre el IDH y el IDH-D, representándose como un porcentaje.

Si al IDH de Nicaragua para 2012 (0.599) le descontamos la desigualdad, el IDH cae 0.434, una pérdida de 27,5% debido a la desigualdad en la distribución de los índices de los componentes. Honduras y El Salvador tienen una pérdida debido a la desigualdad de 27,5% y 26,6% respectivamente. Por tanto, el promedio pérdida debido a la desigualdad en los países con IDH medio es 24,2% y para América Latina y el Caribe es de 25,7% (PNUD, 2013).

El Informe sobre Desarrollo Humano publicado en 2013 publica la clasificación del Índice de Desarrollo Humano por Desigualdad (IDH-D), entendido como el desarrollo humano potencial que podría alcanzarse si los logros se distribuyeran de manera equitativa entre los residentes.

Este IDH-D trasciende los logros promedio de un determinado país en salud, educación e ingresos, para mostrar la distribución de tales logros en los residentes descontando el valor de cada dimensión de acuerdo con su nivel de desigualdad. La diferencia entre el IDH y el IDH-D corresponde a la pérdida en el desarrollo humano potencial debido a la desigualdad, y hay que tener en cuenta que la diferencia en la clasificación según el IDH y el IDH-D implica que tener en cuenta la desigualdad podría bajar la clasificación de un país -valor negativo- o mejorarla -positivo- (PNUD: 2013).

**Tabla 11. Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad**

Clasificación según el IDH	DESARROLLO HUMANO MEDIO									
	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	IDH ajustado por Desigualdad (IDH-D)			Índice de esperanza de vida ajustado por desigualdad		Índice de educación ajustado por desigualdad	Índice de ingresos ajustado por desigualdad	Proporción del quintil de ingresos	Coefficiente de Gini de ingresos
	Valor	Valor	Pérdida global (%)	Diferencia de las clasificaciones	Valor	Pérdida (%)	Valor	Pérdida (%)		
	2012	2012			2012	2012	2012	2000/2010	2000/2010	2012
120 Honduras	0,632	0,458	27,5	-3	0,694	17,4	0,413	28,2	0,335	35,8
121 Indonesia	0,629	0,514	18,3	3	0,652	16,8	0,459	20,4	0,453	17,7
121 Kiribati	0,629	-	-	-	-	-	-	-	-	-
121 Sudáfrica	0,629	-	-	-	0,376	28,4	0,558	20,8	-	-
124 Vanuatu	0,626	-	-	-	0,681	15,6	-	-	-	-
125 Kirguistán	0,622	0,516	17,1	8	0,606	19,8	0,674	6,5	0,336	24,1
125 Tayikistán	0,622	0,507	18,4	2	0,548	27,2	0,623	12,2	0,383	15,0
127 Vietnam	0,617	0,531	14,0	14	0,755	13,4	0,447	17,1	0,444	11,4
128 Namibia	0,608	0,344	43,5	-16	0,528	21,1	0,402	27,8	0,191	68,3
129 Nicaragua	0,599	0,434	27,5	1	0,735	13,9	0,351	33,3	0,317	33,6
130 Marruecos	0,591	0,415	29,7	0	0,686	16,7	0,243	45,8	0,430	23,0

Fuente: PNUD (2013).

Por otra parte, el Índice de Desigualdad de Género (IDG) es un compuesto experimental que mide la desigualdad de logros entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. La salud reproductiva es medida por la mortalidad materna y la tasa de fecundidad adolescente, el empoderamiento se mide por la proporción de escaños parlamentarios ocupados por cada género y el logro de la educación secundaria superior en cada sexo, la actividad económica y es medido por la tasa de participación laboral de cada género.

Este índice ofrece bases empíricas destinadas al análisis de políticas y a las actividades de promoción y defensa. Los países o regiones con valor alto significan que tienen un gran nivel de desigualdad entre hombres y mujeres.

Nicaragua tiene, en 2012, un valor de 0.461 IDG, ubicándose en el puesto 89 de los 148 países. En Nicaragua, el 40,2% de los escaños parlamentarios están ocupados por mujeres, y el 30,8% de las mujeres adultas han alcanzado un grado medio o superior de educación, en comparación con el 44,7% de los hombres. Para todos los 100.000 nacidos vivos, 95 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo, y es la tasa de fecundidad de las adolescentes 104,9 nacimientos por cada 1.000 nacidos vivos. La participación femenina en el mercado laboral es de 46,7% comparado con el 80 para los hombres.

En comparación con Honduras y El Salvador se ubicó en el puesto 100 y 82, respectivamente, en este índice.

**Tabla 12. Índice de Desigualdad de Género**

Clasificación según el IDH	DESARROLLO HUMANO MEDIO								
	Índice de Desigualdad de Género		Tasa de mortalidad materna	Tasa de fecundidad adolescente	Escaños en el parlamento	Población con, al menos, educación secundaria completa		Tasa de participación en la fuerza de trabajo	
	Clasificación	Valor	(muertes por cada 100,000 nacidos vivos)	(nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años)	(% de mujeres)	(% de 25 años y mayores)		(% de 15 años y mayores)	
						Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
2012		2010	2012	2012	2006/2010		2011		
121 Kiribati	-	-	-	16,4	8,7	-	-	-	-
121 Sudáfrica	90	0,462	300	50,4	41,1	68,9	72,2	44,0	60,8
124 Vanuatu	-	-	110	50,6	1,9	-	-	61,3	79,7
125 Kirguistán	64	0,357	71	33,0	23,3	81,0	81,2	55,5	78,6
125 Tayikistán	57	0,338	65	25,7	17,5	93,2	85,8	57,4	75,1
127 Vietnam	48	0,299	59	22,7	24,4	24,7	28,0	73,2	81,2
128 Namibia	86	0,455	200	54,4	25,0	33,0	34,0	58,6	69,9
129 Nicaragua	89	0,461	95	104,9	40,2	30,8	44,7	46,7	80,0
130 Marruecos	84	0,444	100	10,8	11,0	20,1	36,3	26,2	74,7

Fuente: PNUD (2013).

Con respecto a la salud, en la siguiente tabla extraída de PNUD (2013), observamos los indicadores en niños, jóvenes y adultos así como los de calidad de la atención de salud. Los cálculos se han estandarizado por edad y se basan en una combinación de cuadro de mortalidad de los países, modelos de causa de muerte, patrones regionales de causa de muerte y cifras de la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA para algunas de las causas más importantes (sin incluir las enfermedades crónicas).

Tabla 13. Salud<sup>29</sup>

Clasificación según el IDH	DESARROLLO HUMANO MEDIO													
	Cobertura de inmunización		Niños con bajo peso (moderado o a grave)	Incidencia del VIH, Jóvenes		Tasas de morbilidad							Calidad de la atención de salud	
	Difteria, pertusis y tétanos	Sarampión		Mujeres	Hombres	Infantil	Menores de 5	Adultos		Por causa específica			Médicos	Satisfacción con la calidad de la atención de salud
	(% de 1 año de edad)	(% niños menores de 5 años)	(% entre 15 y 24 años)	(muertes por cada 1.000 nacidos vivos)	Mujeres			Hombres	Por paludismo	Por cólera	Por enfermedades cardiovasculares y diabetes			
	2010	2010	2006-2010	2009	2009	2010	2010	2009	2009	2008	2005-2008	2005-2010	2007-2009	
121 Kiribati	97	89	-	-	-	39	49	173	325	2,6	-	-	0,3	-
121 Sudáfrica	73	65	8,7	13,6	4,5	41	57	479	521	0,2	28	321	0,8	63
124 Vanuatu	78	52	-	-	-	12	14	159	200	8,5	-	399	0,1	-
125 Kirguistán	99	99	2,2	0,1	0,1	33	38	162	327	0,0	-	605	2,3	57
125 Tayikistán	95	94	15,0	0,1	0,1	52	63	160	183	0,0	-	523	2,0	64
127 Vietnam	93	98	20,2	0,1	0,1	19	23	107	173	0,1	0	339	1,2	74
128 Namibia	87	75	16,6	5,8	2,3	29	40	357	540	29,0	0	495	0,4	68
129 Nicaragua	99	99	5,5	0,1	0,1	23	27	122	210	0,0	-	234	0,4	66
130 Marruecos	99	98	8,6	0,1	0,1	30	36	870	126	0,0	-	355	0,6	-

Fuente: PNUD (2013).

Por último, y teniendo en cuenta nuestro centro de estudio que es la educación, exponemos la tabla que presenta el PNDU (2013). Se presentan indicadores estándares de educación junto con indicadores sobre calidad de la educación. Estos últimos se basan en pruebas estandarizadas asignadas a estudiantes de 15 años de edad por el Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos que administra la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico utilizando el conjunto de datos recopilado en 2009 en 63 Estados miembro de la ONU.

<sup>29</sup> La incidencia del VIH es el porcentaje de la población entre 15 y 24 años que está infectada por el VIH.

**Tabla 14. Educación**

DESARROLLO HUMANO MEDIO														
Clasificación según el IDH	Logros de educación		Tasa bruta de matriculación			Calidad de la Educación							Tasa de deserción de la escuela primaria	
	Tasa de alfabetización de adultos	Población con, al menos, educación	Primaria	Secundaria	Terciaria	Maestros capacitados en educación	Desempeño de alumnos de 15 años					Satisfacción con la calidad de la educación		
							Puntaje medio			Desviación de la media				
	(% de 15 años y mayores)	(% de 25 años y mayores)	(% )			(%)	Lectura	Matemáticas	Ciencia	Lectura	Matemáticas	Ciencia		(% de satisfechos)
2005-2010	2010	2002- 2011	2002- 2011	2002- 2011	2005- 2011	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2011	2002- 2011	
121 Kiribati	-	-	113,0	86,0	-	85,4	-	-	-	-	-	-	-	21,1
121 Sudáfrica	88,7	70,4	102,	94,0	-	87,4	-	-	-	-	-	-	69,3	23,0
124 Vanuatu	82,6	-	117,0	55,0	4,7	100,0	-	-	-	-	-	-	-	28,5
125 Kirguistán	99,2	81,1	100,0	84,0	48,8	68,4	31 4	331	330	99	81	91	47,7	2,4
125 Tayikistán	99,7	89,7	102,0	87,0	19,7	92,9	-	-	-	-	-	-	76,4	1,1
127 Vietnam	93,2	26,3	106,0	77,0	22,3	98,3	-	-	-	-	-	-	80,4	7,9
128 Namibia	88,8	33,5	107,0	64,0	9,0	95,6	-	-	-	-	-	-	-	17,4
129 Nicaragua	78,0	37,6	118,0	69,0	18,0	74,9	-	-	-	-	-	-	81,0	51,6
130 Marruecos	56,1	28,0	114,0	56,0	13,2	100,0	-	-	-	-	-	-	41,6	9,5

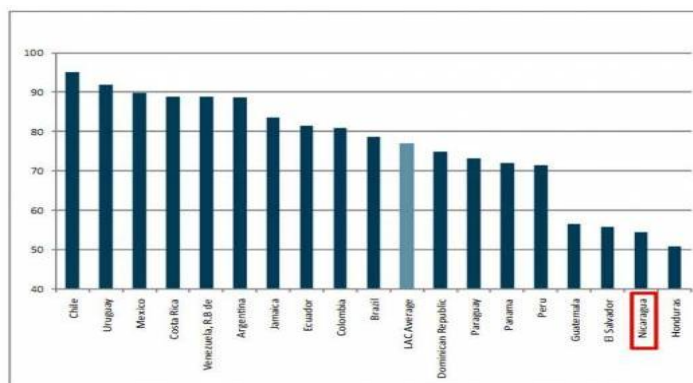
Fuente: PNUD (2013).

Por otro lado, debemos destacar algunos datos del Índice de Oportunidad Humana (IOH) que refleja en qué medida las circunstancias personales (lugar de nacimiento, riqueza familiar, raza o género) impactan la probabilidad de que un niño acceda a los servicios necesarios para ser exitoso en la vida, como educación oportuna, agua potable o conexión eléctrica.

El IOH regional ha crecido en los últimos 15 años a un ritmo de uno por ciento por año, lo que supone que la universalización de los servicios básicos podría tardar hasta una generación, es decir, 24 años, en llegar a todos los latinoamericanos, lo que es insuficiente según algunos autores.

Según datos del nuevo IOH 2010, todos los países de América Latina y el Caribe han mejorado en los últimos tres lustros, pero hay una gran variación entre ellos, y es que la mejora más acelerada ocurrió en México; en cambio, Chile tiene el mejor desempeño (95, cuando el nivel más alto es 100) y Honduras está con un 51. Sin embargo, Nicaragua ocupa el penúltimo lugar de la tabla (véase gráfico 4).

**Gráfico 4. Índice de Oportunidades Humanas para ALC 2010**



Fuente: Banco Mundial, 2010.

Siguiendo con el Informe de Desarrollo Humano 2010, Nicaragua se ubica dentro del bloque de países que han experimentado un desarrollo humano medio, pero aún continúa muy por debajo de otros países de la región como Costa Rica que se ubica en el puesto 62 o Belice en el 78 (ubicados en el bloque de países con desarrollo humano alto).

Según el Informe, en general todos los países han aumentado en 18 por ciento su IDH y actualmente el mundo es un mejor lugar si lo comparamos con hace 20 ó 40 años. Sin embargo, países como Nicaragua continúan teniendo uno de los IDH más bajos de América Latina y, además, es uno de los países más desiguales en la región. A pesar de ello, ha aumentado el IDH en relación a años anteriores. Por ejemplo, en el Informe del PNUD de 2009, Nicaragua se encontraba en el puesto 124, último lugar entre las naciones centroamericanas.

Para mejorar el IDH y disminuir la desigualdad entre la población, es necesario la obtención de recursos públicos para promover el desarrollo (más escuelas, educación de calidad, trabajos dignos, buen sistema de salud, etc.). Según palabras del propio informe “las naciones necesitan generar ingresos y crecer, pero los gobiernos primero deben recaudar recursos antes de gastarlos”.



A Nicaragua, uno de los aspectos que le han empañado en el informe han sido las elecciones, debido a la intimidación generalizada de los votantes y el fraude electoral, como ocurrió también en Afganistán y Kenya.

**Tabla 15. Tendencias de Nicaragua desde 1980 hasta 2010**

Año	Nicaragua	Amérique latine et Caraïbes (BR)	Mundo
1980	0.440	0.578	0.455
1985	..	0.600	0.486
1990	0.454	0.618	0.526
1995	..	0.642	0.554
2000	0.512	0.662	0.570
2001	..	0.666	0.575
2002	..	0.671	0.581
2003	..	0.674	0.587
2004	..	0.681	0.594
2005	0.545	0.683	0.598
2006	0.550	0.689	0.604
2007	0.555	0.695	0.611
2008	0.560	0.700	0.615
2009	0.562	0.701	0.619
2010	0.565	0.706	0.624

Fuente: elaboración propia, extraídos los datos del PNUD

Desde 1980 hasta 2010 el IDH de Nicaragua ha crecido en un 0,8% anual, pasando desde el 0.440 hasta el 0.565 de la actualidad, lo que le coloca en la posición 115 de los 169 países para los que se disponen datos comparables.

El IDH de América Latina y el Caribe como región, ha pasado del 0.578 de 1980 al 0.706 de la actualidad, situándose Nicaragua por debajo de la media regional. Las tendencias del IDH muestran un importante histórico a nivel nacional y regional, localizando las pronunciadas brechas existentes en el bienestar y en las oportunidades de vida que continúan dividiendo nuestro mundo interconectado.

Nicaragua establece el Plan Nacional de Desarrollo Humano de Nicaragua – PNDH-2012-2016 con objeto de *“perseguir la prosperidad que conduce a la sociedad por la senda del buen vivir, en paz, armonía, en comunidad, que promueve nuevas opciones de acción social, de consenso que se vuelven la guía básica de los mandatos del GRUN”*. En el punto 386 del plan, dentro de las políticas de salud, establece que entre sus principales desafíos y retos en salud se encuentra el

cumplimiento de las metas planteadas en los Compromisos del Buen Gobierno, que incluyen los ODM, como (Gobierno de Nicaragua, 2012: 9):

- Fortalecer las acciones para reducir la morbilidad y mortalidad infantil.
- Profundizar en la reducción de la muerte materna y neonatal.
- Enrumbar al país en el camino de la erradicación de la malaria.
- Garantizar las acciones intersectoriales y comunitarias dirigidas a reducir la propagación del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Disminuir la incidencia y garantizar la curación de pacientes con tuberculosis.

Aparte de esta mención, el plan no establece ninguna línea de actuación en cuanto a erradicación o prevención del VIH/SIDA. El PNDH se centra en el crecimiento económico del país, el incremento del trabajo y la reducción de la pobreza y las desigualdades, con estabilidad macroeconómica, con soberanía, seguridad e integración en armonía con la Madre Tierra, además, insiste en la *“búsqueda permanente es la construcción del Buen Vivir para cada nicaragüense y del Bien Común entre y para todas y todos los nicaragüenses en su conjunto, en armonía con la Madre Tierra”* (Gobierno de Nicaragua, 2012: 14).

## **2. MARCO LEGISLATIVO: LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO**

Cooperación Internacional, como concepto, es más amplio que el de Cooperación Internacional para el Desarrollo. La Cooperación Internacional (CI) se refiere a “la relación que se establece entre dos o más países, organismos u organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de alcanzar metas de desarrollo consensuadas”. En cambio, la Cooperación Internacional para el Desarrollo comprende “al conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta, con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sea más equilibrado en relación con el Norte y resulte sostenible” (Lucena, 2011).

La Cooperación Oficial al Desarrollo supone un nuevo enfoque innovador que engloba las acciones de los gobiernos y organismos internacionales, además de municipalidades, regiones y comarcas, y que rompe con la tradicional concepción del donante-beneficiario, presentándose en la escena internacional como una forma de asociación que aporta un valor añadido fundamental: la mayor capitalización de esfuerzos y recursos destinados.

A través de la Cooperación al Desarrollo se pretende también contribuir a un contexto internacional más estable, pacífico y seguro para todos los habitantes del planeta.

En palabras de Sanahuja, la cooperación al desarrollo “comprende el conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur de modo que sea más equilibrado con el Norte y resulte sostenible (...) Con esta finalidad intenta impulsar el crecimiento económico y el bienestar social, favorecer formas de gobierno democráticas respetuosas con los derechos humanos y contribuir a la preservación del medio ambiente” (CIDEAL, 1999).

El sistema de cooperación internacional ha ido transformándose desde sus inicios en el año 1947 como consecuencia del fin de la II Guerra Mundial hasta la actualidad, en donde los actores del sistema no son únicamente los estados. Con el surgimiento de nuevos actores con peso específico en la escena internacional se

obligó a readaptar las estructuras y dinámicas de vinculación en pos de las acciones de la Ayuda Internacional.

Los actores de la CI son ciudadanos de los países del Norte a través de:

- Gobiernos:
  - o Administración Central. Varios Ministerios. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).
  - o Administraciones autonómicas y locales (Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo -AACID-) (Cooperación descentralizada).
  - o Organismos internacionales (que veremos posteriormente).
- Instituciones privadas:
  - o Empresas.
  - o Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGD).
  - o Otras: Iglesias, universidades, sindicatos,...
- En el Sur: lo mismo a la inversa.

Existe una clasificación de los diversos tipos de Cooperación Internacional para el Desarrollo:

- Cooperación técnica, científica y administrativa.
- Cooperación financiera.
- Ayuda humanitaria y de emergencia.
- Reorganización de la deuda.
- Cooperación descentralizada.
- Cooperación Sur-Sur.
- Cooperación Triangular.
- Cooperación Académica: Becas y Fellowships.
- Pasantías y Voluntariado.

Por otro lado, en cuanto a los instrumentos de la CI, nos encontramos con:

- Ayuda multilateral:
  - o Organismos Internacionales Financieros.
  - o Organismos Internacionales no Financieros.
  - o Unión Europea.
- Ayuda bilateral:

- Reembolsable.
  - Créditos comerciales.
  - Micro créditos.
- No reembolsable
  - Condonación deuda.
  - Programas, Proyectos Bilaterales.
  - Subvenciones a ONGD.
  - Ayuda humanitaria.
  - Educación para el Desarrollo.
  - Cooperación descentralizada.

Son muchos los organismos internacionales de cooperación al desarrollo aunque los más relevantes son las Naciones Unidas (NNUU) y la OCDE.

Para profundizar en el estudio de la comprensión del funcionamiento del sistema de cooperación internacional, según Lucena (2011), es necesario realizar un análisis de la organización internacional de la cual surgieron otras creadas ad-hoc según necesidades puntuales o con el objetivo de unir esfuerzos por parte de los países ante algunas situaciones o temáticas. Éste es el caso de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

La ONU, creada en 1945, ha sido conformada por 192 naciones comprometidas en soporte a los principios y propósitos consignados en su Carta Fundacional. Esta organización está compuesta por seis órganos principales<sup>30</sup> financiados por contribuciones de los Estados Miembro:

- Asamblea General: que es el principal órgano deliberativo.
- Consejo de Seguridad: se encarga de tomar ciertas resoluciones respecto de temas relativos a la paz y seguridad internacional.
- Consejo Económico y Social: cuya función tiene que ver con asistir en la promoción internacional de la Cooperación Económica y Social para el Desarrollo.
- Secretaría: se encarga de generar estudios, información y dar asistencia general a las NNUU.
- Corte Internacional de Justicia: órgano principal de justicia.

---

<sup>30</sup> Para más información se puede consultar [www.un.org/es/aboutun/structure/](http://www.un.org/es/aboutun/structure/).

Aparte de las agencias mencionadas anteriormente, existen otras 13 organizaciones independientes que son conocidas como agencias especializadas y que están vinculadas con la ONU a través de acuerdos cooperativos. Entre ellos está el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Además de los fondos creados para alcanzar soluciones o erradicar diferentes problemáticas a nivel internacional, la ONU tiene agencias, oficinas y programas que son los que se describen a continuación (Lucena, 2011):

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (CNUCYD).
- Centro de Comercio Internacional (ITC).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Voluntariado de las Naciones Unidas (VNU).
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).
- Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (PNUAH).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
- Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano-Oriente (UNRWA).
- Programa Mundial de Alimentos (PMA).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de Capital (UNCDF).
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Democracia (FNUD).
- Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Colaboración Internacional (FNUI).
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).

Dentro del sistema de las NNUU, se creó en 1961 una organización que busca generar crecimiento económico sostenible, impulsar el empleo, elevar el nivel

de vida, mantener la estabilidad financiera, ayudar a los países en su desarrollo económico y contribuir al crecimiento del comercio mundial. Este organismo se denomina OCDE, ya mencionado en apartados anteriores, y en la actualidad se encarga, entre otras cosas, de monitorear los compromisos de los países desarrollados en materia de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

En coordinación con Naciones Unidas, la OCDE, genera trianualmente, pero con posibilidad de realizar revisiones anuales, un listado de aquellos países que deben ser prioritarios para recibir AOD. El listado se confecciona en base a un cálculo que considera el Producto Interior Bruto, es decir, la riqueza que un país produce en un lapso de tiempo, mensurado en dólares estadounidenses a lo largo de un año, dividido por la cantidad total de su población. De esta manera el número expresa el ingreso medio de los ciudadanos de un determinado país.

Los resultados de estos cálculos se organizan en base a cuatro criterios (Lucena, 2011):

- Aquellos países que presentan el menor nivel de desarrollo.
- Países con bajos niveles de ingreso medio per cápita, es decir, menos de USD 935, a mediciones realizadas en el año 2007.
- Un tercer grupo que presenta un nivel de desarrollo medio-bajo cuyo PIB per cápita es de entre USD 936 y USD 3.705, en el año 2007.
- Aquellos países o territorios que tienen un PIB per cápita de entre USD 3.706 y USD 11.455 y son denominados países o territorios con un ingreso medio alto.

Siguiendo con la OCDE, cabe mencionar que dentro de ésta existe un Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) cuya función es tratar los asuntos que hacen a la Cooperación al Desarrollo. Actualmente el CAD tiene 23 miembros que son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Comisión Europea, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido.

En este sentido, el Comité de Ayuda al Desarrollo aprobó la lista de los países receptores de Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) en septiembre del 2008. Una revisión de la misma se realizó en agosto del 2009 y se prevé que la próxima se

realizará en el 2011. Anteriormente, cuando se describió qué es la AOD, se mencionó a las agencias multilaterales. Las mismas están compuestas por gobiernos y sus objetivos institucionales están dirigidos total o parcialmente a acciones que favorezcan el desarrollo y la ayuda internacional en los países receptores (Lucena, 2011).

## 2.1. Ayuda Oficial para el Desarrollo: concepto y características

La AOD es uno de los conceptos más relevantes de la Cooperación Internacional para el Desarrollo (también la podemos encontrar en los documentos como “ODA” por sus siglas en inglés que provienen de *Official Development Assistance*).

Según Lucena (2011) se entiende por AOD a aquellas transferencias de recursos de origen público, entregada directamente, o a través de las instituciones multilaterales, a favor de los países en desarrollo, siempre que se cumplan dos condiciones<sup>31</sup>:

- Que tengan por objetivo principal la promoción del desarrollo económico y el bienestar de los países receptores.
- Que se otorguen en términos financieros de una concesionalidad mínima del 35% (del 50% para los países “menos adelantados”).

La AOD se define como las corrientes dirigidas a países que aparecen reflejados en la Parte I de la Lista del CAD<sup>32</sup> y a instituciones multilaterales con destino a receptores de la ayuda de la Parte I y que, por un lado, son proporcionadas por organismos oficiales, incluidos gobiernos estatales y locales, o por sus organismos ejecutivos y, por otro lado, cada una de cuyas transacciones<sup>33</sup>:

- Se administra con el principal objetivo de promover el desarrollo y el bienestar económico de los países en desarrollo.

---

<sup>31</sup> Para más información se puede consultar <http://datos.bancomundial.org/indicador/DT.ODA.ODAT.GN.ZS>.

<sup>32</sup> Se puede consultar en [www.oecd.org/dac/stats/daclist.htm](http://www.oecd.org/dac/stats/daclist.htm)

<sup>33</sup> Información de la Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Se puede consultar el documento en [http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/DAC\\_ODA\\_WhatIsIt\\_2001.pdf](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/DAC_ODA_WhatIsIt_2001.pdf)



- Es de carácter concesional y lleva un elemento de donación de al menos el 25% (calculado a un tipo de descuento del 10 por ciento)<sup>34</sup>.

## **2.2. Compromisos de la Cooperación Internacional para el Desarrollo**

El marco de los compromisos que se han acordado entre los países desarrollados para ayudar a los países en vías de desarrollo o emergentes, son los siguientes:

- Declaración del Milenio (firmado en el año 2000, impulsada por la Organización de las Naciones Unidas -ONU-).
- Consenso de Monterrey (firmado en el año 2002, impulsado por la Organización de las Naciones Unidas -ONU-).
- Declaración de Roma (firmada en el año 2003, impulsada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE-).
- Declaración de París (firmada en el año 2005, impulsada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE-).
- Consenso Europeo (firmado en el año 2006, impulsado por la Unión Europea).
- Tratado de Lisboa (firmado en el año 2007, impulsado por la Unión Europea).
- Agenda de Acción de Accra (firmada en el año 2008, impulsada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE-).

Una de las Declaraciones que rigen las acciones de la Cooperación Internacional al Desarrollo, conformándose como principios marco de cualquier acción, es la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda.

Los representantes de países desarrollados y en vías de desarrollo, y los directivos de instituciones de desarrollo multilaterales y bilaterales se reunieron el 2 de marzo de 2005 con el objetivo de emprender acciones de largo alcance con vistas a reformar las maneras en las que suministran y gestionan la ayuda brindada al mundo.

---

<sup>34</sup> Este cálculo es para determinar si el préstamo es o no concesional. Si se ajusta a los criterios de la AOD, se declara como AOD todo el importe. Para más información consultar normativa del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

Los objetivos de esta Declaración son:

- El objetivo principal es la reafirmación de los compromisos realizados en Roma referidos a armonizar y alinear el suministro de la ayuda al desarrollo.
- El segundo objetivo propuesto se basa en la adaptación y aplicación a las distintas situaciones de los países.
- El tercer objetivo es la especificación de indicadores, calendarios y metas.
- Finalmente, se fijó el año 2010 como plazo para la concreción de las metas.

La Declaración de París fue suscrita por más de un centenar de donantes y países en desarrollo y pretendía dejar atrás unas relaciones basadas en la condicionalidad y afrontar los problemas derivados de la proliferación de donantes y la fragmentación de la ayuda, afirmando así los principios de apropiación, alineamiento, armonización, corresponsabilidad y gestión por resultados que detallamos a continuación (Sanahuja, 2007):

- **Apropiación:** los países socios ejercen una autoridad efectiva sobre sus políticas y estrategias de desarrollo y coordinan acciones de desarrollo.
  - o Los socios definen políticas de desarrollo operativo.
  - o Los países socios coordinan acciones de desarrollo.
- **Alineación:** los donantes basan todo su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios.
  - o Los donantes se alinean con las estrategias de los socios.
  - o Los donantes utilizan y refuerzan los sistemas de los países.
  - o Los países socios refuerzan su capacidad de desarrollo con el apoyo de donantes.
  - o Reforzar la capacidad de gestión de finanzas públicas.
  - o Reforzar los sistemas nacionales de aprovisionamiento.
- **Armonización:** las acciones de los donantes son más armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces.
  - o Los donantes implementan disposiciones comunes y simplifican procedimientos.
  - o Complementariedad: una división del trabajo más eficaz.

- Incentivos para conductas orientadas a colaboración.
- Suministrar una ayuda eficaz a los estados frágiles.
- Promover evaluaciones medioambientales profundizadas.
- Gestión orientada a resultados: mejorar la gobernación reforzando desempeño, responsabilidad y apoyo en el empleo de los recursos del desarrollo.
  - Gestión e informes orientados a resultados.
  - Reforzar la responsabilidad para el desarrollo.

Estos principios también reflejan los compromisos alcanzados por los donantes en el debate sobre la selectividad de la ayuda, pues comprometen a los donantes con el fortalecimiento de las capacidades y las instituciones de los países donde éstas son débiles o inadecuadas, pero al tiempo definen un marco de condicionalidad más exigente en cuanto al “buen gobierno” (Sanahuja, 2007: 94).

A través de la Declaración de París se sentaron las bases para una forma de trabajo más equitativa entre “donantes y receptores” de la ayuda, poniendo foco en la efectividad del proceso de cooperación internacional.

En este sentido, también fue un gran aporte a mejorar la forma de vinculación de la cooperación internacional con las organizaciones de la sociedad civil, reconocimiento el rol que éstas cumplen colaborando con los estados para alcanzar el desarrollo.

Con el propósito de llevar a cabo una cooperación al desarrollo más solidaria, Lucena (2011) nos plantea algunas tareas clave para conseguirlo y que nos evoca a la reflexión personal:

- Un compromiso real.
- Una coordinación efectiva.
- Una coherencia de políticas.
- Un diálogo entre iguales
- Una participación verdadera.

### **2.3. La Cooperación Internacional en España**

El marco que rige la Cooperación Española lo establece la Ley 23/1998, de 7 de julio, por la que establece la cooperación internacional para el Desarrollo. La cooperación internacional, según define esta ley, ejerce las competencias atribuidas al Ministro en la dirección, formulación y ejecución de la política de cooperación para el desarrollo; en su planificación y en su coordinación; administra los recursos de cooperación gestionados por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; asegura la participación española en las organizaciones internacionales de ayuda al desarrollo y define la posición de España en la formulación de la política comunitaria de desarrollo. Asimismo, evalúa la política de cooperación para el desarrollo y los programas y proyectos financiados con fondos del Estado.

El proceso de planificación de la Cooperación Española se enmarca en el Plan Director de la Cooperación Española, de carácter cuatrienal, que constituye el elemento básico de planificación en el que se establecen los objetivos y prioridades sectoriales y geográficas para la Cooperación Española, así como los criterios de intervención a observar en la ejecución de nuestra política de desarrollo.

El Plan Director define los procesos de planificación, seguimiento y evaluación necesarios para una gestión consistente, coherente y sostenida de nuestra política de cooperación al desarrollo y dentro del marco jurídico determinado por la Ley 23/1998, antes mencionada.

Corresponde a esta Dirección General la elaboración de los Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI), documento que desarrolla anualmente los objetivos estratégicos y criterios de intervención del Plan Director. En él se recogen las previsiones de ayuda de la Cooperación Española, las prioridades horizontales, sectoriales y geográficas, los actores de la Cooperación que intervienen y a través de qué instrumentos se canalizan.

Además del Plan Director de la Cooperación Española y los Planes Anuales de Cooperación Internacional, dentro de la planificación de la Cooperación Española se incluye la elaboración de Estrategias y Metodologías, en cumplimiento con las prioridades establecidas en el Plan Director, que sirven para orientar y posibilidad las intervenciones de nuestra cooperación.

Las Estrategias Sectoriales establecen las directrices de la Cooperación Española en sectores clave para el desarrollo como son: educación, salud, género,

medio ambiente, soberanía alimentaria, promoción de la democracia y el Estado de Derecho, cultura y promoción del tejido económico y empresarial.

Por otro lado, las estrategias horizontales establecen las prioridades horizontales que han de estar presentes en las actuaciones de la Cooperación Española. Estas prioridades son: lucha contra la pobreza, defensa de los Derechos Humanos, género, medio ambiente y diversidad cultural.

Por último, los Documentos de Estrategia País (DEP) son estrategias diseñadas para la actuación de la Cooperación Española en los países considerados prioritarios por el Plan Director.

Los Planes de Actuación Especial (PAE) son estrategias diseñadas para la actuación de la Cooperación Española en los países considerados por el Plan Director como preferentes o de actuación especial.

Se establecen, en la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ley 23/1998, de 7 de julio), las prioridades básicas del trabajo de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), que se desarrollan periódicamente en el Plan Director de la Cooperación y en los Planes Anuales (Álvarez, 2011).

El Plan Director 2009-2012 establece las siguientes prioridades horizontales y transversales:

- Inclusión social y lucha contra la pobreza.
- Promoción de los derechos humanos y gobernabilidad democrática.
- Género en desarrollo.
- Sostenibilidad medioambiental.
- Respeto a la diversidad cultural.

En el Plan Director se insiste en realizar una transversalidad efectiva de estas prioridades horizontales en todos los sectores y actuaciones de la Cooperación Española.

Con respecto a las prioridades sectoriales del Plan Director 2009-2012, vigente aún, debemos de señalar en primer lugar que el término “sector” en dicho Plan se refiere a “sector de intervención de la Cooperación Española”. Estos sectores de intervención son:

- Gobernabilidad democrática.
- Desarrollo rural y lucha contra el hambre.

- Educación.
- Salud.
- Agua y saneamiento.
- Crecimiento económico para la reducción de la pobreza.
- Sostenibilidad ambiental, lucha contra el cambio climático y hábitat.
- Ciencia, tecnología e innovación.
- Cultura y desarrollo.
- Migración y desarrollo.
- Construcción de la paz.

El Plan Director de la Cooperación para el Desarrollo 2005-2008, reconoce la importancia de la Educación para el Desarrollo (EpD) y la sitúa como uno de sus criterios de intervención en el logro de los objetivos que la comunidad internacionales se han marcado para los próximos años en cuestiones de desarrollo.

La Estrategia de Educación para el Desarrollo de la Cooperación Española tiene como objetivo facilitar la construcción de una política de cooperación al desarrollo y de una sociedad comprometida con la erradicación de la pobreza y con el desarrollo humano y sostenible. Se trata de un instrumento fundamental de referencia para todos los actores de la Cooperación Española que realicen actividades de EpD y pretende contribuir a concienciar sobre la corresponsabilidad de todos en la erradicación de la pobreza y en el desarrollo humano y sostenible, convirtiéndose así en una plataforma informativa de los principios de la cooperación española y de sus prioridades horizontales y sectoriales (Estrategia de Educación para el Desarrollo de la Cooperación Española, resumen ejecutivo).

### **2.3.1. Actores de la Cooperación Internacional en España**

En España los actores de la Cooperación Internacional, con respecto a organismos internacionales y agencias oficiales, son (Lucena, 2011):

- AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo
- CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- CYTED: Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo.
- Fundación Juan March.

- MEC: Ministerio de Educación.
- OEI: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- ACE: Consejo Americano de Educación.
- Asistencia para la Planificación.
- BID: Banco Interamericano de Desarrollo.
- BIRD: Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo.
- CBR: Centro para la Investigación Biomédica (The Population Council).
- Centro de Desarrollo Educacional.
- CT/INTRA: Programa de Cooperación Técnica Intrarregional.
- ECFMG: Comisión Educacional para Graduados Médicos Extranjeros.
- EIL: Experimento de Convivencia Internacional.
- FIA: Fundación Interamericana.
- Fondo de Investigación Thrasher.
- Fondo Frank M. Chapman (Memorial).
- Fondo Lerney-Gray para Investigación Marina.
- Fondo para Educación en Administración de Multinacionales.
- Fondo para la Investigación Médica en Memoria de Jane Coffin Childs.
- Fondo Theodore Roosevelt (Memorial).
- Fundación a la memoria de John Simon Guggenheim.
- Fundación Alfred P. Sloan.
- Fundación Amoco.
- Fundación Andrew W. Mellon.
- Fundación Arnold y Mabel Beckman.
- Fundación Bill and Melinda.
- Fundación Carr.
- Fundación Coca-Cola.
- Fundación Ford.
- Fundación Hartford (The John A.).
- Fundación John D. y Catherine T. MacArthur.
- Fundación Kettering.
- Fundación Kresge.
- Fundación Rockefeller.

- Fundación Rotaria del Rotary International.
- Fundación Soros.
- Fundación Tinker.
- Fundación Wenner-Gren para Investigación Antropológica.
- Fundación W. K. Kellog.
- Fundación Xerox.
- IAESTE: Asociación Internacional de Intercambio de Estudiantes para favorecer su Experiencia Técnica.
- IESC: Servicio Internacional para Ejecutivos.
- Institución Carnegie de Washington.
- Institución Oceanográfica Woods Hole.
- Institución Smithsonian.
- Instituto de Medicina.
- Instituto Earthwatch.
- INSTRAW: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer.
- NAE: Academia Nacional de Ingeniería.
- NAS: Academia Nacional de Ciencias.
- NEA: Asociación Nacional de Educación de los Estados Unidos.
- NGS: Sociedad National Geographic.
- NRC: Consejo Nacional de Investigación.
- NSF: Fundación Nacional de Ciencia.
- OEA: Organización de los Estados Americanos.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Servicio Universitario Mundial de los Estados Unidos.
- USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- WFMH: Federación Mundial para la Salud Mental.
- Winrock Internacional.
- Zonta Internacional.

Además de estos organismos existen otros actores de la cooperación internacional como es la sociedad civil y las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD).



Por ONG entendemos *“cualquier tipo de ciudadanos voluntarios sin ánimo de lucro que surge en el ámbito local, nacional o internacional, de naturaleza altruista y dirigida por personas con un interés común”* (Resolución 1996/31 de la ONU). El Banco Mundial señala al respecto que se trata de *“organizaciones privadas que persiguen actividades para aliviar el sufrimiento, promover los intereses de los pobres, proteger el medio ambiente, brindar servicios sociales básicos o realizar actividades de desarrollo de la comunidad”* (Unión Europea –Línea presupuestaria 1976- ).

Sin embargo, el perfil más adecuado a las ONGD es el que rige el Código de Conducta y que reúne las siguientes características:

- Ser una organización estable, sin ánimo de lucro.
- Trabajar activamente por el bien común, en beneficio de la comunidad.
- Trabajar activamente en el campo de la cooperación para el desarrollo y la solidaridad internacional, sea en el ámbito del desarrollo, respuesta a situaciones de emergencia o educación para el desarrollo.
- Tener una voluntad de cambio o de transformación social.
- Poseer respaldo social, así como una presencia activa en medio de la sociedad.
- Que es independiente y posee recursos humanos y económicos.
- Que es transparente en su política, en sus procesos de participación, en sus prácticas y en sus presupuestos.

También existen otros actores como los medios de comunicación, redes, asociaciones y movimientos sociales, universidad, etc.

### **2.3.2. La Agencia Española y Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo**

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (AAEEC) es el órgano de la Administración General del Estado que, en cumplimiento de las directrices del Gobierno y para hacer realidad la unidad de la acción del Estado en el exterior, tiene encomendada la realización de las siguientes funciones:

- Planificar, dirigir, ejecutar y evaluar la Política Exterior del Estado.

- Concertar y potenciar las relaciones de España con otros Estados y con las Organizaciones Internacionales.
- Fomentar las relaciones económicas, culturales y científicas de España.
- Dirigir la Política de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Ejercer la protección de los ciudadanos españoles en el exterior y participar en la propuesta y aplicación de la política de extranjería.

Como órganos directivos del Ministerio AAEEC se encuentra la Secretaría de Estado de Asuntos Exteriores e Iberoamérica, la Secretaría de Estado para la Unión Europea, la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y la Subsecretaría de Asuntos Exteriores y de Cooperación (Álvarez, 2011).

Para centrar nuestro proyecto de investigación nos detendremos en la tercera Secretaría de Estado, que se refiere a la Cooperación Internacional. Dentro de ésta se encuentra la *Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)* y la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo. Sin embargo, nosotros nos detendremos en la AECID.

La AECID es la responsable del diseño, la ejecución y la gestión de los proyectos y programas de cooperación para el desarrollo, ya sea directamente, con sus propios recursos, o bien mediante la colaboración con otras entidades nacionales e internacionales y organizaciones no gubernamentales de desarrollo.

El órgano gestor de la cooperación al desarrollo de la Junta de Andalucía, que es nuestra comunidad autónoma y donde radica el presente proyecto, es la *Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID)*.

La AACID depende orgánicamente de la Consejería de Presidencia y, dentro de ésta, su labor es coordinada por la Secretaría General de Acción Exterior (Decreto 347/2004, de 25 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de la Presidencia).

Como señala el artículo 12 del Decreto 347/2004 de estructura de la Consejería, a la Agencia le corresponden las funciones de coordinación y asesoramiento de las actuaciones de la Junta de Andalucía en materia de cooperación internacional al desarrollo y, en particular:

- Apoyar a la Secretaría General de Acción Exterior en la definición y ejecución de la política de cooperación para el desarrollo, llevando a cabo

las tareas de programación, ejecución, seguimiento y control de las actividades consiguientes.

- Fomentar la cooperación y la promoción de la cultura andaluza con los países en vías de desarrollo.
- Diseñar, coordinar y ejecutar programas y proyectos de cooperación para el desarrollo en el campo económico, así como los de carácter social, educativo, científico y técnico.
- Apoyar e incentivar las iniciativas públicas y privadas que contribuyan a la consecución de los fines de la Agencia.

Esta agencia se enmarca en la Ley 2/2006, de 16 de mayo, de creación de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo y tiene como objetivo optimizar, en términos de eficacia y economía, la gestión de recursos públicos que la Administración de la Junta de Andalucía destina a la cooperación internacional para el desarrollo.

Las funciones de la AACID son (Álvarez, 2011):

- Prestar asesoramiento al Consejo de Gobierno.
- Proponer los planes anuales y los programas operativos de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Ejecutar el Plan Andaluz de Cooperación para el Desarrollo, los planes anuales y los programas operativos.
- Elaborar una memoria anual de actividades.
- Gestionar todos los recursos económicos y materiales destinados a la cooperación internacional para el desarrollo, del conjunto de la Administración de la Junta de Andalucía.
- Gestionar líneas de ayudas de la Administración de la Junta de Andalucía.
- Proponer el Informe Anual de Evaluación de la cooperación internacional para el desarrollo.
- Gestionar el Registro de Agentes de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en Andalucía.
- Fomentar la actividad y participación de los diferentes agentes andaluces.
- Facilitar la integración y coordinación de los actores de la cooperación bajo los principios de complementariedad y calidad.

- Promover la formación especializada de los diferentes agentes.
- Estudiar e investigar sobre la realidad andaluza.
- Recopilar, publicar y divulgar información relativa a la cooperación internacional para el desarrollo en general, y de la Comunidad Autónoma en particular.
- Proponer las actuaciones que considere necesarias a la Consejería a la que está adscrita.
- Fomentar la educación para el desarrollo y la sensibilización sobre los valores de la cooperación.
- Las que le atribuyan las disposiciones vigentes.

La AACID, por tanto, coordina y fomenta la política de cooperación internacional para el desarrollo de la Junta de Andalucía, articulándose dicha cooperación a través de la financiación de proyectos de cooperación para el desarrollo propiamente dichos, proyectos de sensibilización y cooperación para el desarrollo, y la acción humanitaria y de emergencia.

Entre los agentes de la cooperación que ejecutan acciones financiadas por la Consejería de la Presidencia encontramos, como protagonistas principales, a las Consejerías, organismos autónomos y otras entidades públicas que conforman la Administración de la Junta de Andalucía. En segundo lugar, las organizaciones no gubernamentales de desarrollo y, también, con una importancia menor en cuanto al volumen financiero de la cooperación ejecutada, las Universidades andaluzas, las entidades locales y los sindicatos y asociaciones empresariales con sede en Andalucía<sup>35</sup>.

### **2.3.3. La Educación para el Desarrollo como estrategia de cooperación**

La Educación para el Desarrollo tiene diferentes y variados ámbitos de aplicación, a la vez que puede partir desde diferentes agentes y estar destinado a diferentes grupos objetivo. Estas características señalan una multiplicidad de actores en la educación para el desarrollo, por lo que es necesario asegurar y promover un

---

<sup>35</sup> Puede encontrar más información de la AACID en [http://www.juntadeandalucia.es/cpre/cda/views/pages/cpre\\_canal\\_tipo1\\_inicio/0,19658,7790509\\_8193277,00.html](http://www.juntadeandalucia.es/cpre/cda/views/pages/cpre_canal_tipo1_inicio/0,19658,7790509_8193277,00.html).

marco de coherencia entre las políticas, estrategias y acciones de educación para el desarrollo de los distintos actores implicados, que el Plan Director debe recoger.

Según la CONGD (2005: 6) la *“educación para el desarrollo debe entenderse como un proceso para generar conciencias críticas, hacer a cada persona responsable y activa, con el fin de construir una sociedad civil, tanto en el Norte como en el Sur, comprometida con la solidaridad, entendida ésta como corresponsabilidad, y participativa, cuyas demandas, necesidades, preocupaciones y análisis se tengan en cuenta a la hora de tomar decisiones políticas, económicas y sociales”*.

Existe una creciente relevancia de las alianzas con actores no gubernamentales y otros socios como instituciones académicas, sindicatos, etc., responsables de la integración de la Educación para el Desarrollo en la sociedad civil en una gran variedad de niveles de compromiso público de cara al desarrollo.

La Educación para el Desarrollo (EpD) cuenta con más de cuarenta años de historia. Durante estos años se han producido cambios en el concepto, en la práctica y en la importancia que se le otorga a este ámbito de actividad.

Para enmarcar la EpD nos basamos en el marco normativo de la Estrategia de Educación para el Desarrollo de la Cooperación Española (2007) que sirve, a su vez, de base para el marco teórico y se concreta en principios fundamentales, principios operativos y conceptos teóricos que guían el objetivo general y los objetivos estratégicos para las iniciativas en EpD de la Cooperación Española:

**Tabla 16. Marco normativo de la Educación para el Desarrollo en la Estrategia**

<b>Marco normativo internacional</b>
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
Declaración del Milenio (2000)
Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda (2005)
Resolución de la Asamblea General de NNUU sobre la Década de las Naciones Unidas de la Educación para el Desarrollo Sostenible (2005-2014).
Consenso Europeo en Desarrollo (2005)
Resolución del Consejo Europeo sobre la Promoción de la Educación para el Desarrollo y la Sensibilización de la Opinión Pública Europea (2001)
Declaración de Maastricht sobre Educación para una ciudadanía global (2002)
<b>Marco normativo nacional</b>
Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008
Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación
Leyes autonómicas de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Fuente: elaboración propia, extraído de la Estrategia de Educación para el Desarrollo de la Cooperación Española, 2007.

Los principios de la educación para el desarrollo en la cooperación española son fundamentales y operativos. Los principios fundamentales son:

- Justicia social.
- Equidad.
- Corresponsabilidad.
- Igualdad.
- Participación.
- Solidaridad.
- Empoderamiento.
- Diálogo.
- No discriminación.

En cuanto a los principios operativos, se mencionan:

- Apropiación.
- Alineamiento.
- Armonización.
- Rendición de cuentas.

La educación para el desarrollo se ubica sobre las bases de los conceptos abordados durante toda esta primera parte del marco teórico como son: la pobreza, desigualdades, relaciones Norte-Sur, los actores de la cooperación para el desarrollo, etc.

Según Ortega Carpio, la educación para el desarrollo es, esencialmente un *“proceso educativo (formal, no formal e informal) constante encaminado, a través de conocimientos, actitudes y valores, a promover una ciudadanía global generadora de una cultura de la solidaridad comprometida en la lucha contra la pobreza y la exclusión así como con la promoción del desarrollo humano y sostenible”* Ortega Carpio (2006: 15).

Asimismo, la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, señala la Educación para el Desarrollo como un medio claro para la cooperación al suscribir:

*“Se entiende por educación para el desarrollo y sensibilización social el conjunto de acciones que desarrollan las Administraciones públicas, directamente o en colaboración con las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, para promover actividades que favorezcan una mejor percepción de la sociedad hacia los problemas que afectan a los países en desarrollo y que estimulen la solidaridad y cooperación activas con los mismos, por la vía de campañas de divulgación, servicios de información, programas formativos, apoyo a las iniciativas a favor de un comercio*

*justo y consumo responsable respecto de los productos procedentes de los países en desarrollo” (Artículo 13 de la LCID).*

La Educación para el Desarrollo se lleva a la práctica a través de sus dimensiones. Éstas son cuatro:

- Sensibilización.
- Educación/formación.
- Investigación.
- Incidencia política y movilización social.

Aunque estas cuatro dimensiones tienen entidad propia, es conveniente y preciso que entre todas ellas exista una interacción continua, ya que si no se produce así no se conseguirá la transformación social *“la interacción de estas cuatro dimensiones es necesaria para transformar el imaginario colectivo del Norte y realizar una crítica fundamentada al modelo de desarrollo global imperante”* (Argibay y Celorio, 2005: 51).

Para el presente proyecto, nos centraremos en la tercera dimensión *“la investigación para el desarrollo”*. Ésta se orienta en profundidad de todo aquello relacionado con las desigualdades sociales y el plano desarrollo de la ciudadanía. La importancia de esta dimensión es que en la investigación se encuentra la base que va a dar consistencia a las otras tres dimensiones (sensibilización, educación e incidencia política).

El matiz importante en la investigación para el desarrollo es su carácter participativo por lo que la investigación-acción será la modalidad más representativa de este tipo de investigaciones. *“La investigación acción es una forma de cuestionamiento autoreflexivo, llevada a cabo por los propios participantes en determinadas ocasiones con la finalidad de mejorar la racionalidad y la justicia de situaciones, de la propia práctica social educativa, con el objetivo también de mejorar el conocimiento de dicha práctica y sobre las situaciones en las que la acción se lleva a cabo”* (Kurt Lewin, 1946).

Los estudios e investigaciones, en general, y concretamente en educación para el desarrollo, son necesarios para poder conocer la realidad sobre la que se quiere incidir tanto en el sur como en el norte. Es necesario disponer de análisis y fuentes diversas, que reflexionen de manera crítica y constructiva sobre aspectos

relacionados con la cooperación al desarrollo, la solidaridad, las relaciones Norte-Sur para poder tener un diagnóstico de la situación.

La Educación para el Desarrollo nació como una actividad más de la cooperación, con el propósito de informar y difundir las actividades de las ONGD y recaudar fondos para ayudar a los proyectos sobre el terreno (Argibay y Celorio, 2005: 49). Sin embargo, en la actualidad ha trascendido esos cometidos y pretende promover cambios en las percepciones que nuestras sociedades tienen de otras culturas y modelos de desarrollo.

En este sentido, los objetivos de la educación para el desarrollo pasan por trabajar por la justicia y el cambio social en esta situación de globalización en la que vivimos y, de manera más definida, se centra en algunas metas más específicas que afectan directamente al campo de la cooperación internacional y la solidaridad.

Por tanto, la educación para el desarrollo debe considerarse como una estrategia esencial de la cooperación internacional ya que contribuye a la concienciación social, a la formación y al análisis crítico de las propias acciones de cooperación, a la toma de conciencia de la responsabilidad de los distintos agentes de la cooperación en la puesta en marcha de un proceso de Desarrollo Humano Sostenible (Argibay y Celorio, 2005: 50).

Las principales funciones de la educación para el desarrollo son (Argibay, 2004):

- Formar a las personas en la reflexión compleja para combatir estereotipos y preconcepciones acerca de otros pueblos y culturas.
- Capacitar a las personas para la comprensión, la crítica y la participación en el desarrollo local e internacional.
- Capacitar a cooperantes y agentes de cooperación públicos y privados.
- Contribuir al análisis crítico de la cooperación para su actualización permanente.
- Impulsar la democracia participativa y la cultura de la solidaridad.
- Lograr respaldo social para dar credibilidad a las políticas y acciones de cooperación.

En este sentido, la EpD es una de las vías de “reflexión-acción”, crítica que propone globalizar la solidaridad, la interculturalidad y la cooperación como



alternativas a la mundialización de la pobreza, al pensamiento único, al determinismo cultural, a la competencia ilimitada y a la insolidaridad.

Según Argibay y Celorio (2005) la EpD constituye el contrapunto y complemento de la planificación y la ejecución de proyectos de cooperación sobre el terreno. De esta manera, se entiende que la cooperación al desarrollo está constituida por dos líneas de trabajo diferentes y, a su vez, complementarias.

No tiene sentido cambiar el sur si no se modifica antes el norte, que es donde radica el origen de los desequilibrios, como hemos visto en el primer capítulo de este marco teórico. Sin embargo, la práctica nos dice que durante estos años no se han destinado ni tiempo, ni fondos, ni ha habido apoyo institucional sólido a la promoción de la educación para el desarrollo.

Sintetizando, podemos definir las líneas de trabajo de la Cooperación al Desarrollo centrándonos tanto en el sur como en el norte (Arbigay, 2004):

- Acciones para transformar el Sur:
  - o Ayuda de Emergencia.
  - o Ayuda Humanitaria.
  - o Proyectos de Desarrollo.
- Acciones para transformar el Norte:
  - o Sensibilización.
  - o Educación para el desarrollo.
  - o Presión política.
  - o Investigación y Documentación.

Entendiendo la educación para el desarrollo como proceso que implica, y puede resultar hasta redundante ya que estamos hablando de “educación” (y ésta se define como un proceso), prepara su campo de actuación mediante la información y la sensibilización pero no se queda sólo ahí, sino que su importancia se encuentra en su continuo trabajo educativo que sólo se puede lograr en procesos de medio y largo plazo.

Siguiendo esta línea, la EpD investiga, analiza, ofrece formación, procura desarrollar capacidades y generar actitudes que habiliten para la práctica responsable de la solidaridad (Argibay y Celorio, 2005). Por tanto, podemos afirmar que no existe EpD sin un estudio basado en las investigaciones recientes.

En palabras de los citados autores, los distintos agentes de cooperación han ido construyendo los pilares que sostienen la cooperación en el Norte, es decir, la Educación para el Desarrollo.

Vivimos en un mundo que es un escándalo y en el que nos encontramos sometidos a un proceso de globalización que se manifiesta como fenómeno cultural (Vázquez Montalbán, 1999), económico (De Sebastián, 1999), político (Comín, 1999), social (De Senillosa, 1999) y cosmovisional/religioso (González Faus, 1999).

Uno de los puntos que el siglo XX ha dejado en su testamento es la profunda y cruda herida entre el Norte y el Sur (De Sebastián, 1993), entre el mundo desarrollado y el mundo empobrecido (Sogge, 1998). La desigualdad que separaba los países ricos de los países pobres se está convirtiendo aceleradamente en un abismo creciente de desigualdad (Sobrino, 1995).

Para ir terminando la conceptualización de la educación para el desarrollo y su importancia como estrategia de cooperación, es cierto que como dice Fernández (1984: 4) *“los mejores educadores del planeta no han sido capaces de erradicar las guerras, las armas ni el hambre de este mundo”*, pero también es cierto que, como declara el Informe Delors (1996: 24) *“la educación es uno de los caminos, entre otros, pero más que otros, para poder afrontar tantas heridas como el siglo XX ha dejado abiertas”*.

Algunos autores definen la educación para el desarrollo como una “exigencia legal”, en sentido amplio y estricto a la vez. Exigencia legal en cuanto existen desde los organismos internacionales resoluciones, recomendaciones, reflexiones, informes de comisiones, que señalan la importancia de la Educación para el Desarrollo y de la formación para la cooperación y la solidaridad entre los pueblos. Igualmente ocurre desde la Comunidad Europea donde se comprueban las propuestas y acciones que avalan esta educación. Puesto que España es miembro de esos foros, tanto en el ámbito internacional y máxime respecto a la Comunidad Europea, lo que en ellos se declara nos afecta y constituye una “exigencia” comprometiéndonos, en ocasiones de manera tácita y en otras de manera expresa, según la vinculación formal en cada caso (López Catalán, 2011).

Por otro lado, también nos referimos a una exigencia legal en tanto en cuanto en el Preámbulo de la Constitución Española se expresa inequívocamente la voluntad de la Nación Española de *“colaborar en el fortalecimiento de unas relaciones pacíficas y de eficaz cooperación entre todos los pueblos de la tierra”*.

En definitiva, la EpD en sus principios trata de facilitar la comprensión de las causas de la pobreza y las relaciones de interdependencia existentes. En el devenir de estos cuarenta años de existencia, la educación para el desarrollo ha experimentado importantes cambios que han afectado tanto al concepto como a la práctica de su acción y, en consecuencia, han influido en la importancia que se le ha otorgado (Bolívar, 1983). Actualmente, *“parece estar fuera de duda que ya ha logrado tener entidad propia y se ha convertido en un componente importante de las políticas y las estrategias de los diversos actores que integran el sistema internacional de cooperación y ayuda al desarrollo, sean gubernamentales o no gubernamentales”* (Baselga y Ferrero, 2000: 13).

#### **2.3.4. Marco de referencia de nuestro proyecto**

Una vez hayamos contextualizado nuestro proyecto en cuanto al marco legislativo general de referencia, enmarcado en la educación para el desarrollo como estrategia de cooperación, haciendo un recorrido por la cooperación internacional, la cooperación española, las agencias de cooperación AECID y AACID, debemos de concretar en qué marco específico se enmarca nuestro proyecto de investigación.

A pesar de los avances que en los últimos años se vienen realizando en el tratamiento farmacológico del SIDA, la educación preventiva sigue siendo la mejor herramienta para luchar contra esta pandemia. Ésta es la premisa desde la que partimos a la hora de enfocar la presente investigación.

Este proyecto emana, como avancé en la introducción, del trabajo continuado de un grupo de profesores del área de Teoría e Historia de la Educación, del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide, y en el que la que escribe ha colaborado y al cual pertenece desde varios años, que viene desarrollando desde hace ya cuatro años de manera conjunta con la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua en el área de la Educación para la Salud.

La puesta en marcha de esta iniciativa ha sido gracias a los fondos obtenidos en diversas convocatorias de concurrencia competitiva como son:

- Programa de Cooperación Interuniversitaria de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

- Plan Propio de Cooperación Internacional al Desarrollo de la Universidad Pablo de Olavide (PPCID-UPO).

Concretamente, esta investigación corresponde a un proyecto financiado por el Plan Propio de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, dentro de la Convocatoria de Ayudas Financieras a Proyectos de Docencia e Investigación, edición 2009 (Resolución Rectoral 02/07/2009).

Esta iniciativa surge por la demanda específica de la UNAN-Managua y la centramos en conocimientos y prácticas de riesgo de los estudiantes de la universidad nicaragüense, y más concreto, en su Centro Regional de Chontales con sede en Juigalpa.

Se trata de una investigación de carácter mixto, es decir, tanto cuantitativa como cualitativa, donde se pretende conjugar la realización de cuestionarios con la puesta en marcha de grupos de discusión con el fin de triangular los datos para conseguir mayor fiabilidad.

Con ello pretendemos conocer de primera mano la realidad nicaragüense con respecto al VIH/SIDA, y se convierte en un primer paso del largo proceso de desarrollo de una nueva cultura preventiva entre la población estudiantil universitaria de Chontales, Nicaragua. Sin embargo, debemos plasmar la gran dificultad de información debido a los pocos registros oficiales existentes, la complejidad y a veces contraria de dicha información así como las condiciones socioeconómicas en las que nos podemos desenvolver en los próximos años, lo cual puede hacer posible o no la implementación de las medidas educativas y de promoción de la salud, en un sentido amplio, que son necesarias en este contexto y que se manifiestan en esta primera parte del estudio de campo.

**CAPÍTULO II**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD, VIH/SIDA Y  
ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL: CLAVES EN  
LA EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO**

*La salud es tan importante  
que no se puede dejar sólo en manos de los médicos,  
al igual que la educación es tan importante  
que no puede estar sólo en manos de los maestros*

**Desconocido**



### 3. APROXIMACIÓN A LA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tradicionalmente la salud se concebía como ausencia de enfermedad (carácter más negativo). No fue hasta 1948, año en el que se constituye la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando se incluyen palabras como “bienestar físico, mental y social”, incorporando así el sentido holístico, positivo y subjetivo de la salud.

Definiciones de salud podemos encontrar tantas como autores que se posiciona en ella. A continuación exponemos algunas de las definiciones de salud, según los siguientes modelos (Guía Práctica para Proyectos de Salud de Médicos del Mundo, 2010):

- Modelo biomédico: la salud puede definirse como la ausencia de enfermedad o minusvalía: *“la salud es la vida en el silencio de los órganos”* (Leriche).
- Modelo biopsicosocial: la salud se define como un estado de bienestar completo: físico, mental y social (OMS, 1946).
- Modelo dinámico: con capacidad de adaptación permanente a nuestro entorno:
  - o *“La salud es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana (biológicas, psicológicas y sociales), lo que requiere, por un lado, la satisfacción de las necesidades fundamentales de las personas que son cualitativamente las mismas para todo ser humano y, por otro lado, una adaptación constantemente cuestionada de las personas a un entorno en constante mutación”* (Carta de Ottawa, 1986).
  - o *“Estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por azar o elección está ubicado”* (René Dubos).

Como ya abordamos en el capítulo 1 *“La educación para el Desarrollo”* y, más concretamente, en su apartado tercero *“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio como marco de la Cooperación al Desarrollo”*, el VIH/SIDA ha rescatado, lamentablemente, un lugar primordial en la sociedad actual, tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo.

La Educación para la Salud (EpS) está estrechamente vinculada con el desarrollo humano ya que, hablar de desarrollo humano sostenible nos obliga a un esfuerzo globalizador y sistémico, que hermane en un mismo escenario a todos los pueblos del planeta y permita considerar las interrelaciones entre elementos y

fenómenos muy variados que operan simultáneamente en contextos también diversos (Murga, 2004).

En este marco de desarrollo humano, la EpS cumpliría la función de facilitar a sus destinatarios la comprensión de la situación global, de las implicaciones económicas, sociales y de todo tipo que existen entre los seres humanos, de manera que, teniendo en cuenta la cultura de su propio contexto, reforzarán los valores, actitudes y hábitos alimenticios necesarios para su propia salud física individual pero también comunitaria y global.

Cualquier proceso educativo está inmerso en un entorno social, es decir, la sociedad en general y la comunidad en particular, son agentes educativos de gran importancia para la educación y, cómo no, para la educación para la salud (Hernando Sanz, 2004).

### 3.1. ¿Educación para la Salud o Promoción de la Salud?

En este apartado vamos a abordar las características que definen y diferencian a ambos conceptos, a veces repetitivos o confusos, como es el **modelo de Promoción y Educación para la Salud (PES)**. Se trata de dos modelos teóricos que, de manera integrada, permiten responder de forma adecuada a las necesidades existentes en Salud, desde un punto de vista socioeducativo.

La salud es una necesidad básica de cualquier ciudadano, es más, la salud representa un indicador de gran relevancia en cuanto a índice de desarrollo humano y calidad de vida.

Sin embargo, y como ha incluido la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición cuando añade aspectos claves de la salud como *“bienestar mental y social”*, nos podemos hacer una idea de la gran relevancia y complejidad de dicho término.

Nuestro objeto de estudio, desde la investigación e intervención socioeducativa, es la educación en la salud desde una perspectiva pedagógica de la salud y la necesidad de un planteamiento amplio, de su visión social, *“en el que están implicados todos los agentes sociales –el papel de la comunidad, de la ciudadanía, ...- a la hora de abordar la salud”* (Morón Marchena, 1998).

La educación para la salud se puede definir, según la OMS, como el conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente que suponen una



forma de comunicación destinada a mejorar el conocimiento sobre la salud y promover el desarrollo de habilidades para la vida que pueden conducir tanto a la salud individual como colectiva. Es, por tanto, una actividad clave en todo programa de promoción de la salud.

En este sentido, promoción de la salud es, tal y como la define la Carta de Ottawa (1986), *“el proceso que otorga a las poblaciones los medios necesarios para garantizar un mayor control de su salud y mejorarla”*.

Con objeto de establecer una cronología de la definición de educación para la salud, consultando distintas fuentes y autores, cabe distinguir dos etapas fundamentales en la evolución del concepto (Morón Marchena, 1998):

- Etapa clásica: hasta la década de los setenta, en la que las acciones educativas se dirigen al sujeto con el objetivo de responsabilizarse de su propia salud, para conseguir la modificación de sus comportamientos en un sentido positivo.
- Posteriormente, se incluye la consideración que las conductas de las personas también dependen de factores externos, de tipo ambiental y social, por lo que las acciones educativas deberían promover cambios en dichos ámbitos.

Según Calvo Fernández y otros (1996), los múltiples conceptos de EpS podrían representar las ideas de los diferentes profesionales y organismos nacionales e internacionales que están interesados en su estudio y desarrollo, aunque todas tienen como objetivo común a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los sujetos, hacia una salud positiva (Morón Marchena, 1997).

En ocasiones se confunden o mencionan indistintamente términos afines a la educación para la salud, como es la prevención o promoción de salud, entre otros. A continuación las definimos (Sáez, Marqués y Collel, 1995):

- **Prevenir:** consiste en evitar, prever y preparar. En el caso concreto de las enfermedades, evitar que éstas se produzcan, prever que puedan producirse y preparar el terreno para que no se produzcan y para que, si se producen, se disponga de los medios para poder combatirlos. Cuando hablamos de

prevenir, nos referimos a no tener que llegar a curar, lo cual es competencia de quien ejerce la medicina, ya sea a nivel individual o colectivo.

- **Promoción de la salud:** tomó fuerzas a partir de su aparición en el Informe de la OMS en 1984, aunque habían existido diversos antecedentes donde la preocupación por el mantenimiento de patrones de vida sanos para el normal desarrollo de las personas, llevaron a los conceptos actuales de salud positiva y a la posterior aparición de actividades destinadas a desarrollar en la población hábitos de vida saludables y a capacitar a la gente a aumentar su control sobre la propia salud. De esta manera, la Carta de Ottawa para la promoción de la salud la definía como el *“proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla”* (OMS, 1986).
- **Educación para la Salud:** según la manera que cada autor tenga de entender la educación y la salud, entenderá el término educación para la salud. No obstante, partimos de la idea de Sáez, Marqués y Collel (1995) que definir educación para la salud dependerá del ámbito en el que se realiza la actividad y otros independientemente del ámbito de actuación. Sin embargo, hay una definición muy clara de entender la EpS como *“uno de los instrumentos que utiliza la promoción de la salud, y básicamente pretende facilitar los cambios de comportamiento hacia conductas más saludables y que eliminen factores de riesgo”* (Morón Marchena, 1998).

En este sentido, la educación para la salud se centra en la educación de las personas a través de la adquisición activa de información basada en la evidencia, no a través de la transmisión vertical de dicha información; en el fomento de la motivación, para seguir conociendo y aplicar lo aprendido y, por último, la promoción y entrenamiento de las habilidades personales imprescindibles para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud.

La EPS no aborda solo la información sobre condiciones sociales, económicas y ambientales, subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo.

Según García, Sánchez y Pedrero (2011: 108) *“la medida del bienestar y la calidad de vida está ausente de la mayoría de los estudios sobre las conductas de los jóvenes, independientemente de que algunos autores (Morrow, 2001) hayan*

*propuesto para subsanar esta carencia el uso de una variedad de métodos cualitativos para explicar el bienestar y la salud juveniles basándose en la premisa de que el nivel del capital social de una comunidad influye en el bienestar”.*

Con la educación para la salud se pretende dar la oportunidad a los jóvenes para comprender y comunicar sus propias realidades sin que estén supeditadas o se vean filtradas por los supuestos establecidos por los adultos (García, Sánchez y Pedrero, 2011).

Para favorecer la prevención del VIH/SIDA se precisa acentuar el diálogo y el respeto de los derechos individuales (Jesu, 1994) porque mediante esa labor los individuos están más predispuestos a adoptar y mantener los comportamientos preventivos (García, Sánchez y Pedrero, 2011). Sin embargo, aún quedan muchas personas, incluso diríamos millones de personas, que no tienen información o están mal informadas sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión.

En ocasiones se puede llegar a confundir o utilizar indistintamente la educación para la salud y la promoción de la salud sin tener muy claro sus diferencias. No obstante, según algunos autores (García, Sánchez y Pedrero, 2011) esta diferencia carecería de sentido en cuanto que la educación para la salud es, funcionalmente, el mejor método de intervención que conocemos para promover la salud (promoción de la salud en cuanto a función de atención a la salud y la educación para la salud como categoría funcional y metodológica del proceso de enseñanza).

Con objeto de justificar la importancia de la educación para la salud, esbozamos algunas ideas relevantes (Serrano González, 1997):

- No vale sólo con informar.

Por todos son conocidos los diferentes métodos tradicionales de intervención educativa que han ido fracasando, hemos visto que la sola información, que es necesaria, no vale por tener poca influencia en los cambios de actitudes preventivas. Las campañas preventivas, a veces incluso contraproducentes, tienen un problema importante debido a la publicidad que asocia alcohol y tabaco con imágenes atractivas, deporte, riesgo, evasión, seducción, etc.

- Generador de cambios.

La EpS debería ser una disciplina que ponga orden a las diferentes caras que tiene el hecho de que las acciones del hombre aumentan o disminuyen

la salud individual y colectiva, y cómo la educación conecta y genera cambios (Serrano González, 1997).

Trabajar eficazmente la EpS requiere contextos facilitadores tanto políticos como técnicos –apoyo institucional y en la gestión, apoyo técnico (formación, materiales, asesorías, etc.) y económico-. La EpS, en ocasiones, conlleva o finaliza con acciones de Promoción de Salud como por ejemplo: la constitución de un grupo de autoayuda, creación de una comisión para hablar del tema con el ayuntamiento, la realización de campañas o actividades informativas en la prensa local, etc. (Pérez Jarauta, Echauri Ozcoidi, Ancizu Irure, Chocarro San Martín, 2006).

Primeramente, la **promoción de la salud** se fundamenta de dos dimensiones fundamentales: la comunitaria y la individual. Este modelo fue adoptado por la OMS en 1986 al considerar los estilos de vida de los distintos grupos de población como mejorables siempre y cuando se crean o favorezcan las condiciones apropiadas para que las personas puedan aumentar el control sobre los factores que influyen y condicionan su estado de salud (Kickbusch, 2003).

La **dimensión comunitaria** comprende la salud como un recurso para vivir mejor, como una estrategia, no como un fin en sí mismo. Esta dimensión se organiza en cinco áreas de actuación prioritarias (MEPSYD y MSC, 2008) que son las que exponemos en la tabla:

**Tabla 17. Cinco áreas prioritarias de la dimensión comunitaria**

1. Establecer y promover una política pública saludable, atendiendo a los factores que condicionan la salud cotidiana de la población general.
2. Crear entornos que faciliten la modificación de las causas básicas de pérdida de salud. Es necesario combinar diversas medidas, y especialmente aquellas que, con carácter legal, pueden asegurar cambios normativos y medioambientales favorables a la salud.
3. Fortalecer la acción comunitaria para que sea la propia comunidad la que pueda avanzar hacia la consecución de niveles óptimos de salud, mediante la toma de decisiones sobre temas claves que permitan alcanzar este objetivo.
4. Reorientar los servicios de salud en base a las necesidades existentes en cada territorio, otorgando mayor protagonismo a los servicios de Atención Primaria para que, más allá de su función asistencial, puedan participar en actuaciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de riesgos.

Fuente: elaboración propia, extraído Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Estas áreas de actuación se trabajan en tres ámbitos fundamentales de la promoción de la salud, que son (MEPSYD y MSC, 2008):

- **Educación para la salud:** se encarga de ofrecer y acercar a las personas las oportunidades de aprendizaje para mejorar su capacitación para adoptar estilos de vida saludables y conocer qué factores condicionan su salud y la de su comunidad. Incluye el desarrollo de habilidades personales para la vida.
- **Movilización social:** a través del desarrollo comunitario delega la modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas creadas en el seno de la sociedad civil organizada.
- **Abogacía por la salud:** suscita la puesta en marcha y el mantenimiento sostenible de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos favorables a la aplicación de políticas de fomento y protección de la salud, así como la comprensión y aceptación social de dichas políticas.

Por otra parte, la **dimensión individual** de la promoción de la salud es comprendida como un proceso que permite, el desarrollo de las habilidades necesarias para incrementar el control sobre su salud. Este control parte de la adopción de estilos de vida saludables -incrementando y reforzando sus recursos personales-, la ampliación de la información, la sensibilización, la educación y el entrenamiento en habilidades para la vida.

Se trata de empoderar a los individuos para que sean capaces de gestionar y controlar su estado de salud, atendiendo a los condicionantes internos/externos que le puedan afectar o influir en la misma. De esta manera, se convierten directamente en los gestores de su propia calidad de vida.

Para concretar las actuaciones dirigidas a esta promoción individual y comunitaria de la salud, el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte así como el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) propone las siguientes herramientas: medidas legislativas, el marketing social, fomento de entornos saludables, grupos de ayuda mutua, la participación comunitaria y la educación para la salud.

En segundo lugar, la **educación para la salud** se concibe como *“el conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar el conocimiento sobre la salud y*

promover el desarrollo de habilidades para la vida que pueden conducir tanto a la salud individual como colectiva” (MEPSD y MSC, 2008: 61).

La EpS se centra en diferentes ámbitos de actuación, como son:

**Tabla 18. Tres ámbitos concretos de EpS**

1. La educación de las personas a través de la adquisición activa de información basada en la evidencia, no a través de la transmisión vertical de dicha información.
2. El fomento de la motivación, para conocer más y para aplicar lo aprendido.
3. La promoción y entrenamiento de las habilidades personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo. Es decir, supone la comunicación de información crítica clave y el desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad y faciliten la adopción de estilos de vida saludables.

Fuente: elaboración propia, extraído Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

En cuanto a los tipos de intervención el grupo de trabajo de Navarra (Pérez Jarauta, Echauri Ozcoidi, Ancizu Irure, Chocarro San Martín, 2006) identifican cuatro modalidades:

**Tabla 19. Tipos de intervención según modalidades**

Tipos de intervención	
<b>1. Consejo/información</b>	Se trata de una intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio a usuarios y usuarias, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional, a demanda o programado.
<b>2. Educación individual</b>	Es una serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesionales y usuarios en las que se trabajan las capacidades del usuario o usuaria sobre un tema (la alimentación, el VIH/SIDA, el tabaco,...) desde una perspectiva más amplia.
<b>3. Educación grupal o colectiva</b>	Consiste en una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.
<b>4. Promoción de salud</b>	Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate. Además de la educación para la salud incluye otros tipos de estrategias: información y comunicación a través de los medios

	de comunicación social, Acción Social y Medidas políticas, técnicas o económicas. En definitiva, es una actividad de los ámbitos sanitario y social donde colaboran los distintos servicios de la zona (centro de salud, servicios municipales y educativos), entidades sociales, etc.
--	--

Fuente: elaboración propia, extraído de Pérez Jarauta, Echauri Ozcoidi, Ancizu Irure, Chocarro San Martín, 2006.

De esta manera, se advierte claramente cómo la promoción de la salud es una rama de la educación para la salud, aunque en la teoría (y también a veces en la práctica) se confunden o mencionan indistintamente.

Podemos establecer tres estrategias básicas para la promoción de la salud que se apoyan, a su vez, en cinco áreas de acción prioritarias, según la Carta de Ottawa, y que exponemos a modo de tabla:

**Tabla 20. Estrategias para la promoción de la salud y sus áreas prioritarias**

Estrategias básicas	Áreas de acción
1. <b>Abogacía</b> por la salud. Su objeto es crear las condiciones sanitarias esenciales	Establecer una política pública saludable
	Crear entornos que apoyen la salud
2. <b>Facilitar</b> que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud	Fortalecer la acción comunitaria para la salud
	Desarrollar las habilidades personales
3. <b>Mediar</b> a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad	Reorientar los servicios sanitarios

Fuente: elaboración propia (extraído de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).

En 1997, con la aprobación de la Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, ratifica que estas estrategias y áreas de acción son necesarias e imprescindibles para todos los países. En este sentido, añaden que *“los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces. Los que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía”* (OMS, 1998: 11). Por tanto, la participación se convierte en elemento clave y necesario para sostener los esfuerzos, convirtiéndose las personas en el centro de la acción.

En este sentido, la Declaración de Yakarta señala las cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

**Tabla 21. Las cinco prioridades de la Declaración de Yakarta**

<b>Las cinco prioridades</b>
1. Promover la responsabilidad social para la salud
2. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
3. Expandir la colaboración para la promoción de la salud
4. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
5. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

Fuente: elaboración propia, extraído de la Declaración de Yakarta, 1997.

Por tanto, el objetivo de la EpS es dar a la población los medios necesarios para que adopte comportamientos más favorables para su salud, aportándole los conocimientos necesarios, y se inserta así en el eje de adquisición de aptitudes individuales. Así, un aspecto fundamental para la continuidad de actividades de promoción de la salud, es que la comunidad sea consciente de los problemas, de sus propios problemas. Esta idea está muy relacionada con otro de nuestros focos de interés desde la investigación e intervención socioeducativa, como es la **animación sociocultural** y el **desarrollo comunitario**.

### **3.2. Glosario de términos relacionados**

Estos conceptos han ido evolucionando y modificándose con los años por lo que aspectos que promulgaba la Carta de Ottawa, y que abordamos anteriormente, como es la movilización social y la abogacía por la salud referidos a la educación para la salud, en la actualidad están incluidos en el concepto de “*promoción de la salud*”.

Con el propósito de clarificar conceptos relevantes relacionados con la educación y promoción de la salud, de los cuales ya algunos se han ido mencionando, a continuación exponemos nuestro glosario personal recopilatorio de diferentes documentos oficiales, ordenados alfabéticamente (Glosario de Promoción de la Salud, 1998; Carta de Ottawa, 1986; OMS, 1948; INTA, 2001):

- **Abogacía por la salud** (*Advocacy for health*). Se trata de una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. Estas acciones



pueden realizarlas los propios individuos y/o grupos con objeto de conducir hacia estilos de vida saludables.

- **Acción comunitaria para la salud** (*Community action for health*). Muy relacionado con el concepto de comunidad. Se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar su salud. Aquí podríamos destacar el concepto de “empoderamiento para la salud” (*“empowerment”*) entendiendo que una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas.

De esta manera, volvemos a hacer mención a la participación puesto que mediante ésta, los individuos y organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, adquiriendo mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.

- **Bienestar** (*Welfare*). Se entiende como la adaptación personal y dinámica de las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual a cualquier nivel de salud, enfermedad o de discapacidad.
- **Calidad de vida** (*Quality of life*). Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.
- **Células T y células CD4** (*T-cells or CD4 cells*). Las células CD4 son un tipo de linfocito (glóbulo blanco). Son una parte importante del sistema inmune. Hay dos tipos principales de células CD4. Las células T4 o CD4 son las células “ayudantes”, las que dirigen el ataque contra las infecciones. Las células T8 o CD8 son las células “supresoras”, las que finalizan una respuesta inmunológica. Las células CD8 también pueden ser “asesinas”, que matan a células cancerosas y a células infectadas por virus. Los investigadores pueden diferenciar las diversas clases de células CD4 gracias a proteínas

específicas que se encuentran en la superficie de la célula. La T4 es una célula con moléculas CD4 en su superficie. Este tipo de células T se llama “CD4 positiva” o CD4+.

- **Comunidad** (*Community*). Según la OMS se refiere a un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de la comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes.

En el campo de la animación sociocultural y el desarrollo comunitario, se entiende la comunidad, en primer lugar, como el entorno inmediato a las personas en las que éstas desarrollan su actividad y está formada por:

- o Territorio, población, demanda (problemas que la población expresa), recursos de los que se puede disponer (Marchioni).
  - o Interés común (Liman y Ross).
  - o Costumbres comunes, tradiciones y modos de hablar (Dunhamm),
  - o Asimismo, la comunidad se caracteriza por la localización de la comunidad dentro de un área limitada geográficamente (Liman, Ross y Dunhamm).
  - o En segundo lugar, consiste en más de la suma de las personas que en ella habitan. Es el sistema de relaciones, de preocupaciones, de valores comunitarios, de recursos compartidos, de historia común propia de un territorio y del grupo de personas que lo habitan, que además tienen un sentimiento de pertenencia a ésta. La comunidad se convierte así en un agente social vivo, capaz de identificarse y reconocerse a sí mismo.
- **Condiciones de vida** (*Living conditions*). Se trata del entorno cotidiano de las personas, donde éstas viven, actúan y trabajan. Son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.
  - **Conducta de riesgo** (*Risk behaviour*). Consiste en una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud

deficiente. Los cambios en las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la prevención de la enfermedad, habiendo sido utilizada tradicionalmente la educación para la salud para alcanzar estas metas. También pueden ser consideradas las conductas de riesgo como un mecanismo para hacer frente a las *condiciones de vida adversas*.

- **Desarrollo de la salud** (*Health development*). Es el proceso de mejora continua y progresiva del estado de salud de los individuos y grupos de una población. La Declaración de Yakarta describe la promoción de la salud como un elemento esencial de desarrollo de la salud.
- **Determinantes de la salud** (*The determinants of health*). Es el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Los factores que influyen son múltiples y están interrelacionados.
- **Educación para la salud** (*Health education*). Según la World Health Organization, es una combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para ayudar a individuos y comunidades a mejorar su salud, aumentando su conocimiento o influir en sus actitudes. Consiste en la transmisión, fomento, motivación, habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Informa sobre condicionantes, factores de riesgo, comportamientos de riesgo, además de la asistencia sanitaria. Además, implica comunicación, desarrollo de habilidades, participación orientada a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.
- **Empoderamiento para la salud** (*Empowerment for health*). Es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Podemos destacar un matiz entre el empoderamiento individual o de la comunidad. En el primer caso, se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal; en cambio, en el segundo caso, supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

- **Enfermedad de Transmisión Sexual -ETS-** (*Sexually Transmitted Diseases –STD-*). Son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas son las bacterias, parásitos y virus.
- **Enzimoimmunoanálisis –EIA-** (*enzyme immunoassay –EIA-*). El enzimoimmunoanálisis es una de las técnicas inmunoquímicas más importantes desarrollada en los últimos años. Su particularidad radica en el empleo de enzimas como marcadores inmunoquímicos que permiten valorar las uniones antígeno-anticuerpo que se producen tras un periodo de incubación, con la adición posterior de un sustrato.
- **Equidad en salud** (*Equity in health*). Cuando hablamos de equidad nos referimos a imparcialidad, equilibrio. Es decir, las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.
- **Estilos de vida** (*Lifestyle*). Los estilos de vida se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.
- **Factor de protección** (*Protection factor*). Es cualquier cosa, característica o persona que neutralice un factor dañino o que evite su acción.
- **Factor de riesgo** (*Risk factor*). Consiste en las condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Una vez se identifiquen estos factores de riesgo, se pueden convertir en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de promoción de la salud.
- **Facilitación** (*Enabling*). Se entiende por facilitación a actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud.
- **Indicador de salud** (*Health indicator*). Consiste en una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo).
- **Infección de Transmisión Sexual -ITS-** (*Sexually Transmitted Infections –STI-*). Se trata de infecciones que se pueden transmitir de una persona a otra

durante una relación sexual (vaginal, oral o anal). Muchos las conocen como “enfermedades venéreas”.

- **Infecciones oportunistas** (*Opportunistic infections –OIs-*). Estas infecciones se aprovechan del sistema inmunológico debilitado, y pueden causar enfermedades devastadoras. Son signos de un sistema inmune disminuyendo y la mayoría de las infecciones oportunistas que amenazan la vida ocurren cuando el recuento de CD4 es inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>. Se trata de la causa más común de muerte en personas con VIH/SIDA.
- **Inmunopatología del SIDA** (*Immunopathology of AIDS*). El SIDA destruye el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de infecciones oportunistas que causan la muerte del enfermo. Existen dos tipos de inmunidades: la inmunidad humoral, donde se producen anticuerpos frente a casi la totalidad de las proteínas estructurales y reguladoras del VIH; y la inmunidad celular, donde en pacientes seropositivos existe una expansión clonal de linfocitos CD8+ con actividad citotóxica (CTL) dirigidos frente a diferentes proteínas estructurales y reguladoras del virus.
- **Inoculación** (*inoculation*). Introducción voluntaria o accidental al organismo de una sustancia, germen vivo o virus, para crear o incrementar la inmunidad del organismo a la enfermedad o condición asociada con lo inoculado.
- **Mediación** (*Mediation*). La mediación es un proceso mediante el cual los distintos intereses –personales, sociales y económicos- de los individuos y de las comunidades, así como diferentes sectores (público y privado) son puestos de acuerdo de forma que promuevan y protejan la salud.
- **Período ventana** (*Windows period*). Espacio de tiempo (3-4 semanas) que transcurre desde el contagio hasta que se produce la seroconversión, con aparición de los anticuerpos específicos frente al VIH.
- **Portador asintomático** (*Asymptomatic carrier*). Persona que posee el virus del VIH pero que permanece sin síntomas durante mucho tiempo.
- **Profilaxis –profilaxis post-exposición, PEP** (*prophylaxis –post-exposure prophylaxis, PEP*). Consiste en la prevención de la enfermedad a través de medicamentos. Aconsejable a tomar desde que la persona ha experimentado la situación de riesgo hasta las 72 horas siguientes. No es efectiva al 100% por lo que no se puede confirmar que evite la infección.

- **Promoción de la salud** (*Health promotion*). Según la World Health Organization, es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre, y para mejorar su salud, más allá del enfoque en el comportamiento individual hacia una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales. Consiste en el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Es decir, es “una estrategia que involucra a individuos, familias, comunidad y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida” (MINSAL, Ministerio de Salud del Gobierno de Chile).
- **Protección social de la salud** (*Social health protection*). Según la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de Costa Rica, la protección social de la salud se orienta a fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud como rector para promover la coordinación e interacción de los diferentes actores sociales, para generar un nuevo marco de trabajo y responsabilidad individual y colectiva en salud. Teniendo en cuenta que se define como actor social, a todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tiene un efecto significativo sobre el proceso de producción de la salud, sea éste positivo o negativo, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas en cualquier ámbito.
- **PVVS** (*Persons living with the AIDS virus –PLWHA or PLHIV*): Personas Viviendo con VIH SIDA o, concretamente en Nicaragua, se conocen como “Personas que Viven con el Virus del SIDA.
- **Responsabilidad social para la salud** (*Social responsibility for health*). Esta responsabilidad se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud (Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997).
- **Salud** (*Health*). Es el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad.
- **Salud comunitaria** (*Community Health*). Es un área de la Salud Pública que se dedica al estudio y mejoramiento de las características de la salud en las comunidades biológicas. Está focalizada en el desarrollo de los conocimientos

y habilidades necesarias para responder a los desafíos de las necesidades comunitarias en salud, especialmente de los grupos más desprovistos.

- **Seropositivo** (*Seropositive*). Cuando el VIH entra en el organismo, siempre se desencadena una respuesta inmunitaria con la intención de producir anticuerpos dirigidos a neutralizarlo. Sin embargo, estos anticuerpos no son totalmente neutralizantes, por lo que no son capaces de eliminar al VIH. Por el contrario, la detección de estos anticuerpos significa que la persona está infectada de forma activa por el VIH.

Ser portador del virus o seropositivo significa que puede transmitir la enfermedad, pero todavía no la ha desarrollado (puede tardar varios años y hasta entonces no presentar ningún síntoma de la enfermedad). En cambio, ser enfermo de SIDA significa que ya ha desarrollado la enfermedad.

- **SIDA** (*AIDS*). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la etapa final de la infección por VIH. Las personas en esta etapa de la enfermedad del VIH han dañado el sistema inmunológico, que los ponen en riesgo de contraer *infecciones oportunistas* (IO). Se le diagnostica SIDA si tiene una o más infecciones oportunistas específicas, ciertos tipos de cáncer, o un número muy bajo de células CD4. La persona que tenga SIDA, necesitará la intervención médica y tratamiento para prevenir la muerte.
- **Sistema inmunológico** (*Immune system*). Según la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, el sistema inmunitario es la defensa del cuerpo contra los organismos infecciosos y otros agentes invasores. A través de una serie de pasos conocidos como respuesta inmunitaria, el sistema inmunitario ataca a los organismos y sustancia que invaden el cuerpo y provocan enfermedades.
- **Tratamiento Antirretroviral -TAR-** (*Antiretroviral therapy -ART-*): son fármacos o medicamentos para el tratamiento de la infección por el retroviral VIH causante del SIDA. Varias combinaciones de 3 ó 4 fármacos se conocen como *Terapia Antirretroviral de Gran Actividad* o *TARGA*.
- **VIH** (*HIV*). El *Virus de Inmunodeficiencia Humana*, es similar a otros virus, incluyendo aquellos que causan la gripe o el resfriado común. Sin embargo, la gran diferencia es que con el tiempo y en el caso de la gripe y otros virus similares, su sistema inmunológico puede eliminar la mayoría de los virus de

su cuerpo. En cambio, con el VIH, el sistema inmune humano parece que no puede deshacerse de él. El VIH puede ocultarse durante largos períodos de tiempo en las células de su cuerpo y ataca e una parte clave de su sistema inmunológico –las células T o células CD4.



#### 4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL

Al hablar de educación y promoción de la salud ineludiblemente hacemos referencia a la **participación**. Para que la EpS sea efectiva no basta sólo con la transmisión de la información sino que es necesario también el fomento de la motivación, de las habilidades personales y la autoestima. Estas cualidades resultan obligatorias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Por tanto, la EpS incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino que también responde a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso de asistencia sanitaria.

Estos conceptos han ido evolucionando y modificándose con los años por lo que aspectos que promulgaba la Carta de Ottawa, y que abordamos anteriormente, como es la movilización social y la abogacía por la salud referidos a la educación para la salud, en la actualidad están incluidos en el concepto de *“promoción de la salud”*.

Por tanto, el objetivo de la EpS es dar a la población los medios necesarios para que adopte comportamientos más favorables para su salud, aportándole los conocimientos necesarios, y se inserta así en el eje de adquisición de aptitudes individuales. De esta manera, un aspecto fundamental para la continuidad de actividades de promoción de la salud, es que la comunidad sea consciente de los problemas, de sus propios problemas. Esta idea está muy relacionada con otro de nuestros focos de interés desde la investigación e intervención socioeducativa, como es la **animación sociocultural (ASC)** y el **desarrollo comunitario (DC)**.

La salud en general, y más concretamente la EpS, se desarrolla en el ámbito comunitario. Aunque pueda limitarse a un espacio más concreto, ineludiblemente se relaciona o interrelaciona con el exterior.

Al hablar de ámbito comunitario nos referimos a un sistema relacional e interactivo, formado por distintos grupos, que son: las instituciones políticas, los servicios sociales, los centros educativos, los niños, los padres y madres, los centros de salud y los jóvenes. Además, subraya que *“en una correcta educación para la salud deben intervenir todo y cada uno de los grupos de manera coordinada, ya que de lo contrario se conseguiría una actuación parcial y no globalizadora, que es lo que buscamos”* (De Miguel, 1997: 267).

De esta manera, cualquier trabajo comunitario consiste en buscar e incidir de manera relacional, coordinada, puntos de encuentro y trabajo en común, tarea en la práctica nada fácil. Por ello, en el trabajo comunitario, uno de los objetivos es el cambio, al igual que ocurre con el desarrollo comunitario y la animación sociocultural, que persiguen un cambio social, pero partiendo de las necesidades y participación e implicación de los propios destinatarios.

En este marco de actuación, consideramos importante introducir el enfoque de la ASC entendida como aquella metodología participativa, basada en la pedagogía no directiva, que implica dinamismo y desarrollo social. Su principal función es la movilización social basada en el grupo y/o comunidad, con el fin último de lograr un cambio o transformación social.

Aunque estos conceptos resulten aparentemente desconectados, en el devenir sociohistórico aparecen unidos e interrelacionados (Hernando Sanz, 2004). Caride y Rouco (1990) señalaban que los contextos sociales, el territorio y las sociedades que los configuran suponen un marco inexcusable en la percepción e interpretación de los hechos educativos.

Según Quintana Cabanas, en el prólogo que realiza a Rezsohazy (1988), *“el proceso de liberación de los grupos humanos oprimidos ha de pasar necesariamente por un proceso de educación...el llamado desarrollo comunitario o de la comunidad constituye una prolongación del desarrollo individual...”*, donde sigue afirmando que *“la idea central...representa la superación de una realidad humana actual, llevándola a niveles superiores de perfeccionamiento y de calidad de vida”*.

#### **4.1. Paralelismos entre el Desarrollo Comunitario y la Educación para el Desarrollo**

Aparte de la relación existente entre la EpS y el DC, debemos subrayar también las similitudes entre el desarrollo comunitario y otro concepto clave en nuestra investigación y el cual abordamos al inicio, como es la educación para el desarrollo.

En primer lugar, el primero (DC) tiene ya medio siglo de historia en Europa. Tras la II Guerra Mundial se crearon proyectos de la UNESCO para paliar la situación de los países del tercer mundo. Los primeros programas que se implementan, explícitamente como desarrollo comunitario, se llevaron a cabo en

zonas de África, Asia y América Latina. La característica fundamental era que “a pesar de ser realizados en el ‘sur’, eran los del ‘norte’ quienes los habían diseñado, quienes habían definido este concepto y quienes se encargaban de formar a los ‘agentes de desarrollo’ y enviarlos a las diferentes zonas ‘deprimidas’” (Andreu, 2008: 3).

Con el paso del tiempo se empieza a plantear la idea de utilizar el método del DC para mejorar la situación en que se encontraban algunas zonas del mismo “norte” (zonas rurales, barrios marginales de las grandes ciudades, etc.).

Por otra parte, la EpD se centra en promover y formar a ciudadanos responsables, activos y comprometidos con la construcción de una sociedad más justa para todos y todas (Argibay, 1997).

Uno de los aspectos que les diferencia a la EpD y el DC es que, al ser este último una rama del desarrollo humano, ya podemos deducir su ámbito de actuación. El DC actúa a nivel territorial (nivel micro) mientras que la EpD actúa a nivel macro y plantea una visión global donde interviene no sólo la parte socio-comunitaria sino la ideológica, económica y política que permite así poder entender el mundo en el que vivimos antes de intervenir.

El proceso de aprendizaje de la EpD se basa en que la ciudadanía se informe en primera instancia y, a partir de ahí, cada uno lo incorpora a su bagaje y experiencia personal y profesional para, por último, actuar, es decir, “*qué puedo hacer dentro de mis posibilidades*”.

De manera gráfica, podemos ver dicho proceso a continuación:

**Imagen 1. Proceso de aprendizaje en EpD**



Fuente: elaboración propia.

Este proceso de aprendizaje es, básicamente, el que se utiliza en la intervención comunitaria y del cual emana también el DC. El primer paso es informar y sensibilizar, una vez la población esté concienciada y motivada, se generará empoderamiento y se empezarán a producir los cambios esperados.

A partir de estas relaciones, consideramos necesario hacer referencia a Paulo Freire (1995), cuando decía que *“la educación es, efectivamente, el medio clave para liberar a los pueblos de toda servidumbre y para hacerlos ascender de condiciones de vida menos humanas a condiciones de vida más humanas”*.

Definitivamente, hablemos de animación sociocultural, desarrollo comunitario o educación para el desarrollo, estamos hablando de educación, porque las tres son diferentes modalidades de actuación dentro de la pedagogía no directiva o activa/participativa.

Con esto queremos decir que no es nuevo, no estamos descubriendo ninguna rama concreta de la pedagogía participativa, sino que con el paso del tiempo y con la evolución de nuestra sociedad, lo que hacemos generalmente (y sobre todo en las Ciencias Sociales) es reformular lo ya conocido y adaptarlo al nuevo contexto.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista y sensibilidad por la ASC, consideramos que ésta se debe entender, defender y difundir, en cualquier ámbito y con cualquier colectivo, como una metodología de intervención que parte del colectivo, para el colectivo y con el colectivo.

Estas reflexiones están vinculadas a la ya conocida frase del activista Patrick Geddes, a principios del siglo XX, *“piensa globalmente y actúa localmente”* (*Think Global, Act Local*). De ahí la importancia de haber relacionado la EpD con la ASC y el DC, ya que debemos empezar por nuestro entorno más cercano para que, una vez estemos informados y sensibilizados, podamos actuar y cambiar.

Según Caride (2005: 77) la ASC es:

*“una práctica para el desarrollo individual y social, que actúa como mediadora entre la tradición y el cambio, a través de la cual deberá lograrse un amplio conjunto de actores sociales –movimientos asociativos, instituciones educativas y culturales, administraciones públicas, empresas, organizaciones no gubernamentales, etc.-, se sientan corresponsables del quehacer cultural más cotidiano y fomenten actitudes y comportamientos que incentiven la comunicación y la participación cívica, la creatividad y la capacidad expresiva, la autorrealización individual y la transformación social”*.

La ASC se convierte así en un potentísimo instrumento de movilización de masas, de concienciación y de cambio social a través de la implicación y participación de los implicados. Por ello, la EpD debería basarse en los principios y

fundamentos de la ASC –aunque en algunos ya coinciden- para así lograr un mayor resultado e impacto social.

Al hablar de educación para el desarrollo y animación sociocultural ineludiblemente también hacemos referencia a la participación, pero no cualquier participación, sino que para que la implicación sea eficaz, debemos desarrollar una participación activa. Ambas disciplinas pertenecen a las ciencias sociales, y más aún, a las ciencias de la educación por lo que, para que la educación en general sea efectiva, no basta sólo con la transmisión de la información (instrucción) sino que es necesario también el fomento de la motivación, sensibilización y concienciación grupal o comunitaria.

Desde esta perspectiva, entendemos la educación para el desarrollo como el *“proceso educativo que favorece la comprensión de las interrelaciones económicas, políticas, sociales y culturales entre el Norte y el Sur, que promueve valores y actitudes relacionadas con la solidaridad y la justicia social y busca vías de acción para alcanzar un desarrollo humano y sostenible”* (Argibay, 1997: 19).

A partir de estas primeras concepciones teóricas, podemos resaltar la importancia del desarrollo tanto individual como social en ambas definiciones. Asimismo, las dos se conciben como procesos educativos, por tanto no se trata de acciones puntuales o esporádicas, con un fin en sí mismo. En el caso de la ASC, añade la importancia de la participación para lograr esa ansiada transformación social.

No obstante, podríamos establecer como diferencia, tal y como adelantábamos antes, que la primera se centra a nivel macro, en las interrelaciones entre Norte y Sur, mientras que la segunda trabaja en el entorno más cercano al individuo. Sin embargo, para poder entender ambos enfoques debemos de tener en cuenta los dos contextos puesto que vivimos en una sociedad interconectada.

En este sentido, nuestro planteamiento coincide con Sarrate (2011), cuando hace paralelismos entre la animación sociocultural y el desarrollo, considerándola un elemento que desempeña un cometido decisivo para la consecución del perfeccionamiento personal y social de los ciudadanos, el respeto y la defensa de la dignidad humana así como la práctica de los derechos humanos orientados hacia el estado de bienestar y justicia social.

## 4.2. Animación Sociocultural y Desarrollo Comunitario

No es nuevo el término “animación sociocultural” que aparece en los documentos de la UNESCO en 1955 y surge en el contexto francófono como “necesidad de dotar de sentido de comunidad (anima) a las ciudades reconstruidas”. A partir de ahí se divulga esta metodología confluyendo con el término “desarrollo comunitario”, cuyo origen tuvo lugar en el ámbito anglosajón. Ambos términos tienen como precedente básico la educación popular de Paulo Freire, centrada en la educación obrera, en esa “praxis liberadora” de educar al marginado, al oprimido.

Los orígenes de la ASC se encuentran en Latinoamérica, de la mano de Freire y vinculado principalmente a la educación popular como ámbito no formal de la educación. Sin embargo, cada día se hace más latente su importancia en cualquier ámbito de actuación. La ASC supone transformar actitudes, valores, incluyendo el fomento del sentido crítico, de la responsabilidad y de los procesos de concienciación; implica transformar relaciones personales, basándonos en la comunicación, en la expresión.

Según Ander-Egg (1978), la animación sociocultural es una estrategia de intervención que trabaja por un determinado modelo de desarrollo comunitario y su finalidad es promover la participación y dinamización social mediante procesos de responsabilidad de los individuos en la gestión y dirección de sus propios recursos. Estas palabras son clave para entender dicha disciplina “gestión de sus propios recursos”, es decir, “autogestión”, “empowerment”.

La ASC aspira a una visión política, a un modelo de sociedad donde pone los medios para caminar hacia su transformación estructural y, simultáneamente, desde un enfoque educativo, no busca lo anterior a través del cambio tecnoeconómico o la toma de poder, sino a través del perfeccionamiento de las personas y el cambio de sus mentalidades, valores, actitudes, en función de un determinado modelo de “hombre”. De esta manera, el desarrollo comunitario se centra en el lema de Paulo Freire<sup>36</sup> *“nadie enseña a nadie, todos aprendemos de todos, mediados por el mundo”*.

---

<sup>36</sup> Paulo Freire citado por Moacir Gadotti en “Paulo Freire: de la pedagogía del oprimido a la ecopedagogía”, Moacir Gadotti (coord.) (2003): *Perspectivas actuales de la educación*, pp. 135. Buenos Aires: Siglo XXI.

No se trata de una acción sobre la comunidad, sino una acción de la comunidad donde la población toma decisiones y asume las consecuencias (Ander-Egg, 1987). Supone una acción desde la comunidad, para la comunidad y con la comunidad y que, además, podemos observarla escrita en la fachada de algunas construcciones en Juigalpa. Por tanto, se trata de una metodología de trabajo desde la base, que pretende desarrollar las potencialidades del individuo, grupo y comunidades con el objetivo de mejorar sus condiciones de existencia. O, dicho de otra manera, se trata de empoderar a los individuos (*empowerment*).

Su similitud con la educación y promoción de la salud es más que evidente ya que el DC lleva implícitas la promoción y movilización de recursos humanos, a través de un proceso educativo de toma de conciencia. Por tanto, la participación popular es el elemento fundamental en los programas de desarrollo de la comunidad.

Por ello cobra importancia la participación comunitaria en educación y promoción de la salud, además que otorga valor añadido al implicarse los miembros de la comunidad, los propios destinatarios en su proceso de aprendizaje.

Compartimos la idea de que el desarrollo comunitario se constituye como una de las metodologías principales de la Animación Sociocultural. Para afianzar la hipótesis lanzada nos basamos en las siguientes pautas (Ander-Egg, 1987; Nogueiras, 1996 y Andreu, 2008):

- **Concienciación de la comunidad.** Pensamos que antes de llevar a cabo cualquier actuación, la problemática ha de ser expresada y detectada por la propia comunidad, ya que son estas personas las que habitan y comparten día a día la vida en el barrio. Además conforme se va llevando a cabo la actuación aumenta la concienciación del grupo.  
Aquí se inicia un proceso de investigación y detección de las necesidades, que no sólo se limitan a las expresadas y teorizadas en un principio, sino que dicho periodo puede conllevar a nuevas problemáticas latentes que aún estaban por descubrir.
- **Empoderamiento.** Es un concepto fundamental en la Animación Sociocultural y en el desarrollo comunitario, debido a que se potencia las capacidades de los individuos para que puedan afrontar, y planificar las posibles intervenciones que conlleven paliar las necesidades inicialmente expuestas, así como otras que han surgido con posterioridad.

Los educadores sociales o técnicos en animación sociocultural les proporcionan las herramientas y recursos necesarios, fomentando la cohesión del grupo, ya que con ello se afianza la obtención de resultados positivos en la actuación.

- **Participación social.** Potenciar la cohesión y fortalecer las redes sociales entre los miembros del grupo es fundamental en el desarrollo comunitario. Ello hace que las metas impuestas estén más cercanas de su consecución, debido a que se crea un clima positivo en el cuál todos los miembros ponen de su parte para que la intervención obtenga sus frutos.

Se quiere destacar el rol que desempeña el educador social o animador sociocultural. Éste no es diseñar la intervención y buscar los recursos, sino que es fuente de aprendizaje y enseñanza a la comunidad, es la vía por la cual la comunidad consigue aprender las estrategias y metodologías para el diseño de la intervención. Una vez logrado la meta de que la coordinación y planificación de las actuaciones, este profesional pasa a un segundo plano y es la comunidad quien adquiere el rol central y principal.

Para finalizar, resaltar que antes del uso del término “participación comunitaria” surgió el de “desarrollo comunitario en el tercer mundo”, empleado por los británicos para referirse al desarrollo de la educación básica y bienestar social en las Colonias, según Morón Marchena (1998).

Como conclusión, exponer que la concienciación de la comunidad, el empoderamiento y la participación social forman un triángulo que definen el concepto de Desarrollo Comunitario. Éste a su vez es un elemento fundamental dentro de la Animación Sociocultural.

#### **4.3. La comunidad como entorno más cercano del ser social**

Para poder comprender este sistema socioeducativo, y teniendo en cuenta que el ser humano es ser social por naturaleza, debemos delimitar en primer lugar, qué entendemos por comunidad.

Basándonos en Pujol y Úbeda (1993), que a su vez se basan en la definición que en su día propuso Lehay, *“la comunidad es un grupo de personas con ciertas características con intereses comunes y que viven dentro de una misma área, dentro*



de una sociedad mayor". Los elementos a destacar son: grupo de personas, estructura, características comunes, recursos y servicios, y relaciones (Morón Marchena, 1998).

Con objeto de ir contextualizando el concepto de comunidad, nos basamos en San Martín y Pastor (1984), cuando identifican los principales elementos a la hora de definir a la comunidad:

- Los grupos de población organizados e interrelacionados.
- La coexistencia en una zona o región geográfica bien delimitada.
- Cierta grado de integración producido a través de experiencias comunes y comportamientos sociales similares.
- Cierta grado de comunidad funcional económica.
- Cierta grado de conciencia de unidad (étnica, cultural, social) local.
- Cierta grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos.
- Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las que cuentan como localmente importantes la educación, salud, justicia, administración local, etc.

Asimismo, debemos identificar cuatro elementos fundamentales cuando hablamos de una comunidad, los cuáles van a participar muy directamente en la acción comunitaria como son: el territorio, la población, demanda y recursos (Marchioni, 1989 y Turabian, 1992, citado por Pérez-Pérez, 2013). Estos cuatro elementos, de tipo estructural, que a su vez son factores de conocimiento de la comunidad, se entienden como:

- Territorio: entidad física y social (y no sólo urbanística) en la que se producen las relaciones sociales que se dan entre las instituciones y la población que en ella se radica.
- Población: a la hora de planificar una acción social interesa hablar de indicadores de población (edad, sexo, clase social, individuos, familias, grupos, colectividad en general y la evolución histórica de la población).
- Demanda: es un concepto de carácter pluridimensional. Marchioni la define proponiendo una serie de dualidades:

- Actual y futura: una demanda actual es cuando la sociedad precisa de soluciones y respuestas de carácter inmediato, por lo que los recursos han de movilizarse a corto plazo. Esta demanda será futura cuando el conjunto de ofertas en la relación con la demanda, pueden determinarse en un plazo más largo.
  - Explícita: se da un nivel de conciencia por parte de sectores de la comunidad acerca de la existencia de un determinado problema.
  - Implícita: existe la demanda pero el nivel de conciencia respecto a ella no está perfectamente precisada en primera instancia.
  - Subjetiva y objetiva: percepción de un problema por parte de algunos sectores de la comunidad de un modo subjetivo, distinta a como se da en realidad dicho problema, con una visión objetiva.
  - Existente y potencial: que pueden coexistir, por lo que será necesario actuar con previsión.
- Recursos disponibles: fundamenta en el punto de partida, en el desarrollo de la acción social y comunitaria. No obstante, cabe destacar que el primer y principal recurso lo constituye la comunidad y sus miembros.

Cada comunidad debe crear su propia historia de desarrollo a partir de sus necesidades, de su historia concreta, de su idiosincrasia, de sus intereses, de su grado de organización interna.

Por tanto, la comunidad es un sistema relacional e interactivo, formado por distintos grupos, que son: las instituciones políticas, los servicios sociales, los centros educativos, los niños, los padres y madres, los centros de salud y los jóvenes.

De esta manera, cualquier trabajo comunitario debe buscar e incidir, de manera relacional y coordinada, puntos de encuentro y trabajo en común, tarea en la práctica nada fácil.

#### **4.4. La participación comunitaria como eje vertebrador**

Ya en 1997, la OMS promulga el Plan *Salud para todos en el año 2000*, estrategia que fijó como principal meta lograr para todos los ciudadanos del mundo,

un grado de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Entre sus objetivos prioritarios, se encuentran:

- La promoción de estilos de vida dirigidos a la salud.
- La prevención de enfermedades presentes.
- Establecer servicios de salud.

La Carta de Ottawa marca las vías en las que debía basarse la promoción de la salud, donde destaca “participación de la comunidad”, como reforzamiento de la acción comunitaria. Los ciudadanos, a nivel individual y colectivo, deben implicarse de forma real y efectiva en la promoción de la salud. Participación que, además, debe estar presente en todos los niveles, incluso en la toma de decisiones.

En este marco de actuación, consideramos importante introducir el enfoque de la participación comunitaria entendida como *“un medio técnico para la implementación de los programas”* (Winch et al, 1991). O, como indica la OMS, en la Declaración de Alma Ata (1978), *“el único camino para superar las limitaciones y la inequidad en la distribución de los recursos para asegurar la meta de Salud para Todos es el involucramiento de las comunidades locales en la prevención y el tratamiento, y sin el involucramiento y responsabilidad de la comunidad, los programas fracasarían”*.

La participación es un instrumento que puede y debe contribuir a elevar los objetivos que nos planteemos en cada caso (promoción de la salud, desarrollo sostenible, atención primaria, etc.); de ahí que propuestas estratégicas como la prevención del VIH-SIDA (uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio) en la comunidad o la intervención socioeducativa en un barrio, dan un importante papel a la participación comunitaria (Morón Marchena, 1998).

En otras palabras, relacionando la participación comunitaria en salud, a través de la animación sociocultural para lograr un deseado desarrollo comunitario, destacamos la siguiente reflexión:

*“de lo que se trata (en organización comunitaria) es de que la gente identifique y actúe sobre los propios problemas. El resultado de ello es una mayor capacidad de la gente para trabajar en común, para cooperar. Los problemas son una oportunidad para conseguir que la gente trabaje junta. Más que una reforma o un cambio interesa desarrollar integración y cohesión social, incrementar la capacidad de funcionar como una unidad respecto de los problemas comunes” (M. G. Ross, 1967).*

La relación entre la participación comunitaria y la educación para la salud es evidente y así lo han puesto de relieve diferentes autores. Como afirma Turabian (1992) *“la salud se ha convertido en un asunto fundamentalmente político, por lo que la participación comunitaria debe ser considerada como un elemento más visible, pero teniendo en cuenta que los ciudadanos o destinatarios deberían ser los máximos protagonistas”*.

No obstante, para que una persona se implique y participe activamente, debe de estar motivada ya que ésta es el impulso que le conduce a elegir y realizar una acción, entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. Pero también hay que trabajar en las necesidades de las personas y despertarles su inquietud en la búsqueda de sus prioridades ya que, según la teoría de Maslow, *“un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades, sino que más bien, con asegurarse lo suficiente para comer”* (DiCaprio, 1989). Es decir, sólo cuando una persona logra satisfacer sus necesidades inferiores, entran gradualmente en su conocimiento las necesidades superiores, y con eso la motivación para poder satisfacerlas. En este sentido, debemos despertarles la conciencia de la necesidad para poder transformar esas necesidades en un deseo específico e iniciarse en la consecución del incentivo deseado.

Por último, *“sólo las relaciones sinérgicas están en condiciones de acreditar una intervención adecuada..., significa incrementar la coordinación entre los distintos actores y entre las distintas dimensiones de la necesidad, con la participación de todos”* (García Roca, 1999: 52).

#### **4.4.1. Algunas experiencias en VIH/SIDA**

En el caso del VIH/SIDA, en 2008 se publicó el informe *“Participación del sector comunitario en VIH/SIDA de América Latina y Caribe en el proceso de monitoreo y evaluación en el logro de las metas de la Declaración de compromiso en VIH/SIDA”* (LACASSO). En este informe, así como en la Declaración de Compromiso en VIH/SIDA y las Respuestas Nacionales a la epidemia de América Latina y Caribe *“el sector comunitario organizado en VIH/SIDA, las organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA y poblaciones en situación de vulnerabilidad, han sido actores fundamentales en la prevención, atención, asistencia”*.

Por otra parte, en dicho informe se recoge también la experiencia vivida en Bogotá (Colombia), donde líderes comunitarios se autodefinen como *“comunidades afectadas directa o indirectamente por el VIH/SIDA, que se organizan entorno a necesidades y objetivos comunes ante la epidemia, con autonomía del gobierno, de las iglesias, del sector privado, de los partidos políticos, los sindicatos y las agencias de cooperación en el marco de los derechos humanos sexuales y reproductivos”* (op.cit., p.4).

Este informe avala en gran medida, junto a las múltiples experiencias que podemos encontrar en el ámbito comunitario, la importancia de la participación de los agentes implicados en la prevención e intervención socioeducativa, y más concretamente, en el caso del VIH/SIDA.

Algunas de las conclusiones del citado informe avalan que *“la respuesta comunitaria de América Latina y el Caribe sigue su proceso de consolidación y crecimiento. El desafío está en que los gobiernos y agencias internacionales acompañen sensiblemente este camino. Anteponiendo las necesidades de las comunidades, muchas veces interpretadas en iniciativas de las redes de ONGs y de PVVS, a las propias. Fomentando un diálogo directo, participativo y transparente”* (op.cit., p.6).

Por tanto, la participación debe estar presente en todos los programas desarrollados desde las administraciones públicas y gobiernos, de manera que la ciudadanía asuma la responsabilidad que tiene hacia su comunidad, implicándose en la construcción de su comunidad y de la sociedad que queramos conseguir.

Debemos fomentar la participación activa, donde cada comunidad cree su propia historia de desarrollo a partir de sus necesidades, de su historia concreta, de su idiosincrasia, de sus intereses, de su grado de organización interna. Por tanto, cada proceso de DC es único en sí mismo e irrepetible.

#### **4.5. La animación sociocultural como propuesta de intervención**

Tras el recorrido inicial de esta investigación acerca de los orígenes del desarrollo humano, la educación y promoción de la salud así como la importancia de la participación del colectivo, se revalida la idea previa sobre las similitudes existentes entre la educación para el desarrollo y la animación sociocultural.

El desarrollo comunitario se convierte en el útil que reconcilia las distintas concepciones de los ciudadanos y de su mundo social. El compromiso comunitario lucha para transformar la realidad social por medio de la participación activa, con el fin de obtener un resultado social. De esta manera, la participación se convierte en el elemento protagonista del DC.

En este campo de actuación es donde los animadores socioculturales encuentran su espacio, aunque en las últimas décadas la animación sociocultural tiene un ámbito de intervención más amplio. Mediante la utilización de todos los recursos de la vida social y la conexión de todas las actuaciones que se realizan en el territorio, entre sus funciones, desde el punto de vista comunitario, estarían:

- Promoción de la alimentación.
- Promoción de la salud.
- Promoción de la educación.
- Mejora de la vivienda y la comunidad.
- Fortalecimiento de la economía familiar y comunitaria.

Bajo nuestro punto de vista, abordar el desarrollo comunitario desde un enfoque integral presenta oportunidades para consolidar procesos sostenibles de cara a resolver los problemas de las comunidades con los recursos existentes en su entorno. En otras palabras, se trata de impulsar la autogestión de las comunidades, con la creación de un espacio que concrete y articule los esfuerzos y acciones para el crecimiento social, económico y cultural de las mismas.

Una de las estrategias de intervención sería a partir de la organización de redes sociales, que posibiliten contar con el tejido que facilite la identificación de las problemáticas y la movilización de recursos para la búsqueda de soluciones. Como nuestro campo de actuación es la educación y promoción de la salud, hay que destacar como una de las dificultades de trabajar esta temática con la juventud, que no consideran "*la salud*" como una de sus prioridades. En cambio, existe la necesidad de trabajarla puesto que los niños y jóvenes no tienen definidos sus hábitos de conducta y resulta mucho más asequible orientar estos hábitos en una dirección saludable a edad temprana, al contrario de lo que ocurre cuando un hábito ya está adquirido, que resulta más difícil de modificar (Cruz Roja, 2003).

Otro de los aspectos que otorgan importancia al trabajar la educación para la salud con los jóvenes es que esta etapa del desarrollo evolutivo se considera nada

fácil debido a los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. La juventud empieza a ver el mundo con otras lentes, aprendiendo nuevas formas de relaciones y exponiéndose a múltiples influencias, percibiendo el riesgo como algo atractivo.

Estas circunstancias (Cruz Roja, 2003) provocan que estén más abiertos y receptivos a situaciones asociadas a conductas no saludables (consumo de sustancias, relaciones sexuales sin protección, exceso de velocidad al conducir, etc.).

De esta manera, adquiere más protagonismo la intervención participativa de la salud en la juventud. Debemos partir de su realidad, de sus necesidades -una vez detectadas y priorizadas-, para convertirlos en los protagonistas de su cambio social.

Una de las técnicas útiles para trabajar con la juventud es a través de las asociaciones y organizaciones sociales, siempre y cuando estén formadas por jóvenes o trabajen con ellos, trabajando con frecuencia en iniciativas de educación no formal en su ocio y tiempo libre.

No obstante, no podemos olvidarnos que al hablar de educación estamos haciendo referencia a un proceso educativo. Es decir, hay que incorporar la EpS de forma intencionada, vinculada a iniciativas y objetivos concretos. Si no ocurriese así, caeríamos en el lado contrario, y es que se puedan organizar actividades que en un principio son saludables, y resulten prácticas de riesgo. Un ejemplo sería un campamento de verano en el que algún joven comience a fumar por imitación o por presión del grupo de iguales.

El tiempo libre se ha convertido en una necesidad para el funcionamiento de la sociedad de consumo, ya que ese tiempo se destina al consumo generalizado (Sánchez, 1992). En este sentido, el ocio y tiempo libre resulta *“muy ventajoso para las tareas de animación puesto que da, o puede dar, respuesta a necesidades y aspiraciones de la gente, planteando como fin primordial el que los individuos utilicen su tiempo de ocio para su realización personal...debería utilizarse para ‘construir ciudadanos’, como una auténtica ‘escuela de ciudadanía’”* (López Noguero, 2001: 39). Y es ahí donde cobra protagonismo la animación sociocultural como metodología participativa de intervención. Lo que pretendemos, en última instancia, es la promoción de la persona a través de la participación activa y democrática de la población.

Si nos remontamos a sus orígenes, el desarrollo comunitario es una rama más del desarrollo humano y busca el desarrollo de un sistema de democracia participativa que involucre a la ciudadanía. En este sentido, entendemos la participación como una participación activa y partimos de la base que ninguna comunidad es igual a otra, de manera que no se puede establecer un formulario de pasos o recetas a seguir para el desarrollo de cada comunidad.

Estas disciplinas –ASC y DC- que están claramente diferenciadas en la teoría, en múltiples ocasiones se nombran indistintamente e incluso se confunden en la práctica.

En el caso concreto del VIH/SIDA, uno de los aspectos claves para luchar contra esta epidemia es empoderar a la población, y concretamente a las mujeres, a través de la educación sobre el SIDA. Algunos datos corroboran la importancia de esta implicación y participación ya que, por ejemplo, en 18 de los 49 países de los cuales se poseen datos de tendencias, (por ejemplo: Camboya, Guyana, Namibia, Ruanda y Trinidad y Tobago) el conocimiento correcto e integral sobre VIH aumentó 10 puntos porcentuales o más entre mujeres de 15 a 24 años; ocurriendo lo mismo con hombres jóvenes de 8 a 16 países.

Con objeto de hilvanar los conceptos desarrollados, concluimos que la participación comunitaria y educación para la salud son estrategias metodológicas en la promoción de la salud. Estas estrategias facilitan la difusión de mensajes culturalmente adaptados a las necesidades de los distintos colectivos, promoviendo comportamientos saludables que disminuyan la vulnerabilidad, aumenten la prevención, analizando críticamente los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud y desarrollen sus capacidades organizativas para conseguir cambios no sólo en sus comunidades sino en las políticas que repercuten en la salud y bienestar (Mazarrasa, Blázquez, Martínez, Castillo y Llacer, 2006).

En definitiva, se trata de una participación permanente, activa, consciente y mayoritaria de la ciudadanía para lograr un verdadero cambio social.



## 5. ¿HABLAMOS DE VIH O SIDA?

Tradicionalmente, y aunque en la teórica está bien definido, en la práctica confundimos o nombramos indistintamente el término VIH y SIDA.

En este primer apartado del capítulo 2 “Educación para la Salud: temática clave de la Educación para el Desarrollo”, vamos a hacer una descripción etimológica de estos dos conceptos, describiendo las características fundamentales de cada uno de ellos y términos afines o relevantes que influyen de alguna manera en su significado.

### 5.1. Conceptualización etimológica

Para poder comprender el significado y características de estos dos términos, es necesario desglosarlos etimológicamente. A continuación exponemos el significado de dichos conceptos y sus siglas, para seguir con algunas de sus características principales. Empezamos por el **Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-** (*Human Immunodeficiency Virus –HIV-*):

V- Virus (*Virus*): organismos con la estructura más sencilla, que sólo se reproducen dentro de células vivas. Cuando un virus entra en contacto con una célula, aprovecha la manera que ésta tiene de reproducirse, entrando en el código genético de la célula y reproduciéndose a través de éste.

I-Inmunodeficiencia (*Immunodeficiency*): el sistema inmunitario es el que nos defiende de las agresiones externas. El VIH debilita el sistema inmunológico mediante la destrucción de células importantes que combaten enfermedades e infecciones. A “deficiente” sistema inmunológico, no puede proteger. Uno de los componentes más importantes del sistema inmunitario humano son los linfocitos T4, encargados de dirigir el funcionamiento del sistema inmune y cuando existe inmunodeficiencia, son los más atacados por el virus.

H- Human (*Human*): este virus en particular sólo puede infectar a los seres humanos, no es como otros virus que pueden transmitirse a diferentes especies. Dentro de los humanos afectados por el VIH, podemos distinguir entre “portadoras” del virus en estado latente (personas seropositivas), y aquellas que han desarrollado

el virus y cuyos linfocitos T4 se están viendo gravemente afectadas (personas con SIDA).

A partir de estas tres letras, se configura el término VIH (*HIV*) que significa *Virus de inmunodeficiencia Humana* similar a otros virus como, por ejemplo, los que causan la gripe o el resfriado, enfermedades muy comunes en nuestra sociedad. La diferencia fundamental es que, con el tiempo, su sistema inmunológico puede eliminar la mayoría de los virus de su cuerpo mientras que, en el caso del VIH, el sistema inmune humano parece que no puede deshacerse de él. La comunidad científica sigue realizando investigaciones para intentar dar una respuesta a esta situación.

Se trata de un retrovirus que infecta las célulasE del sistema inmunitario (principalmente las células T y CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011).

La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Esto provoca que las personas inmunodeficientes sean más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia.

Una de las características fundamentales del VIH es que puede ocultarse durante largos períodos de tiempo en las células de su cuerpo, y ataca a una parte clave de su sistema inmunológico (células T o células CD4). El cuerpo debe tener estas células para luchar contra las infecciones y enfermedades, pero el VIH les invade, los usa para hacer más copias de sí mismo y luego las destruye.

En los casos donde el VIH, con el tiempo, puede llegar a destruir muchas de sus células CD4 llegando su cuerpo a no poder combatir las infecciones y enfermedades. Llegados a este punto, la infección por el VIH puede causar el **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida -SIDA-** (*Acquired Immunofeficiency Syndrome –AIDS-*).

Ahora bien, para comprender qué es ese Síndrome, debemos desglosar de nuevo su término y partir del significado etimológico de sus siglas:

S- Síndrome (*Syndrome*): consiste en un conjunto de síntomas y signos de la enfermedad. Una de las características del SIDA es que no tiene por qué

manifestarse con el mismo cuadro clínico en todos los pacientes, sino que varía en función de las *infecciones oportunistas (IO)*.

- I- Inmuno (*Immuno*): el sistema inmunológico del cuerpo incluye todos los órganos y células que trabajan para combatir la infección o la enfermedad.
- D- Deficiencia (*Deficiency*): cuando su sistema inmunológico es deficiente o no funciona como debería, es cuando se deriva en SIDA.
- A- Adquirida (*Acquired*): SIDA el VIH es un virus que se transmite de persona a persona, no lo crea nuestro organismo, no es algo que se hereda sino que se adquiere después del nacimiento.

Por tanto, el *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* es la etapa final de la infección por VIH. Las personas que se encuentran en esta etapa de la enfermedad han dañado el sistema inmunológico, lo que supone estar en riesgo de contraer infecciones oportunistas.

El SIDA constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH. Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011).

En este sentido, a una persona se le diagnostica SIDA si tiene una o más infecciones oportunistas específicas, ciertos tipos de cáncer o un número muy bajo de células CD4 y, en este caso, necesitará la intervención médica y tratamiento para prevenir la muerte.

La palabra SIDA es un término de vigilancia definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y por el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA (EuroHIV) que se aplica para las etapas más avanzadas de la infección por el VIH, momento en el que se manifiesta

alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Además, el CDC define el sida en función de que el nivel de células T CD4 positivas presente en la sangre sea menor de 200 por mm<sup>3</sup>.

## 5.2. Evolución del VIH al SIDA

El VIH es, ante todo, un virus. Esto significa que no es algo que nuestro organismo pueda crear (como ocurre con otro tipo de enfermedades como por ejemplo el cáncer), sino que una de sus principales características es que se transmite de un organismo a otro. Este virus es el responsable de que se desarrolle el SIDA.

Según Fernández y Barbero (1995: 64), el VIH se trata de *“un agente infeccioso que se caracteriza por no poder reproducirse por sí mismo”*, es decir, para sobrevivir y multiplicarse en el cuerpo, los virus necesitan introducirse o parasitar en otras células.

El VIH forma parte de una familia de virus llamada retrovirus, concretamente de una rama de ésta denominada “lentivirus”, (Streicher; Reitz y Gallo: 2000) la cual se caracteriza por la destrucción de las células del cuerpo humano y por el desarrollo de una infección de evolución lenta. Además, Destruye las células del sistema inmunológico, específicamente las células T4 encargadas de organizar y dirigir su funcionamiento. Actúa atacando este linfocito, elemento imprescindible para el cuerpo humano en su lucha contra la mayoría de los invasores. Por tanto, acaba con el sistema de defensas que el organismo tiene para reaccionar ante cualquier infección. La destrucción de las células T4 explicaría el colapso del sistema inmune en el enfermo con SIDA. Es un virus del cual hay mucha dificultad para encontrar una vacuna.

Entre sus características se encuentra (Pascual Hernández y Corral Arias, 2003: 1):

- Gran diversidad genética (virus ARN) y genoma muy complejo (lentivirus).
- En su ciclo vital hay 2 fases: virión infectante (ARN) y provirus (ADN). Esta fase intermedia de integración en el genoma huésped le permite prolongados periodos asintomáticos (latencia), a pesar de una viremia persistente.

- Se replica mediante un mecanismo inverso al habitual en los virus ARN. El papel fundamental lo juega una enzima llamada transcriptasa inversa (TI).
- Sus células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de la microglia y células dendríticas residentes en mucosas (células de Langerhans).

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres. Éstas son<sup>37</sup>:

- Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen SIDA en esta etapa.
- Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida.

El VIH se encuentra en muchos de los fluidos del cuerpo humano, entre los que se incluyen la sangre, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna y se transmite por (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011):

- La penetración (vaginal o anal) sin protección y el sexo oral con una persona infectada.
- La transfusión sanguínea con sangre contaminada.
- El uso de jeringuillas, agujas u otros instrumentos afilados que estén contaminados.
- Por vía materno-infantil, durante el embarazo, el parto o la lactancia.

---

<sup>37</sup> Para más información se puede consultar el documento <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf>.

Desde la biología molecular se han identificado dos tipos diferentes del VIH, el VIH-1 y el VIH-2. Se cree que tanto el VIH-1 como el VIH-2 surgieron del virus de la inmunodeficiencia del simio (VIS). Estos virus comparten propiedades epidemiológicas, pero desde el punto de vista serológico y geográfico son relativamente diferentes (Hunt, 2010).

- VIH-1: es la causa de la actual pandemia global.
- VIH-2: se encuentra en el oeste de África pero rara vez en ninguna otra parte. Se transmite de la misma manera que el VIH-1, también causa el SIDA aunque a una tasa de crecimiento más lento que el VIH-1. EL VIH-2 está muy relacionado con el VIS que también se encuentra en el oeste de África.

Según los datos obtenidos, la pantogenicidad del VIH-2 es menor a la del VIH-1. Una característica que distingue a los lentivirus de los otros retrovirus es la complejidad de su genoma.

Desde que a principios de la década de los ochenta se describieran los primeros casos de SIDA, en la actualidad se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. Durante estos años se ha avanzado bastante en cuanto a avances terapéuticos que han logrado modificar el espectro de la enfermedad en los países más desarrollados, hasta convertirla en una infección crónica manejable". Sin embargo, a nivel mundial, la epidemia sigue avanzando y en los últimos años ha resurgido su preocupación en países desarrollados como es el caso de España.

A continuación establecemos los cinco indicadores epidemiológicos fundamentales en relación al VIH/SIDA (Castilla y De la Fuente, 2000):

- La *incidencia de infecciones* describe la velocidad de transmisión del VIH en la población, por lo que es el indicador principal para planificar y evaluar las actividades de prevención.
- La *incidencia de casos de SIDA y la mortalidad* son útiles para evaluar globalmente las intervenciones contra la epidemia, tanto preventivas (que tendrían un efecto a largo plazo sobre ambos indicadores) como terapéuticas (con un efecto más inmediato).
- La *prevalencia de VIH* (número de personas vivas con infección que incluye a aquellos diagnosticados de SIDA) refleja la magnitud de la

epidemia en cada momento y, en consecuencia, las necesidades sanitarias y sociales por ella generadas.

- El *número de casos de SIDA vivos* (prevalencia de SIDA), al referirse a los pacientes con un estadio avanzado, es un indicador útil para planificar las necesidades de hospitalización, cuidados domiciliarios y apoyo social.

Los registros de casos de SIDA, desde los inicios de la pandemia, han permitido conocer las características epidemiológicas de la enfermedad, planificar la asistencia a los afectados y evaluar el impacto de los nuevos tratamientos. Sin embargo, como método de vigilancia tiene sus limitaciones para la monitorización “en tiempo real” de la epidemia, derivadas de la subdeclaración de casos, del retraso en la notificación de los mismos y, sobre todo, del prolongado periodo de incubación de la enfermedad (comprendido entre la infección inicial y la aparición de enfermedades oportunistas indicativas de SIDA, que en ausencia de tratamiento se estima en 10-11 años de media), lo que motiva que se monitoricen infecciones adquiridas muchos años atrás (Castilla y De la Fuente, 2000).

Posteriormente, con la disposición de métodos apropiados de diagnóstico de la infección, se recurrió a otras estrategias para aproximarse a la magnitud y las tendencias de la epidemia, como los estudios de seroprevalencia en “poblaciones centinelas”, los estudios de incidencia en cohortes seleccionados de pacientes con riesgo de infección y los modelos matemáticos de predicción, entre los que destaca el método de retroproyección.

Más recientemente, en los últimos años se ha ido generalizando el uso de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) en los países desarrollados, lo que ha prolongado el periodo de incubación del SIDA y ha reducido drásticamente la mortalidad de los afectados. Esto significa, según Castilla y De la Fuente (2000) que han aumentado la supervivencia y calidad de vida de las personas infectadas por el VIH, y, en términos epidemiológicos, en una reducción de la incidencia anual de casos de SIDA y un incremento del número de personas que viven con la infección (prevalencia de VIH).

Mencionábamos anteriormente la importancia que tienen las infecciones oportunistas en el desarrollo del SIDA. Las infecciones oportunistas se denominan así porque se aprovechan del sistema inmunológico debilitado y pueden causar

enfermedades devastadoras. Una persona con un sistema inmunitario sano puede estar expuesto a ciertos virus, bacterias o parásitos y no tienen reacción a ellos, pero una persona que vive con el VIH se enfrenta a amenazas graves para la salud (es decir, a infecciones oportunistas). La mayoría de las infecciones oportunistas que amenazan la vida ocurren cuando el recuento de CD4 es inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> y, estas infecciones, suelen ser la causa más común de muerte en personas con VIH/SIDA.

Ahora vamos a detenernos en explicar en qué consisten las infecciones oportunistas, su definición y detallaremos algunas de las más usuales:

Según AIDS.gov, podemos exponer una lista de más de 20 IO que se consideran las condiciones que definen el SIDA:

**Tabla 22. Las 20 infecciones oportunistas más comunes**

Candidiasis de bronquios, la tráquea, el esófago o los pulmones	Kaposi sarcomav
Cáncer cervical invasivo	Linfoma, las formas múltiples
Coccidioidomicosis	Mycobacterium avium
Criptococosis,	Tuberculosis
Criptosporidiosis intestinal crónica (duración superior a 1 mes)	Pneumocystis carinii neumonía
Enfermedad por citomegalovirus (CMV retinitis en particular)	Neumonía, recurrente
Encefalopatía relacionada con el VIH	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Herpes simple: úlceras crónicas (superior a 1 mes de duración), o bronquitis, neumonitis o esofagitis	Salmonella septicemia, recurrente
Histoplasmosis	Toxoplasmosis del cerebro
Isosporiasis, intestinal crónica (más de 1 mes de duración)	Perder el síndrome debido al VIH

Fuente: elaboración propia, información extraída de [www.aids.gov/hiv-aids-basics/](http://www.aids.gov/hiv-aids-basics/).

Según ONUSIDA (1999: 2) *“las enfermedades oportunistas en los portadores del VIH son el producto de dos factores: la falta de defensas inmunitarias a causa del virus, y la presencia de microbios y otros patógenos en su entorno cotidiano”*.

A partir de la lista anterior de las 20 enfermedades más comunes, nos centramos ahora en categorizarlas por bloques de los 5 tipos de enfermedades más frecuentes en el mundo:



**Tabla 23. Cinco tipos de enfermedades oportunistas**

Enfermedades bacterianas	Tuberculosis (causada por Mycobacterium tuberculosis), las infecciones por el complejo Mycobacterium avium (CMA), la neumonía bacteriana y la septicemia (“envenenamiento de la sangre”).
Enfermedades protozoarias	Neumonía por Pneumocystis carinii (NPC), la toxoplasmosis, la microsporidiosis, la criptosporidiosis, la isosporiasis y la leishmaniasis.
Enfermedades micóticas	Candidiasis, la criptococosis (meningitis criptocócica) y la peniciliosis.
Enfermedades víricas	Causadas por el citomegalovirus (CMV) y los virus del herpes simple y del herpes zoster
Neoplasias asociadas al VIH	Como el sarcoma de Kaposi, el linfoma y el carcinoma de células escamosas

Fuente: elaboración propia, información extraída de ONUSIDA, 1999.

Desde que empezó la epidemia de VIH/SIDA, más de 60 millones de personas fueron infectados por el virus y más de 20 millones murieron de SIDA (ONUSIDA, 2001).

La importancia de investigar en este campo no sólo de salud sino que de educación y promoción de la salud, es que el VIH/SIDA, según ONUSIDA (2001), es una de las varias enfermedades que aún son mortales, junto con el paludismo, la tuberculosis, el cáncer y las dolencias cardíacas. No obstante, lo que la diferencia de éstas es que *“no sólo influye en el estado de salud física de la persona, sino en su identidad y su condición social”* y es que *“la estigmatización y discriminación que la rodean pueden ser tan devastadoras como la propia enfermedad”* (ONUSIDA, 2001: 6).

### **5.3. Origen y descubrimiento: ¿realidad o falacia?**

Existen diversas teorías sobre el surgimiento y origen del SIDA, desde que en 1981 se descubrió el síndrome, aunque la mayoría han sido descartadas al carecer de base científica. Tras la búsqueda bibliográfica de teorías y planteamientos sobre el origen y descubrimiento del VIH, a continuación vamos a hacer un recorrido por las diferentes concepciones que han existido, exponiendo las características fundamentales de cada una de ellas.

En líneas generales, podemos casi retratar el origen del VIH-SIDA al pasar a los seres humanos como zoonosis, es decir, se trata de una enfermedad que es transmitida del chimpancé al ser humano en el caso del virus tipo 1 (VIH-1) y del mangabey tizado en el caso del tipo 2 (VIH-2). Ambos virus no producen enfermedad en los monos africanos, pero sí al ser inoculados a monos asiáticos, macacos, etc.

Este hecho, el de la zoonosis, se conoció al encontrar similitudes entre la mencionada enfermedad y el Virus de Inmunodeficiencia de los Simios (SIV ó VIS), del que muchas cepas se transmiten por vía sexual. Esta teoría fue criticada hasta que se publica en 1999 el trabajo de Korber en *Nature*, prestigiosa revista científica.

Según Nájera<sup>38</sup> (2000) *“a partir de los estudios filogenéticos realizados a partir de miles de secuencias mediante complejos modelos matemáticos, hoy se ha podido estimar que el origen del grupo principal del VIH-1, denominado M, y del que derivan todas las variantes actuales, se originó hacia el año 1930, con un intervalo de confianza del 95%, que abarcaría de 1910 a 1950”*.

Son diversas y varias las teorías que han surgido acerca del origen del SIDA, desde su descubrimiento en el año 1981, aunque la mayoría no han proliferado debido a su falta de base científica. Sin embargo, existen dos hipótesis que coinciden en centrar su origen en el VIH y éste, a su vez, viene del ya mencionado VIS, transmitido por el chimpancé.

En 1981 se detectaron los primeros casos de infección por un hongo conocido por infectar a pacientes severamente inmunodeprimidos. Estos casos tuvieron lugar en varones homosexuales así que fue fácil iniciar la estigmatización ligando las prácticas comunes entre la población homosexual masculina y la causa de esta enfermedad. Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a varones o mujeres heterosexuales usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos y también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido transfusiones de sangre.

Dos años más tarde, en el Instituto Pasteur de París, encontraron un virus asociado a casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida denominado “lymphadenopathy-associated virus (virus asociado a la linfadenopatía, LAV). En

---

<sup>38</sup> Nájera Morrondo es Jefe del Área de Patogenia Viral. Centro Nacional de Biología Fundamental. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda. Madrid. Expresidente de SEISIDA.

1984 el equipo de R. Gallo<sup>39</sup> confirmó el descubrimiento aunque llamando al virus *human T lymphotropic virus type III* (virus linfotrópicos T humano tipo III, con las siglas HTLV-III).

Tras un estudio llevado a cabo por el Laboratorio Nacional de los Álamos (Nuevo México), con objeto de identificar el origen del virus que causa el SIDA, un grupo de científicos confirmaron que “el VIH se originó en 1930 en algún lugar de África central. El primer caso conocido se remonta al año 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un individuo de sexo masculino del Congo” (Organización Panamericana de la Salud).

En un principio, el contagio del SIDA se relacionaba principalmente con las personas homosexuales, sin tener en cuenta la relevancia de la transmisión heterosexual. Sin embargo, con el paso del tiempo la sociedad ha tomado conciencia de que también existe riesgo de contraer el VIH a través de las relaciones heterosexuales.

Los primeros casos que se conocen de personas afectadas por el virus fueron detectados en varones jóvenes homosexuales de Nueva York. Posteriormente, se comenzó a tener constancia de infectados correspondientes a otros colectivos como toxicómanos y hemofílicos, propagándose la enfermedad y aumentando el índice de mortalidad.

El primer informe de transmisión del virus de varón a mujer tuvo lugar en 1983 en Estados Unidos, cuando dos mujeres con SIDA se identificaron como compañeras sexuales estables de un mismo varón, diagnosticado de la enfermedad.

Sin embargo, en España el primer caso de SIDA se detectó en Barcelona dos años antes, en 1981, también en un varón homosexual. A partir de ahí, se ha expandido el SIDA por otros sectores de la sociedad y sus repercusiones han llegado a todas las instituciones.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en la actualidad se han consolidado sólo dos teorías contrapuestas. Ambas teorías parten de origen del VIH, que hoy día es generalmente aceptado, que el virus ha tenido su origen en el **VIS (Virus de Inmunodeficiencia Símica)**, transmitido al hombre por el chimpancé.

---

<sup>39</sup> Robert Charles Gallo investigador biomédico conocido por su papel en la identificación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente responsable del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En 1974 identifica el primer retrovirus humano, el HTLV (virus humano de leucemia de células T), único retrovirus humano conocido entonces, lo que le otorgó el premio Lasker en 1982.

En primer lugar, un grupo de científicos del Laboratorio Nacional de Los Álamos (Nuevo México) han rastreado el origen del virus que causa el SIDA, utilizando un ordenador capaz de hacer billones de combinaciones matemáticas, y se ha podido recomponer las mutaciones que ha sufrido el VIH y calcular cuándo pasó de un chimpancé a un hombre. Estas investigaciones dieron lugar a establecer el origen del virus en 1930 en algún lugar de África central, siendo el primer caso conocido de VIH en 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un individuo de sexo masculino del Congo.

Esta teoría se centra en la hipótesis de que el VIH fue introducido en la población humana a través de la ciencia médica. En este grupo de científicos, existen otras subteorías:

- Supuestamente, el virus se introdujo a los seres humanos a partir de los estudios de las vacunas contra la poliomielitis realizados en África durante los años 50. La transmisión hacia los humanos se inició cuando se utilizaron riñones de chimpancés para preparar la vacuna contra la poliomielitis.
- Según los estudios hubiese sido necesario que, al menos, nueve virus distintos hubiesen sido inoculados al hombre a través de estas vacunas.
- El VIH fue desatado por vacunas contra la Hepatitis B (HB), desarrolladas parcialmente en chimpancés y que fueron utilizadas de manera preventiva en algunos grupos de población.

Estos hallazgos, según la Organización Panamericana de la Salud, explican científicamente y por primera vez cómo el VIS en los chimpancés, estrechamente relacionado con el VIH, saltó súbita y simultáneamente de especie, a los seres humanos, en dos continentes lejanos entre sí, como eran África y Estados Unidos.

En este sentido, se parte de la teoría que los cuatro botes de vacunas HB que estaban contaminadas con secuencias genéticas comunes al VIH, se inyectaron a personas viviendo en la ciudad de Nueva York y en el África Central.

Por otro lado, la segunda teoría es la de la “Transmisión Temprana” y sostiene que el virus pudo haber sido transmitido a los hombres a principio del siglo XX o incluso finales del XIX, a través de la caza de chimpancés como alimento. El virus pudo permanecer aislado en una población pequeña, local, hasta alrededor de 1930, fecha en que empezó a expandirse hacia otras poblaciones humanas y a

diversificarse. En este caso, su expansión se vio favorecida por el desarrollo socioeconómico y político del continente africano.

Según el Especialista en microbiología de Ecuador, Doctor Jaime Benítez Solís, la pandemia del SIDA fue descrita por primera vez en 1981 en Nueva York y San Francisco, entre homosexuales que presentaban enfermedades raras como el sarcoma de Kaposi y la Pneumonía por *Pneumocystis carinii*, y dio la primera indicación de que la epidemia podía ser causada por un agente infeccioso. A continuación, la identificación de que los pacientes hemofílicos, receptores de transfusión de sangre y hemoderivados y drogadictos por vía intravenosa, eran personas con alto riesgo a desarrollar el SIDA, apoyó la idea que la enfermedad era producida por un agente infeccioso transmitido a través de la sangre. Fue en 1982 cuando se evidenció que los linfocitos T y CD4+ eran la principal línea celular, involucrada en esta enfermedad, se le atribuyó a que un nuevo retrovirus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1), estaba involucrado en etiología.

Este especialista, afirma que poco después se identificó que la infección es producida por un retrovirus humano (VIH) que pertenecía a la familia *retroviridae*.

Por otra parte, según el Equipo de Colaboradores de SIDA-AIDS, no se sabe exactamente cuál es el origen geográfico del virus ni en qué momento se convirtió en agente patógeno para el hombre. Los primeros casos de la enfermedad datan ya de algunas décadas y es probable que los médicos que veían casos de SIDA, al tratarse de casos aislados, no encontraran relación con otros padecimientos y menos que se percataran que estaban frente a una nueva enfermedad (Grmek, 1989).

Debido a las características de las primeras personas con VIH, la literatura consultada atribuye a África como origen geográfico del virus, sin embargo, en la actualidad existe el consenso de que la enfermedad puede ser tan nueva en África como en muchos otros países (ONUSIDA, 2002).

En este panorama confuso de origen del VIH/SIDA, destacamos los recientes descubrimientos genéticos que han arrojado nueva luz sobre la cuestión, empezando por el momento en que una conexión de chimpancé a ser humano cambió el curso de la historia, centrando su origen geográfico en Camerún.

#### **5.4. Vías de transmisión del virus**

Según Pasquau Liaño, Valera Bestard y García López (2003), el VIH puede atravesar la barrera mucosa intacta por diversos mecanismos potenciales (por infección directa de las células epiteliales o de las células de Langerhans intraepiteliales, por transcitosis o por transmigración de células infectadas), si bien el paso directo a través de abrasiones o ulceraciones facilita mucho la infección. En tan solo 30-60 minutos puede haber atravesado el epitelio e infectado a las células diana, que fundamentalmente son las que expresan los receptores CD4, CCR5 y DC-SIGN (células dendríticas mieloides, macrófagos, linfocitos CD4+, “quiescentes” y posiblemente las células dendríticas genitales).

Es posible que las primeras células infectadas sean los linfocitos y que, luego, las células dendríticas sean las encargadas de diseminarla hasta los ganglios linfáticos en unas horas. Finalmente, la infección local terminaría diseminándose por el comportamiento plasmático a partir de las primeras 24-72 horas (Pasquau Liaño, Valera Bestard y García López, 2003).

En cuanto a los principios epidemiológicos básicos, el VIH, en el caso de pacientes no tratados, se puede encontrar de forma permanente en la sangre, en los líquidos biológicos más relacionados o contaminados con el comportamiento plasmático, y en las secreciones genitales. La piel es una buena barrera frente al VIH, y está bien comprobado epidemiológicamente que éste sólo se transmite como consecuencia de exposiciones significativas a líquidos biológicos suficientemente contaminados, bien por inoculación percutánea (transfusiones, adicción a drogas por vía parenteral –ADVP-), por vía transplacentaria (transmisión materno-fetal) o a través de las mucosas (relaciones sexuales), cuyo efecto barrera es peor que el de la piel. Probablemente, más del 90% de los casos en el mundo se han adquirido por vía sexual, por lo que, básicamente, la infección por el VIH puede considerarse una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que puede también transmitirse por vía parenteral (Pasquau Liaño, Valera Bestard y García López, 2003).

Siguiendo a estos autores, uno de los aspectos más importantes y que mayor impacto ha tenido, es que puede producirse la transmisión en cualquier momento de la enfermedad, incluyendo ese largo período en el que el paciente se mantiene asintomático y activo social y sexualmente, de tal manera que puede ser transmitida

por muchos pacientes que no saben que están infectados, o que lo saben, pero pueden ocultarlo.

En el análisis cualitativo de la investigación, a través de entrevistas a informantes claves y personas que viven con el virus del SIDA, así como grupos focales a profesionales del ámbito, se afirmó que la mayoría de los contagios que se producían, o se habían producido, había sido por desconocimiento de la enfermedad y, en algunos casos, por ocultarlo y no decírselo a sus parejas sexuales.

Por tanto, para que el virus se transmita, es necesario tener contacto con una persona seropositiva, no necesariamente enferma del SIDA. Este contagio tendrá lugar siempre y cuando existan altas cantidades en el ser humano y sólo se puede dar en tres fluidos corporales: sangre, semen y fluidos vaginales.

En este sentido, hay que descartar los **mitos** que han existido con respecto al contagio, y señalar que la orina, la saliva y las mucosidades de una persona infectada o portadora, no pueden infectar a otra persona. De esta manera, para que el virus se transmita es necesario que la sangre, el semen o los fluidos vaginales entren en contacto con el torrente sanguíneo de otra persona. Por tanto, quedan descartados como formas de contagio: besarse, abrazarse, darse la mano, usar los mismos cubiertos, beber del mismo vaso, etc.

#### **5.4.1. Transmisión sexual**

Las prácticas de riesgo responden a todas aquellas formas de contacto sexual entre dos personas, sin embargo, no todas las relaciones eróticas (masajes, caricias, besos y masturbaciones mutuas) son prácticas de riesgo, y éstas pueden dejar de serlo en sí mismas, cuando se utiliza adecuadamente el preservativo.

Por tanto, las **prácticas en la transmisión sexual** del virus son:

- **Coito vaginal o coito anal:** cuando la vagina o el pene entran en contacto con los fluidos anteriormente nombrados de una persona portadora o afectada por el virus, existe posibilidad de transmisión. Es decir, las mucosas del ano y de la vagina son una ruta eficiente hacia el torrente sanguíneo. El VIH también puede penetrar a través de las heridas diminutas que se producen durante las prácticas sexuales. En el caso del sexo anal, presenta más riesgo de infección del VIH que el vaginal debido

a que las membranas del ano son más delgadas, por lo que las roturas suceden con más facilidad ya que el ano no tiene lubricación natural como la vagina.

En este caso, el uso de preservativo tanto masculino como femenino es la única forma de prevenir la infección al practicar sexo anal o vaginal.

- **Sexo oral:** si se ha eyaculado en la boca, o se ha tragado el semen, el VIH tiene acceso a la circulación sanguínea. En lo referido a la infección por cunnilingus (chupar la vulva), no se conoce ningún caso de transmisión. En el caso del sexo oral, el riesgo derivado es bajo si lo comparamos con el sexo vaginal o anal, debido a que la boca es un ambiente inhóspito para el VIH: la saliva contiene enzimas que destruyen el virus y la piel de la boca es más gruesa que la del ano o la vagina. No obstante, el sexo oral es peligroso si se ha producido alguna herida en la boca y, especialmente, si además existe eyaculación.

El sexo oral es más seguro cuando se realiza con condón u otro tipo de barreras.

Según Pasquau, Valera y García (2003: 56), *“la transmisión heterosexual no tiene una enorme eficiencia”*, a pesar de que ha llegado a producirse *“tras una o aisladas prácticas de riesgo, las tasas globales de transmisión comunicadas en el seno de las parejas heterosexuales serodiscordantes oscilan, generalmente, entre 7-50% (10-25% de las mujeres de los hemofílicos; 10-50% en el caso de los ADVP; 0-28% de las prostitutas no ADVP, en España <5%”*. En estos casos de relaciones heterosexuales, la transmisión es más alta de hombre a mujer, con un riesgo entre 1 y 8 veces superior (mayor volumen y concentración de virus en el semen que en el fluido cérvico-vaginal, y mayor tiempo de exposición en el caso de la mujer).

Por otra parte, la transmisión homosexual entre varones es mayor, debido a las características de su conducta sexual: mayor número de parejas, prácticas sexuales con mayor potencial de lesionar las mucosas, etc.

No obstante, son múltiples los factores que influyen en la posibilidad de que exista contagio sexual, como pueden ser (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, 2003):

- **Infectividad del portador:** la infectividad es la capacidad para multiplicarse el agente causal en los tejidos, dando o no lugar a la enfermedad. Según la



Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (2003: 55), la infectividad “*está incrementada en presencia de grandes concentraciones de virus: en estadios avanzados de la enfermedad, en caso de viremias elevadas, en ausencia de tratamiento antirretrovírico, y en la fase de primoinfección. O en circunstancias en que se incrementa dicha concentración: en presencia de ETS concomitantes, en mujeres durante la menstruación, que tengan ectopia cervical, que tomen anticonceptivos, y quizás, en embarazadas y en hombres no circuncidados*”.

Cuando la carga viral plasmática esté por debajo del umbral (<1500 copias/ml) la transmisión prácticamente no se produce nunca lo que refuerza la importancia del tratamiento de la infección por el VIH en el control de la transmisión.

- **Conducta sexual:** la conducta sexual determina un grado variable de transmisión en función de los siguientes factores: número de relaciones, la vía utilizada, la capacidad de lesionar la mucosa incrementa el riesgo, o la utilización de métodos protectores de barrera (preservativos).
- **Susceptibilidad del huésped:** se fundamenta en la propia constitución genética del sistema inmune. Se sabe que hay sujetos que no se infectan a pesar de múltiples exposiciones, y también aquellos que se infectan tras una única exposición. Esto se relaciona con la capacidad de respuesta específica frente al VIH de las células T citotóxicas y de otras respuestas como la de la IgA en secreciones genitales.

Sin embargo, existen factores que aumentarían la vulnerabilidad a la infección, alterando las mucosas e incrementando la cantidad de células diana para el VIH, como son: la presencia concomitante de otras ETS, la ausencia de circuncisión, la toma de anticonceptivos, la ectopia cervical, el déficit de vitamina A y las alteraciones de la acidez y flora normal de la vagina (edad, vaginosis, variaciones con el ciclo menstrual).

- **Factores del propio virus:** existen algunas diferencias genotípicas que determinan diferencias en el tropismo celular del VIH. Tanto el subtipo C como el subtipo E y sus recombinaciones (AE) parecen tener una mayor eficacia transmisora que el subtipo B, lo que aportaría nuevos datos para

explicar la explosiva dinámica transmisora del VIH por vía sexual en aquellas zonas geográficas.

La evolución genética del VIH *in vivo* puede incrementar su infectividad, donde los virus de pacientes con enfermedad muy avanzada y los virus que han desarrollado resistencias se transmitirían mejor que el *wild type*.

- **Profilaxis postexposición:** se fundamenta teóricamente en los datos de la profilaxis post-exposición parenteral accidental en el medio laboral y en estudios de experimentación animal, aunque su eficacia no está aún demostrada.

La profilaxis consiste en tomar medicación antirretroviral durante 28 días después de una probable exposición del virus y siempre valorado por el equipo médico. Se debe acudir preferentemente en las primeras seis horas de la exposición y máximo pasadas 72 horas.

#### 5.4.2. Transmisión parenteral o sanguínea

Aparte de la transmisión sexual existen **otras dos formas de transmisión** del virus que, aunque no tienen relación directa con la sexualidad, es necesario conocer para prevenirlo.

En este caso nos detendremos en la transmisión parenteral o sanguínea que se refiere a la vía de administración de los fármacos atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas mediante una inyección.

La transmisión sanguínea se lleva a cabo cuando sangre con carga de VIH entra al torrente circulatorio de una persona sana. Es una conducta de riesgo debido al compartir con una persona portadora o afectada por el virus del VIH, utensilios que puedan entrar en contacto con el torrente sanguíneo (compartir jeringuillas, agujas para piercing, cuchillas, etc.). Esta forma de contagio es la más rápida.

Por otra parte, hoy en día el riesgo de infección por procedimientos médicos es prácticamente inexistente gracias a los avances médicos y controles de todos estos procesos. Los procedimientos médicos son: transfusiones de sangre u otros productos derivados de la sangre, trasplantes de órganos, inseminaciones o los conocidos como “accidentes sanitarios” pueden darse en profesionales sanitarios debido a un pinchazo accidental con una aguja contaminada. Para evitar estos accidentes sanitarios es necesario e imprescindible seguir el protocolo de salud y

seguridad laboral de los centros sanitarios: material estéril de un solo uso y nunca compartido.

Hay que destacar que actualmente, las transfusiones de sangre están excluidas como práctica de riesgo pues la sangre donada es examinada y destruida si se detecta que está contaminada de VIH. Por tanto, por vía parenteral o sanguínea podemos encontrarnos con las siguientes vías de transmisión (Pasquau Liaño, Valera Bestard y García López, 2003).

- **Uso de drogas por vía parenteral:** debido a este hábito se producen muchos de los casos de SIDA en occidente, bien compartiendo las jeringuillas de inyección o mediante transmisión sexual a las parejas usuarios de drogas. El acto de compartir los hábitos de la drogadicción intravenosa es mayor que la de las relaciones sexuales, sobre todo al comienzo de la pandemia.

Tanto la intensidad de la drogadicción como el intercambio de jeringuillas usadas y el número de compañeros con el que se comparten, es un factor de riesgo para la transmisión. Sin embargo, sin compartir la aguja, cuando se comparte material para preparar la mezcla a inyectar, el agua de la mezcla o el algodón que la filtra, también se puede transmitir el VIH. Además, el uso concomitante de la cocaína también se ha asociado a una mayor prevalencia de infección.

- **Transfusiones de sangre:** Antiguamente era una de las vías más comunes de transmisión del VIH. Sin embargo, desde aproximadamente 1985 cuando se aplica la búsqueda sistemática de anticuerpos del VIH en todas las muestras de sangre para transfundir, el riesgo de infección por transfusión de sangre se ha convertido en un riesgo teórico residual. Los casos que se podrían dar son los de aquellos donantes que no se autoexcluyen a pesar de sus prácticas de riesgo y que estuviesen en la fase de primoinfección, aún sin anticuerpos detectables en sangre.
- **Transfusión de derivados sanguíneos:** Como ocurría en el caso anterior, la transfusión de derivados sanguíneos es casi inexistente desde que en 1984 y 1985 se mejoran los métodos de preparación de la hemofilia A y hemofilia B, así como la posibilidad de utilizar productos obtenidos por recombinación genética.

- **Trasplantes:** hay un riesgo de que los órganos vascularizados de un paciente infectado obviamente pueda transmitir la infección al receptor, sobre todo ocurría antes de 1985.
- **Accidentes de inoculación de sangre contaminada en el medio laboral:** aparentemente suponen un riesgo muy pequeño aunque en ocasiones casos de infección tras accidentes graves, donde están implicados ciertos factores de riesgo como la inoculación directa de sangre, pinchazo profundo, presencia de sangre contaminada visible en el instrumento que causa el accidente, una carga viral elevada o un estadio muy avanzado de la enfermedad del paciente, ausencia de guantes protectores o de quimioprofilaxis tras el accidente.  
En estos casos los enfermeros son los trabajadores con mayor riesgo de contagio, por encima de los cirujanos de los que apenas hay casos descritos de contagio.

#### 5.4.3. Transmisión perinatal o materno-infantil

La transmisión perinatal, vertical y de madre a hijo (TMH) tiene lugar cuando una mujer VIH+ transmite el virus al bebé durante el embarazo o gestación, el parto o la lactancia. *“Su incidencia varía de unas regiones a otras situándose entre el 12% y el 30% en el mundo occidental antes de la generalización del tratamiento preventivo, llegando casi al 40%-50% en el Tercer Mundo”* (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, 2003: 61).

En el caso de la mujer embarazada, se puede transmitir el VIH en tres casos concretos:

- A través de la placenta, lo que se conoce como transmisión vertical.
- Durante el parto, al entrar en contacto con sangre y fluidos vaginales de la madre.
- Mediante la lactancia materna.

A un niño sólo se le puede transmitir el VIH en el caso de que la madre sea seropositiva cuando se queda embarazada, o si la infección aguda se produce durante el embarazo. En este último caso, el riesgo de transmitir el virus al bebé es mucho mayor.

La infección puede ocurrir en el embarazo aunque generalmente tiene lugar justo antes o después del parto, ya que durante éste el bebé se expone a la sangre de la madre. Por otra parte, también se puede transmitir de la madre al bebé durante la lactancia de éste.

Por otra parte, no todos los niños cuya madre tiene VIH/SIDA se convierten en portadores. Cuanto mayor sea la carga viral de la madre mayor será la probabilidad de contaminación, aunque hoy día el porcentaje de niños que se contagian es muy pequeño, especialmente si la madre recibe cuidados prenatales. Por otra parte, en el caso de encontrar anticuerpos del VIH en el niño, habrá que esperar 18 meses para saber si es un verdadero caso de VIH, ya que podrían haber pasado anticuerpos desde la madre y, por tanto, no ser propios.

#### **- Grupos de riesgo**

En el momento que abordamos las formas de contagio del VIH, es necesario también mencionar los grupos de riesgo antes de adentrarnos en las medidas o métodos de prevención o protección.

Según algunos autores, no existen grupos de riesgo puesto que no hay personas que por sus características propias, sean propensos a transmitir o que le transmitan el VIH, sólo existen conductas de riesgo. La incidencia del VIH/SIDA no guarda relación con lo que una persona es, sino con lo que hace.

Así, si tuviésemos que definir un grupo de riesgo, nos referiríamos a aquel formado por las personas que se sienten ajenas a la posibilidad de transmisión, ya que la sensación de invulnerabilidad es en este caso más peligrosa que la ignorancia.

No obstante, Pasquau Liaño, Valera Bestard y García López (2003), exponen los factores de riesgo que favorecen la transmisión perinatal o de madre a hijo:

- En relación a la madre: enfermedad avanzada y cargas virales plasmáticas elevadas, el tabaquismo y el uso activo de drogas por vía intravenosa.
- En relación con los problemas obstétricos: la ruptura de membranas que se prolongue por más de 4 horas, la presencia de corioamnionitis, y el parto vaginal, en contraposición a la cesárea, que ha demostrado un efecto reductor del riesgo entorno al 50%,

probablemente por evitar la exposición y la ingestión del feto de secreciones y sangre maternas contaminadas durante el parto vaginal.

- En relación con el feto o recién nacido: la ingesta de leche materna, que proporcionaría un riesgo adicional de infección de aproximadamente 14% o entre un 10%-30% para períodos prolongados, la prematuridad y la baja edad gestacional.

### 5.5. Clasificación de la infección por el VIH-1 en el adulto

Desde el momento de la inoculación hasta la muerte del paciente, el VIH se replica de forma continua y muy intensa en el paciente que no tiene tratamiento antirretroviral.

Según Pérez Cortés, Cayón Blanco y Esquitino del Río (2003), desde un punto de vista clínico-virológico, podemos distinguir tres fases evolutivas en la historia natural de la infección:

- **Fase precoz o aguda:** a partir del momento del contagio el virus se disemina rápidamente a través del organismo invadiendo múltiples órganos (linfático y nervioso fundamentalmente). En unas horas se produce la infección de las células linfoides de la submucosa vaginal o rectal y en siete días el VIH se ha propagado a los ganglios sistémicos, en los que alcanza un nivel de carga viral y proviral similar al de la infección crónica. A las 2-6 semanas de la inoculación la mayoría de los pacientes tienen una carga viral muy elevada en el plasma, encontrándose infectados una gran proporción de los linfocitos CD4+. En más del 50% de los casos aparecen en este momento los signos y síntomas del denominado síndrome retroviral agudo, cuyas manifestaciones son similares a las de la mononucleosis infecciosa, con o sin meningoencefalitis asociada.

Este cuadro desaparece espontáneamente en el plazo de dos o tres semanas, quedando posteriormente el paciente asintomático durante varios años. Se ha descrito que los pacientes que presentan una clínica más intensa y duradera durante la seroconversión evolucionan luego a SIDA más rápidamente.

Entre las 4 y 12 semanas de la inoculación aparecen los diferentes tipos de anticuerpos contra el VIH y se pone en marcha la correspondiente respuesta inmune celular específica (que es altamente eficaz para limitar la replicación vírica). Esta última reacción es la principal causa del descenso de la carga viral y del correspondiente aumento del recuento de linfocitos CD4+ que se observan a continuación.

Entre los 6 y 12 meses posteriores a la infección se alcanza y se mantiene un equilibrio dinámico entre la enorme cantidad de viriones que son producidos y eliminados cada día y el gran número de linfocitos que son destruidos y generados en el mismo período.

La carga viral del VIH presente en este momento en la sangre se denomina *set point* y su cuantía constituye el principal factor pronóstico respecto a la probabilidad de progresión a SIDA a lo largo de los años siguientes.

- **Fase intermedia o crónica:** en esta etapa persiste gran actividad replicativa viral que es contrarrestada por la impresionante capacidad de regeneración de los linfocitos CD4+. En este período los pacientes no suelen tener síntomas aunque sí pueden presentar trombopenia y adenopatías. Sin embargo, no se puede considerar un estado de latencia (evadir la respuesta inmune). La carga viral en los órganos linfoides supera en 10-10000 veces la circulante, con tendencia final a igualarse en ambos compartimentos. Afortunadamente, este equilibrio inestable puede desplazarse a favor del paciente mediante el uso adecuado de los fármacos antirretrovirales que hacen posible la reconstitución del sistema inmune, incluso en fases avanzadas de la enfermedad.

Una de las consecuencias de los fármacos es que prolongan la duración del período intermedio, retrasan o impiden la aparición de los síntomas de inmunodeficiencia y aumentan la supervivencia. Sin embargo, incluso sin TAR la duración de la fase intermedia es altamente variable, distinguiéndose tres patrones evolutivos.

La mayoría de los pacientes (80%-90%) progresan a SIDA a partir de los 5 años de la inoculación (la mediana del tiempo de progresión es de 10 años) y son denominados progresores típicos. Entre un 5% y un 10% desarrollan SIDA entre 1 y 5 años tras la infección constituyendo los llamados

progresores rápidos. El 5%-10% restante, que se encuentran asintomáticos tras más de 10 años de seguimiento y mantienen un recuento de CD4+ mayor, sin haber recibido TAR, son llamados no progresores.

En cuanto a los factores que influyen en la rapidez de progresión de la infección por el VIH podemos establecerlos en: externos o ambientales, relativos a la cepa viral y característica del huésped.

**Tabla 24. Factores que influyen en la rapidez de progresión de la enfermedad por el VIH-1**

Factores ambientales	Propiedades del virus	Características del huésped
- Agentes infecciosos	- Cantidad del inóculo vírico	- Serotipos HLA
- Fármacos y tóxicos	- Vía de contagio	- Edad
- Agentes físicos	- Inducción de sincitios	- Ejercicio y estrés
- Otros	- Tasa de replicación	- Estado nutricional
	- Mutaciones de resistencia	- Tipo de respuesta inmune T
	- Variabilidad genética	- Receptores de citocinas
		- Producción de defensinas $\alpha$

Fuente: Pérez Cortés, Cayón Blanco y Esquitino del Río, 2003.

- **Fase final o de crisis:** en esta fase se produce un incremento de la actividad replicativa del virus. Es probable que el sistema inmunológico sea ya incapaz de reponer los linfocitos CD4+ destruidos y, por tanto, que su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se reduzca progresivamente. Este momento de la infección coincide con la desaparición de los cambios reactivo que previamente se observaban en los ganglios linfáticos, cuya arquitectura funcional resulta finalmente destruida por completo.

Se asiste a una marcada depleción de linfocitos CD4+, a un aumento de la tasa de replicación viral y a un descenso importante de la actividad citotóxica anti-VIH. Clínicamente los pacientes suelen presentar una grave alteración del estado general, así como infecciones oportunistas, determinadas neoplasias y ciertos trastornos neurológicos característicos. A partir de ahí el individuo infectado es considerado enfermo de SIDA.

La evolución natural de los pacientes cuando alcanzan esta fase es desfavorable, con una supervivencia inferior al 15%-30% a los 3 años. Sin embargo, incluso en este período, el TAR de alta eficacia es capaz de modificar radicalmente la historia natural de la enfermedad.



### 5.5.1. Clasificación de la infección por el VIH

Actualmente la clasificación de la infección por VIH es la que formularon en 1993 los Centers for Disease Control (CDC) y consiste en un sistema clínico-inmunológico por el que los infectados se clasifican en función de su eventual sintomatología y de su recuento de linfocitos CD4+.

**Tabla 25. Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición del SIDA para adultos y adolescentes mayores de 13 años (CDC 1993)**

Categorías clínicas			
Categorías según la cifra de linfocitos CD4+	A	B	C
≥500/μL (≥29%)	A1	B1	C1
200-499/μL (14-28%)	A2	B2	C2
<199/μL (<14%)	A3	B3	C3

Fuente: Fuente: Pérez Cortés, Cayón Blanco y Esquitino del Río (2003).

A continuación explicamos en qué consiste y qué características tiene cada una de las categorías anteriores (Pérez Cortés, Cayón Blanco y Esquitino del Río, 2003):

- Categoría clínica A: incluye a sujetos con primoinfección y asintomáticos, con o sin linfadenopatía generalizada persistente.
- Categoría clínica B: engloba a pacientes que presentan o hayan presentado síntomas debidos a enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionadas con la infección por el VIH o cuyo manejo y tratamiento suelen verse complicados debido a la presencia de esta última.

**Tabla 26. Enfermedades relacionadas con la infección VIH o cuyo manejo y tratamiento pueden complicarse debido a la presencia de ésta (CDC 1993)**

- Angiomatosis bacilar.
- Mughet (candidiasis oral)
- Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento.
- Displasia de cérvix (moderada o grave) o carcinoma de cérvix in situ.
- Fiebre (≥38,5°C) o diarrea de más de 1 mes.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Herpes zóster (dos episodios o uno que afecte más de un dermatoma)
- Púrpura trombocitopénica idiopática.

- Listeriosis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tuboovárico.
- Neuropatía periférica.

Fuente: Fuente: Pérez Cortés, Cayón Blanco y Esquitino del Río (2003).

- Categoría clínica C: se integran aquellos pacientes que presentan o han presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA de 1987 más otras tres nuevas que se añadieron con posterioridad y que fueron aceptadas también por la OMS para Europa.

**Tabla 27. Situaciones clínicas diagnósticas de SIDA en el adulto (CDC 1993)**

1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Candidiasis esofágica.
3. Carcinoma invasor de cérvix.
4. Coccidioidomicosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
5. Criptococosis extrapulmonar.
6. Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes.
7. Infección por citomegalovirus, de un órgano diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de edad superior a 1 mes.
8. Retinitis por citomegalovirus.
9. Encefalopatía por VIH.
10. Infección por virus del herpes simple que curse una úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución, o bien con bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de 1 mes de edad.
11. Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
12. Isosporidiasis crónica (>1 mes).
13. Sarcoma de Kaposi.
14. Linfoma de Burkitt o equivalente.
15. Linfoma inmunoblástico o equivalente.
16. Linfoma cerebral primario.
17. Infección por <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> o <i>Mycobacterium kansasii</i> diseminada o extrapulmonar.
18. Tuberculosis pulmonar.
19. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
20. Infección por otras microbacterias, diseminada o extrapulmonar.
21. Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> .
22. Neumonía bacteriana recurrente.
23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
24. Sepsis recurrente por especies de <i>Salmonella</i> diferentes de <i>Salmonella typhi</i> .
25. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de 1 mes de edad.
26. Wasting síndrome (síndrome de consunción).

Fuente: Fuente: Pérez Cortés, Cayón Blanco y Esquitino del Río (2003).

En la actualidad el TAR permite obtener una importante y prolongada mejoría clínica e inmunológica en la mayoría de los casos, haciendo posible plantearnos el

objetivo de que un mínimo número de infectados alcancen las categorías 3, B y C (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, 2003).

## **5.6. Métodos de protección**

Uno de los aspectos importantes, actualmente, del SIDA, es que gracias a la investigación y los avances médicos y tecnológicos, se ha descubierto cómo se transmite, lo que se traduce en aprender a prevenirlo.

En este sentido, la forma de evitar el contagio es:

- **Transmisión sexual:** para prevenir este tipo de contagio, solo es necesario utilizar de manera adecuada el preservativo (masculino o femenino) cuando se mantengan relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral) con personas seropositivas o que se desconoce si lo son. El preservativo impide que los fluidos infecciosos entren en contacto con el torrente sanguíneo de la otra persona, es decir, ejerce una acción de barrera.

Otro tipo de prevención en este ámbito, sería realizar las pruebas de detección del virus, recomendado sobre todo en parejas estables que deciden mantener relaciones sexuales sin el uso del preservativo.

Además, hay que:

- Evitar la promiscuidad y las relaciones sexuales con desconocidos.
- Conocer el riesgo de exposición de las distintas prácticas sexuales para comprender realmente los riesgos que corremos.
- Debemos mantener la sangre, el líquido preeyaculatorio, el semen y los fluidos vaginales fuera del cuerpo de la otra persona.
- No practicar juegos sexuales cuando se tiene una irritación causada por una infección de transmisión sexual.

La práctica de sexo seguro no sólo nos protege frente al VIH sino a otra serie de enfermedades de transmisión sexual, como las siguientes:

**Tabla 28. ETS a las que se puede estar expuesto en función de las prácticas sexuales de riesgo**

Alto riesgo de infección	Alto riesgo de infección	Riesgo de infección moderado
Relaciones sexuales vaginales o anales sin protección	Sexo oral sin protección	Juegos sexuales con tacto de piel a piel sin penetración
Clamidia	Citomegalovirus	Citomegalovirus
Chancro	Gonorrea	Herpes
Citomegalovirus	Hepatitis B	Virus del papiloma humano
Verrugas genitales	Herpes	Piojos púbicos
Gonorrea	Sífilis	Sarna
Hepatitis B	-	-
Herpes	-	-
Virus de inmunodeficiencia humana	-	-
Virus del papiloma humano	-	-
Enfermedad pélvica inflamatoria	-	-
Piojos púbicos	-	-
Sarna	-	-
Sífilis	-	-
Tricomoniasis	-	-

Fuente: elaboración propia. Información extraída del portal VIHsalud: conocer es positivo, en [http://www.vihsalud.es/prevencion/vias\\_transmision\\_vih\\_sexual.php](http://www.vihsalud.es/prevencion/vias_transmision_vih_sexual.php).

- **Transmisión sanguínea:** es la manera de prevención más sencilla y se limita a no compartir utensilios que hayan podido entrar en contacto directo con el torrente sanguíneo de una persona portadora o afectada por el VIH/SIDA.

Las medidas más eficaces para prevenir este tipo de transmisión son:

- Utilizar siempre material estéril y evitar el uso compartido de jeringuillas, agujas y otros útiles de inyección.
  - Utilizar instrumentos para perforar la piel, tales como agujas de acupuntura, tatuajes o piercing de un solo uso o estériles.
  - No compartir objetos de aseo personal, cuchillas de afeitar, cepillos de dientes o instrumentos de manicura.
  - No donar sangre si en los tres meses anteriores se ha estado expuesto a un comportamiento o situación de riesgo.
- **Transmisión por el embarazo:** para prevenir la transmisión del VIH durante el parto, se recurre a la cesárea. En el caso de la transmisión durante la lactancia, la mejor prevención es no dar de mamar al bebé, y por último, en el caso de la transmisión del virus durante la gestación, el riesgo se puede reducir con tratamiento médico.

Siempre existe la posibilidad de que la madre decida interrumpir voluntariamente el embarazo de forma legal, dentro de las 22 primeras semanas.

Además, existen algunas medidas de prevención más eficaces para evitar la transmisión perinatal:

- **Durante el embarazo:** La madre debe conocer que es seropositiva para poder recibir los cuidados adecuados. El riesgo de transmitir VIH al recién nacido puede ser casi eliminado si la madre toma un “curso corto” de tratamiento durante el trabajo de parto y en el propio parto, aunque el uso de estos cursos cortos de tratamiento aumenta el riesgo de desarrollar resistencia a los medicamentos usados y podría disminuir el éxito en un tratamiento futuro, tanto para la madre como para el hijo.
- **En el parto:** si el parto es largo hay posibilidades de que el bebé se infecte, ya que durante el mismo éste se expone a la sangre de la madre. Para prevenirlo la forma más segura es por la cesárea aunque, hoy en día y en determinados casos, se puede contemplar llevar a cabo un parto vaginal siempre y cuando el médico considere esa opción como la más adecuada.
- **Durante la lactancia:** las mujeres seropositivas en general no deben darle el pecho a sus bebés para evitar la transmisión del virus, ya que la leche materna puede contener pequeñas cantidades de VIH capaces de transmitir la infección al bebé.

Sin embargo, y a pesar de los tópicos que existen en torno a la transmisión del VIH, debemos recordar que el virus no se transmite en los siguientes casos:

- **Contacto cotidiano:** besos, caricias, servicios públicos, duchas, tos, estornudos, compartir alimentos, cubiertos, lugares de trabajo, colegios, gimnasios, piscinas.

- **Contacto con saliva, lágrimas, sudor, heces u orina:** la transmisión sólo ocurriría si ingresase al torrente sanguíneo una gran cantidad de VIH. Estos “fluidos corporales” no tienen VIH o bien su cantidad es demasiado pequeña como para resultar en infección.
- **Picaduras de insectos:** el VIH no es transmitido por mosquitos, moscas, pulgas, abejas o avispas. Si un insecto pica a una persona con VIH, el virus muere inmediatamente en el estómago del insecto. El VIH sólo puede vivir en las células humanas.
- **Donación de sangre:** siempre se usan, o al menos es obligatorio por ley, agujas esterilizadas para extraer sangre de los donantes y evitar así la transmisión del VIH.
- **Mascotas:** el VIH sólo lo pueden tener los humanos, por lo que no existe el riesgo de contagio por animales o mascotas. La única excepción que existe es con los chimpancés utilizados para las investigaciones, que sí pueden infectarse con el VIH y la pueden transmitir a los investigadores.

Con respecto a los métodos de detección del VIH, no existen evidencias físicas ni clínicas de que una persona puede estar contagiada, salvo que se realicen pruebas concretas con técnicas de laboratorio para la detección de la posible infección.

### 5.7. Manifestaciones clínicas y técnicas diagnósticas

En los apartados anteriores ya hemos avanzado algunos de los síntomas que puede tener una persona infectada con el VIH. No obstante, ahora vamos a detenernos en explicar las manifestaciones clínicas que se pueden presentar y los diferentes diagnósticos (infección aguda, infección crónica, infección en el recién nacido y el cribaje de donantes de hemoderivados) (Rodríguez y Terrón: 2003).

Según José M<sup>a</sup> Gatell<sup>40</sup> (2002), a los pocos días o semanas de que una persona haya estado expuesta al virus, tiene millones de virus circulando en la sangre y sorprendentemente, en el 50%-60% de los pacientes no da tipo alguno de

---

<sup>40</sup> José M<sup>a</sup> Gatell es médico especialista en enfermedades infecciosas, consultor senior y jefe de Sección del Departamento de Infecciones y SIDA en el Hospital Cínic de Barcelona. También es profesor asociado médico de la Universidad de Barcelona.

manifestación clínica. Sólo un 30%-40% de los casos pueden presentar manifestaciones clínicas: fiebre, dolor en todo el cuerpo, cefalea, pequeña erupción cutánea que dura unos días, etc. Según Rodríguez y Terrón (2003), lo que ocurre es que estas manifestaciones en medicina resultan tan inespecíficas que se confunde, a menudo, con un cuadro pseudogripal (gripe, infecciones víricas, fiebre, faringitis, síntomas gastrointestinales, cefaleas, mononucleosis infecciosa, etc.) lo que significa que el diagnóstico no sea sospechado y entonces pase desapercibido.

Estos síntomas que aparecen en esas 2-6 semanas (o excepcionalmente meses después) se denomina el **síndrome antirretroviral agudo (SRA)**.

En primer lugar, hablamos de **complicaciones leves o infección primaria** cuando, después de que el individuo se haya infectado, tenga durante muchos años millones de virus en la sangre que dan pocas manifestaciones clínicas. El problema es que el organismo paga un precio por tener el virus en la sangre, ya que el sistema inmunitario se va deteriorando poco a poco y llega un momento que cuando se ha deteriorado lo suficiente <200-300 linfocitos CD4, pueden empezar a aparecer problemas o complicaciones denominadas "*infecciones o cánceres oportunistas*". Algunas de estas infecciones oportunistas puede ser la neumonía por *Pneumocystis carinii* o candidiasis esofágica (Rodríguez y Terrón: 2003). A partir de aquí se deja de hablar de portador del virus del sida y empezamos a denominarlo SIDA (José M<sup>a</sup> Gatell, 2002: 2).

Según exponen Rodríguez y Terrón (2003), y a pesar de los continuos avances y discusiones al respecto, existen dos razones por las que es conveniente realizar el **diagnóstico precoz de la infección** por VIH. En primer lugar, hay evidencia de que el tratamiento antirretroviral (TAR) en esta fase temprana, antes de que se produzca la seroconversión, puede prevenir la pérdida de la inmunidad celular específica anti-VIH. En segundo lugar, puesto que el paciente tiene una carga viral tremendamente elevada y, por tanto, es altamente contagioso, el hecho de conocer que está infectado por el VIH permitiría reducir el riesgo de contagio mediante le asesoramiento adecuado.

Una vez que la persona está afectada por el virus debe cumplimentar un documento en el que haga constancia de ello ya que se ha convertido en una enfermedad de declaración obligatoria. Con este documento se actualizan las estadísticas acerca de la situación de la enfermedad en la población, sin olvidar que

estos datos se refieren número de pacientes que se encuentran en esta fase de la enfermedad, no del número de pacientes que están infectados y que aún no tienen complicaciones (José M<sup>a</sup> Gatell, 2002).

- **Síntomas de complicaciones leves:** éstas empiezan a aparecer cuando el paciente tiene un deterioro intermedio del sistema inmune. Estas complicaciones pueden coincidir con síntomas generales de cualquier otro paciente, aunque ya debemos prestar más atención. Los síntomas pueden ser: aparición de ganglios en el cuello, hongos en las uñas de las manos, eccema seborreico detrás de las orejas, herpes zoster, etc. En este caso se le preinscribe un test diagnóstico para detectar o descartar esa posibilidad.

En segundo lugar, nos referimos a la existencia de **complicaciones graves o infección crónica** cuando ya han pasado varios años de la infección y el sistema inmunitario se ha deteriorado mucho. Algunos autores (entre ellos Rodríguez y Terrón, 2003) señalan que los anticuerpos frente al VIH aparecen entre 4-8 semanas después de la exposición al virus. En este caso, estas manifestaciones no se dan tan frecuentemente en las población en general, al contrario de lo que ocurre con las manifestaciones leves (José M<sup>a</sup> Gatell, 2002).

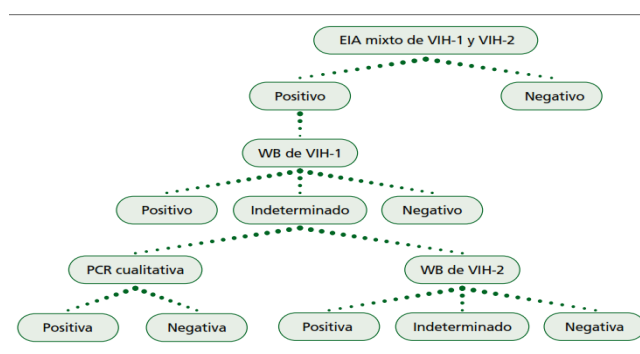
- **Síntomas de las complicaciones graves:** neumonías por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis cerebral, infecciones por Citomegalovirus, tuberculosis diseminada, diarrea por *Cryptosporidium*, sarcoma de Kaposi, linfomas cerebrales, etc.

Además, estas complicaciones suelen ser la causa de muchos de los fallecimientos de personas con la enfermedad.

A modo de resumen, exponemos un esquema donde se muestra el algoritmo diagnósticos en la infección aguda por el VIH:



### Gráfico 5. Algoritmo diagnóstico en la infección aguda por VIH



Fuente: Rodríguez y Terrón (2003), pp. 104.

Por otra parte, hay que destacar el **diagnóstico perinatal**, que consiste en la realización de serología frente al VIH en la mujer embarazada. Este diagnóstico, siempre bajo su consentimiento, es obligado realizarlo independientemente de que tenga o no antecedentes epidemiológicos de riesgo (Rodríguez y Terrón: 2003). Este diagnóstico es imprescindible para evitar la transmisión vertical de la infección y poder prescribir el TAR para reducir la carga vírica materna, reducir la exposición del niño a la sangre o secreciones vaginales mediante la cesárea, parto rápido, etc. Lo mismo ocurre en el caso del recién nacido cuya madre está infectada por VIH para intentar empezar el tratamiento lo antes posible y efectuar profilaxis frente a infecciones oportunistas (pp. 103).

En este caso de embarazo la serología para el diagnóstico no sirve porque no distingue entre los anticuerpos maternos frente al VIH transferidos por vía placentaria de los generados por la infección en el niño. Por ello se utilizarán métodos directos, entre los más usuales está la técnica de elección para el diagnóstico perinatal (Muñoz, Fortuny, González-Cuevas, Juncosa, García-Fructuoso, Latorre, 2000; y Moylett, Shearer, 2002). Consiste en la determinación cualitativa del ADN proviral del VIH integrado en células mononucleares de sangre periférica por PCR, pues tiene una sensibilidad muy alta superior al 95% en niños de un mes (Rodríguez y Terrón: 2003).

Además, existen otras técnicas diagnósticas perinatales aunque con un rendimiento inferior a la PCR (pp. 103):

- Cultivo viral: sensibilidad parecida a la PCR pero es caro, laborioso, sus resultados se obtienen a las 2-4 semanas y sólo se puede encontrar en centros especializados.

- Antigenemia p24: tiene poca sensibilidad sobre todo en el primer mes de vida lo que dificulta su detección.
- Carga viral del VIH: es más precoz en la detección del virus en los primeros 15 días de vida pero presenta falsos positivos.

No obstante, en niños mayores de 18 meses el diagnóstico se realiza siguiendo el mismo procedimiento que en el adulto: positividad de prueba serológica EIA y confirmación por *Western Blot*.

La última técnica diagnóstica para el VIH es el **cribado de donantes de sangre**. Las probabilidades de transmisión del VIH por donaciones de sangre se redujeron al máximo cuando en 1986 se introdujeron en los bancos de sangre las pruebas serológicas de EIA para el diagnóstico de la infección (Chamberland, Lackritz y Busch, 2001). Además, desde 1993 se implantó la obligatoriedad de la detección de anticuerpos frente al VIH-2 en los bancos de sangre.

Si se produce la donación de sangre en el período ventana (espacio de tiempo entre 3-4 semanas que transcurre desde el contagio hasta que se produce la seroconversión, con aparición de los anticuerpos específicos frente al VIH), el riesgo de transmisión de la enfermedad es evidente (Rodríguez y Terrón: 2003).

Por último, según Oliva, Almazán, Guillén, (2009), la detección de anticuerpos específicos (Ac-VIH) en el suero de las personas infectadas es el método utilizado para el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH. Exponemos a continuación algunas pruebas de detección de anticuerpos:

- Pruebas de cribado: el método más utilizado es la detección de Ac-VIH con técnicas de EIA.
- Pruebas de confirmación: tienen como objetivo confirmar los resultados obtenidos por las pruebas de cribado. La prueba de confirmación más frecuentemente utilizada es la de inmunoelectrotransferencia o Western Blot. Otros métodos de confirmación como la inmunofluorescencia o la radioinmunoprecipitación, presentan una alta subjetividad y complejidad, respectivamente, que dificultan su utilización.

La OMS ha recomendado estrategias alternativas basadas en el empleo de dos pruebas de cribado de diferente principio y sólo se utilizaría el WB en los casos de resultados discrepantes.

Más recientemente se han desarrollado pruebas accesorias de confirmación basadas principalmente en el LIA que incorporan péptidos sintéticos o recombinados del VIH-1 y del VIH-2 sobre un soporte plano.

- Pruebas de diagnóstico rápido: se trata de ensayos de lectura visual que pueden realizarse con un equipamiento mínimo de laboratorio y generan un resultado en menos de 30 minutos.
- Pruebas de detección de anticuerpos en saliva y orina: entre sus ventajas se encuentra que es un método incruento de obtención de la muestra y la disminución del riesgo de exposición accidental del personal sanitario. Por el contrario, uno de sus inconvenientes es la existencia de falsos negativos derivados de la posible baja concentración de anticuerpos o de una obtención errónea de la muestra, sobre todo en el caso de la saliva.
- *Home kits*: son test que se venden en farmacias de los EEUU y en los que el resultado se envía por correo a la persona analizada. Utiliza un doble EIA y los resultados positivos se deben confirmar con un Western Blot.

En nuestro contexto de Nicaragua, y según datos de la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA, 2012), el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR), cuenta con seis laboratorios regionales y 22 hospitales así como una red de laboratorios en 153 municipios del primer nivel de atención con capacidad (equipos, reactivos y personal capacitado) para realizar la prueba rápida del VIH. El CNDR es la única entidad autorizada para la confirmación del VIH con Western Blot. Todas las muestras positivas con prueba de ELISA deben ser remitidas para confirmación y control de calidad tanto el sector público, como el privado y las organizaciones sociales.

## **5.8. Pruebas de serología**

Antes de ahondar en las características de las pruebas de serología o detección del VIH, debemos tener en cuenta que las mismas se realizarán siempre que haya algún indicio de que la persona pueda estar infectada.

Tanto el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, la patogenia, biología y nuevos métodos de laboratorio se han conjuntado para realizar un mejor y

más temprano diagnóstico de la infección. Además, debemos recordar que los métodos de laboratorio, que a continuación exponemos, sirven para diagnosticar la infección, no la enfermedad, por lo tanto no diagnostican el SIDA.

Los criterios para determinar a quién se le puede realizar, son (Vázquez, 2003):

- Personas con prácticas de riesgo.
- Personas con síntomas o signos que sugieran la existencia de infección por el VIH.
- Personas diagnosticadas de una enfermedad que se asocie al VIH.
- Embarazadas o mujeres en período de lactancia pertenecientes a comunidades con alta prevalencia de infección por VIH.
- Hijos de madres infectadas por el VIH.

Cuando una persona que cumpla con algunos de estos requisitos, o considere que puede haber experimentado alguna situación de riesgo de contagio, deberá acudir a un centro sanitario preferentemente, o a asociaciones u ONG donde le facilitarán toda la información necesaria.

Antes de realizarnos la prueba de serología nos informarán de los beneficios y riesgos que conlleva la misma así como mostrar nuestro consentimiento y confidencialidad por parte del personal que nos atienda.

Tal y como señalábamos anteriormente, el diagnóstico definitivo de la infección por VIH sólo puede realizarse mediante métodos de laboratorio. En este sentido, y según Rodríguez y Terrón (2003), podemos establecer dos tipologías de métodos de detección: métodos directos (que detectan al propio virus o alguno de sus componentes, como proteínas o ácidos nucleicos) y los métodos indirectos (reconocen los anticuerpos específicos producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la infección vírica).

**Tabla 29. Técnicas de laboratorio para diagnóstico de VIH**

<b>MÉTODOS INDIRECTOS</b>
<b>a. Pruebas de <i>screening</i> serológicas</b>
<b>I. Técnicas inmunoenzimáticas (EIA)</b>
- EIA indirecto con antígeno obtenido de lisado vírico (primera generación).
- EIA indirecto o competitivo con antígeno obtenido de proteínas recombinantes y/o péptidos sintéticos (segunda generación).
- EIA de tipo sándwich o de inmunocaptura, con antígeno obtenido de proteínas recombinantes y/o péptidos sintéticos y detección conjunta de anticuerpos específicos de clase IgG, IgM e IgA (tercera generación).
- Detección combinada de anticuerpos específicos y antígeno de VIH (cuarta generación).
<b>II. Otras técnicas</b>
- Aglutinación.
- <i>Dot blot</i> .
- Inmunocromatografía.
<b>b. Pruebas confirmatorias</b>
<b>I. <i>Western Blot</i></b>
<b>II. Inmunofluorescencia indirecta (IFI)</b>
<b>III. Radioinmunoprecipitación (RIPA)</b>
<b>IV. Inmunoensayo lineal (LIA)</b>
<b>2. MÉTODOS DIRECTOS</b>
<b>a. Cultivo vírico</b>
<b>b. Detección de antigenemia (antígeno p24)</b>
<b>c. Detección molecular de ADN provírico y ARN vírico</b>
<b>I. Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)</b>
<b>II. ADN ramificado (bDNA)</b>
<b>III. Amplificación basada en la transcripción o TMA (NASBA)</b>

Fuente: (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas: 2003).

### 5.8.1. Métodos directos

Aunque algunas pruebas o técnicas las mencionamos y explicamos al abordar las manifestaciones clínicas, la infección perinatal, etc., a continuación exponemos los métodos directos de detección del VIH. Entre éstos se incluyen el cultivo vírico, la determinación de antígeno p24 en plasma o suero y la demostración de genoma vírico mediante técnicas moleculares (pp. 97).

- **Cultivo celular:** consiste en un cocultivo de células mononucleares de sangre periférica del paciente junto a otras del mismo tipo procedentes de donantes. El cultivo se considera positivo por la demostración del efecto citopático o la detección de productos víricos como el antígeno p24 o la transcriptasa inversa.
- **Antigenemia de p24:** el antígeno p24 de la cápside del VIH (core), detectado en suero o plasma mediante una reacción de EIA, es un marcador precoz de infección aguda por VIH. Su detección puede ser variable a lo largo

de la infección debido al incremento de anticuerpos anti-p24 neutralizantes o a la escasa replicación del virus.

La detección de antígeno p24 puede ser de utilidad en el screening de donantes, combinado con la detección de anticuerpos, diagnóstico de la infección aguda y del recién nacido, monitorización de la terapia y como confirmación del crecimiento del virus en los cultivos celulares.

- **Técnicas moleculares:** estas técnicas se basan en el reconocimiento de fragmentos del genoma del virus, en lugar de la detección de anticuerpos específicos que son las más generales.

Estas técnicas se realizan en casos específicos, como por ejemplo, en los casos de hipogammaglobulinemia, infección perinatal, infección silente o infección por variantes del virus, que pueden escapar a la detección con las técnicas habituales serológicas como son el VIH-2 y el subtipo O del VIH-1.

El método de elección para el diagnóstico molecular es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Ésta puede aplicarse directamente a la detección de ADN provírico a partir de células del paciente o mediante una reacción de retrotranscripción previa (RT-PCR), realizada habitualmente en plasma, cuando la diana que se pretende localizar son las partículas de ARN vírico. Resulta imprescindible su utilización en el caso de niños recién nacidos de madres seropositivas y en pacientes con patrones serológicos atípicos.

### **5.8.2. Métodos indirectos.**

Los métodos indirectos se centran en detectar los anticuerpos específicos anti-VIH para determinar si una persona está infectada de VIH o no. Según Rodríguez y Terrón (2003), estos métodos tienen entorno al 95% de especificidad y un 99% de sensibilidad, obteniendo unos resultados excelentes en cuanto a exactitud y reproducibilidad.

Existen dos métodos indirectos: las pruebas screening, que detectan todas las muestras positivas, y las pruebas confirmatorias, que se caracterizan por su especificidad y permiten asegurar la positividad de una muestra previamente reactiva con un test de screening (pp. 95).

- **Pruebas de screening:** pertenece al grupo de técnicas inmunoenzimáticas (EIA) y son las más empleadas debido a su metodología relativamente simple, alta sensibilidad, nivel de automatización y diseño para realizar un gran número de test de forma simultánea.

Tras pasar por diversas pruebas y mejorar sus inconvenientes, actualmente estas técnicas se han diseñado para detectar en una misma prueba anticuerpos de distinta clase (IgG, IgM ó IgA) mediante un diseño de tipo sándwich o de inmunocaptura, utilizando como antígenos proteínas recombinantes o péptidos sintéticos específicos del VIH-1 (a veces asociados con otros específicos del VIH-2). Así, se consigue reducir el período ventana a tres semanas (ensayo de tercera generación).

Los EIA de cuarta generación permiten la detección simultánea de antígeno y anticuerpos y reducen en una semana el período ventana, estableciéndolo en dos semanas desde el inicio de la infección. Demuestran una sensibilidad del 100% y una especificidad del 99,7%-100% con respecto a los EIA de tercera generación.

Por otra parte, existen otras pruebas de screening que se caracterizan por la obtención de resultados en menos de 30 minutos, aplicados a situaciones que requieren un resultado inmediato: trasplantes, accidentes laborales o antes del parto. Se trata de técnicas *dot blot* que ofrecen una gran seguridad en el resultado.

Los test de screening también pueden realizarse a partir de muestras de saliva y orina, para lo cual existen métodos adaptados, con la ventaja que supone sobre la muestra de suero en cuanto a facilidad en la obtención, menor riesgo de contagio accidental y coste económico.

Por otra parte, la prueba de **ELISA** consiste en un ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas. Es un análisis de laboratorio que permite detectar la respuesta del organismo ante un daño o injuria, es decir, las defensas específicas que el cuerpo produce contra el VIH, llamadas anticuerpos. Por lo tanto, la prueba de ELISA es considerada una prueba indirecta ya que lo que detecta son anticuerpos contra el VIH y no el virus propiamente dicho. Para realizarla es necesario tomar una muestra de sangre de la persona que desea la prueba.

Una prueba ELISA, como cualquier otra prueba, puede dar un falso positivo. Esto ocurre debido a la presencia de anticuerpos contra otro tipo de infección, uso de reactivos que ya están vencidos o por error humano de lectura. Por ello es aconsejable repetir la prueba de acuerdo a los criterios clínicos y a la posibilidad de exposición al virus. También se puede solicitar información especializada sobre la pre y post prueba que es un servicio disponible en todo el sistema nacional de salud del país.

- **Pruebas de confirmación:** las muestras positivas en la prueba de screening requieren ser confirmadas con un test muy específico, empleándose el *Western Blot* (WB), la inmunofluorescencia indirecta (IFI) o la radioinmunoprecipitación (RIPA).

El WB es el método recomendado y permite discriminar, por la aparición de bandas reactivas, frente a qué antígenos víricos se dirigen los anticuerpos presentes en la muestra. Según la OMS exige la presencia de al menos dos bandas de la envoltura para que resulte positivo. Si se obtiene un resultado indeterminado en WB se debe realizar un control al paciente y repetir la determinación a los 3-6 meses siendo recomendable utilizar métodos de diagnóstico directo para resolver el problema.

Las técnicas IFI y RIPA no se consideran adecuadas para el uso rutinario como método confirmatorio debido a su subjetividad y complejidad técnica (pp. 97).

### 5.8.3. Prueba de detección rápida

La detección precoz de las personas infectadas por VIH ha sido uno de los pilares fundamentales en la lucha contra el SIDA ya que ofrece la posibilidad de beneficiarse de la terapia antiviral en las etapas precoces de la infección, y puede contribuir a modificar las conductas que favorecen la transmisión del virus a otras personas.

En este sentido, las pruebas rápidas de detección del VIH ofrecerán además de la ventaja de facilitar el diagnóstico precoz, la posibilidad de llegar a colectivos con escaso contacto con los servicios de salud o reticentes a acudir a ellos, pero que sí es probable que acudan en determinados momentos, por la inmediatez de resultados que proporcionan las pruebas rápidas de VIH (Almeida, 2012).



Entre las ventajas más significativas de los test de detección rápida del VIH es que consisten en ensayos de lectura visual que pueden realizarse con equipamiento mínimo y generan un resultado en menos de 15 minutos en comparación con la prueba estándar de cribado con técnicas de EIA, las cuales tardan en obtener resultados en torno a unas horas o días (Oliva, Almazán, Guillén, 2009).

Cuando hablamos de “prueba rápida” nos referimos a pruebas de laboratorio que nos permiten obtener un resultado rápido y confiable acerca de si una persona tiene el VIH. Tienen un 98% de precisión y requiere de 5cc de sangre de la persona que solicita el examen, obteniendo el resultado en 1 hora aproximadamente.

En el caso de Nicaragua, en la actualidad, el país dispone de pruebas rápidas, y están disponibles en todos los hospitales y la mayoría de los Centros de Salud de las cabeceras municipales.

Tanto el test de detección rápida como el EIA detectan anticuerpos específicos del VIH, donde en caso de resultado positivo se tiene que realizar una prueba confirmatoria. La más utilizada es la prueba de inmunoelectrotransferencia o Western Blot).

A continuación exponemos algunas de las ventajas e inconvenientes de realizar un tratamiento precoz en VIH. En primer lugar, en cuanto a los beneficios de un tratamiento precoz, señalamos:

- Mayor probabilidad de control de la replicación viral.
- Retrasar el deterioro del sistema inmune.
- Menor riesgo de resistencias si se consigue una respuesta al mismo.

Por otra parte, entre los riesgos de un tratamiento precoz podemos encontrarnos con:

- Deterioro de la calidad de vida, con la toma de una medicación de por vida.
- Los efectos adversos acumulativos.
- Mayor riesgo de resistencias futuras si no conseguimos una supresión viral completa.
- Limitación de opciones futuras de tratamiento al seleccionarse cuasiespecies virales con resistencias cruzadas entre las distintas clases de antirretrovirales.

## 5.9. Tratamiento

El virus de la inmunodeficiencia humana infecta las células del sistema inmunitario humano y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia".

Cuando una persona es portadora del VIH, el tratamiento se lleva a cabo con antirretrovirales, que son unos medicamentos que evitan que el virus se reproduzca en más células, y al suprimir esta reproducción, no solo hacemos que la enfermedad progrese más lentamente, sino que permitimos que el cuerpo reconstruya las defensas que el virus ha dañado.

Nuestros sistemas inmunitarios son esenciales para evitar que desarrollemos infecciones y cánceres. La terapia antirretrovírica de combinación evita que el virus se multiplique dentro del cuerpo de una persona. Si se detiene su propagación, las células inmunitarias del organismo, principalmente las células CD4, pueden vivir más tiempo y proteger al cuerpo frente a las infecciones (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011).

El VIH es un virus muy activo que se reproduce rápidamente y daña las células inmunitarias (células CD4). Asimismo, es un virus muy inteligente que se adapta rápidamente a los medicamentos e intenta mutar para que éstos dejen de ser efectivos. Sin embargo, si se toman tres medicamentos diferentes simultáneamente, es difícil que el virus se adapte y se haga resistente. Seguir el tratamiento diariamente en las horas y la manera indicadas ayuda a mantener los niveles de medicamento en el cuerpo necesarios para el virus no pueda hacerse resistente. Saltarse la medicación puede dar al VIH la oportunidad de hacerse resistente al tratamiento antirretrovírico.

Las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto al tratamiento del VIH afirman que siempre se deben tomar tres medicamentos antirretrovíricos diferentes. Algunos de estos medicamentos pueden tener efectos secundarios, como náuseas, vómitos o jaquecas. Normalmente, los efectos secundarios no son graves y mejoran una vez que los pacientes se acostumbran a los fármacos. Sin embargo, como con todas las medicinas, ocasionalmente pueden darse efectos secundarios desagradables o peligrosos. Algunos medicamentos antirretrovíricos provocan cambios a largo plazo en la

fisonomía y la distribución de las grasas en el cuerpo, lo que puede resultar molesto para el paciente. Cambiar frecuentemente los medicamentos que se toman puede mejorar el bienestar de los pacientes (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011).

En lo que se refiere al tratamiento antirretrovírico para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH hay que decir que el VIH puede pasar de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o en el periodo de lactancia. Es lo que normalmente se conoce como transmisión materno-infantil del VIH. Afortunadamente, existen diferentes medios de prevenirla, por lo que es esencial que todas las mujeres se sometan a las pruebas del VIH.

Según Pérez Cortés, Cayón Blanco y Esquitino del Río (2003) el efecto beneficioso del TAR de alta eficacia sobre la evolución de la infección por el VIH es relativamente independiente de la carga viral que tuviera el paciente en el momento de iniciarlo, como se ha puesto de manifiesto recientemente al analizar datos de 12574 infectados incluidos en 13 estudios de cohorte americanos y europeos. En dicho trabajo, la probabilidad de progresar a SIDA o fallecer se relacionó fuertemente con el recuento de linfocitos CD4+ y la edad al empezar el tratamiento, mientras que la cuantía de la carga viral sólo influyó negativamente cuando era superior a 100.000 copias/ml.

Aunque no existe ninguna cura para el VIH, siguiendo el tratamiento de manera adecuada y continuada se puede ralentizar, y prácticamente detener, la propagación del virus en el organismo. Cada vez mejoran más las condiciones de vida de las personas seropositivas, lo que significa que puede seguir trabajando durante mucho tiempo, incluso en países de ingresos bajos. Los medicamentos antirretrovíricos se utilizan para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Actúan contra el VIH deteniendo u obstaculizando la reproducción del virus en el organismo.

Dentro de una célula infectada, el VIH se multiplica y produce múltiples copias de sí mismo, que pueden continuar infectando a otras células sanas del organismo. Cuantas más células infecte el VIH, mayor será el impacto sobre el sistema inmunológico (inmunodeficiencia). Los medicamentos antirretrovíricos obstaculizan la duplicación del VIH y su propagación de unas células a otras. Existen diferentes tipos de medicamentos (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011):

- Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa: El VIH necesita una enzima llamada transcriptasa inversa para generar nuevas copias de su material genético, por ejemplo de sí mismo. Este grupo de medicamentos inhibe esta enzima.
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos: Este grupo de medicamentos también bloquea la transcriptasa inversa.
- Inhibidores de la proteasa: El VIH también necesita otra sustancia, llamada proteasa, para poder replicarse. Los inhibidores de la proteasa bloquean esta sustancia e impiden que el VIH se multiplique.
- También existen otros medicamentos que obstaculizan otras etapas del ciclo vírico.

El VIH es un virus que se adapta rápidamente a los medicamentos e intenta mutar para que éstos dejen de ser efectivos. Así, el virus puede comenzar a reproducirse al mismo ritmo que antes. La primera combinación de medicamentos que toma un paciente se denomina normalmente régimen de primera línea y cuando éste deja de actuar contra el virus, se necesitan nuevos fármacos. Normalmente pasan muchos años hasta que estos fármacos son necesarios, y se conocen con régimen de segunda línea. Si este régimen deja de ser efectivo con el tiempo, normalmente se recomiendan medicamentos de tercera línea

Seguir el tratamiento antirretrovírico no garantiza que las parejas sexuales, hijos o personas que comparten material de inyección no esterilizado estén protegidos frente al VIH. Normalmente, el tratamiento antirretrovírico mantiene el VIH a niveles muy bajos o indetectables, pero una adherencia inadecuada, otras enfermedades o tomar otros fármacos que interfieran en los niveles de posología antirretrovírica puede impedir que el tratamiento antirretrovírico evite que el VIH se transmita a otras personas.

Según la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (2003: 60), y en el caso de la transmisión perinatal, *“tan eficaz es el tratamiento antirretrovírico, que estudios recientes han demostrado que la cesárea, en la paciente bien controlada con tratamiento, no tendría ningún beneficio potencial”*.

En la actualidad existen diferentes combinaciones de retrovirales que consiguen detener casi por completo el avance del virus, pero en cuanto se detiene o se reduce el tratamiento, el virus vuelve a reproducirse rápidamente y vuelve a

estar presente en todo el cuerpo. El éxito del tratamiento con antirretrovirales, depende al 100% de la toma de los medicamentos con las pautas marcadas y su mantenimiento de por vida.

La OMS y la Secretaría de ONUSIDA promueven la inclusión de las compañías de fármacos genéricos y de investigación en la respuesta al VIH. La OMS y ONUSIDA organizaron conjuntamente reuniones en 2002 y 2003, y actualmente siguen trabajando con empresas farmacéuticas. Diversas compañías genéricas, además de investigar y desarrollar fármacos, han presentado solicitudes para ser evaluadas por el proyecto de evaluación de calidad (conocido como "precalificación") que lleva a cabo la OMS con el apoyo de UNICEF y la Secretaría de ONUSIDA. Los medicamentos genéricos, diagnósticos y otros recursos también se han incluido en el mapa de fuentes y precios de fármacos relacionados con el VIH publicado por la OMS, UNICEF, Médicos Sin Fronteras y la Secretaría de ONUSIDA. Diversos representantes de la industria de fármacos genéricos, junto con compañías de investigación, han participado en el Grupo de contacto para acelerar el acceso a la atención relacionada con el sida.

Se recomienda empezar el tratamiento después de la exposición a una situación de riesgo. A esto se le denomina "*profilaxis*" que consiste en la prevención de la enfermedad. Concretamente, la profilaxis post exposición (PPE) es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición accidental al virus; no es efectiva al 100% por lo que no se puede garantizar que evite la infección con VIH. Consiste en tomar medicamentos antirretrovirales lo más pronto posible después de haber estado expuesto al virus para que no desemboque en una infección. Conviene tomarla tan pronto como sea posible. Igualmente, la persona que haya estado expuesta a una situación de riesgo y no hayan transcurrido más de 72 horas puede acudir al servicio de urgencias de un centro hospitalario.

### **5.9.1. Avances recientes sobre el tratamiento y la vacuna**

En la mayoría de las enfermedades infecciosas, el objetivo del tratamiento es la completa erradicación del patógeno responsable. No obstante, en el caso del VIH esto es inalcanzable debido a la persistencia de reservorios latentes del VIH, incluso

en aquellos pacientes en los que la terapia antirretroviral ha conseguido una supresión completa y prolongada de la replicación viral (Siciliano y Siciliano, 2000; Dornadula, Zhang y VanUiter, 1999). En 2012, un estudio realizado por científicos del Instituto de Investigación Scripps de Florida, señalan que

*“sabemos que hay reservorios de VIH que no están siendo eliminados por el tratamiento actual y que mantienen a la reposición de la infección...la producción viral a partir de estos reservorios celulares que albergan un genoma viral integrado no se ve afectada por los actuales medicamentos antirretrovirales, que sólo dejan de nuevas rondas de infección...el compuesto en el estudio actual elimina prácticamente todas la replicación viral de células ya infectadas por el VIH, donde se esconde”* (Medical Press, 2012).

Este estudio se publicó en la revista *Cell Host* y se centró en un compuesto prometedor médicamente conocido como Cortistatin A, aislado en 2006 de una esponja marina.

También en 2012, un estudio publicado en *Nature* demuestra por primera vez en humanos que existe un fármaco capaz de hacer salir al virus de su escondite. Existen multitud de estudios que siguen buscando la manera de acabar con estos reservorios que permiten que el virus aparezca tan pronto se abandona el tratamiento (El Mundo, 2012). No obstante, el estudio de David Margolis de la Universidad Chapel Hill de Carolina del Norte en EEUU es el primero en demostrar que esta estrategia puede ser eficaz en humanos. Su estudio consistió en probar el vorinostat, medicamento que se utiliza contra el linfoma, en ocho varones seropositivos y sus conclusiones demuestran que este fármaco fue capaz de desalojar el VIH de las células latentes con eficacia. Sin embargo, el estudio no ha confirmado si *“además de activar los reservorios del virus, logra también eliminar definitivamente a esas células”* (El Mundo, 2012).

Por otra parte, y más recientemente, el equipo de IrsiCaixa en colaboración con el Hospital Pitié-Salpêtrière de París lleva tres años buscando distintas posibilidades de curación. Estudian una tendencia inmunológica *“creemos que existen posibilidades de estimular el sistema inmunitario para que se induzca la reducción de los reservorios”* (Diario Médico, 2013). Lo que pretenden es combinar tanto las posibilidades farmacológicas como las de inmunoestimulación *“para ver cómo reactivar el virus”*.

Los antirretrovirales han permitido que el VIH no suponga la muerte de un paciente, aunque es un duro tratamiento de por vida que también tiene sus efectos

secundarios. Por ello, hay diversos estudios focalizados en vacunas terapéuticas que permitirían a los enfermos dejar la medicación con un pinchazo.

Josep María Gatell, Jefe del servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona, junto a su equipo han desarrollado una vacuna a partir de las células dendríticas del propio paciente que consigue incrementar temporalmente la respuesta inmunitaria frente al VIH y reducir significativamente la carga viral de los enfermos. *“En el 90% de los pacientes, el número de copias se redujo 10 veces, pero en ninguno de ellos el virus llegó a ser indetectable, por lo que tuvieron que reiniciar la terapia con antirretrovirales...el trabajo arroja los mejores resultados que hasta la fecha se han publicado en el mundo con una vacuna terapéutica”* (El Mundo, 2013).

A pesar de todos estos avances, la mayoría de los autores y científicos insisten que hay que seguir trabajando, *“profundizando y refinando su desarrollo”* (El Mundo, 2013).

Científicos de las universidades de Duke y Rockefeller han analizado a una de las raras personas que desarrollan esos anticuerpos neutralizantes (bloquean al virus en ensayos de laboratorio con células humanas). Se trata del africano detectado en los primerísimos momentos tras la infección y lo que intentan los científicos es averiguar cómo coevolucionan el virus VIH y los anticuerpos que el paciente desarrolla contra él. Las conclusiones del estudio confirman que *“los anticuerpos no son el producto de una larga coexistencia del sistema inmune con el virus sino que eran ya detectables a las 14 semanas de la infección, y también que se crearon en respuesta a una proteína mutante del VIH”* (El País, 2013).

Quizás el estudio o la noticia más alentadora se produjo hace escasos meses cuando Vanguardia de la Ciencia publica en febrero de 2013 la noticia *“Hemos encontrado la llave del VIH y la cerradura por la que entra”*. Esta noticia es resultado de la entrevista que le realizan a Javier Martínez-Picado y Nuria Izquierdo-Useros, investigadores ambos del Instituto IrsiCaixa en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Estos científicos llevan nueve años intentando descubrir cómo el virus del sida entra en el organismo. Partían de la tesis de que una molécula descubierta en el año 2000 era el receptor que el virus utilizaba para entrar en las células dendríticas. Sin embargo, sus resultados anularon esta premisa. Tras muchos experimentos y comprobaciones han descubierto *“el componente del virus que le*

*permite entrar en las células dendríticas, y hemos encontrado el receptor de la membrana de las células por el que entra el virus. Hemos descubierto la llave y la cerradura”* (Vanguardia de la Ciencia, 2013). Lo importante tras este descubrimiento es que todos los fármacos actuales actúan sobre la actividad del virus en los linfocitos T4, y no tenemos aún ningún fármaco que limite su actividad en las células dendríticas.

Según esta investigación, se ha confirmado que *“el virus asalta inicialmente las células dendríticas y se acumula en su interior, lo que facilita su diseminación por el sistema inmunitario. Después se aprovecha de las dendríticas para infectar los linfocitos T4, otras células del sistema inmunitario que son esenciales para orquestar nuestras defensas frente a infecciones, y que son la diana última del virus”*. Los fármacos que existen en la actualidad lo que tratan es de reducir la cantidad de virus en la sangre a niveles indetectables pero no lo eliminan de los ganglios linfáticos. Estos investigadores parten ahora de la premisa que si los combinan con fármacos que actúen sobre las células dendríticas, se podrá atacar también al virus en los ganglios. (Vanguardia de la Ciencia, 2013). Hasta donde sabemos el equipo se centra ha identificado treinta moléculas que podrían conseguir bloquear la entrada del virus en las células dendríticas, probándolas en cultivos de células de laboratorio, para luego pasar a probarlas en animales y más adelante, quizás, en personas.

Otro estudio publicado en marzo del presente año señala la utilización de una nanopartícula sintética inocua para bloquear al receptor, pudiendo aplicarla en quimioterapia. Este trabajo, centrado en bloquear la entrada de tanto del VIH como del ébola al sistema inmunitario, parte del Laboratorio de Microbiología Molecular del Instituto de Investigación del Hospital 12 de Octubre i+12 de la Comunidad de Madrid, en colaboración con el CSIC de Sevilla y la Universidad de Oxford.

Esta investigación logró identificar cuáles son las mejores moléculas para bloquear el virus, unos azúcares que reconoce el receptor. Lo que hicieron fue: sintetizar los azúcares y los prepararon recubriendo unas partículas de tamaño muy similar al del virus, convirtiéndolas en las que *“bloquean el receptor e impiden que el virus auténtico se una al receptor y penetre dentro de la célula dendrítica”*. La nanopartícula utilizada fue un virus sintético e inocuo como es el bacteriófago Q $\beta$ , recubierto con los azúcares que tiene el VIH y ébola en su superficie y, con concentraciones muy pequeñas del falso virus, bloquearon la llave que utilizan ambos para entrar en las células dendríticas (Gaceta Médica, 2013). A partir de aquí,



queda realizar algunas comprobaciones de cribado, probarlo en animales y comenzar la fase de desarrollo.

Por último, y como reflejo de la multitud de investigaciones que se están llevando a cabo hoy día sobre el VIH y, sobre todo, su tratamiento y posible vacuna, encontramos otro estudio quizás dispar con los anteriores.

El Laboratorio de Biología Estructural de la Asistencia Pública Hospitales de Marsella, hace público en enero del presente año que, una vacuna que ha mostrado propiedades curativas en macacos y van a experimentarla inicialmente en Marsella con 48 personas infectadas con VIH. Esta vacuna actúa sobre la proteína Tat. Se pretende que el sistema inmunitario genere anticuerpos que neutralicen la proteína Tat a la que se le atribuye una importante responsabilidad en la persistencia de células infectadas por el virus causante del SIDA (Espectador, 2013).

#### **5.10. Situación actual del VIH/SIDA: avance de datos**

Aunque generalmente, estos dos términos se utilizan indistintamente, no hacen referencia a lo mismo. El VIH se refiere a la presencia del virus en nuestro organismo (persona seropositiva); en la medida en que este virus se va reproduciendo, la persona irá pasando de ser seropositiva a tener SIDA. Es decir, el SIDA se convierte en el último estadio de contagio del VIH.

La infección por el VIH/SIDA constituye en la actualidad, de manera global, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que, desde el inicio de la pandemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, de las que un tercio han fallecido ONUSIDA (2002).

Hay que destacar, aparte de los aspectos de salud y calidad de vida, que la pandemia tiene un importante impacto en la economía, en la demografía y en la sociedad de los países más afectados. A diferencia de otras enfermedades relacionadas con la pobreza, el VIH/SIDA afecta fundamentalmente a personas jóvenes sexualmente activas, que se encuentran en las edades más productivas de sus vidas. Se estima que la epidemia ha causado más de 14 millones de huérfanos, y que en algunos de los países más afectados de África la esperanza de vida al

nacer retrocederá más de 15 años a causa de la misma (Castilla y De la Fuente: 2000).

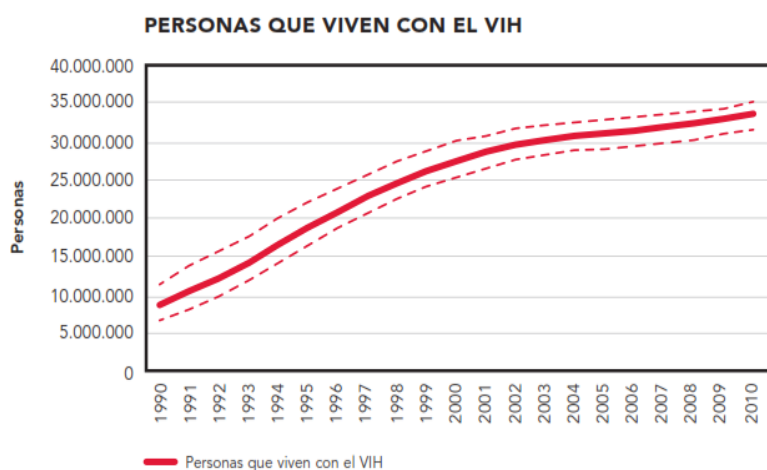
En el campo del VIH/SIDA, al igual que ocurre en otras disciplinas de las ciencias sociales, hay muchas teorías sobre su origen pero también sobre su relación o incidencia con la muerte.

En la actualidad, no existen casos de personas que mueran de SIDA sino que la muerte que se produce es por la falta de defensas de nuestro organismo ante enfermedades oportunistas como puede ser la gripe. En condiciones normales, nuestro sistema inmunitario nos protegería ante tales amenazas, pero cuando una persona tiene SIDA, su sistema inmunitario no puede responder ante ellas, y dicha enfermedad oportunista, le causa la muerte.

Según datos de ONUSIDA (2011), actualmente hay más personas que nunca que viven con el VIH, en gran parte debido al mayor acceso al tratamiento. Las nuevas infecciones anuales por el VIH disminuyeron un 21% entre 1997 y 2010.

A finales de 2010, aproximadamente 34 millones de personas (31,6 millones-35,2 millones) vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Estos datos reflejan el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años.

**Imagen 2. Personas que viven con el VIH (1990-2010)**



Fuente: extraído de Informe ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011.

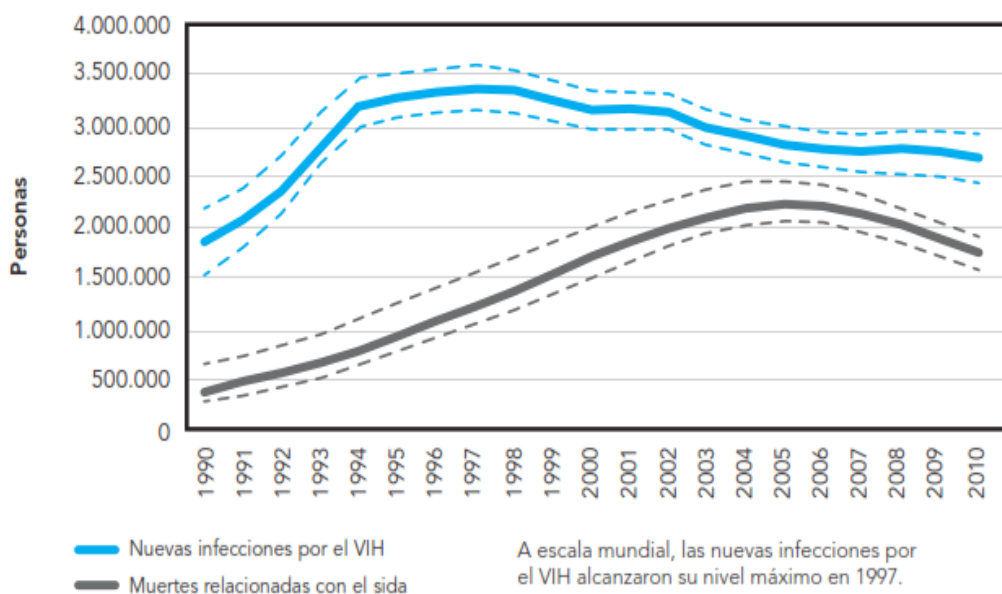
Según estos datos, el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida disminuyó a 1,8 millones (1,6 millones-1,9 millones) en 2010, desde el nivel máximo de 2,2 millones (2,1 millones-2,5 millones) alcanzado a mediados del año 2000.

Desde 1995 hasta 2010 se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos, debido al tratamiento antirretrovírico que se introdujo (ONUSIDA, 2011). En los últimos dos años (2008-2010) se produjo una rápida ampliación del acceso al tratamiento, evitándose sólo en 2010 700.000 muertes relacionadas con el sida.

En cuanto al género, la proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido estable al 50% en todo el mundo, aunque este grupo de población es más afectado en África Subsahariana (59% de todas las personas que viven con el VIH) y el Caribe (53%).

En cambio, en 2010 se producen 2,7 millones (2,4 millones-2,9 millones) de nuevas infecciones por el VIH, que incluye una cifra estimada de 390.000 (340.000-450.000) niños. Es decir, hubo un 15% menos que en 2001 y un 21% por debajo del número de nuevas infecciones en el nivel máximo de la epidemia en 1997.

**Imagen 3. Nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el SIDA (1990-2010)**



Fuente: extraído de Informe ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011.

Según datos de ONUSIDA (2011), las epidemias del VIH en América Latina son estables. Un descenso constante en las nuevas infecciones por el VIH anuales desde 1996 se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio y ha permanecido estable desde entonces a 100.000 (73.000-135.000) por año.

No obstante, existe un importante subregistro de casos en Nicaragua, que es nuestro contexto de la presente investigación, que nos dificulta tener datos oficiales más cercanos a la realidad (información facilitado por el SILAIS Departamental de Chontales, 2012).

En base a los datos oficiales de ONUSIDA, el número total de personas que viven con el VIH en América Latina sigue en crecimiento. Ese incremento se atribuye parcialmente al aumento en las personas que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretrovírico, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el sida. Más de un tercio (36%) de los adultos que vivían con el VIH en esta región en 2010 era mujeres.

Con respecto a los niños menores de 15 años que viven con el VIH en esta región, el número de infectados ha disminuido. Hubo un descenso considerable en las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida en los niños entre 2001 y 2010.

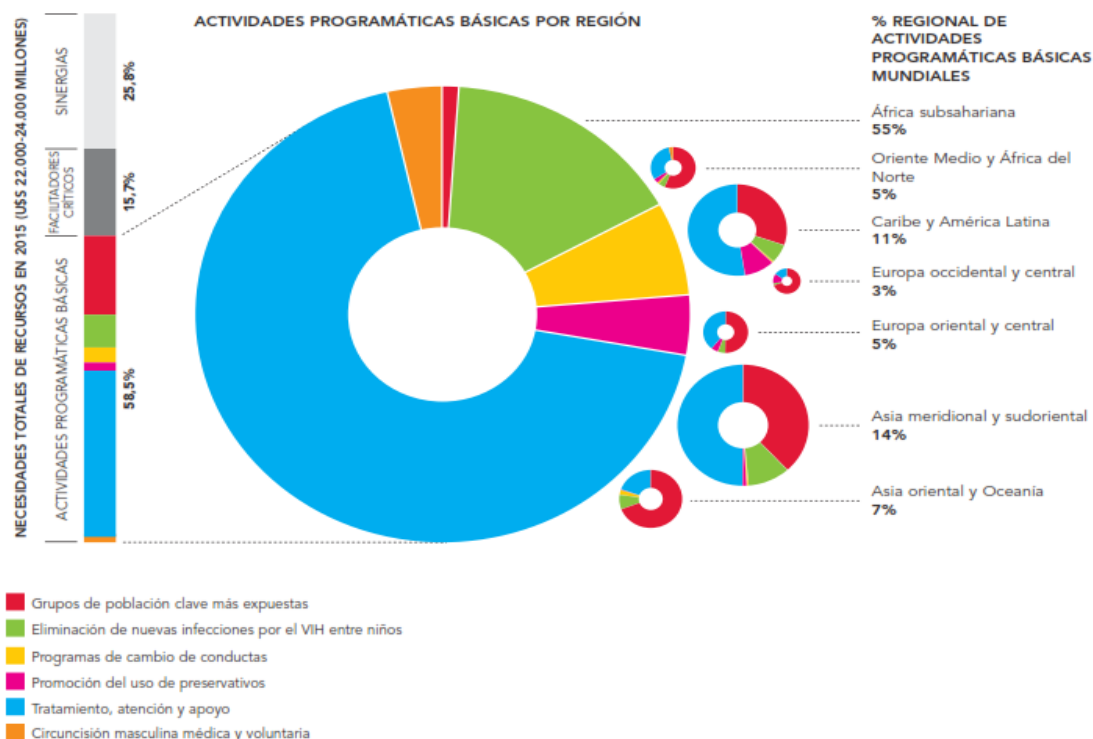
#### **5.10.1. Propuesta de actividades de ONUSIDA para prevenir el contagio**

En relación a las actividades que se realizan para dar respuesta al VIH, señalamos que son seis las actividades programáticas básicas y esenciales, adecuadas para dar respuesta al VIH, que deben realizarse a una escala de acuerdo con el tamaño de la población relevante. Estas actividades trabajan en conjunto para un impacto máximo y, por lo tanto, deben ofrecerse como un módulo, donde cada elemento refuerce al otro.

Detrás del éxito de estas actividades básicas se encuentran los facilitadores que posibilitan el acceso a los programas, propician su éxito y responden al contexto local. Junto con las actividades básicas ofrecidas de forma directa y los facilitadores, los esfuerzos que tienen en cuenta al sida dentro de sectores sociales y de desarrollo más amplios pueden insertarse estratégicamente en estos esfuerzos más

vastos para maximizar su impacto en los resultados relacionados con el sida (ONUSIDA, 2011).

**Imagen 4. Asignación del marco de inversiones en 2015**



Fuente: extraído de Informe ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011.

Los gastos necesarios en actividades programáticas básicas se orientan en función del tamaño del grupo de población necesitado en relación con cada actividad en cada país. Por lo tanto, el patrón de gastos en las actividades programáticas básicas varía enormemente de una región a otra.

El marco de inversiones exige la asignación racional de recursos a seis actividades programáticas básicas que se requieren para lograr un progreso sustancial y sostenible en la respuesta al VIH:

1. Intervenciones dirigidas a grupos de población clave más expuestos (profesionales del sexo y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas que se inyectan drogas).
2. Eliminación de nuevas infecciones por el VIH entre niños.
3. Programa de cambio de conductas.
4. Promoción y distribución de preservativos.

5. Tratamiento, atención y apoyo para personas que viven con el VIH.
6. Circuncisión masculina médica y voluntaria en países con prevalencia alta del VIH y tasas bajas de circuncisión.

En este sentido, es necesaria la colaboración con otros profesionales, como facilitadores críticos que impulsen el éxito de las actividades básicas y respondan al contexto de riesgo local. Se centran en capacitar a las comunidades, reducir el estigma social, aumentar la alfabetización para la salud y abordar el impacto negativo de las políticas y leyes punitivas en la capacidad de las personas de usar los servicios relacionados con el VIH.

Por otra parte, es importante que haya sinergias con los sectores de desarrollo para promover los derechos humanos de aquellos afectados o vulnerables al VIH, como estrategia clave que ayuda a garantizar el acceso y el impacto de los servicios y programas para el sida.

ONUSIDA (2011) plantea dos tipos de facilitadores:

- IV. Facilitadores sociales: crean entornos propicios para lograr respuestas racionales al VIH.
- V. Facilitadores de programa: crean demanda de programas y mejoran su rendimiento.

### Imagen 5. Esquema de facilitadores críticos y actividades



Fuente: extraído de Informe ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011.

Las sinergias con sectores de desarrollo en estas actividades, estarían relacionadas con la protección social, educación, reforma jurídica, igualdad de género, reducción de la pobreza, violencia por razón de género, sistemas sanitarios (incluidos tratamiento de ITS y seguridad hematológica), sistemas comunitarios y prácticos del empleador.

El objetivo o meta fundamental con estas acciones es evitar nuevas infecciones y mantener a las personas con vida, con calidad de vida.

### **5.11. El SIDA en Nicaragua**

Según ONUSIDA (2009) en América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2008 fue de 170.000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones. Según las estimaciones, aproximadamente 77.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA durante el último año. Los datos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina (Cobos Sanchiz y López Jarquín, 2011).

La cobertura del tratamiento antirretrovírico en América Latina es superior al promedio mundial (del 54% en 2008) y, en general, es más alto en América del Sur que en América Central.

Si bien la transmisión heterosexual del VIH fuera del comercio sexual sigue siendo limitada en América Latina, existe el riesgo de una propagación de la infección. Más de uno de cada cinco (22%) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados en cinco países de América Central informó haber tenido relaciones tanto con hombres como con mujeres.

Nicaragua, según el índice de desarrollo humano, es uno de los más pobres de Latinoamérica, ha modificado en las últimas décadas su perfil demográfico y ha experimentado una transición epidemiológica, en donde la epidemia del VIH es un contribuyente de este perfil. Desde 1987 a 2009, el comportamiento de la epidemia ha evolucionado a una epidemia concentrada, la cual se ha mantenido en esta clasificación similar a lo reportada en el informe para UNGASS correspondiente al período 2006-2007. Al finalizar el año 2009, se registra un acumulado de 3.262 personas con VIH, 587 casos de SIDA y 842 fallecidos.

**Tabla 30. Nicaragua y su entorno en comparación con España**

	Mortalidad infantil	Esperanza de vida	PIBmill\$	Índice de desarrollo humano, ONU
Costa Rica	12	78,95	22.145	48º
Cuba	7	77,25	-	51º
El Salvador	27	71,31	18.306	103º
Guatemala	43	67,85	35.290	118º
Honduras	40	68,57	9.235	115º
<b>Nicaragua</b>	<b>37</b>	<b>70,39</b>	<b>5.369</b>	<b>110º</b>
Panamá	24	75,24	17.097	62º
Rep. Dominicana	31	-	30.581	79º
<b>España</b>	<b>5</b>	<b>80,57</b>	<b>1.223.988</b>	<b>13º</b>

Fuente: Elaboración propia, información extraída de Cobos Sanchiz y López Jarquín, 2011: 21.

En 2008, según datos de Cobos Sanchiz y López Jarquín (2011), fueron registrados 104 casos que avanzaron a SIDA, 79 hombres y 25 mujeres. De los 79 hombres, 76 tenían 15 años o más y 3 menores 15 años, 57 de ellos se clasificaron como heterosexuales y 19 homosexuales o bisexuales. En las mujeres 24 tenían 15 años o más y sólo 1 era menor de 15 años. Se captaron 591 personas con nuevas infecciones en el 2008, 366 hombres y 225 mujeres. Entre los hombres positivos para el VIH, 355 tenían 15 años o más y 11 menores 15 años, entre éstos hombres, 305 se clasificaron como heterosexuales y 50 homosexuales o bisexuales. En cambio, de las 225 mujeres, 216 tenían 15 años o más y 9 era menor de 15 años.

La tasa de incidencia nacional para el 2009, fue superada en algunos Departamentos que presentan mayores riesgos de infección por el VIH, entre ellos Chinandega con una tasa de incidencia (VIH) de 34.4 x 100.000 habitantes. Managua con 27.4, RAAN con 20.8, Masaya con 19.4. Cercanas a la tasa nacional se ubican Rivas con 14.3 y León con 14.0 (Cobos Sanchiz y López Jarquín, 2011).

A pesar de que actualmente existe más información sobre el VIH/SIDA, sobre todo sobre sus métodos de prevención y formas de contagio, siguen existiendo aún zonas donde el silencio, tabúes e ideas erróneas. En el caso de los jóvenes, que es nuestro objeto de estudio, corren más peligro cuando (ONUSIDA, 2001):

- El acceso a una información clara e imparcial acerca de las enfermedades de transmisión sexual es difícil y limitado.
- Para saber si son seropositivos no disponen de test y orientación confidenciales y apropiados sobre el VIH/SIDA.
- No tienen la posibilidad de negarse a relaciones sexuales no deseadas o sin protección, dentro o fuera del matrimonio.



- Las tendencias o las prácticas sexuales se ocultan debido a las prohibiciones sociales, culturales, religiosas o jurídicas (por ejemplo, si son homosexuales).
- Las comunidades locales rechazan a los infectados por el VIH/SIDA y, en consecuencia, el secreto es de rigor.

Según el Gobierno de Nicaragua (2010), este país sigue teniendo una epidemia concentrada. A pesar de ello, hay Departamentos y municipios que, como hemos dicho ya, comparten características socio-demográficas y económicas que están notificando un incremento de número de casos relacionados con el fenómeno migratorio, por la existencia de puestos de pasos, sitios de atractivo turístico y cultural nacional.

La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual con el 86%. Con un avance en la feminización de la epidemia (1.8 hombres por cada mujer). Se identifica una evolución positiva en la respuesta nacional, considerando que el Ministerio de Salud ha dirigido todos sus esfuerzos en mejorar la calidad y la atención en salud, con la transformación e implementación del nuevo Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y la transversalización de las intervenciones en salud, con un enfoque de respuestas multisectoriales ante el VIH y SIDA. La transversalización ha generado acciones como la transformación operativa dentro del Componente de ITS, VIH y SIDA, manejado operacionalmente desde la Dirección de Extensión y Calidad de la Atención, que depende política y estratégicamente del despacho ministerial. Se destaca la política de gratuidad de los servicios en el Sistema público de salud, caracterizada por la eliminación del sistema de atención privada y los cobros a la población que demanda la prestación de estos servicios.

En cuanto a prevención, el país ha continuado el desarrollo de la estrategia de Información, Educación y Capacitación (IEC) con participación multisectorial dirigida a población en general, promovidas principalmente por organizaciones de sociedad civil con apoyo de las agencias multi-bilaterales, mediante mensajes claves: abstinencia sexual, retardo del inicio de relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso consistente del preservativo, relaciones sexuales seguras y prevención de la violencia contra las mujeres.

Según las mismas fuentes, Nicaragua ha dado avances importantes en el componente de seguridad hematológica. La Cruz Roja Nicaragüense es el ente rector que vela por el cumplimiento de este componente de la respuesta ante la epidemia por el VIH y SIDA. Junto con el Ministerio de Salud y los establecimientos de salud privados, se han adoptado los estándares internacionales recomendados por la OMS, facilitando que los servicios de transfusión de sangre garanticen la seguridad al paciente beneficiario de la sangre o derivados y de los trabajadores. El Centro hematológico nacional y de las sedes, así como los establecimientos autorizados siguen los procedimientos establecidos para el tamizaje tanto en la detección del VIH como de otros virus y agentes de peligro en el país ; y están comprometidos con planes de garantía de calidad.

En el año 2002 Cruz Roja Nicaragüense logró coleccionar y procesar el 73% de la captación de sangre a nivel nacional y para el 2007 Nicaragua reportó una seguridad hematológica del 90%, sin embargo los avances en la cobertura de los establecimientos con programas de garantía de calidad han logrado que para 2008 y 2009 las transfusiones de sangre o derivados estén libres del virus del VIH y otros virus transmitidos por esta vía. El país no cuenta con estudios sobre tamizaje en la población en general, sin embargo se cuenta con datos de la encuesta demográfica (ENDESA 2005/2006) en la que se exploran conocimientos y comportamientos ante el VIH en las mujeres. El 5.3% de las mujeres encuestadas en edades de 25-49 años señalan haberse realizado la prueba de VIH.

Del total de mujeres de 15-49 años de edad que conocen o han oído hablar del VIH y SIDA, el 16 (3,294/20,590) por ciento se ha realizado la prueba o examen del VIH. El porcentaje de mujeres que se ha hecho la prueba varía del 6.8 por ciento entre mujeres de 15-19 años al 21.3 por ciento en aquellas de 20-24 años de edad. Se observa que la probabilidad de haber realizado la prueba de VIH se incrementa con el nivel educativo o económico, y también según el grado de percepción de riesgo a contraer el VIH.

A inicios del año 2009, en el marco de evaluación final del proyecto *“Nicaragua, compromiso y acción ante el sida, tuberculosis y malaria”* financiado por El Fondo Mundial, se realizó un estudio sobre *Uso Consistente del Condón en Trabajadoras Sexuales*, en departamentos con alta prevalencia e incidencia de VIH y SIDA superior al promedio nacional, este estudio se realizó con una muestra de 354 trabajadoras sexuales, de las cuales el 97.3% revelaron haberse realizado la prueba

de VIH, de ellas el 91.2% ( $p < 0.0019$ ) refirieron haber recibido consejería informada y escrita pre y post test. Finalmente el informe señala que el estigma y discriminación son fenómenos que entorpecen la eficacia de la respuesta nacional y regional al VIH y SIDA. Hacen que se obstaculice que las personas se sometan a la prueba del VIH, dificultan el uso de condones masculinos y femeninos, evitan que mujeres con VIH accedan a servicios de prevención de la transmisión del VIH a sus hijos e hijas e impiden que poblaciones más vulnerables y expuestas al riesgo reciban la atención y apoyo que necesitan.

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007 (ENDESA) detalla que el 1.5% de las mujeres entre 15-49 años ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses, con similar comportamiento para los estratos de 15- 19, 20-24 y de 25-49 años. Por otro lado, ENDESA 2006/2007 reveló que la proporción de mujeres con experiencia sexual aumenta a medida que la edad se incrementa, desde un 18 por ciento en las mujeres de 15 años, a un 88 por ciento en las de 24 años. Cabe señalar que las mujeres jóvenes de 18 años de edad, el 50 por ciento ya ha tenido relaciones sexuales.

El 14 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años tuvo su primera relación antes de los 15 años, por área de residencia hay una diferencia de casi el doble, 19 por ciento de adultas jóvenes rurales contra 10 por ciento de las adultas jóvenes residentes en áreas urbanas. Se nota que la edad mediana a la primera relación sexual de las adultas jóvenes decrece a medida que decrece el nivel educativo o de bienestar, las calificadas “sin educación” es de 15.4 años con una diferencia de 3.6 años referente a las que tienen educación secundaria/superior. Para el área rural la edad mediana es menor que la urbana un poco más de 1.5 años de diferencia 16.9 contra 18.4 años, respectivamente.

El 24 por ciento de las adolescentes se encuentran en unión conyugal hallándose más expuestas al riesgo de un embarazo precoz. De estas adolescentes el 55 por ciento ya ha tenido al menos un hijo nacido vivo. El comportamiento de las adolescentes que alguna vez ha estado en unión en relación al número de uniones maritales, expresa que existe un 6 por ciento que ha tenido más de una pareja.

El uso de preservativos de manera continua y adecuada puede contribuir a reducir la velocidad de la expansión de la epidemia del VIH/SIDA entre la población sexualmente activa. Por esta razón, durante el levantamiento de información de

ENDESA 2006/2007, se les preguntó a las mujeres que estuvieron activas sexualmente durante el último año previo a la entrevista, si habían usado preservativos en su última relación sexual; sólo el 7 por ciento respondió afirmativamente a esta pregunta. Las mujeres solteras presentan la proporción más alta de uso de preservativos (19 por ciento), seguida por mujeres separadas, divorciadas o viudas (14 por ciento), descendiendo al 5 por ciento entre las mujeres en unión que reportaron el uso del preservativo en su última relación sexual. El uso del preservativo en la última relación sexual en el área urbana es casi tres veces mayor que en el área rural (10 contra 4 por ciento). El 4 por ciento de mujeres sin educación formal usó el preservativo en la última relación sexual, alcanzando un máximo del 14 por ciento en mujeres con instrucción superior. En forma similar, se incrementa del 3 por ciento entre mujeres ubicadas en el nivel de bienestar bajo al 12 por ciento entre las que pertenecen al nivel más alto. Con respecto a la percepción personal del riesgo de infectarse del VIH/SIDA, llama la atención que el uso es reducido entre mujeres que perciben que su riesgo de contraer el VIH es grande (11 por ciento).

La prevalencia tiene similar distribución, siendo Chinandega el departamento de mayor tasa de prevalencia, seguido de Managua, RAAS, Masaya, León, RAAN y Rivas. Las tasas de prevalencia son mayores en adultos jóvenes y adultos para ambos años. Amas de casas, obreros y estudiantes representan el mayor número de casos. El 55% de las personas con VIH residen en zonas urbanas.

La discriminación cultural, étnica y/o racial distingue específicamente las desventajas adicionales que sufren los indígenas y afro descendientes en relación al resto de pobres. Las personas con VIH en la Costa Caribe de Nicaragua, son sujetos de discriminación múltiple: por ser pobres, por indígenas o afro descendientes, por vivir con VIH. En algunos grupos, como trabajadoras sexuales y hombres que tiene sexo con hombres, el VIH agregó otro estigma más al que ya sufrían.

Una persona indígena o afro descendiente comienza su vida siendo discriminada. El VIH causa el temor de una nueva discriminación. Ésta es la causa por la cual no acuden a los servicios de salud y no conocen su status, aún en los casos de población en mayor riesgo. El derecho que asiste a los pueblos indígenas y comunidades étnicas requiere de la implementación de intervenciones culturalmente apropiadas, que respeten su cosmovisión, sus saberes tradicionales, formas de organización social y la diversidad de sus respuestas a la epidemia. Por ejemplo, la

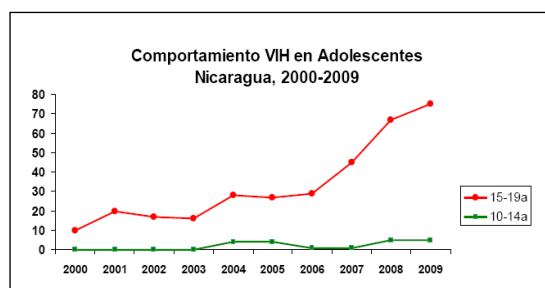
integración de parteras, agentes de medicina tradicional y líderes religiosos, la incorporación de sus manifestaciones culturales a la educación y comunicación sobre el VIH, entre otras.

El 86% de los casos prevalentes del 2009 son heterosexuales, el 10% HSH, 3% bisexuales y 1% por transmisión vertical. El 63% del total de casos prevalentes fueron hombres (540) para una razón hombre mujer de 1.76 muy similar a la reportada en el período anterior de 1.8 para 2008. Los hombres predominan en la casuística para todos los grupos de edad.

Según las mismas fuentes, en el comportamiento de la epidemia en Nicaragua se identifican dos poblaciones claves que requieren intervenciones adecuadas para lograr cambios importantes:

- Población más expuesta debido a prácticas de mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, uniformados, poblaciones móviles, privados de libertad y usuarios de drogas intravenosas. Entre ellos, la mayor prevalencia del VIH se encuentra entre hombres que tienen sexo con hombres (7.2%), sin embargo, dado que más del 40% de los HSH son en realidad bisexuales, este grupo constituye un puente epidemiológico que explica la acelerada feminización de la epidemia en el país. Este es el grupo poblacional que tiene menor acceso a los servicios de salud debido al estigma.
- Población vulnerable a la epidemia debido a factores externos a su control. En este grupo se encuentran niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Condiciones sociales como la pobreza, inequidad de género, la falta de acceso a información, la alta proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, y las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones rurales y étnicas, explican el aumento de la vulnerabilidad a la epidemia en este grupo poblacional. El comportamiento en adolescentes del 10-19 años el 54% (183) son mujeres y el 46% (156) masculinos. En este grupo las mujeres se ven mayormente afectadas y la tendencia de este grupo es hacia el incremento según Tendencia de los últimos 10 años, lo que no se observa en los demás grupos.

### Imagen 6. Comportamiento VIH en adolescente desde 2000 a 2009



Fuente: Gobierno de Nicaragua (2010)

La mortalidad registra un acumulado de 842 fallecidos hasta el 2009, en la cohorte de los últimos tres años se registran 74 fallecidos solamente para el 2009, presentado un incremento en los registros del 23% con relación al mismo periodo en el 2008 (57 fallecidos). La mortalidad por sida y la proporción de letalidad se ha estacionado, en parte al incremento de cobertura con TAR y de los establecimientos que los prescriben y dan seguimiento a la prevención de infecciones oportunistas y el acceso al tratamiento para la tuberculosis. En el 2006, la proporción de letalidad (fallecidos/total casos) fue de 10%, en el 2007 fue de 7.0%, en el 2008 de 8.2% y el 2009 de 9.3%.

La prueba para el VIH y consejería es ofertada en el 74% (862) de los establecimientos de salud de Nicaragua. La consejería sobre diferentes dimensiones de la infección por el VIH y el sida, ha incrementado visiblemente. En el 2009 se entregaron 123,547 consejerías dirigidas en un 76% (93,896) a mujeres. El 52% de las consejerías se dieron a personas de 25 a más años, el 24% a personas de 20 a 24 años y en similar porcentaje 23% a jóvenes de 15 a 19 años. La consejería cumple los principios de confidencialidad, incluye lineamientos para consentimiento informado y se revela su resultado.

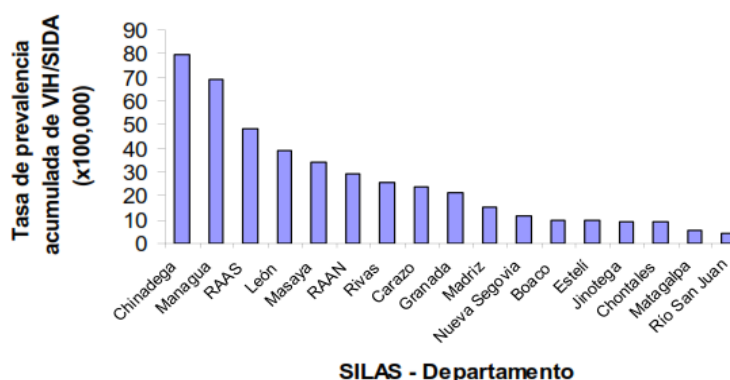
El número de casos coinfectados TB/VIH ha incrementado de 13 reportados en 2007, a 28 en el 2008 y a 32 en el 2009, producto de la implementación de la prueba de tamizaje en pacientes con tuberculosis. El registro de la infección por VIH en pacientes con tuberculosis está claramente registrada, no así en la cohorte de PVS los que desarrollan TB y menos aún los que recibiendo terapia antirretrovírica inician tratamiento para la tuberculosis, lo cual impide tener una visión plena del impacto de los ARV y la prevención de infecciones oportunistas, al igual que la

detección oportuna, tratamiento precoz de la TB y prevención de la mortalidad por esta causa.

Según el informe sobre Acceso Universal 2009, del total de mujeres embarazadas en Nicaragua para el 2009 (160,773) el 50.8% de las mujeres embarazadas fueron tamizadas y recibieron su resultado para conocer el diagnóstico de VIH, de ellas nueve ya sabían que tenían la condición antes del tamizaje. Las 91 mujeres embarazadas cuyas pruebas resultaron positivas para el VIH al 100% se les brindaron terapia con ARV. Se estima que 176 madres infectadas con VIH darían a luz en el 2009, pero sólo se detectaron 81 (46%) niños de madres infectadas que están recibiendo profilaxis con ARV (terapia de dos) correspondiéndose con los 81 niños que se les hizo la prueba a los 12 meses. La cobertura del 2008 fue de 35% y únicamente el 30% de la niñez expuesta recibió profilaxis para PTMI y sólo el 25% tuvo acceso a la prueba de detección (ADN Pro viral) antes de los 12 meses.

Analizando la situación del VIH/SIDA por Departamentos, el más afectado es Chinandega (cerca de 80 casos por 100.000 habitantes), sobrepasando la tasa de la capital (Departamento de Managua) por aproximadamente el 11%. Después de estos dos departamentos siguen, en orden de importancia, la RAAS, León y Masaya, todos con tasas acumuladas superiores a 30 casos por 100.000 habitantes en relación a la comparativa 1987-2005 (Banco Mundial, 2006).

**Imagen 7. Notificaciones acumuladas de casos de VIH/SIDA según SILAIS 1987-2005**

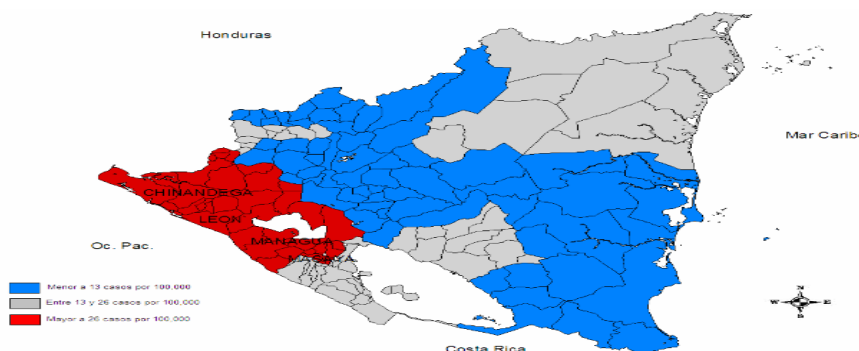


Fuente: Banco Mundial, 2006: 19.

Esos datos de infección por VIH se aprecian más claramente según la distribución geográfica que se presenta en el siguiente mapa. La zona del Pacífico

norte y central, correspondiente con Chinandega y Managua, fueron las zonas más afectadas durante 1987-2004. Por el contrario, la zona del Atlántico no debería descuidarse ya que las tasas de prevalencia han crecido en RAAS y RAAN.

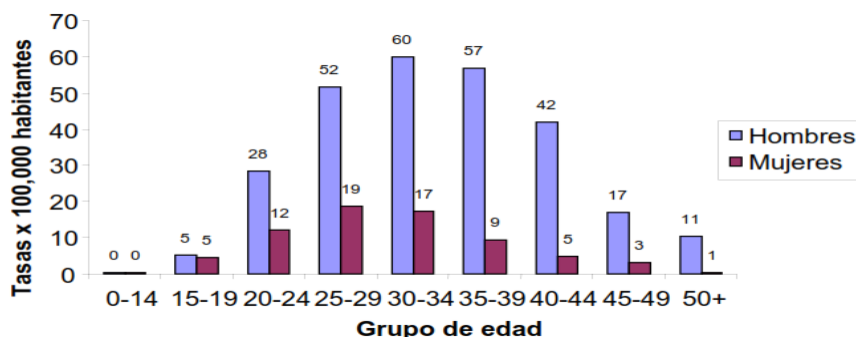
**Imagen 8. Nº de casos de SIDA por 100.000 habitantes. 1987-2004**



Fuente: datos del Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA y del Centro Centroamericano de Población, extraído de Banco Mundial (2006: 20).

Siguiendo con la radiografía de VIH/SIDA por Departamentos, encontramos que la mayor concentración de casos notificados se presentan entre los 20 y 39 años, mientras la razón hombre-mujer en el grupo de edad entre 15 y 19 años es casi 1:1, ésta es casi 4:1 en el grupo de edad entre 30 y 34 años en el cual el número de casos por cada 100.000 habitantes se aproxima a 60. En el gráfico siguiente se pueden apreciar estos datos, correspondientes al período 1987-1999.

**Imagen 9. Nº de casos notificados de VIH/SIDA según edad y sexo. 1987-1999**



Fuente: datos del Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA, extraído de Banco Mundial (2006: 21).

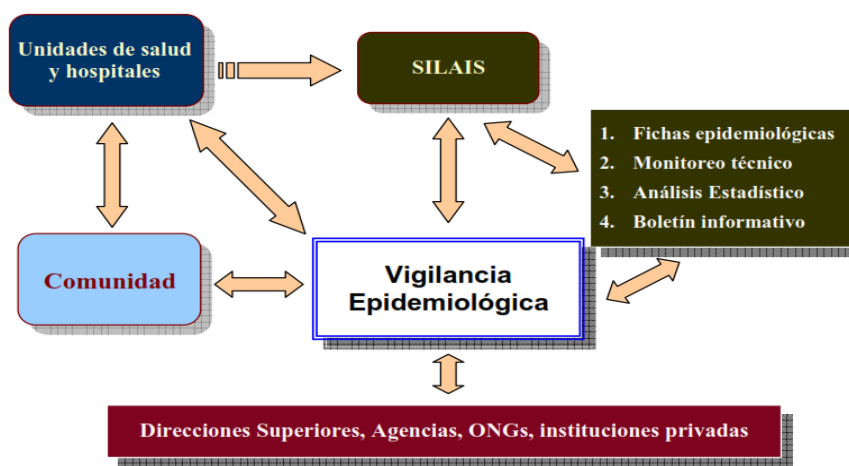
En los SILAIS existe un protocolo de actuación cuando se conoce un caso de VIH/SIDA. Este protocolo responde al esfuerzo de configurar un sistema de



vigilancia de segunda generación, que no se enfoque solo en la población en general sino en los distintos grupos vulnerables, incorporando el análisis de datos epidemiológicos y datos relacionados a la percepción, el conocimiento, las actitudes y las prácticas.

En la imagen siguiente se puede observar la interrelación entre los principales componentes del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA en Nicaragua.

**Imagen 10. Flujoograma de notificación de VIH/SIDA. Nicaragua, 2005**



Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, extraído de Banco Mundial (2006: 22).

En julio de 2010 el Ministerio de Salud hace pública la situación de las ITS y el VIH/SIDA en el semestre de 2010, correspondientes al país de Nicaragua.

Como podemos observar en la siguiente tabla desde 1987 hasta 2010 se ha producido un aumento en el número de casos. En el caso del personas con VIH vivas, en el primer semestre de 2010 habían prácticamente la mitad que en el año 2009, al igual ocurría con la totalidad de los casos. Sin embargo, hubo menos casos de personas que desarrollaron la enfermedad del SIDA y se redujeron considerablemente los fallecidos. No obstante, en la comparación 1987-2008 y 1987-2010 se aprecia que aumentó el porcentaje en todos los casos, lo que obliga a seguir trabajando en la prevención y atención:

**Tabla 31. Casos VIH, Sida y fallecidos. Nicaragua 1987-2010**

	1987 – 2008	2009	2010 (semestre)	1987 – 2010
<b>Totalidad de los casos</b>	3,876	866	382	5,124
<b>Casos VIH (vivos)</b>	2,541	721	340	3,602
<b>Casos Sida (vivos)</b>	516	71	23	610
<b>VIH+Sida (vivos)</b>	3,057	792	363	4,212
<b>Fallecidos</b>	768	74	19	861
<b>Sin información</b>	51	---	---	51

Fuente: Oficina de Vigilancia del daño. Componente VIH/SIDA.

Con respecto a las mujeres embarazadas con VIH, de los casos detectados, en 2010 el departamento de Managua es el que tiene un mayor número de casos (10), seguido de Chinandega (6), Masaya (5) y en cuarto lugar se encuentra RAAN y Chontales (3).

**Tabla 32. Embarazadas con VIH detectadas. Nicaragua semestre 2010**

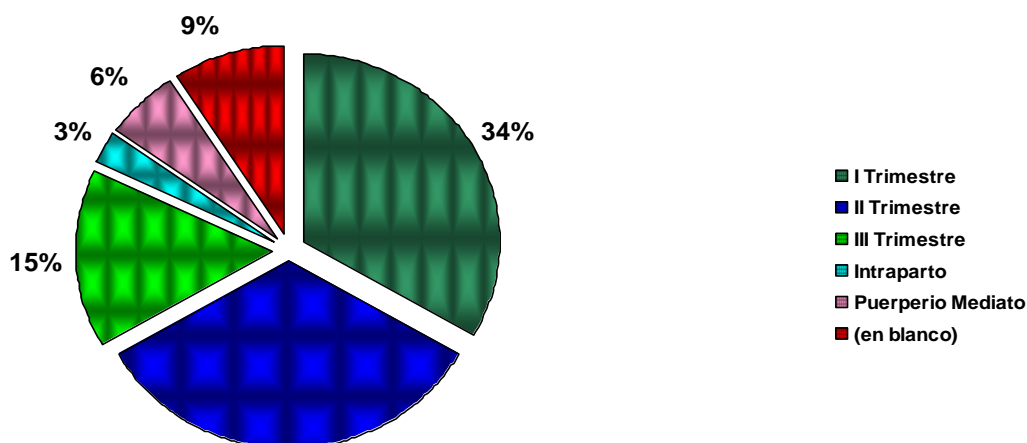
SILAIS	SD	Trimestre de embarazo			Intraparto	Puerperio Mediato	TOTAL
		I	II	III			
Managua	0	3	3	3	0	1	10
Chinandega	0	3	3	0	0	0	6
Masaya	0	2	2	1	0	0	5
RAAN	1	0	0	1	0	1	3
Granada	0	1	1	0	0	0	2
León	1	0	0	0	1	0	2
Jinotega	0	1	0	0	0	0	1
Madriz	1	0	0	0	0	0	1
RAAS	0	0	1	0	0	0	1
Rivas	0	0	1	0	0	0	1
Río San Juan	0	1	1	1	0	0	1
Chontales		1					
<b>TOTAL</b>	3	12	12	6	1	2	36

Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

En el gráfico siguiente se aprecia en qué momento del embarazo han sido detectados los casos de VIH en las mujeres. El 67% se detectó en el II trimestre del embarazo, seguido con un 34% en el primer trimestre y un 15% en el III trimestre.

Los menores casos detectaron ocurrieron en el intraparto con un 3% (periodo del parto).

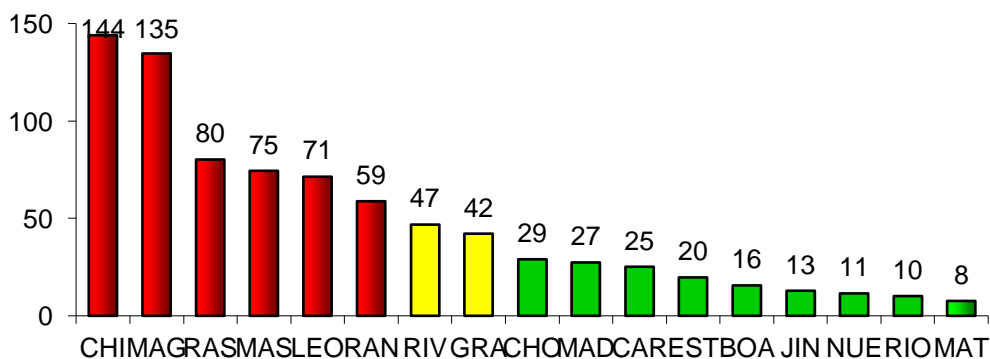
**Gráfico 6. Embarazadas con VIH detectadas. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

En cuanto a la prevalencia por VIH/SIDA en 2010, el departamento de Chinandega fue el que tuvo un porcentaje mayor con 144 casos, seguido de Managua con 135. El departamento de Chontales encabeza la zona con menor prevalencia al situarse en el puesto noveno con 29 casos.

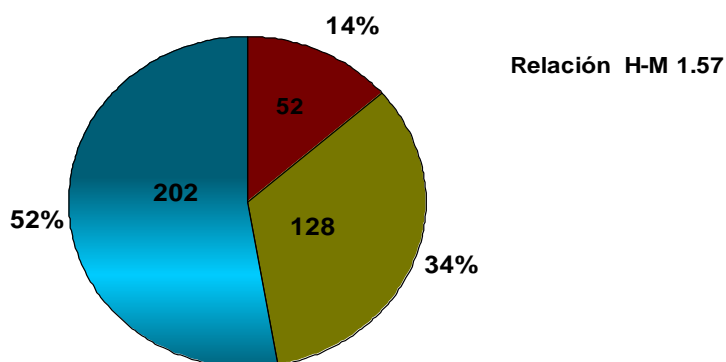
**Gráfico 7. Prevalencia VIH-SIDA (tasa país: 67=100,000h). Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

Según la variable género, los nuevos casos detectados de VIH/SIDA tuvieron lugar mayoritariamente en hombres (52%), con respecto al 34% de mujeres.

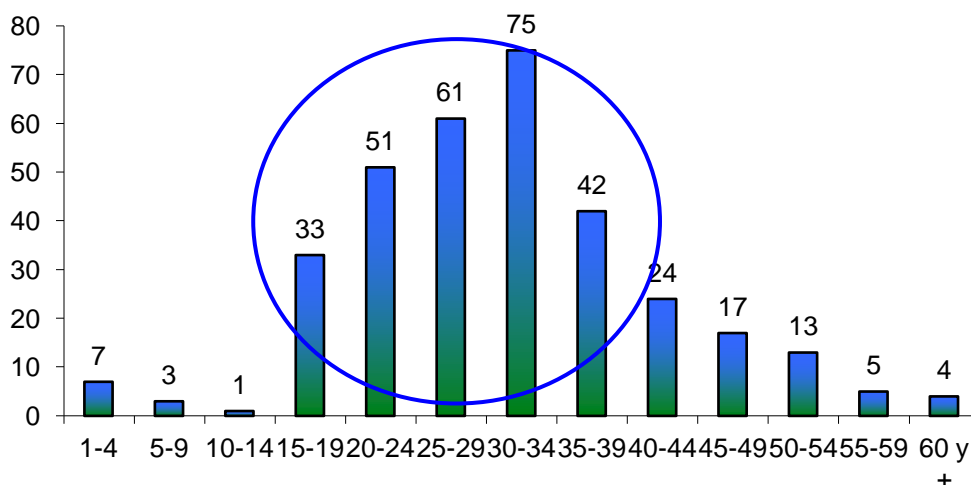
**Gráfico 8. Nuevos casos VIH según sexo. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

Relacionándolo con la edad, los grupos en los que se detectaron mayores casos de VIH/SIDA fueron entre los 30-34 años. Sin embargo, hay un margen de edad donde se acumulan los mayores casos, que son los que van comprendidos entre los 15 y 39 años.

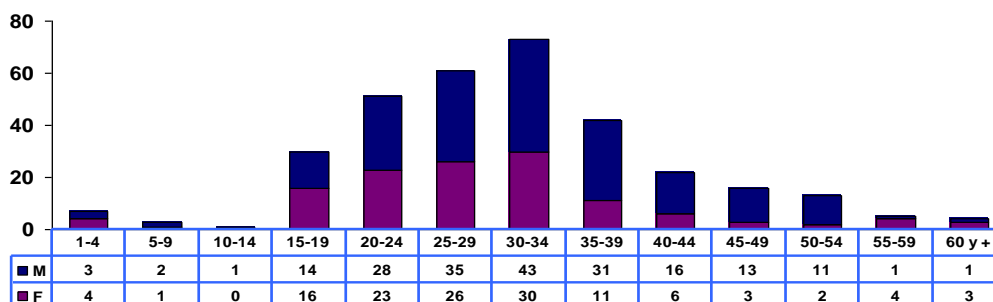
**Gráfico 9. Nuevos casos VIH según grupo de edad. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

Al cruzar las variables de edad y sexo, observamos que los mayores casos se dan en hombres con edades comprendidas entre los 20 y 39 años. Mientras que en el caso de las mujeres, hay más casos en edades más tempranas, de 15 a 34 años. Esto indica que se producen relaciones sexuales tempranas y sin protección.

**Gráfico 10. Nuevos casos VIH según grupo de edad y sexo. Nicaragua semestre 2010**

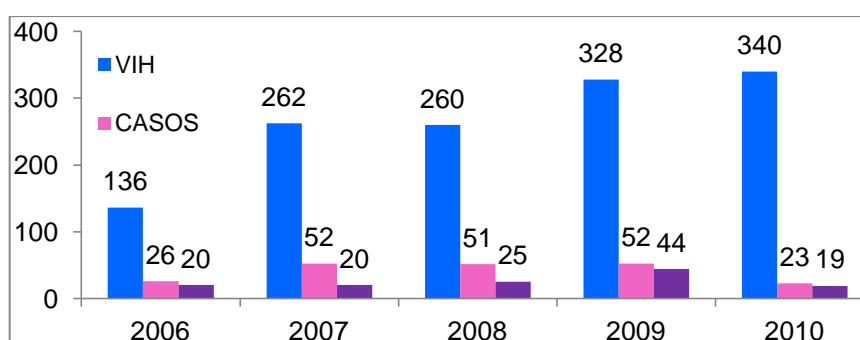


Fuente:

Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

A continuación observamos los casos de VIH desde 2006-2010, donde se aprecia que han ido aumentando progresivamente los casos de VIH. Aunque en 2008 prácticamente se estabilizaron con respecto al año anterior, a partir de 2009 aumentaron los casos, desde 260 a 340 en dos años. En cambio, los casos nuevos de VIH se estabilizaron desde 2007 a 2009 y en 2010 se redujeron favorablemente en más de la mitad. Los casos de fallecidos también se redujeron en el primer semestre de 2010.

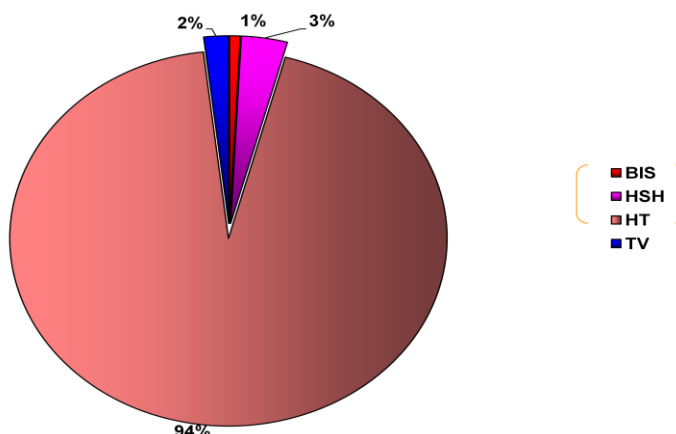
**Gráfico 11. Nuevos casos VIH según condición de debut. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

Cuando se analizan los nuevos casos de VIH según su preferencia sexual, nos encontramos con unos datos demoledores. En contraposición con muchas creencias de que el VIH/SIDA se da en homosexuales, en 2010 nos encontramos con que el 94% de los nuevos casos de VIH tuvieron lugar en heterosexuales. Sólo un 3% se produjo en homosexuales y un 1% en bisexuales.

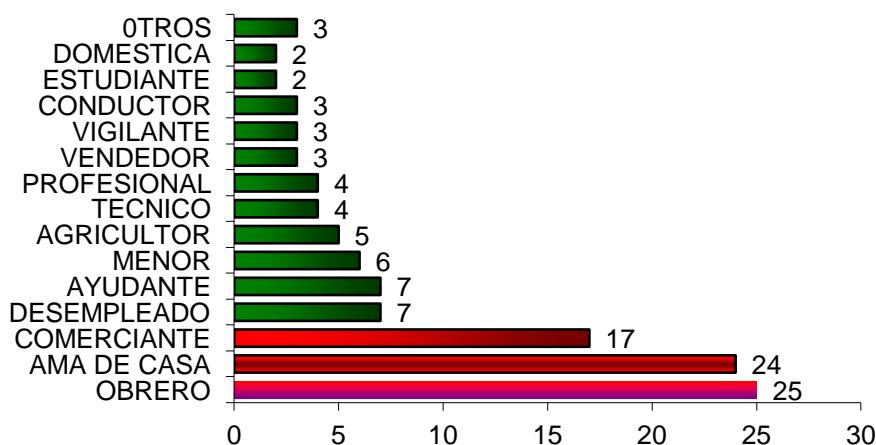
**Gráfico 12. Nuevos casos VIH según preferencia sexual. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

En cuanto a los nuevos casos de VIH por ocupación, el máximo se encuentra entre obrero (25) y ama de casa (24), seguido se sitúan los comerciantes (17) y ya bastante alejado desempleado y ayudante (7). Las ocupaciones en las que se producen menos casos son la doméstica y estudiante (2) seguido de vigilante, vendedor y profesional (3).

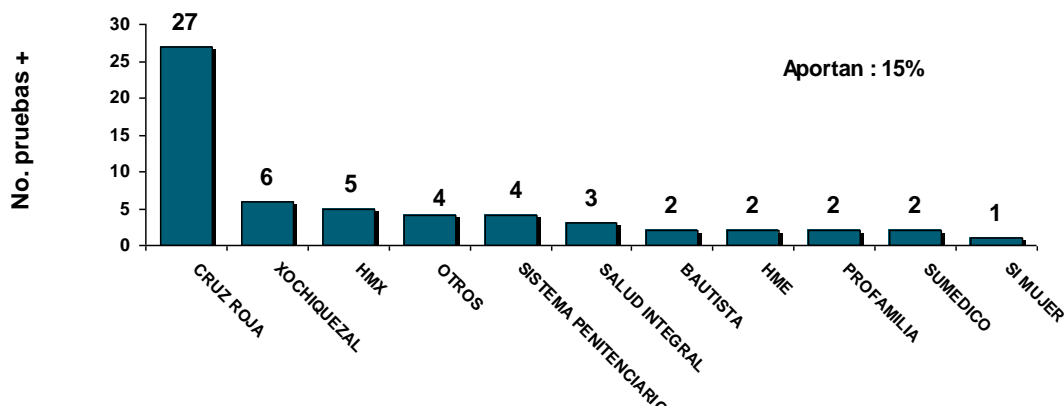
**Gráfico 13. Nuevos casos VIH según ocupación. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

Por otra parte, en 2010 se captaron nuevos centros alternativos para realización de la prueba VIH. Con diferencia fue Cruz Roja la entidad que realizó más pruebas (27), y en menor medida la Fundación Xochiquetzal (6), HMX (5), sistema penitenciario (4).

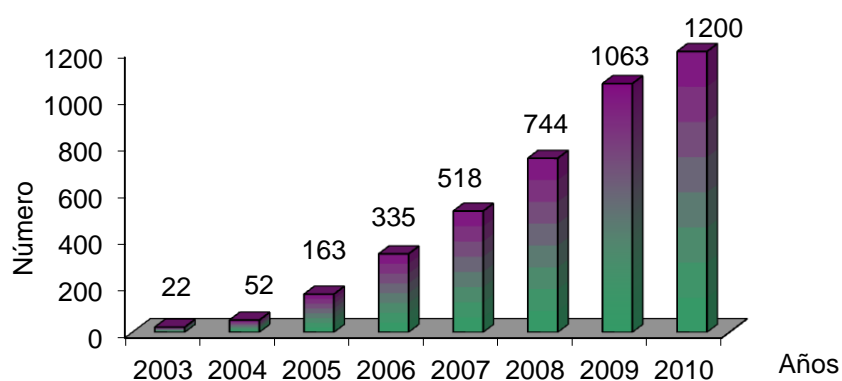
**Gráfico 14. Captación Centros Alternativos. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

En cuanto a las personas que han podido recibir tratamiento antirretroviral se han aumentado muy considerablemente desde 2003 cuando sólo lo recibían 23 personas, a las 1200 personas que lo recibieron en el primer semestre de 2010. A partir de 2005, y sobre todo 2006 empezó a ascender el número de personas que accedían al TAR.

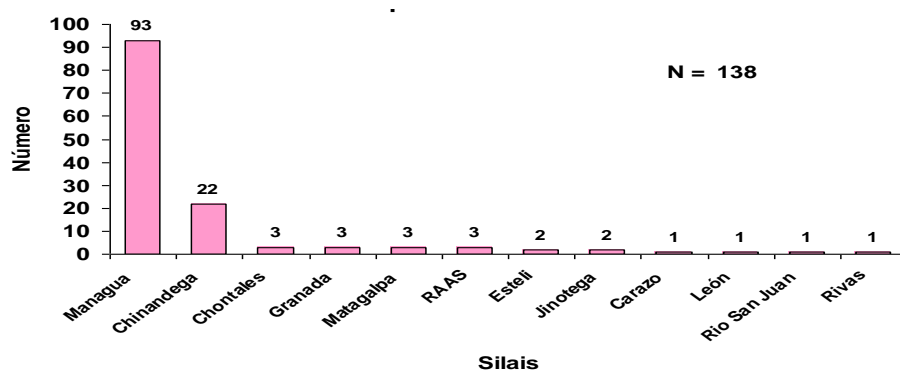
**Gráfico 15. Personas con Tratamiento Anti retroviral. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

Con respecto a los nuevos ingresos por TARV, encontramos que el departamento de Managua, con diferencia, tuvo 93 casos, seguido por mucha distancia de Chinandega con 22, encontrándose en tercer lugar Chontales, Granada, Matagalpa y RAAS con 3.

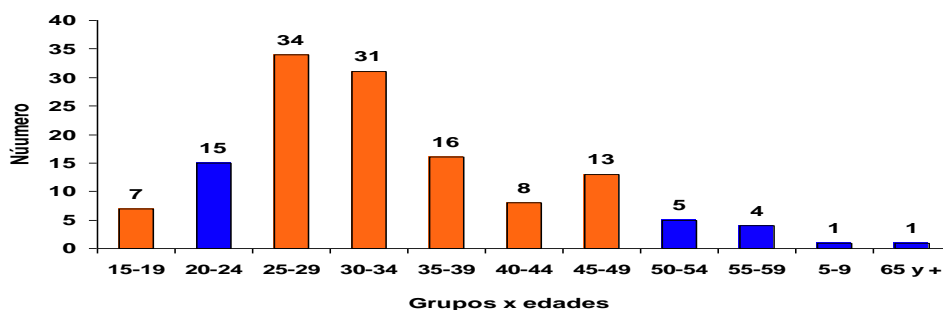
**Gráfico 15. Nuevos ingresos TARV por SILAIS. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

Los casos de personas con terapia antirretroviral son más frecuentes entre los 25 y 34 años (65), seguido de 35-39 (16) y 20-24 (15).

**Gráfico 16. Personas en TARV por Grupos Etéreos. Nicaragua semestre 2010**



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Componente VIH/SIDA.

A continuación exponemos los últimos datos recogido en 2012 por el SILAIS-Chontales, para conocer la realidad en nuestro departamento de estudio.

#### 5.11.1. Datos de VIH/SIDA en SILAS-Chontales

En nuestro departamento de Chontales la información sobre VIH/SIDA depende del SILAIS-Chontales cuya sede se encuentra en Juigalpa, capital departamental.

Según los datos facilitados por dicha entidad en los meses de junio-julio 2012, exponemos a continuación las estadísticas referentes al VIH/SIDA según edad,



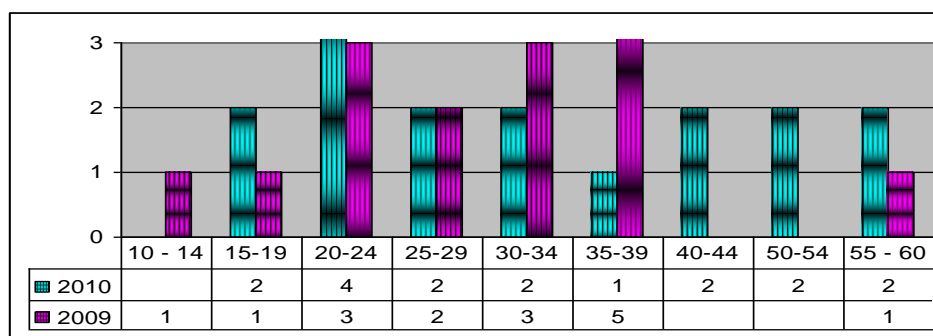
sexo, municipios y características de las PVVS. Terminaremos con un resumen de los casos detectados y el seguimiento que se ha hecho de los mismos.

En el año 2009, el SILAIS-Chontales reportó 18 nuevos casos de VIH-SIDA de los cuales 14 fueron varones y 4 mujeres; el grupo etáreo más afectado fue el de 20 a 39 años lo que representó el 83%. De estos 18 casos, 4 personas han fallecido, 7 personas estuvieron en tratamiento (incluyendo 2 embarazadas) y 7 están en condición de VIH.

Para el 2010, se presentaron 21 nuevos ingresos, 13 varones y 8 mujeres, aumentando ahora el rango etáreo mas incidente de 15 a 49 años de edad lo que representa al 90.4% de la población afectada. De estos 21 casos, 4 personas han fallecido, 4 personas estuvieron en tratamiento (incluyendo 3 embarazadas) y 13 están en condición de VIH.

En Chontales entre 2009 y 2010 el grupo de edad con mayor número de casos de VIH/SIDA tuvo lugar entre los 20 y 39 años. En 2009 la cuota mayor se alcanzó entre los 35 y 39 años con 5 personas afectadas, seguido por el grupo de 30 a 34 años con 3 casos. En cambio, en 2010 el grupo etáreo de edad estuvo en los 20-24 años, y en segundo lugar el resto de franjas de edad con dos casos cada uno, salvo de 35-39 que hubo sólo 1.

**Gráfico 17. Grupo etáreo afectado en el nonestre<sup>41</sup> 2009-2010**



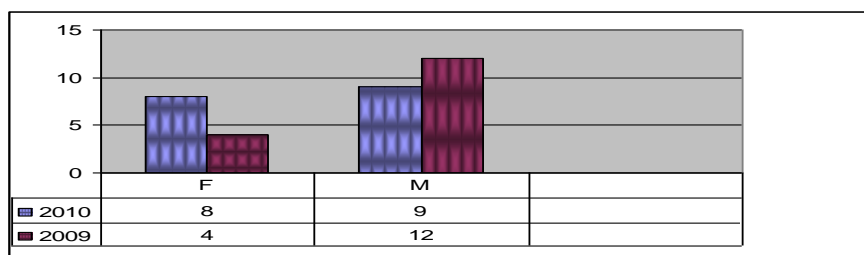
Fuente: SILAIS-Chontales (2012).

En cuanto al sexo, tanto en 2009 como en 2010 los mayores casos de VIH/SIDA tuvieron lugar en hombres, 12 y 9 respectivamente, mientras que en el caso de las mujeres hubo 4 y 8. El dato más interesante es que con respecto a los

<sup>41</sup> El término "nonestre" se utiliza para referirse a aquello que ocurre o se hace cada nueve meses, o en un periodo de nueve meses, como es este caso.

hombres, se redujeron los casos mientras que aumentaron las mujeres infectadas. Aspecto a tener en cuenta para incidir en las campañas de prevención y sensibilización.

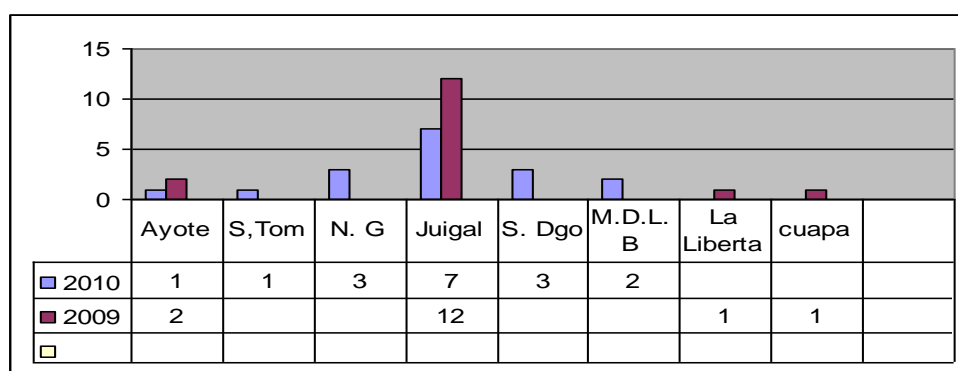
**Gráfico 18. Comportamiento por sexo. Enero-septiembre 2009-2010**



Fuente: SILAIS-Chontales (2012).

El municipio que reportó más datos sobre VIH/SIDA fue Juigalpa, con 12 casos en 2009 y 7 casos en 2010. En 2009 hubo pocos municipios que reportaron información, aparte de Juigalpa, se encuentra Ayote con 2 casos y La Libertad y Cuapa con 1 caso cada uno. EN cambio, en 2010, después de Juigalpa se encuentra Nueva Guinea y Santo Domingo con 3 casos.

**Gráfico 19. Municipios donde se reportan VIH/SIDA. Enero-septiembre 2009-2010<sup>42</sup>**

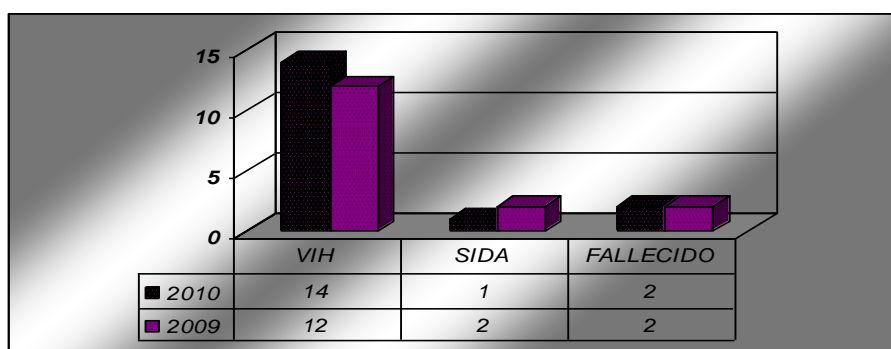


Fuente: SILAIS-Chontales (2012).

En referencia a las PVVS, entre 2009 y 2010 se redujeron los casos de VIH, de 12 a 14, y los de SIDA, de 2 a 1, aunque se establecieron los fallecidos con 2 en cada año.

<sup>42</sup> MDLB se refiere al municipio Muelle de los bueyes, del departamento de la RAAS, limitando con Chontales.

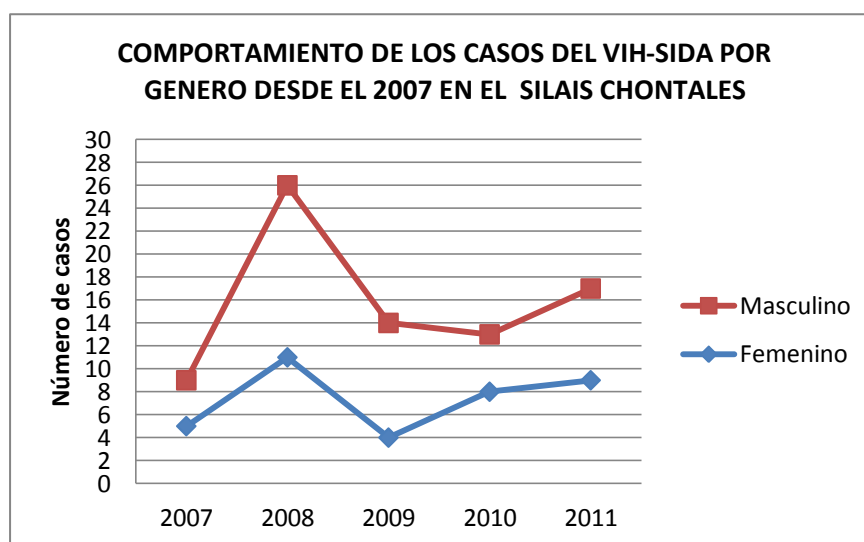
**Gráfico 20. Condición de PVVS. Enero-septiembre 2010**



Fuente: SILAIS-Chontales (2012).

Para el 2011, se presentó un incremento del 26% en relación al año anterior contabilizándose, 26 nuevos casos, siendo 17 varones y 9 mujeres, permaneciendo el grupo etáreo afectado igual al del 2010. De estos 26 casos, 6 personas han fallecido, 8 personas en tratamiento y 12 están en condición de VIH.

**Gráfico 21. Comportamiento de los casos del VIH/SIDA por género 2007-2011**



Fuente: SILAIS-Chontales 2012.

El grupo etáreo con mayores números de casos de VIH/SIDA desde 2007 hasta 2011 fue el de 20-29 años con un total de 54 casos (17 en cada franja de 4 años).

**Tabla 33. Nº Casos del VIH/SIDA por grupo etáreo 2007-2011**

Grupo etáreo	2007	2008	2009	2010	2011	Total
0 - 14 años	0	3	1	0	0	4
15-19 años	1	2	1	3	4	11
20 - 24 años	6	10	3	4	4	27
25 - 29 años	4	9	4	4	6	27
30 - 34 años	3	6	2	3	5	19
35 - 39 años	0	2	6	1	1	10
40 - 44 años	0	3	0	2	3	8
45 - 49 años	0	1	0	2	1	4

Fuente: SILAIS-Chontales 2012.

De los casos detectados durante 2007-2011, la situación de los mismos ha sido un aumento en el número de fallecidos (de 3 a 6), aumento leve en el tratamiento antirretroviral (de 7 a 8) y un aumento considerable en el número de personas infectadas por el VIH (de 4 a 12). En total en 2007 había un total de 14 casos, mientras que en 2011 nos encontramos con 26, casi el doble.

**Tabla 34. Condición médica de los casos del VIH/SIDA 2007-2011**

Condición	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Fallecido	3	10	4	4	6	27
TAR:	7	16	7	4	8	42
VIH	4	11	7	13	12	47
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>116</b>

Fuente: SILAIS-Chontales 2012.

En 2012, el SILAIS-Chontales nos facilita los últimos datos de VIH/SIDA recogidos a 21 de enero de 2011. Estos datos no son los reales sino de los que se tienen conocimiento.

Hubieron 18 casos, distribuidos de la siguiente manera: 7 en Juigalpa, 2 en Rama, Santo Domingo, Acoyapa y MDLB, y 1 caso en Nueva Guinea, Ayote y Santo Tomás.

De los 18 casos, 13 fueron hombres y tan sólo 5 mujeres. El grupo de edad predominante fue el de 20 a 24 años (7), seguido por el de 25 a 29 (6) y de 35 a 39 (3). La edad más alta recogida es de 38 años y la más baja de 17.

Por otra parte, de esos 18 casos, sólo hay constancia de 4 personas que estén con TAR y 10 tienen seguimiento. Sólo existe 1 caso de mujer embarazada con 21 años y en relación a los fallecidos, hubo 2 que fueron hombres entre 20 y 29 años.

Con respecto a las profesionales existe un perfil amplio. De estos 18 casos tenemos información detallada de 15, de los cuales: 1 es pescador, 2 jornaleros, 4 amas de casa, 1 carnicero, 2 meseros, 1 policía, 1 carpintero, 1 camionero, 1 herrero y 1 comerciante.

**Tabla 35. Base de datos de los casos de PVVS en Chontales, enero 2012.**

Nº	F. Registro	Fecha Elisa	semana E	Nombre y Apellidos	Sexo	Edad	Grupo Edad	Riesgo	Condición	Municipio	Ocupación	Residencia	Embarazada	Tratamiento	Seguimiento	Observaciones
1	09/02/12	01/02/12	5	RRR 170986 (H12-290)	M	25	25-29	HT	VIH	Juigalpa	Carnicero				X	
2	06/01/12	01/02/12	5	YSCC 270490 (h12-291)	F	21	20-24	HT	VIH	Acoyapa	A. de Casa	C/S 3 1/2 al Oeste	24 4/8 sg	TAR		Se traslado a C.Rica
3	06/01/12	01/02/12	5	GHNR190188 (H12-292)	M	23	20-24	HT	VIH	Acoyapa	Jornalero	C/S 3 1/2 al oeste			X	Se traslado a C.Rica/ por trabajo
4	20/02/12	27/02/12		JVF201085	M	26	25-29	HSH	VIH	Sto Domingo	Mesero				X	
5	17/02/12	29/02/12		BNCB200587	F	24	20-24	HT	VIH	N.Guinea	A. de Casa	Col. Talolinga		TAR		Se traslado a Esteli
6	04/03/12	05/03/12		KJCP230387	M	24	20-24	HT	VIH	Juigalpa	Policía	De la Policía 1/2 c al este 1/2 al Sur			X	
7	09/03/12	07/03/12		FEGF150592	M	20	20-24	HT	VIH	Juigalpa	Mesero	De la Curacao 8 al sur 1/2 al este 1/2 al sur			X	
8	28/02/12	13/03/12		GJPA020385	M	25	25-29	HT	Fallecido 13/04/12	Santo Tomas	P. Libertad	Detrás del Cementerio			X	
9	21/03/12	29/03/12		RDHM130982	M	29	25-29	HT	VIH	Juigalpa	Carpintero	B. Madriz			X	
10	24/01/12	30/01/12		EML250383	M	29	25 - 29	HT	Fallecido 13/02/12	Ayote	Camionero	Contiguo a la Iglesia Bautista		TAR		
11	09/01/12			KMB060988	F	23	20 - 24	HT	VIH	Juigalpa	A. de Casa	Bombero 1 c al oeste		TAR		
12		09/03/12		YCS010195f	F	17	15-19	HT	VIH	Rama						
13				AUR141276	M	36	35-39	HSH	VIH/TB	Sto. Domingo	Herrero	Frente al instituto Ba. Pancasan				
14				DAP130682	M	28	25-29	HSH	VIH	Juigalpa	Comerciante	Km 110 carretera a Managua San Patricio				
15		01/06/2012		TCL151081F	F	30	30-34	HT	VIH	M.D.L.B	A. de Casa	UNAG 1 c arriba 1 c a la derecha			X	
16	11/05/12	01/06/12		BSM100775M	M	38	35-39	HT	TB/V IH	M.D.L.B	Ninguna	UNAG 1 c arriba 1 c a la derecha				
17		15/06/12		EABM280689 M	M	23	20-24	HT	VIH	Juigalpa	Jornalero				X	
18		15/06/12		LAZG270786	M	34	35-39	HT	VIH	Rama	Pescador				X	

Fuente: SILAIS-Chontales, 2012.

A partir de los datos obtenidos en estos últimos años, el SILAIS-Chontales se plantea algunos retos para seguir interviniendo en VIH/SIDA, como son:

- Fortalecer los CONISIDA Municipales.
- Realizar campañas de sensibilización.
- Garantizar la TAR en el Hospital.
- Fortalecer la Coordinación interinstitucional.

Además, se plante también algunos logros como son, para acercar la problemática a la población y conseguir mayor participación de la comunidad:

- Realización de feria con la participación de la población y las diferentes instituciones del estado.
- Involucramiento de los PVVS en las diferentes actividades.
- Aumento en el muestreo en las embarazadas y la población general.

### **5.11.2. La Conserjería**

En el SILAIS-Chontales una de las intervenciones y respuestas que más éxito tienen son las consejerías. Las consejerías en VIH/SIDA no son una receta que indique cuáles son las mejores prácticas y riesgos, tampoco se trata de enseñar datos o hechos ni decirle a la gente cómo proceder.

La consejería o “*counseling*” no son consejos. Consiste en un diálogo confidencial, una intervención para manejar los riesgos, una estrategia para descubrir planes personales de vida, una forma profesional de prestar ayuda, de brindar información, es una intervención necesaria para elaborar alternativas de comportamiento (Espinoza Sequeira, 2010).

Se trata de una interacción que debe inspirar al cliente a tomar sus mejores decisiones, siendo más una orientación que una prescripción; ayudar a disipar miedos, disminuir la ansiedad, el coraje y la frustración; proveer elementos funcionales para tomar decisiones.

“La consejería es una técnica y su aplicación un arte”. Si aconsejar hoy en día es entendido como la posibilidad de acompañar procesos mediante técnicas específicas, también debemos rescatar sus interioridades éticas.

La Bioética habla sobre lo bueno y lo bien hecho, donde sus fundamentaciones se basan en la búsqueda de lo bueno. En este caso lo bueno se refiere a hacer el bien (Espinoza Sequeira, 2010):

- Se fundamenta en valores y principios. Los valores son nuestras creencias. Cuando los pacientes nos llegan a consejería con la interpretación de su mundo y la construcción de valores que no necesariamente coinciden con los nuestros.
- Lo ético está en reconocer la autonomía de ese mundo y la necesidad de respetar esas creencias incluyendo en la técnica la dimensión moral. La primera condición moral de la técnica es reconocer en las personas a un sujeto con dignidad, con derechos y autonomía.

Los pacientes VIH han sido discriminados y hasta algunos han llegado a plantear la necesidad de su exclusión, valorando prejuiciadamente su vida sexual y una supuesta irresponsabilidad al adquirir el virus, cuando en realidad sabemos que cada caso es particular, que cada quien es responsable de su vida privada, y todos en alguna medida de la ignorancia y falta de educación sexual de la población.

Por todo lo expuesto, podemos establecer como objetivos de la consejería, los siguientes:

- Ayudar a establecer prioridades en sus necesidades.
- Ayudar a prepararse a recibir sus resultados.
- Apoyar cambios de comportamiento (socioculturales, económicos, etc.).
- Negociar un plan de reducción de riesgo.
- Incrementar la percepción de riesgo del cliente.
- Informar sobre los beneficios y riesgos del protocolo de tratamiento para evitar transmisión perinatal.



Por otra parte, los principios por los que se rige la consejería, son (Espinoza Sequeira, 2010):

- Privacidad.
- Imparcialidad.
- Voluntariedad.
- Veracidad.
- Confidencialidad.

Con respecto a las cualidades básicas que debe tener el consejero, resaltamos:

- Sensible, empático.
- Sincero y objetivo.
- Seguro, desinhibido.
- Confiable.
- Con disposición para el autoconocimiento y exploración de sus barreras emocionales.
- Comprensivo.
- Tolerante (no paternalista).
- Sin prejuicios.
- Sin alteraciones psicopatológicas.

Además, un buen consejero o un consejero eficaz, debe poseer una serie de habilidades para realizar esta tarea:

- Prácticas en consejería.
- Autocontrol.
- Comunicación.
- Motivación al cambio.
- Manejo de las emociones.
- Autoconocimiento de limitaciones.
- Manejo de situaciones de conflicto, rechazo sexualidad.
- Dominio básico del tema.

No obstante, aparte de estas habilidades del consejero, éste tiene que manejar una serie de técnicas para escuchar activamente (Espinoza Sequeira, 2010):

- Repetición: repetir lo que al cliente le preocupa.
- Parafrasear: decir lo que el cliente dijo en otras palabras.
- Actitudes corporales: expresión facial, tono de voz, mirar a los ojos, contacto físico cuando sea necesario y de manera apropiada.

Desde un punto de vista técnico, y centrado en la temática de nuestra investigación y tema de interés, el VIH/SIDA, el consejero necesita saber una serie de aspectos, que se podrían considerar casi unos requisitos del profesional:

- Diferencia entre el VIH y SIDA.
- Opciones actuales de tratamiento.
- Saber cómo se transmite y cómo no se transmite el virus.
- Método para la reducción del riesgo.
- Principios para el cambio del comportamiento.
- Habilidades de comunicación.
- Aspectos generales relacionados con la prueba.
- La confidencialidad.
- La notificación de parejas.
- Necesidades potenciales del cliente, apoyo y servicios legales.
- Beneficios de diagnóstico y tratamiento temprano.
- Significados de los resultados de la prueba.
- Conciencia de los propios sentimientos y valores sobre el VIH.

Una vez que el consejero está entrenado en la materia, ha adquirido los conocimientos técnicos-teóricos, posee o ha entrenado las habilidades necesarias y asimila los principios éticos de la consejería, se enfrenta a la entrevista pre-prueba.

- En dicha entrevista, el consejero debe tener una actitud receptiva, empática, cálida, sin emisión de juicios y garantizando la privacidad. Asimismo en la entrevista debe abordar:
  - El conocimiento del cliente sobre VIH/SIDA.

- La motivación del cliente para solicitar la realización de la prueba.
- Explicar qué es la prueba, dónde, cómo se realiza, cuántos tipos de pruebas existen y la frecuencia con que se realiza según los factores de riesgos.
- Garantizar la confidencialidad de la misma.
- Comunicarle que la prueba se realiza después de su autorización escrita.

A partir de ahí, el consejero debe orientar sobre las posibilidades del cliente ante un resultado negativo, positivo o inconcluso. Dependiendo el tipo de respuesta o resultado que se obtenga, habrán unas pautas determinadas a tener en cuenta (Espinoza Sequeira, 2010):

- Negativo: el consejero plantea la posibilidad y observa reacción; luego en conjunto con el cliente identifican factores de riesgos y negocian estrategias para disminuir o eliminarlos.
- Positivo: el consejero plantea la posibilidad y observa la reacción del cliente, y luego se debe brindar información sobre los avances científicos sobre el manejo del VIH/SIDA, las opciones de tratamiento, la Ley 238 y las organizaciones de apoyo.

Una vez obtenidos los resultados de la prueba, la consejería se centra en la “*post-prueba*”, donde al dar los resultados:

- El consejero debe limitarse, concretarse a entregar el resultado sea éste positivo o negativo.
- No debe emitir opiniones, emociones o sentimientos.
- Debe limitarse a observar y detectar la reacción del cliente.

Éste último aspecto es muy importante porque a partir de ahí se configuran diferentes escenarios. El primer escenario es cuando el resultado es negativo, donde se produce un momento de euforia, alegría pero también desconfianza, indiferencia, tristeza, flexibilidad para cambiar de actitud de prácticas, hábitos, etc., y la indiferencia para cambiar de actitud. Es un momento de confusión momentánea.

Si el resultado es positivo, los sentimientos y sensaciones del paciente son la negación, la fuga, autoeliminación, aceptación y desconfianza, tristeza, dolor y aflicción. Estos sentimientos son muy poderosos y difíciles de eliminar por lo que la figura del consejero aquí es imprescindible y necesaria (Espinoza Sequeira, 2010).

En el caso de que haya un resultado concluido, se discute el resultado, se motiva para que se haga otra prueba y despejar las dudas, se discute la posibilidad de infección durante el periodo de prueba o durante el periodo de ventana. También se debe hablar sobre la disponibilidad de realizar un seguimiento médico, se refuerza el plan de reducción de riesgos, se solicita una cita para la otra prueba y, sobre todo, se ofrece apoyo durante todo el proceso.

Con respecto a la consejería en casos de embarazo y transmisión materno infantil, es importantísimo que durante el embarazo el consejero aporte información necesaria para la toma de una decisión responsable, se asesore sobre los riesgos tanto para la madre como para el hijo, se establezcan alternativas preventivo terapéuticas vigentes y se produzca la posible interrupción según las leyes del país.

En el caso de personas que se inyectan drogas, su objetivo es disminuir el riesgo: cambiando vía, usando descartables, a través de los programas con metadona o la rehabilitación.

Para finalizar el proceso el consejero le pregunta al cliente si tiene alguna otra inquietud en la que se le pueda ayudar, se solicitan números de teléfono donde se le pueda localizar tanto a él como a otros proveedores, se proporciona material escrito que le pudiese resultar útil y proveer requerimientos para el apoyo emocional, servicios médicos o cualquier otra cuestión que considere necesarias abordar (Espinoza Sequeira, 2010).

## **5.12. Marco normativo nicaragüense en VIH/SIDA**

Para finalizar este capítulo debemos mencionar el marco legislativo en relación al VIH/SIDA en Nicaragua, el cual regula el plan de acción que incluya instrumentos legales, guías o normas nacionales y procedimientos apropiados para hacer frente a las diferentes aristas de la epidemia (Banco Mundial, 2006).

Con respecto a las PVVS, en octubre de 1996 se publicó la **Ley sobre Promoción, Protección y Defensa de los Derechos de las Personas que Viven con VIH/SIDA**. Con esta ley surge la Comisión Nicaragüense de VIH/SIDA – CONISIDA- con objeto de dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en la propia ley. Además, esta ley se centra en establecer los derechos y tareas de las PVVS, donde podemos resaltar los siguientes artículos (Banco Mundial, 2006):

- Artículo 5: establece que nadie puede ser sometido a una prueba de VIH sin su debido consentimiento.
- Artículo 7: los resultados de las pruebas de VIH deben manejarse de manera confidencial.
- Artículo 20: las autoridades deben garantizar los derechos de las PVVS, así como de aquellos que viven con el virus en prisiones e instituciones psiquiátricas.
- Artículo 22: establece que las PVVS tienen el derecho a trabajar y llevar a cabo tareas de acuerdo con sus posibilidades. El hecho de ser VIH positivo no constituye un motivo para obstruir la contratación de una persona o para el despido de la misma.
- Artículo 24: las PVVS y sus hijos tienen derecho a la educación.

Además, en 2001 se aprueba el Reglamento de la **Ley nº 238 “Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA”**. Aparte de esta ley, el marco reglamentario de Nicaragua en VIH/SIDA se apoya en las siguientes normativas (Banco Mundial, 2006 y CONISIDA, 2011):

- **Ley 423, Ley General de Salud**, la cual establece la definición del Sistema Nacional de Salud. Un aspecto interesante de esta ley es que insta a proteger a la población contra epidemias de cualquier tipo. Esta ley define como Sistema Nacional de Salud al conjunto de todas las instituciones proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas y, en su artículo 11, reconoce la construcción de modelos de salud autónomos para las regiones del Caribe (CONISIDA, 2011).

- **Ley 185, Código del Trabajo.** Establece que los empleadores están obligados a cumplir las medidas necesarias para garantizar la salud de los trabajadores en todo momento y reducir riesgos laborales.
- **Decreto ley 975, Ley Orgánica de la Seguridad Social.** Esta ley faculta al Instituto Nacional de la Seguridad Social –INSS- para implementar, dentro del régimen de seguridad social, todas las prestaciones con los riesgos profesionales. Asimismo, establece en su artículo 74 que ejecutará programas para la prevención de enfermedades profesionales y establece claramente las obligaciones de los empleadores.
- **Ley nº 369 de Seguridad Transfusional.** Establece que la donación, procesamiento, conservación y transfusión de sangre humana deben realizarse de acuerdo a los estándares de calidad establecidos tanto para donantes como para receptores.
- **Ley nº 287 Código de la niñez y la adolescencia,** define que todas las niñas y niños tienen derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud física y mental, educación, el tiempo libre, medio ambiente sano, vivienda, cultura, recreación, seguridad social y a los servicios para la prevención y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud.
- **Ley nº 392 Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud.** Esta ley tiene por objeto promover el desarrollo humano de hombres y mujeres jóvenes, garantizar el ejercicio de sus derechos y obligaciones, establecer políticas institucionales y movilizar recursos del estado y de la sociedad civil para la juventud. Por joven se entiende a toda persona nacional o extranjera radicada en el territorio nacional cuya edad oscile entre los 18 y 30 años de edad.
- **Ley 28 sobre la Autonomía de las Regiones de la Costa Caribe nicaragüense.** Instaura cómo las distintas unidades administrativas deben manejar los programas de salud en dichas regiones.

En esta línea, el Plan estratégico nacional de las ITS, VIH y SIDA, se delimitan estas actuaciones por un conjunto de políticas públicas de la República de Nicaragua, materializándose en los siguientes instrumentos (CONISIDA, 2011):

- El **Plan Nacional de Desarrollo** reconoce al VIH/SIDA como un problema de salud pública y llama a las autoridades del país a una respuesta rápida.
- **La Política Nacional de Salud** establece los lineamientos para la creación de un sistema de Programa Nacional que maneje los asuntos relacionados a la salud sexual y reproductiva.
- **Política Nacional de población y su plan de acción** orientan el desarrollo de un programa nacional para atender lo relacionado con la salud sexual y reproductiva e incluye la prevención del VIH/SIDA y responsabiliza al MECD para garantizar una educación sexual científica y veraz a educandos y educadores y al MINSA con implementar un paquete básico de atención que incluye el VIH, aplicando un modelo de atención diferenciada para adolescente y jóvenes, encaminado al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva así como a la disminución de la incidencia de las ITS y el VIH.
- **La Política Nacional de Educación** que reconoce la relación entre el VIH/SIDA y la ausencia de una apropiada educación sexual.
- Las **Políticas de la Juventud y la Política Nacional de atención y prevención integral a la niñez y la adolescencia** y su Plan Nacional de Acción para la atención integral a la niñez y la adolescencia, definen entre sus objetivos que se deberá garantizar el acceso a la información y educación sexual y a servicios integrales de salud a los jóvenes para poder prevenir las ETS/VIH/SIDA.
- La **Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud** reconocen la necesidad de fortalecer la atención de varias enfermedades transmisibles endémicas, incluido el VIH/SIDA, elevar la cobertura y calidad de las prestaciones sociales y fomentar ambientes y estilos de vida saludables, e incluye objetivos para fortalecer la

promoción y la aplicación de la guía terapéutica del conjunto de síntomas de las ITS, entre otros.

- El **Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/SIDA (2005-2009)**. Dirigido a la coordinación de esfuerzos relacionados a la respuesta nacional contra VIH/SIDA, a la vez que salvaguarda los derechos de las PVVS.
- **Ley de VIH nº 820, Ley de Promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y el SIDA**, que reemplaza a la norma pionera sancionada en 1996.
- El **Plan Nacional de lucha contra la violencia** define como una prioridad trabajar en el empoderamiento de la mujer, promoviendo prácticas de respeto y equidad que permita eliminar todo tipo de violencia y explotación contra la mujer, la niñez y la adolescencia y poder elevar la calidad de vida de la población nicaragüense.

En relación con este mapa normativo en VIH/SIDA, y según el estudio del Banco Mundial (2006), gran parte de las PVVS, funcionarios públicos y población en general, no conocen sobre la existencia de la ley ni tampoco los derechos humanos que ésta protege. Estas situaciones de desinformación y desconocimiento provocan comportamientos discriminatorios por los que es imprescindible intervenir desde la prevención y la educación para la salud.



**CAPÍTULO III**  
**FAREM-CHONTALES: APRENDER EN**  
**JUIGALPA**

*La revolución es siempre desde abajo.  
Y la hace el pueblo.*  
**Antonio Machado**



## **6. JUIGALPA-CHONTALES: CONTEXTO DE ESTUDIO**

La presente investigación se ha centrado en el contexto de Nicaragua, concretamente en el municipio de Juigalpa, capital del Departamento de Chontales. Concretamente, estudiamos la población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), con sede en Juigalpa, en relación a los conocimientos y prácticas de riesgo que tienen con VIH/SIDA. La sede universitaria se denomina Facultad Regional Multidisciplinar de Chontales (Farem-Chontales) con la que el grupo de investigación GEDUPO de la Universidad Pablo de Olavide lleva colaborando desde hace varios años.

Para contextualizar un poco el país debemos señalar que Nicaragua continúa, prácticamente, a la cabeza de los países más pobres de América Latina. Persisten serios problemas de VIH/ SIDA, desnutrición, altas tasas de mortalidad materna - perinatal, el aumento poblacional, migración del área rural a la ciudad y el déficit en la calidad del agua potable en el municipio Juigalpa Chontales.

Durante los años 2007–2011 en Nicaragua se ha evidenciado un incremento en el reporte de casos VIH/SIDA en todos los grupos de edad. Sin embargo, en la población comprendida entre los 20 y 39 años se concentra el 72% del total de personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (1.743 casos). No menos importante se encuentra el grupo de 40 a 59 años con 397 casos (16%), seguido por la población adolescente donde se registran 1186 casos (8%).

A nivel nacional, la tasa de incidencia fue de 13 por cada 100.000 habitantes en el 2010 a 19.8% en el año 2011(cifra oficial del Ministerio de Salud), en el 2011 ocurrieron 1170 nuevas infecciones y la vía de transmisión continua siendo la vía sexual.

En los siguientes apartamos ahondaremos en la localización, características y contexto de Juigalpa así como de la FAREM-Chontales que es donde se desarrolla nuestra investigación.

## **6.1. Reseña histórica**

Existen varias versiones en lo que al nombre de JUIGALPA se refiere. Algunos autores señalan que el nombre de Juigalpa tiene origen Azteca, y su significado sería “Gran Ciudad”; otros afirman que procede del vocablo mexicano “Juigalpán” que significa “criadero de Caracolitos Negros”. Hay más versiones, como la que, por ejemplo, dice que dada la aridez de sus tierras y la proliferación de jícaros, este nombre procede de voces mexicanas que significan “lugar abundante de jícaros”. Los monumentos encontrados hasta hoy en el Departamento de Chontales y expuestos en el Museo Arqueológico de Juigalpa “Gregorio Aguilar Barea”, comprueban la mezcla de dos culturas indígenas: la de los Quiribíes o Caribíes y la de los Choroteganos.

Juigalpa se menciona por primera vez en la historia escrita en el año 1659 y el 24 de abril de 1668 es la fecha que se toma como momento de fundación del municipio. Uno de los nombres con los que se conoció a Juigalpa fue con el de "JUIGALPA de la Asunción" se trataba de un pueblo de Indios y Ladinos.

El 24 de Agosto de 1858 se creó el Departamento de Chontales y se nombró a Acoyapa la cabecera. En 1865, la cabecera se traslada a Juigalpa y en 1866 pasa a ser de nuevo Acoyapa. Esta ciudad lucha con por la cabecera del departamento por ser la ciudad más antigua de este, además de por otros motivos. Sin embargo, Juigalpa va adquiriendo importancia debido a su rápido desarrollo comercial, ganadero y poblacional, por lo que finalmente es nombrada el 11 de junio de 1877 cabecera del departamento de Chontales.

El 4 de febrero de 1862 Juigalpa fue elevada al rango de Villa y el 27 de enero de 1879, según decreto Presidencial, Juigalpa es elevada al rango de ciudad.

Hasta la actualidad y desde 1885 dos Juntas Municipales y 66 Alcaldes Municipales han dirigido el municipio de Juigalpa.

## **6.2. Contexto geográfico: Juigalpa-Chontales**

Nicaragua se encuentra ubicada en medio del istmo Centroamericano, que como un angosto puente une las dos grandes masas continentales de Norte y Sur

América, y a su vez separa el Océano Pacífico del Mar Caribe. Es un país tropical situado entre el Ecuador y el Trópico de Cáncer, en el hemisferio norte, precisamente entre los 11° y los 15° de latitud. Se ubica en el hemisferio occidental, entre los 83° y los 88° de longitud, contados hacia el Oeste a partir del Meridiano de Greenwich, considerado el Meridiano Universal que marca la hora cero.

En la frontera Norte limita con Honduras, en el Este con el mar Caribe, en el Sur con Costa Rica y en el Oeste con el Océano Pacífico.

El país está dividido en 15 departamentos y 2 regiones autónomas, con sus respectivas capitales: la Región Autónoma del Atlántico Norte –RAAN- (Puerto Cabezas), la Región Autónoma del Atlántico Sur –RAAS- (Bluefields); departamentos del pacífico: Granada (Granada), Carazo (Jinotepe), Chinandega (Chinandega), León (León), Managua (Managua), Masaya (Masaya) y Rivas (Rivas); departamentos de la región central: Boaco (Boaco), Chontales (Juigalpa), Estelí (Estelí), Jinotega (Jinotega), Madriz (Somoto), Matagalpa (Matagalpa) y Nueva Segovia (Ocotal). En la región central y del Caribe se encuentra el departamento de Río San Juan (San Carlos).

Nicaragua al igual que el resto de países de la región de Centroamericana, se caracteriza por tener un gran porcentaje de población joven. Se ha estimado que la media de la población es de 16 años y se calcula que la población entre 0 – 18 años constituye el 53% del total de la población, de los menores de 18 años, el 58 por ciento es menor de 10 años.

**Imagen 11. Mapa de Nicaragua**



Fuente: extraído de Internet.

El municipio de Juigalpa, ubicado a 139 kilómetros de distancia de la capital, Managua, y es la cabecera departamental de chontales, entre la costa nororiental del Gran Lago de Nicaragua, la Cordillera de Amerrisque y los valles que traza en su descenso hacia el lago. Ocupa el primer lugar en el Departamento por el tamaño de su población y el tercero de acuerdo a su extensión territorial.

Está localizada entre las coordenada geográficas de 12° y 06´ de latitud norte y entre los 85° y 22´ longitud oeste, cuenta con una extensión territorial de 726.75 Km<sup>2</sup>, una población de aproximadamente 70,000 habitantes, 55, 000 en el casco urbano, y 15,00 en el área rural y una densidad poblacional de 49.5 habitantes /Km<sup>2</sup>. Se limita:

- Al norte: Municipio de Cuapa.
- Al sur: Municipio de Acoyapa y el Lago de Nicaragua.
- Al Este: Municipio de la Libertad y San Pedro de Lóvago.
- Al Oeste: Municipio de Comalapa.

### **Imagen 12. Panorámica general de Juigalpa**



Fuente: fotografía propia.

El municipio de Juigalpa comprende el casco urbano de la ciudad y 19 comarcas que a continuación se detallan:

**Tabla 36. Comarcas de Juigalpa y su extensión territorial.**

COMARCAS	EXTENSIÓN TERRITORIAL (Ha)
Aguas Calientes	5.317
Apompuá	1.551
Chavarría	1.140
El Arrayán	5.777
El Cóbano	3.132
El Naranjito	547
Hato Grande	18.959
Juigalpa	3.036
Piedras Grandes	1.612
Puerto Díaz	2.481
Quebrantadero	3.306
San Antonio (Santa Rita)	7.132
San Diego	1.062
San Esteban N°1	3.952
San Esteban N°2	3.612
San Miguelito	4.087
San Ramón	2.741
San Francisco del Coyol	1.782
Santa Rosa de Amerrisque	3.667
<b>TOTAL</b>	<b>74.893</b>

Fuente: Gobierno de Nicaragua (2011).

Por otra parte, el casco urbano de Juigalpa se encuentra dividido en 8 zonas y 36 barrios, los cuales son:

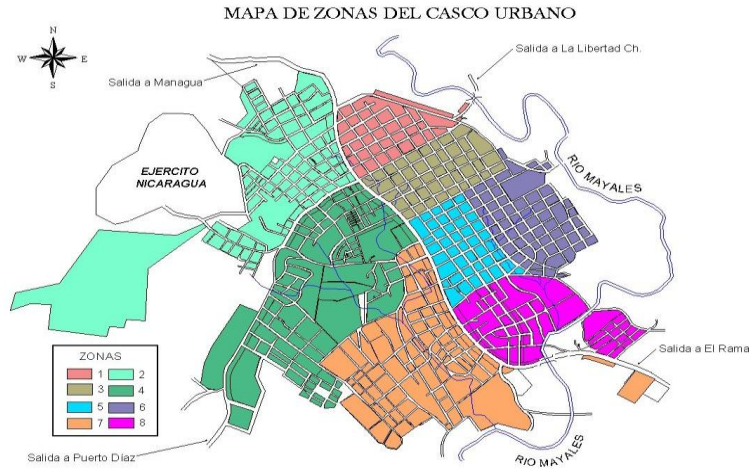
**Tabla 37. Zonas y Barrios del casco urbano de Juigalpa.**

ZONAS	BARRIOS
1	Sandino, Países Bajos y Pueblo Nuevo
2	Santa Clara, Las Colinas, Los Limones, Loma Linda y Santa Ana
3	Carlos Núñez, Minvah, Madrid, Chanchera, La Morenita y el Santuario
4	Virgen María, Palo solo, El Tanque, Paiwas, Panmuca y Cruz Verde
5	El Resbalón, Punta Caliente, Las Canoas y Zona Central
6	Las Lomitas, Calicanto y Tamanes
7	Héctor Ugarte, El Cementerio, Nuevo Amanecer I, Nuevo Amanecer II, Punta de Plancha y Padre Miguel Gonfia Lazzari
8	La Tonga, Diriangén y San Antonio

Fuente: Gobierno de Nicaragua (2011).

A manera de mapa, exponemos las diferentes zonas en las que se encuentra dividida la ciudad de Juigalpa:

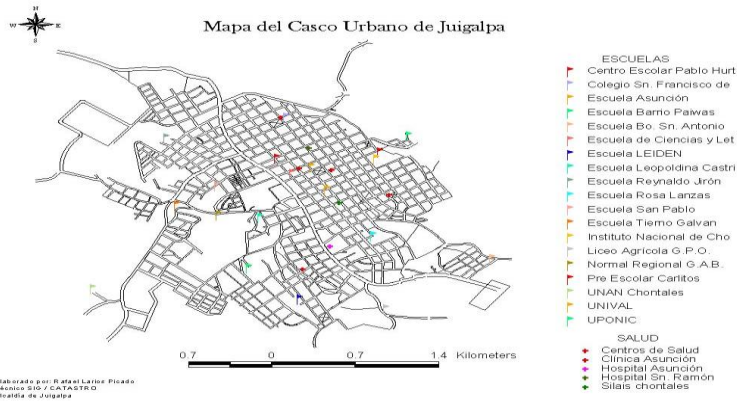
### Imagen 13. Zonas del casco urbano de Juigalpa



Fuente: Alcaldía de Juigalpa (2011).

En el siguiente mapa se aprecia la extensión del casco urbano y los recursos con los que consta la ciudad:

### Imagen 14. Servicios del casco urbano de Juigalpa



Fuente: Alcaldía de Juigalpa (2011).

### 6.3. Características socio-educativas

La población del municipio de Juigalpa según datos de la Alcaldía de Juigalpa año 2011 (proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –INEC- en



base del censo de 1995) era de 53.890 habitantes. El 73.8% de la población del municipio reside en el área urbana y solo el 26.2% lo hace en el área rural. Esto tiene su explicación en el hecho de que Juigalpa es cabecera departamental y cuenta con servicios y oportunidades de trabajo que no se encuentran en el campo (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011).

Se estima que el municipio cuenta en la actualidad con aproximadamente 70.000 habitantes, distribuidos; 56.000 (80%) en el área urbana localizada en 40 barrio de la ciudad, y 14.000 (20%) en el área rural ubicada en 27 comarcas. En cuanto a los porcentaje según género, tenemos que en el casco urbano son hombre 31.500 (45%) y 38.500 (55%), la población femenina es mayoritaria en la ciudad en relación a los hombres, siendo esta situación a la inversa en el área rural, ya que la población masculina es mayoritaria.

El 52.4% de la población son mujeres, con un 54% en la zona urbana y un 46% en la rural. El promedio de miembros en la familia en el área rural es de 7 personas. El 55.5% de la población es menor de 20 años, o sea, que es una población joven, que en los próximos años presionará por viviendas, salud, educación y otros servicios.

En cuanto a los porcentaje según género, tenemos que en el casco urbano son hombres unos 31.500 (45%) y 38.500 / 55%) mujeres, siendo la población femenina mayoritaria en la ciudad en relación a los hombres. Esta situación es inversa en el área rural, ya que la población masculina es mayoritaria.

**Tabla 38. Población de Juigalpa por grupo de edad y sexo<sup>43</sup>.**

Grupo de edades	TOTAL			URBANO			RURAL		
	Ambos sexos	H	M	Ambos sexos	H	M	Ambos sexos	H	M
0-4	7.945	4.047	3.898	5.483	2.815	2.668	2.462	1.232	1.1230
5-9	7.779	3.942	3.837	5.513	2.805	2.708	2.266	1.137	1.129
10-14	7.973	3.975	3.998	5.818	2.841	2.977	2.155	1.134	1.021
15-19	6.185	2.849	3.336	4.592	2.065	2.527	1.593	785	808
20-24	5.023	2.286	2.737	3.729	1.636	2.093	1.294	650	644
25-39	10.318	4.585	5.733	7.936	3.402	4.534	2.381	1.182	1.199
40-59	5.881	2.731	3.150	3.856	1.894	1.962	1.331	689	642
60 a más	2.786	1.218	1.568	2.329	759	1.570	1.152	608	544
<b>TOTAL</b>	53.890	25.633	28.257	39.256	18.217	21.039	14.634	7.417	7.217
<b>Porcentaje</b>	100.0	47.6	52.4	72.8	46.0	54.0	27.2	50.7	49.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Proyecciones 1998.

<sup>43</sup> Recordamos que los datos que presentamos en la tabla corresponden al censo de 1995 que son los únicos datos oficiales del Instituto de Estadística.

La población económicamente activa del municipio es de unas 17,149 personas, que corresponde al 31,8% de su población total, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

**Tabla 39. Población de 10 años y más por Actividad y Sexo.**

SEXO	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA)			POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA (PEI)						TOTAL POBLACIÓN MÁS DE 10 AÑOS
	Ocupados	Desocupados	Total	Pensionistas	Amas de casa	Estudiantes	Incap.permte	Otros	Total PEI	
Hombres	9.561	2.040	11.601	144	34	4.590	389	886	6.043	17.644
Mujeres	4.206	1.342	5.548	106	8.344	5.454	243	827	14.974	20.522
Ambos sexos	13.767	3.382	17.149	250	8.378	10.044	632	1.713	21.017	38.166

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Proyecciones 1998.

La principal actividad económica del municipio la constituye la ganadería, en la cual está involucrada aproximadamente un 60% de la población económicamente activa. En segundo lugar, se ubica la agricultura, a la que se dedica el 20% de la población; la actividad comercial se encuentra bastante difundida dedicándose a esta, aproximadamente, un 10% de la PEA y un 10% trabaja en instituciones de servicio público y privado. La actividad agrícola se destina a cubrir dos necesidades: el autoconsumo familiar y la crianza de los animales de patio. Los cultivos que se producen son Maíz, frijol, arroz, musáceas y tubérculos. La siembra se realiza de forma tradicional: tala, quema y espeque. La actividad de pesca es artesanal y se realiza en Puerto Díaz, donde se constituye como la principal actividad económica, desarrollada por aproximadamente por 200 pescadores, que se dedican a la captura de Tilapia, Gaspar, Róbalo y Guapote. Gran parte de la producción es vendida en el puerto a un comprador que llega de fuera; el resto es vendido en Juigalpa.

A rasgos generales planteamos algunos datos significativos de nuestras áreas de interés como son la educación y la salud.

Según la delegación del Ministerio de Educación del municipio, existe una población estudiantil de alrededor 18.456 alumnos en pre-escolar, primaria y secundaria, 1.379 en Educación Especial (escuela de educación especial, escuela

normal, centro de educación de adultos –CEDA, y centros de educación de obreros –CECOS-) y, por último, 1 centro de estudio en el sistema penitenciario.

Para dar respuesta a esta población, el municipio cuenta con unos 618 maestros, y los centros de educación son (Gobierno de Nicaragua, 2011):

- Pre-escolares (38):
  - o Comunitarios: 13 urbanos y 12 rurales.
  - o Estatales urbanos.
  - o Privados subvencionados urbanos.
  - o Autónomos urbanos.
  - o Privados urbanos.
- Primaria (22):
  - o Centros de Primaria completa.
  - o Centros primarios extra edad autónomos.
  - o Centro privado subvencionado.
  - o Centro privado.
  - o Centros estatales urbanos.
  - o Centros multigrados autónomos rurales.
- Secundaria (12):
  - o Centros de secundaria diurna.
  - o Centros de secundaria privados subvencionados diurnos.
  - o Centros de secundaria privados diurnos.
  - o Centro secundaria autónomo nocturno.
  - o Centro de secundaria nocturno.
- Educación Especial (6):
  - o Centro de educación especial (multigrado -1- ).
  - o Una escuela normal regional (1).
  - o Centro de educación de adultos (1).
  - o Centro de estudio en el sistema penitenciario (1).
  - o Centros de educación de obreros (2).

Existe un 30% de analfabetismo, mayormente entre mujeres, lo que ha originado que la iglesia y organismos no gubernamentales impulsen programas de

alfabetización. Se ha formado una red nacional y departamental para agrupar todos los sectores en este esfuerzo que será dirigido por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD), cuyo objetivo es dar a conocer el nuevo sistema de alfabetización mediante el sistema de fichas, el ABC en español, el ABC de matemáticas y la cartilla tradicional (Gobierno de Nicaragua, 2011).

A partir de la información del MECD y dentro del proceso de modernización de la educación, con la autonomía, se han conseguido varios logros, entre los que destacan:

- Mayor índice de retención.
- Mayor calidad en la educación.
- Mayor rendimiento académico.
- Mayor limpieza en los centros.
- Mayor asistencia de docentes y alumnos.
- Mejora de la infraestructura.
- Rescate de valores.

Por otra parte, en cuanto al área de Salud, en Nicaragua existen 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud distribuidos en todas las regiones del país.

En el sistema integral en salud (SILAIS Chontales) trabajan un total de 626 trabajadores. El personal que trabaja en el Hospital Regional “Asunción” es de 399 trabajadores distribuidos así: 124 personal de enfermería, 51 personal médico entre ellos los médicos en servicio social, 224 corresponden a otros cargos, se brinda atención especializada (psiquiatría, medicina interna, cirugía, maxilo- facial, urología, ginecología, traumatología entre otros). Para la atención en salud, el municipio de Juigalpa está dividido en 18 sectores (diez rurales y 8 urbanos).

El centro de salud de Juigalpa atiende, además de las comarcas y el sector urbano del municipio de Juigalpa, al sistema penitenciario regional que se encuentra en el municipio de Comalapa y el Juste que pertenece a San Pedro de Lóvago y es atendido por 2 equipos de salud, el de Juigalpa y el de San Pedro de Lóvago. Tienen organizados 30 brigadistas y 22 parteras (9 son urbanas). El centro de salud atiende consultas externas, emergencias, pediatría, odontología, ginecología, laboratorio, salud mental y enfermos crónicos.

El SILAIS-Chontales, según datos de MINSA (2013), atiende a los diferentes municipios que pertenecen al Departamento de Chontales, cuya extensión total es de 16.161 km<sup>2</sup>. La población total a la que se destina son 358.652 habitantes, de los cuales prácticamente la mitad son mujeres (51%) y la otra mitad hombres (49%).

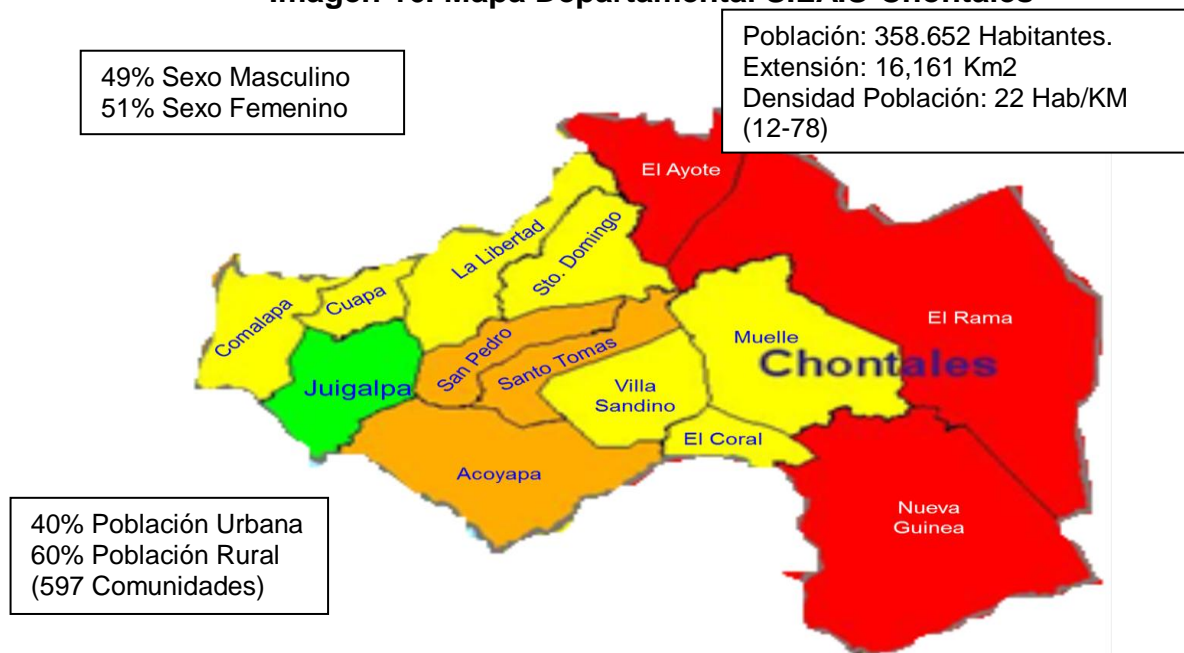
**Imagen 15. Sede de SILAIS-Chontales en Juigalpa, 2012**



Fuente: fotografía propia.

En cuanto al tipo de población, podemos apreciar cómo la mayoría del departamento vive en zonas rurales. Existe un 40% de población urbana y un 60% de población rural, atendiendo a un total de 597 comunidades.

**Imagen 16. Mapa Departamental SILAIS-Chontales**



Fuente: Ministerio de Salud SILAIS-Chontales, 2013.

Según Gobierno de Nicaragua (2011), para la atención en salud, el municipio está dividido en 18 sectores: diez rurales y 8 urbanos. Cada puesto urbano cuenta con un médico, uno o dos auxiliares de enfermería y un encargado de limpieza, mientras que cada sector rural tiene su unidad de referencia, es decir, una unidad urbana donde se le atiende, en total son 3 rurales (Puerto Díaz, Cuisalá y El Juste).

La delegación del MINSA cuenta una plantilla de recursos humanos, distribuida por categorías: 92 trabajadores, de los cuales 13 son médicos, 3 enfermeras, 25 auxiliares, 4 trabajadores en higiene, 40 trabajadores en la parte administrativa y 7 trabajadores más.

En cuanto al personal de enfermería que atiende en el SILAIS-Chontales, en la tabla siguiente podemos observar los recursos humanos con los que cuenta el departamento según municipios y por categorías laborales. Cabe resaltar que, después del Hospital, son los municipios de Nueva Guinea, Rama y Juigalpa los que poseen más personal:

**Tabla 40. Personal de enfermería por perfil. Año 2013**

MUNICIPIO:	Auxiliare: Enfermería	Lic. Obstetricia	Lic. Mater. Infantil	Lic. Pte. Crítico	Lic. Salud Pública	Lic. Ciencia de Enfermería	Enfermer. General	Enfermer. T. Básico	Enfermer. en S.S	Enfermer. Qx.	Técnico	TOTAL
Comalapa	7	2	0	0	0	0	0	0	1			10
Cuapa	2	1	1	0	3	0	0	0	0			7
Juigalpa	17	4	5	0	1	0	1		0			28
Libertad	11	0	0	0	0	1	0	0	1			13
Sto Domingo	7	2	0	0	1	0	0	0	0			10
Ayote	6	0	0	0	0	0	1	0	1			8
Acoyapa	9	1	1	0	1	0	0	0	0			12
Sto Tomas	14	3	1	0	3	0	0	0	0			21
San Pedro	7	1	0	0	0	1	1	0	0			10
V. Sandino	10	0	2	0	0	0	1	0	1			14
MDLB	9	2	1	0	0	0	1	0	1			14
H. P. MDLB	10	0	1	0	1	0	0	0	3			15
Rama	21	2	2	0	5	0	1	0	1			32
Coral	6	0	0	0	1	0	0	0	0			7
Nva. Guinea	33	4	0		8	0	9	1	0	1		55
Hospital Asunción	133	16	12	4	21	4	7	1	3	15		216
Sede Silais	2	0	3	1	4	0	0	0	0			10
<b>TOTAL.</b>	<b>304</b>	<b>38</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>49</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>16</b>		<b>482</b>

Fuente: Ministerio de Salud SILAIS-Chontales, 2013.

Si distribuimos estos recursos humanos por edad y municipios, observamos que Juigalpa es el único municipio con la media de edad en más alta de todo el

departamento (con 50 y más años), mientras que plantilla más joven (menores de 40 años), sin tener en cuenta el personal del Hospital que también cuenta mayoritariamente con una plantilla joven.

**Tabla 41. Personal de enfermería por edad y municipios**

MUNICIPIOS	< 40 años	> 40 años	50 años y mas	Total
Comalapa	6	4	-	10
Cuapa	4	2	1	7
Juigalpa	10	8	10	28
Libertad	9	2	3	14
Sto. Domingo	7	2	1	10
Ayote	8	-	-	8
Acoyapa	5	3	4	12
Sto Tomas	4	12	5	21
San Pedro	4	5	1	10
V. Sandino	12	4	-	16
MDLB	8	6	-	14
Hosp. MDLB	13	2	-	15
Rama	17	10	5	32
Coral	2	3	2	7
Nva. Guinea	33	10	12	55
Hospital Asunción	129	65	46	240
Sede Silais	1	5	4	10
<b>TOTAL.</b>	<b>206</b>	<b>147</b>	<b>76</b>	<b>429</b>

Fuente: Ministerio de Salud SILAIS-Chontales, 2013.

Centrándonos en el municipio de Juigalpa, capital del departamento, observamos cómo, según la tabla que presentamos a continuación distribuida por zonas o barrios, aparte del Hospital Regional, existen 18 servicios de salud: centro de salud familiar (CS) (1), puestos de salud Familiar (PS) (7), total de unidades de salud (U/S) (9) y casas maternas (1):

**Tabla 42. Red de Servicio del Municipio del C/S Juigalpa.**

N°	Municipios / unidad de salud	Pob 2013	Extensión territorial	Densidad	Hospital regional	Hosp. Primario	Cs familiar	P/s familiar	Total de u/s	Casas maternas
3	JUIGALPA	59,751	760	78						1
3.1	Hospital Regional Asunción				1				1	
3.2	C/S de Juigalpa						1		1	
3.3	P/S Zona N°							1	1	

	1									
3.4	P/S Zona N° 2							1	1	
3.5	P/S Zona N° 4							1	1	
3.6	P/S Zona N° 6							1	1	
3.7	P/S Zona N° 7							1	1	
3.8	P/S Zona N° 8							1	1	
3.9	P/S Puerto Díaz							1	1	
<b>Sub total</b>		<b>59,751</b>	<b>760</b>	<b>78</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

Fuente: Ministerio de Salud SILAIS-Chontales, 2013.

En cuanto a los programas que se impulsan desde el centro de salud de Juigalpa, son:

- Salud integral de la mujer y la niñez: control prenatal, puerperio, control del cáncer, vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño, detención de discapacidad, planificación familiar y odontología.
- Higiene de los alimentos: control de lugares de expendios de venta de alimentos como restaurantes, comiderías, pulperías, etc.
- Atención de enfermedades crónicas.

Actualmente sí están desarrollando programas de prevención y atención al VIH/SIDA coordinados desde los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) de Juigalpa.

Debido a las informaciones dispersas que dispone la alcaldía del municipio, los datos que se ofrecen no son concretos pero sí orientativos sobre los problemas y características que posee Juigalpa.

En primer lugar, con respecto a los principales problemas que afronta la ciudad, exponemos los siguientes sin ningún orden de prioridad (Gobierno de Nicaragua, 2011):

- Comunicación.
- Falta de empleo (no hay industrias, deficiente productividad agropecuaria).
- No hay mucho acceso a tecnología.
- Falta de un mercado municipal adecuado.



- Deforestación.
- Uso inadecuado y mal manejo de suelos.
- Insuficiente normación y marco de responsabilidades difusas.
- Falta de una terminal de buses.
- Equipos de construcción en muy mal estado.
- Falta de un alcantarillado sanitario.
- No hay un sistema y metodología de planificación definido.
- Falta de capacitación al personal.
- Contaminación ambiental, por producción e inadecuado tratamiento de basura.
- Incipiente conciencia/ cultural ambiental.
- No hay política de incentivos internos.
- Relaciones humanas débiles.
- Falta de un manual de control interno.
- Falta de equipos y medios.

Una de las características más importantes de Juigalpa, aspecto que se puede generalizar a prácticamente todo el país, y se enfatiza en las zonas rurales, es que es una ciudad donde el entorno familiar juega un papel muy representativo, aunque con las nuevas leyes de protección a los adolescentes, se han fomentado la desobediencia de los hijos, atribuyéndose a muchas conductas de riesgo, porque en el hogar no se sabe quién pone las normas de conducta.

#### **6.4. La juventud nicaragüense**

La Organización de las Naciones Unidas declaró de agosto de 2010 a agosto de 2011 como el año internacional de la juventud:

*“En el comienzo de este Año Internacional, reconozcamos y celebremos todo lo que los jóvenes pueden hacer para construir un mundo más seguro y más justo y redoblemos nuestros esfuerzos por incluir a los jóvenes en las políticas, programas y procesos decisivos que benefician su futuro y el nuestro” (Ban Ki-moon).*

Cuando hablamos de jóvenes o de juventud, son muchas las definiciones que encontramos. La Real Academia Española, por ejemplo, define a la juventud como

*“edad que se sitúa entre la infancia y la edad adulta; estado de la persona joven; conjunto de jóvenes; primeros tiempos de algo. Juventud de un astro, del universo, del año; rama juvenil de una formación política, religiosa, etc.”*

Por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas define a los jóvenes *“como personas entre los 15 y 24 años de edad”*. Esta definición fue elaborada en 1985, en el año Internacional de la Juventud. Se considera, por lo tanto, niños a todas las personas menores de 15 años. Sin embargo, cabe destacar que en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño se define a estos últimos como las personas menores de 18 años de edad, el objetivo de esto es el de proporcionar una protección de mayor alcance.

También nuestra Constitución Española de 1978 la refiere en cuanto a política social, cuando expresa en su artículo 48 que *“los poderes públicos promoverán las condiciones para la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social y cultural”* (Pérez Serrano y Pérez de Guzmán Puya, 2006).

En general, los diferentes autores reconocen el final de la infancia entre los 13 y los 14 años. Sin embargo, no se ponen de acuerdo a la hora de enmarcar a la juventud en un rango de edad. Esto se debe, en muchas ocasiones, a que la definición de juventud varía en los diferentes países, dependiendo de factores como los institucionales, sociales, culturales o políticos, entre otros.

En este caso, nos hacemos eco de la definición de Naciones Unidas, que hacemos nuestra. Consideraremos, por lo tanto, jóvenes a aquellas personas entre 15 y 24 años de edad. Y estos serán, mayoritariamente, los destinatarios de nuestro proyecto.

Hacemos nuestras las palabras de Naciones Unidas para referirnos a los jóvenes, como:

*“un recurso humano fundamental para promover el desarrollo, un cambio social positivo [...]. Sus ideales, su energía y su visión son esenciales para el desarrollo continuo de sus sociedades. No son simples beneficiarios pasivos, sino agentes efectivos del cambio. Dedicados, entusiastas y creativos, los jóvenes han estado contribuyendo al desarrollo al ocuparse de las cuestiones más difíciles de la sociedad. Los esfuerzos de los jóvenes han contribuido a luchar contra la pobreza y el hambre en sus comunidades, a poner freno a la pandemia del VIH/SIDA mediante la educación entre pares y a promover la protección del medio ambiente. También han sido pioneros en el fomento del diálogo, la comprensión y el respeto entre personas de procedencias culturales y religiosas diversas. Los jóvenes a menudo dan el ejemplo adoptando estilos de vida ecológica y saludable, promoviendo usos innovadores de las nuevas tecnologías, aprovechando los dispositivos electrónicos móviles y las redes sociales en línea y salvando brechas para fomentar el desarrollo de sociedades inclusivas. Sus*

*contribuciones al desarrollo en los planos comunitario, nacional, regional y mundial se deben reconocer y alentar (Naciones Unidas, 1985)”*

En líneas generales, la adolescencia ha sido definida como un periodo de transición desde la niñez a la edad adulta y que supone numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales.

A pesar de esto, es difícil hablar de “juventud”, porque es imposible abarcar la totalidad de las expresiones en que se da esta etapa en medio de las más diversas situaciones políticas, sociales y económicas en las que viven los jóvenes:

*“A partir de mediados del siglo XIX y en el siglo XX, ciertos sectores sociales logran ofrecer a sus jóvenes la posibilidad de postergar exigencias -sobre todo las que provienen de la propia familia y del trabajo- tiempo legítimo para dedicarse al estudio y la capacitación, postergando el matrimonio, permitiéndoles así gozar de un cierto período durante el cual la sociedad brinda una especial tolerancia. La juventud termina, en el interior de las clases que pueden ofrecer a sus miembros recién llegados a la madurez física este beneficio, cuando estos asumen responsabilidades centradas, sobre todo, en formar el propio hogar, tener hijos, vivir del propio trabajo” (Margulis, 2008:14).*

Aparece aquí el concepto de moratoria social. Se trata de una etapa en la que el joven es considerado como una persona en preparación, en espera, para asumir los roles del adulto.

Desde esta perspectiva se entiende como edad juvenil, al período que va desde la época de la adolescencia en la que se producen ciertos cambios corporales, con relativa madurez sexual, etc. hasta la independencia del núcleo familiar y la formación de un nuevo hogar, junto a la independencia económica, que de alguna manera representan algunos de los elementos que definen la condición de adulto.

Se trataría de un período que combina una cierta madurez biológica con una relativa inmadurez social. Cecilia Braslavsky (1986) menciona cinco transiciones que se dan en forma paralela: dejar la escuela, comenzar a trabajar, abandonar el hogar de la familia de origen, casarse, formar un nuevo hogar y que se producen en forma diferente según el sector social al que pertenecen los jóvenes.

Sin embargo, todo este proceso estará fuertemente condicionado por factores de tipo social, cultural, económico, etc. que concluirán indefectiblemente en la configuración de lo que actualmente la mayoría de los autores denomina como diferentes juventudes.

No podemos continuar sin nombrar algunos de los mitos relacionados con la juventud:

- "La manifestación dorada por la cual se identifica a todos los jóvenes con los privilegiados -despreocupados o militantes en defensa de sus privilegios-, con los individuos que poseen tiempo libre, que disfrutan del ocio y, todavía más ampliamente, de una moratoria social, que les permite vivir sin angustias ni responsabilidades."
- "La interpretación de la juventud gris por la que los jóvenes aparecen como los depositarios de todos los males, el segmento de la población más afectado por la crisis, por la sociedad autoritaria, que sería mayoría entre los desocupados, los delincuentes, los pobres, los apáticos, la desgracia y resaca de la sociedad"
- "La Juventud blanca", o los personajes maravillosos y puros que salvarían a la humanidad, que harían lo que no pudieron hacer sus padres, participativos, éticos, etc." (Braslavsky, 1986:13-14):

*"Homogeneizar los distintos grupos juveniles sobre la base de una pertenencia generacional suele ser una falacia analítica habitual. Dicha clasificación suele estar guiada más por los datos del sentido común brinda que por el resultado de un auténtico relevamiento sociológico. Considerar la dimensión etaria como un dato explicativo de percepciones y prácticas regulares termina funcionando en la investigación como un obstáculo epistemológico que impide comprender la influencia de otros factores, como la clase, el género, y las pertenencias étnicas o culturales, que en ocasiones terminan siendo más importantes que la tenencia de una edad determinada" (Elbaum, 2008: 157-158).*

Al hablar de juventud solemos pensar en un periodo de grandes cambios. Se trata de una etapa de crisis, conflictos y/o desajustes que deberán irse resolviendo. Estas experiencias a las que los jóvenes se irán enfrentando son cada vez más diferentes, teniendo en cuenta que vivimos en un mundo globalizado. En un mundo en el que los medios de comunicación ejercen gran influencia en los jóvenes y en el que éstos pueden acceder a información de todo tipo, normalmente no acorde con su edad, a través de Internet.

Además, es posible interpretar una cierta sensación de inmortalidad característica de los jóvenes. Esa sensación, esa forma de relacionarse con el mundo como si todo lo pudiera es lo que los adultos observan como temeridad en muchos de sus comportamientos.

Conductas autodestructivas que juegan con la salud como si fuera inagotable. La audacia y el arrojo en desafíos, la recurrente exposición a accidentes, los excesos en el consumo de alcohol, sobredosis de drogas, etc. Vivir “a full”, vivir “al palo”, vivir “a mil”, etc.

La juventud, generalmente, adopta conductas de riesgo como el consumo de sustancias, la conducta sexual de riesgos, etc., al no considerarlo como algo peligroso, teniendo una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a creerse diferentes y mejores que los demás, y también especiales (frases como “a mí no me va a pasar”). Además, si su grupo de iguales lo realizan ellos también pueden<sup>44</sup>.

Las consideraciones precedentes refieren fundamentalmente a los jóvenes de sectores socialmente considerados medios o medios altos. Podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la realidad de los sectores populares, marginalizados o expulsados es sustancialmente diversa y está caracterizada por aspectos que poco o nada tienen que ver con lo antes dicho.

De hecho, según datos de Naciones Unidas, actualmente, los jóvenes representan el 18% de la población mundial, es decir, unos 1.200 millones de personas. El 87% de estos viven en países en vías de desarrollo. Se prevé, además, que para el año 2025, el número de jóvenes que vivan en países en vías de desarrollo aumente hasta alcanzar el 89.5%. Es por ello por lo que es tan necesario que en las políticas y en la agenda de desarrollo de cada país se contemplen los asuntos de juventud.

#### **6.4.1. Características**

En Nicaragua, entre 1995 y 2005, los jóvenes (15 a 24 años) suponían una quinta parte de la población total. Durante esta última década, el número aumentó de 90.000 a 1'2 millones.

Son tres los tres instrumentos jurídicos relativos a la juventud en Nicaragua:

---

<sup>44</sup> VV.AA. (2002): Proyecto Insular de Prevención. Primera parte 1999-2001. Cabildo Insular de Tenerife. Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS). Unidad de Infancia, Familia y Mujer.

- Ley y Reglamento de promoción para el desarrollo integral de la juventud. (1999).
- Política Nacional para el desarrollo integral de la juventud.
- Plan de Acción de la Política Nacional para el desarrollo integral de la juventud nicaragüense. (2005-2015).

En este punto, debemos aclarar que la Ley de Promoción de Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense define a los jóvenes como la población comprendida entre los 18 y los 30 de edad. Por ello, para las políticas en Nicaragua se han definido dos grupos etáreos<sup>45</sup>, uno para jóvenes de entre 18 y 24 años y otro para jóvenes de 25 a 30. Esto es debido a que se han identificado necesidades e intereses diferentes para cada uno de estos grupos.

Según datos de UNICEF, la tasa de alfabetización de jóvenes de 15 a 24 años es del 85% en el caso de hombres y del 89% en el caso de mujeres. Sin embargo, según las estimaciones del INEC, solo un 9'7% del total posee un título universitario o algún nivel de formación técnica.

En el informe titulado *Primera Encuesta Nacional de Juventud*<sup>46</sup> realizado por el Instituto Nicaragüense de la Juventud, los mismos jóvenes señalan los motivos por los que no continúan sus estudios, estos son: los problemas económicos, la preferencia de trabajar frente a estudiar o la falta de interés por el colegio. En cuanto al tiempo libre, las principales actividades que realizan son escuchar música, estar con la familia, ver la televisión o salir con los amigos. Son muy diferentes los tipos de asociaciones en las que los jóvenes participan, desde deportivas hasta religiosas, pasando por estudiantiles, aunque los porcentajes de participación no son altos. **Uno de cada tres jóvenes dice querer participar pero acaba optando por no hacerlo.**

Como último aspecto, podemos destacar que en Nicaragua, la maternidad y la unión temprana son la norma. Por lo general, seis de cada diez mujeres se unen antes de llegar a los 20 años, aunque esto depende del lugar de residencia y de la educación. En general, los jóvenes nicaragüenses comienzan su actividad sexual

---

<sup>45</sup> Por grupo etáreo se entiende a los grupos de edad en que se divide la población (16-21 años, por ejemplo), con el fin de simplificar los grupos al reunir características similares; generalmente es de 5 en 5 o de 10 en 10 (por ejemplo, de 15 a 25 años).

<sup>46</sup> Se puede consultar la encuesta al completo en <http://www.laconvencion.org/index.php?descargas/index/encuestajoven.pdf>.

antes de los 20 y un alto porcentaje está teniendo relaciones sexuales desprotegidas por lo que se exponen a embarazos no deseados y/o a enfermedades de transmisión sexual. Esto se debe a que están poco informados de cómo protegerse o a que incluso desconocen enfermedades como el VIH/SIDA.

#### **6.4.2. Participación juvenil**

Es importante sensibilizar a la población y, sobre todo, a la juventud sobre la promoción para la salud y la prevención del VIH-SIDA. Teniendo en cuenta las características de nuestro colectivo, destacamos la importancia de fomentar valores como la participación solidaria y responsable en la vida comunitaria y familiar así como las actividades de ocio, el respeto a lo diferente, los hábitos de vida saludables, en definitiva, la participación en la sociedad (Gobierno de Canarias, 2010).

Conseguir una fuerte implicación de los jóvenes en el desarrollo social y colectivo, es uno de los grandes objetivos, tal y como lo señala la Constitución Española en su artículo 48, porque sólo con la participación de los jóvenes en todos los campos de la vida política, social, económica y cultural, podrá realmente avanzar nuestra sociedad.

La participación es esencial al considerarse el modo en el que las personas actúan, se relacionan y comparten un espacio y diferentes actividades.

Los jóvenes no suelen involucrarse de forma adecuada en las decisiones que les afectan. Normalmente, son los adultos los que deciden sobre el desarrollo de programas y políticas para los jóvenes, por lo que en ocasiones, estas decisiones no reflejan las necesidades o intereses de ellos, y los programas que se ponen en práctica no satisfacen las necesidades del colectivo al que están dirigidos. Por lo que a través de la participación juvenil en estas decisiones, los jóvenes y los adultos pueden aprender mutuamente y encontrar soluciones más relevantes y efectivas.

Asimismo, los jóvenes tienen un poder considerable para intervenir entre sus iguales por lo que nuestra meta es formarles como líderes comunitarios en la promoción de la salud y la formación en VIH-SIDA.

Para los jóvenes el sentido de lo colectivo es muy importante, puesto que el sujeto social joven se caracteriza por la interacción entre iguales. Se juntan y despliegan formas de agrupamiento con códigos y estilos propios. Transitan por instituciones (familia, escuela, iglesias, asociaciones), encuentran los obstáculos u oportunidades de un mundo ya modelado por otros y los sortean como pueden. En esas interacciones van organizando su mundo interno, su subjetividad.

Así, el sentido de la participación y organización juvenil es una apuesta por la construcción de una subjetividad independiente, por la construcción de una ciudadanía juvenil, de ciudadanías juveniles, parte activa de la sociedad.

Al igual que ocurre en España con la Constitución Española, en Nicaragua la Constitución Política de 1987, garantiza, en su artículo 50, *“el derecho de la participación ciudadana en igualdad de condiciones en los asuntos públicos y la gestión estatal. Por medio de la ley se garantizará, nacional y localmente, la participación efectiva del pueblo”*. Son múltiples las experiencias comunitarias de participación de la ciudadanía en diferentes actividades así como en reuniones con partidos políticos a nivel local.

Por otra parte, en el Capítulo III de los Derechos Sociales, la Constitución establece en su artículo 58 el *“derecho a la educación y a la cultural”*. Asimismo, en el artículo 59 señala que *“los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma”*.

La Ley N° 475-2003 de Participación Ciudadana, subraya que el proceso de participación ciudadana es un derecho fundamental para llevarla a cabo se establecen los siguientes instrumentos:

- La iniciativa ciudadana en general para el caso de las normas de ámbito nacional, regional autónomo y local.
- La consulta ciudadana de normas en la fase del dictamen, en el ámbito nacional, regional autónomo, departamental y local.



- Las instancias consultivas para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en el ámbito nacional, regional autónomo, departamental y local.
- Las asociaciones de pobladores y las organizaciones gremiales, sectoriales, sociales, organizaciones de mujeres y jóvenes en el ámbito local.
- La consulta ciudadana en el ámbito local.

Esta ley define la participación ciudadana como

*“el proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible, en corresponsabilidad con el Estado”* (Gobierno de Nicaragua, 2003).

Por otra parte, la Red Nicaragüense por la Democracia y el Desarrollo Local (RNDDL) la entiende como

*“el conjunto de prácticas de intervención directa de ciudadanas y ciudadanos, de forma individual y colectiva ante el Estado, con el fin de alcanzar la igualdad política y social que les permita influir de forma permanente en las decisiones públicas y realizar un escrutinio de la administración pública que contribuya tanto a su eficiencia y su eficacia como a su democratización, incluida la elección de las autoridades locales y nacionales”* (Observatorio de la Participación Ciudadana, 2009).

En esta última definición se contemplan los distintos roles que pueden desempeñar los ciudadanos frente al Estado: elector, fiscalizador, contribuyente, asociado y proponente de políticas públicas. Según la RNDDL, la participación comunitaria apunta democratizar al Estado aunque requiere de la vigencia de un Estado de Derecho que implica la independencia de los poderes, el sometimiento de todos los ciudadanos a las leyes y normas emanadas de poderes designados democráticamente, el respeto a las libertades y derechos humanos. Esta Red promueve una participación ciudadana efectiva e integral, cuyas cualidades son su carácter informado, pluralista, autónomo, sistemático y vinculante (RNDDL, 2007).

Algunos de los aspectos interesantes de Nicaragua, en cuanto a participación, son el Consejo del Poder Ciudadano (CPC) y el Comité de Desarrollo Municipal (aparte del Departamental, Regional y Nacional). Estos canales de participación facilitan a los ciudadanos la integración en las diferentes acciones políticas,

convirtiéndose en un aspecto muy favorable para que se escuche la voz del pueblo y, realmente, podamos hablar de un estado democrático y participativo.

Este Comité de Desarrollo Municipal está compuesto por (Gobierno de Nicaragua, 2003):

- 1 representante de los Ministerios con presencia en el territorio.
- 1 representante de los entes autónomos.
- 1 representante de los gobiernos regionales y/o municipales.
- 1 representante de las diferentes asociaciones de la sociedad civil y asociaciones religiosas.
- 1 representante de cada una de las cámaras empresariales, confederaciones sindicales, cooperativas y las de productores.
- 1 representante de cada uno de los partidos políticos con representación parlamentaria.
- 1 representante de las asociaciones de pueblos y comunidades indígenas y cualquier otro a criterio del Poder Ejecutivo o del alcalde.

Entre sus funciones, destacamos aquellas relacionadas con nuestro objeto y colectivo de estudio, desde un punto de vista más socioeducativo:

- Realizar propuestas de proyectos que vayan en pro del desarrollo económico y social del municipio y sus moradores.
- Contribuir en los procesos del diagnóstico y planificación participativa de políticas sectoriales.
- Contribuir con el alcalde en el desarrollo de los proyectos en beneficio de la comunidad.

Nicaragua, en los últimos años, se ha visto envuelta en un interés de políticos, académicos y líderes civiles sobre participación ciudadana, al considerarla un elemento clave para la democratización del sistema político y para un desarrollo sostenible e inclusivo. En 2007 resurgió el debate sobre participación ciudadana como resultado de la política del actual gobierno de conformar un sistema nacional de Consejos de Poder Ciudadanos subordinados al Poder Ejecutivo.

En 2007 la RNDDL construye el Observatorio de la Participación Ciudadana Municipal como un medio para la generación de conocimientos y propuestas de acciones a favor de profundizar la participación ciudadana a nivel local en Nicaragua.

En Nicaragua se combina tanto la forma de participación directa como representativa (a través de representantes de los partidos políticos o de organizaciones civiles), convirtiéndose el sistema político como *“una república democrática, participativa y representativa”* (Art. 3).

Según el Observatorio de la Participación Ciudadana Municipal (2009), en el siglo XXI diversos actores sociales latinoamericanos han puesto en agenda la *“construcción de ciudadanía”* como una tarea fundamental para potenciar las capacidades humanas y sociales de incidir en la gestión pública a fin de responder a sus demandas de superación de la pobreza y de desarrollo sostenible.

En 2007/2008 se lleva a cabo un estudio exploratorio ejecutado en 18 municipios del país, donde analizan y caracterizan la situación de la participación comunitaria en sus interrelaciones con el gobierno municipal y con las delegaciones de entes del gobierno central en los municipios durante el año 2007 (Observatorio de la Participación Ciudadana Municipal, 2009).

Entre las conclusiones del estudio, relacionadas con nuestro ámbito de la salud, señalan que en el ámbito de la salud municipal, las Delegaciones del MINSA han difundido públicamente información sobre las actividades de salud comunitaria, la prevención de enfermedades (entre las que se encuentra el VIH/SIDA), lactancia materna, planificación familiar, higiene personal y nutrición infantil. Resalta satisfactoriamente la participación ciudadana de los municipios estudiados en la ejecución de actividades de salud preventiva y mucho menor en la consulta del plan municipal de salud y en el monitoreo y evaluación de la gestión de salud pública. Como resultado más destacable, el informe afirma que *“sólo en la mitad de los municipios funciona el Consejo Municipal de Salud como espacio de concertación interinstitucional”* (Observatorio de la Participación Ciudadana Municipal, 2009).

Por último, resaltar que en 2007 también se crea el Consejo del Poder Ciudadano (CPC) del Gobierno de Nicaragua definido como *“un proyecto de unidad para que Nicaragua avance y salga adelante, para que la familia nicaragüense tenga*

*dignidad en la vida y viva mejor*". Estos consejos tienen una función social y se configuran como un nuevo modelo alternativo que restablece los derechos y brinda espacios de poder al pueblo sin distinción de colores partidarios.

Estos Consejos están conformados por una estructura básica de 16 miembros, que serán electos desde las comarcas, los barrios y que ejercerán la democracia directa donde el pueblo tiene el poder. Se configuran como un gran movimiento social comunitario, donde participan todos aquellos que tengan la vocación de servicio al pueblo para trabajar por nosotros mismos. Este lema posee paralelismos con la idea de Freire *"desde, por y para la comunidad"*, y que ya abordamos en el apartado de animación sociocultural y desarrollo comunitario.

Las responsabilidades de estos CPC son, entre otras:

- La promoción de los derechos de la ciudadanía.
- La comunicación, la seguridad ciudadana y el intercambio comunitario.
- Los derechos de la mujer, jóvenes y adultos mayores, de salud, educación, medio ambiente, deportes y cultural.

Rosario Murillo, coordinadora del Consejo de Comunicación y Ciudadanía del Gobierno de Nicaragua, resalta que

*"los CPC no serán para imponer sus planteamientos a los gobiernos locales (alcaldías municipales), sino que presentarán propuestas para que los alcaldes las tomen en cuenta, pero...lógicamente aquellos alcaldes que sean electos el próximo año como representantes del Frente Sandinista van a estar obligados a tomar las propuestas locales de la ciudadanía porque es un solo proyecto"* (El pueblo presidente, 2007).

### **6.4.3. La sexualidad en la juventud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la sexualidad sana como<sup>47</sup>

*"...la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales"* (Gobierno de Canarias, 2004).

---

<sup>47</sup> Sexualidad, fecundidad y métodos anticonceptivos. Manual de Sexualidad y juventud para un sexo más seguro, en [www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/epidemiologia/sida/manual2004/bloque1.htm](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/epidemiologia/sida/manual2004/bloque1.htm).

Teniendo en cuenta la definición anterior, no debemos caer en reduccionismo de identificar sexualidad con reproducción. La sexualidad puede ser entendida como un ámbito de la experiencia individual, no determinado de antemano, que evoluciona y se modifica a lo largo de la vida adquiriendo diversos modos de expresión no preestablecidos<sup>48</sup>.

Según algunos estudios realizados en nuestro país, en los jóvenes se observa una tendencia a tener relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas y con más de una persona en poco tiempo, mostrándose los chicos más activos sexualmente que las chicas, ya que ellas les dan más importancia a los sentimientos (González Rico, 2007).

Entre los jóvenes de nuestro país, por ejemplo, se ha impuesto durante los fines de semana una “cultura de la noche”. Este hecho está asociado al consumo de alcohol, lo que lleva a hacer un mal uso de la sexualidad, es decir, al salir de fiesta y tomarse unas copas se sienten mejor con ellos mismos, más sociables e incluso más atrevidos a realizar acciones que en estado normal no harían, como puede ser mantener relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo o diferente, con o sin preservativo. Estas conductas traen consecuencias muy graves como los embarazos no deseados o contagio por enfermedad (Rodrigo y Palacios, 2001).

En el caso concreto de Nicaragua, según Montenegro (2000), son pocos o parciales los estudios sobre sexualidad y están vinculados a la problemática genérica de las mujeres y sólo tangencialmente a la sexualidad. También existen estudios, centrados desde una perspectiva sociológica, focalizados en las relaciones de género, la violencia conyugal, la identidad sexual (Ellsberg, 1996; Montoya, 1998; Bolt, 1996, respectivamente). Un estudio de referencia en Nicaragua sobre las conductas de alto riesgo ante el SIDA es el de Nimehuatzin (1995) así como el de actitudes de CINCO (1996).

Para conocer la percepción que tienen los estudiantes de la FAREM sobre el VIH/SIDA y, en general, sobre la sexualidad, primero debemos de conocer la cultura sexual nicaragüense. Para ello, establecemos algunos temas que serían indispensables investigar (Montenegro, 2000):

---

<sup>48</sup> Ídem.

- La sexualidad y su vínculo con la violencia: los factores que explican el ejercicio de la violencia están relacionados con el control del cuerpo femenino y con valores relativos a la virginidad, fidelidad, placer y autonomía de las mujeres. La violencia sexual para las mujeres representa, aparte de violación y maltrato físico, inhibición y censura del placer femenino.
- La relación entre sexualidad y reproducción: ambos aspectos están vinculados al equilibrio psicocorporal de las personas, al relacionamiento humano en distintos planos, a las políticas de población y a la capacidad de las familias para el propio sustento y reproducción en lo material, físico y afectivo.
- El ejercicio interventor de los adultos sobre la sexualidad infantil: relacionado con la socialización de la niñez y los roles de género, la preinscripción de normas para niños y niñas, el incesto, los embarazos en adolescentes y el abuso sexual, violación y maltrato a menores.
- El imaginario sexual de la población: está configurado con las ideas, creencias y valores que sustentan las prácticas sexuales de la gente así como con las percepciones y deseos más auténticos sobre la vivencia o construcción de una nueva sexualidad para hombres, mujeres y adultos mayores.

Según la Tercera Conferencia Mundial de Población de El Cairo de 1994, en el capítulo sobre Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, definen la salud sexual cuyo *“objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”* (Naciones Unidas, 1994).

El estudio exploratorio de Montenegro (2000) se centra en conocer las creencias y prácticas sexuales existentes en la población urbana de Managua, entre los 15 y 40 años. Se considera que en el ámbito de la sexualidad existen restricciones que pasan por la carga de valores y normas que la cultura nicaragüense tiene sobre la sexualidad, dando origen a un tipo de cultura sexual propia.

Al igual que ocurre en el resto de países y contextos, la sexualidad está mediada por factores históricos y culturales. La cultura proporciona una amplia variedad de categorías, esquemas y etiquetas para conformar las experiencias sexuales y afectivas. Por otra parte, no debemos olvidar que la sexualidad y el género son sistemas separados aunque entrelazados en muchos puntos y que estos puntos de conexión varían histórica y culturalmente (Montenegro, 2000).

#### **6.4.4. Modelos de sexualidad nicaragüense**

En Nicaragua, según la zona que estudiemos o en la que nos centremos, podemos hablar de diferentes modelos de sexualidad, ya que depende de la historia de los contextos y su cultura tradicional. Nosotros explicaremos en qué consiste el modelo genérico, que es el tradicional, y después nos detendremos en el modelo mestizo que se da en la zona del pacífico, cercana a Juigalpa.

##### **- Modelo genérico**

Según Montenegro (2000) el modelo genérico son construcciones histórico-culturales de un “*deber ser*”, o lo que muchas veces decimos como “*lo normal*”, para hombres y mujeres, y que incluye formas de relacionarse, una conducta, valores y expectativas permitidas.

Se estructuran y reestructuran adoptando nuevos elementos o cambiando sus formas, a través de la relación dialéctica entre el deber ser y el ser concreto, es decir, entre el ideal y la realidad. Estos modelos genéricos sirven como un elemento de identidad hacia lo interno y de diferenciación hacia lo externo, entre unas sociedades y otras.

Una peculiaridad de los modelos genéricos es que no son totales, sino que a veces se dan sólo en algunos sectores o grupos de la población. Lo que puede cambiar, sobre todo con el desarrollo tecnológico, es la manera o intensidad en que las mujeres viven la subordinación: disminución en los niveles de opresión, ampliación de los espacios de participación y posibilidades de desarrollo, entre otros.

En el caso de Nicaragua, el sistema dominante ha readecuado los modelos genéricos en correspondencia a los momentos de cambio estructural. Por ejemplo, Nicaragua tardó más que otros países en incorporar a las mujeres a la igualdad de derechos que postuló la Modernidad, y con la crisis de la Revolución (1979) se generaron los principales cambios en el actual modelo de dominación (Montenegro, 2000).

Nicaragua se caracteriza por su multiétnicidad por lo que las contradicciones y transformaciones en los modelos de género son bastante complejas. Durante años han coexistido en el país dos formaciones sociales diferentes: la del Atlántico, surgida de la colonización directa de los ingleses, que dio origen a las diversas etnias que la habitan (zonas que comprende a la Región Autónoma Atlántico Norte y la Región Autónoma Atlántico Sur); y la del Pacífico, con patrones de vida occidentales y latinos, derivados de la dominación española (modelo mestizo y que responde al resto de departamentos y comarcas).

Como nuestro estudio se centra en Juigalpa-Chontales, situada en la zona más cercana al pacífico, nos centraremos más en el modelo mestizo de sexualidad.

#### **- Modelo mestizo**

Este modelo mestizo se origina con la conquista de España en tierras nicaragüenses lo que supuso aparte de la ocupación de la tierra, el nacimiento de una nueva etnia mediante la violación de las mujeres indígenas, la derogación de las lenguas autóctonas y la imposición de otra lengua, otra religión y un nuevo orden social. Representa las normas y valores que integraron la cultura campesina del Pacífico y el centro de Nicaragua, articulando las formas patriarcales de la cultura indígena y las formas coloniales (Montenegro, 2000).

En esta época de conquista coexistieron tres morales tradicionales: la hispana fundada en la honra, la india centrada en el carácter sacrosanto de la familia y, por último, la mestiza que era la viva imagen de la ilegitimidad: violación, rapto o burla



que para los indios fue motivo de deshonra y precio humillante de su derrota. Para éstos últimos, ser *“hijo de la chingada”*<sup>49</sup> era la marca de su ilegitimidad y bastardía.

Cuando una mujer indígena tenía un hijo consecuencia de violación, raptó o concubinato con el colonizador, solía buscar el apoyo de su comunidad (que tendía a rechazarla) e identificaba a su hijo como indio, o buscaba reconocimiento del padre blanco para que pudiese vivir en libertad por ser mestizo y estar al margen del orden jurídico colonial. En este último caso, el hijo se desidentificaba con la cultura de la madre pasando a identificarse con la del padre. Esto provocaba el machismo que existe hoy día en Nicaragua: violenta humillación de la mujer y violenta afirmación del padre (Montenegro, 2000).

Este comportamiento machista con el tiempo reproduce el poder arbitrario del conquistador y su indiferencia ante la prole engendrada así como el desprecio hacia la mujer y el resentimiento con la madre.

Una de las herencias de la colonización Española en Nicaragua han sido los valores culturales arraigados, en mayor medida, por la Iglesia y el catolicismo. Estos valores son: la voluntad y el amor, y el honor.

- La voluntad y el amor: la doctrina católica establecía el consentimiento individual y su derecho a ejercer la libre voluntad al casarse. Esa libertad se traducía en el amor. El amor era la expresión de la voluntad para casarse aunque muchas veces *“el término mujer enamorada significaba una mujer que se embarcaba públicamente en actividades sexuales repetidas, no una mujer enamorada”* (Seed, 1991).
- El honor: supone un código social basado en el respeto, es decir, la estima que una persona tenía sobre sí misma así como la estima en que la sociedad la tenía. Cada persona tenía que *“defender su reputación”*. Este honor tiene también una diferencia en cuanto al género. La defensa del honor para los hombres implicaba una voluntad de lucha, de usar la fuerza para defender la reputación propia en contra de quienes la impugnaran; por tanto, la cobardía suponía una pérdida precipitada del honor. En el caso de las mujeres, la defensa del honor se relacionaba con la conducta

---

<sup>49</sup> Este término aparece en el libro *“El Laberinto de la Soledad”* publicado en 1950 por Octavio Paz, Premio Nobel de Literatura.

sexual (permanencia de la castidad antes del matrimonio y después la fidelidad); las relaciones sexuales antes o fuera del matrimonio, en caso de conocerse, demolerían el honor de una mujer y su reputación (Montenegro, 2000).

La característica más importante del honor era la preservación de la intimidad, las apariencias; es decir, más que la moral privada se trata de la falta de revelación al público *“si lo haces, que no se enteren”*.

En 1776 se promulga en España el requerimiento de consentimiento de los padres para la selección de un cónyuge de todas las personas menores de 25 años (Seed, 1991). Esta práctica se extiende a las Américas en 1778 y pasó de un honor como virtud a un honor como estatus (diferencia de riquezas, ingreso o estatus social).

#### - **Modelo reproductivo**

Aunque se ha ido avanzando en el modelo genérico heredado, es cierto que aún prevalece el modelo cultural que subordina a la mujer al hombre, y la creencia de que el trabajo doméstico y el cuidado de los niños son tareas exclusivas de las mujeres. Siguen existiendo situaciones de gran desigualdad entre hombre y mujeres como por ejemplo: paternidad irresponsable, violencia doméstica y restricción del tiempo de las mujeres, aunque es cierto que las nuevas generaciones empiezan a reflexionar sobre su situación y reivindicar un cambio, aunque no es tan latente de *“de puertas hacia fuera”*.

Este modelo genérico imperante y las consecuencias de la discriminación sexual ha provocado escaso control en la capacidad reproductiva de las mujeres, por lo que podemos observar en Nicaragua: altas tasas de fecundidad, elevado número de embarazos juveniles, elevada tasa de crecimiento demográfico, etc.

El hombre se considera *“el jefe de la casa”* y tiene el rol de protector de la familia, proveedor del hogar y sujeto a privilegios, mientras que la mujer está *“subordinada”* al marido. Asimismo, los altos niveles de consumo de *“guaro”* (ron, alcohol) y esa cultura machista heredada genera múltiples casos de violencia de género o machista (Montenegro, 2000).

En 1961 nace el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), bajo la dirección de Carlos Fonseca, seguidor de los principios ideológicos y del movimiento iniciado por el guerrillero nicaragüense Augusto César Sandino. Es en 1984 cuando es elegido presidente Daniel Ortega Saavedra al frente del FSLN aunque finaliza su gobierno en 1990 y vuelve a ser reelegido en 2006.

Con este cambio de gobierno y de valores culturales se avanza en el progreso y el desarrollo humano de la población nicaragüense. El lema del gobierno actual es *“Nicaragua cristiana, socialista, solidaria”*, lo que en nuestro contexto, parecería contrapuesto *“socialista y cristiano”*. Sin embargo, este pensamiento ha quedado anclado en el pasado y las sociedades poco a poco van avanzando en pluralidad de pensamientos, creencias y valores, aunque siempre ajustado a su línea ideológica tradicional (liberal-conservador).

El FSLN promulga un sistema democrático y participativo con el pueblo aunque algunas voces resaltan la falta de tolerancia ante opciones y liderazgos nuevos que se alejan del control de la línea oficial del partido, controlada por el secretario general, Daniel Ortega y una burocracia que parece estar más comprometida con personas que con principios o programas (Torres, 2003).

Los valores que promulga el FSLN son, como partido unitario, el principio de la equidad entre mujeres y hombres así como los relevos generacionales, participación de las mujeres en los organismos de dirección del partido, en los puestos de elección popular, y en cargos de responsabilidad gubernamental y no gubernamental, *“aspirando a que esta participación sea equivalente al peso que las mujeres tienen en la vida familiar, social y económica de la nación”* (Torres, 2003).

Tras una revisión bibliográfica en el Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez –MiFamilia-, no hemos encontrado objetivos concretos sobre la emancipación del rol de la mujer en los hogares nicaragüenses, ni erradicación de la superioridad del hombre sobre la mujer, aspectos que ayudarían mucho a fomentar la igualdad entre mujeres y hombres y, con ello, mejoraríamos las prácticas sexuales y reproductivas de la población.

MiFamilia plantea, entre sus líneas estratégicas, algunos aspectos que podríamos resaltar aunque de manera transversal quizás para mejorar estas condiciones de subordinación:

- Promoción de derechos en la familia; acciones que fomentan y estimulan la práctica de estilos de vida saludables, motivan la participación comunitaria a fin de procurar, conservar y mejorar las condiciones de vida deseables para la población.
- Desarrollar una conciencia de pertenencia, a través de campañas públicas de divulgación y sensibilización sobre derechos y valores para la defensa de ideales y prácticas que nos permita alcanzar justicia para todos.

Por otra parte, y relacionado con el ámbito que abordamos anteriormente de participación ciudadana, MiFamilia, plantea:

- Fortalecimiento de la democracia directa, a través de la integración de personas, líderes comunitarios, consejos del poder ciudadano, que participan y promueven el desarrollo de actividades de interés social comunitario, basado en el principio de solidaridad y en valores de confianza y reciprocidad.

Sin embargo, quisimos seguir profundizando en las estrategias que lleva a cabo este ministerio, encargado precisamente del bienestar de las familias, y que puedan afectar o beneficiar a nuestro objeto de estudio: sexualidad y reproducción, VIH/SIDA, etc. El ministerio se rige a través de unas líneas generales de acción que concretan las líneas estratégicas, entre las que destacamos:

- Contribuir a la prevención y atención de los factores de riesgo y todas las formas de violencia en la familia y contra niños/as, adolescentes, adultos mayores y a personas con capacidades diferentes.
- Promover con las instituciones del Estado y la sociedad en general, la formación de comportamientos responsables en el desarrollo integral, solidario y con equidad de género.

Estas circunstancias de desigualdad de género, valores tradicionales, modelos de reproducción sexual, etc., están muy relacionados con el VIH/SIDA. Nimehuatzin (1995) realiza una investigación cualitativa sobre comportamiento de

alto riesgo ante el SIDA en Nicaragua centrada en cuatro ciudades: Bluefields, Puerto Cabezas, Corinto y Managua), que suponen un potencial para incrementar rápidamente el VIH/SIDA:

- Altos índices de enfermedades transmisibles sexualmente (ETS) en las principales áreas urbanas y puertos.
- Crisis económica que incrementa el sexo transaccional.
- Alto número de hombres que tienen sexo con hombres.
- Falta de distribución sistemática de condones.
- Falta de aceptación cultural y mínimo uso del condón.
- Desinformación generalizada y miedo al VIH/SIDA.
- Penalización de la sodomía (Artículo 204 de la Ley de Reformas al Código Penal) que es un obstáculo legal para las actividades de prevención. La sodomía hace referencia a determinados comportamientos sexuales: sexo anal (para heterosexuales y homosexuales) y las demás prácticas homosexuales masculinas.
- El mayor índice de transmisión del VIH se produce por la vía sexual (93%) de los casos y más en concreto en las *relaciones heterosexuales* (52% del total de casos).

Ante este panorama, es necesario trabajar en las conciencias de la población, en nuevos discursos de la sexualidad, en la educación para la salud, el papel de las instituciones, transformación de la cultura sexual, desigualdades de género, democratización de la sociedad, la preservación de la vida y el desarrollo humano, entre otros.



## 7. ESTUDIOS AFINES SOBRE VIH/SIDA

En este apartado presentamos algunos estudios que se han desarrollado sobre VIH/SIDA y cultura sexual en Nicaragua en los últimos años. En la tierra de lagos y volcanes no existe una amplia documentación y datos estadísticos sobre conocimientos, prácticas de riesgo y cultura sexual, debido al tabú que ha representado durante décadas estos temas. Sin embargo, algunos autores y organismos en los últimos años han realizado exploraciones sobre zonas concretas del país.

Por un lado, Montenegro (2000) realiza un estudio centrado en la cultura sexual en los habitantes del casco urbano de Managua, con edades comprendidas entre los 15 y 40 años, resaltando las diferencias en cuanto al género. La elección de la zona urbana es debido al gran número de población a la que podían acceder, en contraposición con las zonas rurales o extrarradios.

La segunda investigación que hemos elegido para comparar nuestros resultados corresponde a la del Banco Mundial a través de su Programa Global de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Este estudio se desarrolló para apoyar el diálogo actual en la política para fortalecer la respuesta nacional del VIH/SIDA en relación (Banco Mundial, 2006):

- Fortalecimiento del liderazgo político y compromiso para preparar un plan de acción regional y políticas comunes.
- Fortalecimiento y armonización del marco legal e institucional para tratar la epidemia de VIH/SIDA.
- Identificación y difusión de “*mejores prácticas*” para la prevención a través de esfuerzos integrados por el sector salud, otras agencias gubernamentales y la sociedad civil y promover monitoreo y evaluaciones de impacto.
- Promover el proceso de adquisición regional relacionado con medicinas, equipos y otros insumos relacionados al VIH.

La información que recoge este informe corresponde con entrevistas realizadas a personas claves en Centroamérica así como de la revisión documental

de organizaciones nacionales, las ONG y las organizaciones de desarrollo bilateral e internacional.

Este estudio se presenta en diversos informes. El primero de ellos presenta la situación del VIH en Centroamérica y los otros seis describen la situación de cada uno de los países de Centro América. Nosotros recogeremos los datos correspondientes a Nicaragua aunque relacionándolos con los países fronterizos.

En tercer lugar, expondremos las conclusiones de la investigación llevada a cabo por nuestro grupo de investigación, que fue uno de los pioneros en las relaciones entre la UPO y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua (UNAN-Managua) y más concretamente con el Centro Universitario Regional de Chontales (Cur-Chontales).

Este proyecto surge como demanda específica de la UNAN-Managua para ahondar en los conocimientos y actitudes tanto de estudiantes como profesorado en su Centro Regional de Chontales con sede en Juigalpa. Bajo el título *“SIDA: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesores en el CUR-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua. Propuestas para un modelo de Educación Preventiva”* esta investigación desarrollada por la UPO se hizo participativamente con el CUR-Chontales en todas sus fases: diseño, desarrollo y análisis.

Los resultados de la misma permitieron explorar las necesidades en materia de formación y promoción de la salud que tienen en el centro. Se convirtió en el primer paso de un largo proceso de desarrollo de una nueva cultura preventiva entre la población estudiantil y académica de Chontales.

Dos años más tarde, la Asociación Xochiquetzal desarrolla un estudio sobre *“Seroprevalencia VIH/SIDA, prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes de 18 a 30 años”*. En él pretenden identificar los factores más relevantes que vinculan el riesgo ante el VIH con la capacidad de protección de los jóvenes en diferentes municipios del Pacífico de Nicaragua, estableciendo asociaciones muy interesantes que obligan a reflexionar sobre la diversidad de factores que intervienen en su capacidad de protección y que se deben abordar de acuerdo a su propia realidad.

Los municipios elegidos pertenecen a los territorios de intervención de la Fundación Xochiquetzal, que fuesen representativos de diferentes tejidos sociales y



con una situación de VIH en los mismos. Estos municipios son: Managua, C/Sandino, Tipitapa, Distrito III, Distrito IV, Pochomil (Departamento de Managua); Chinandega, Corinto, Somotillo y Villa Nueva (Departamento de Chinandega); Masaya, Niquinohomo y Nindiri (Departamento de Masaya); y, por último, Rivas, San Juan del Sur, Potosí y San Jorge (Departamento de Rivas).

En 2012 la Organización Internacional del Trabajo –OIT- el proyecto de prevención y mitigación del impacto del VIH y el SIDA a partir del mundo del trabajo denominado *“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH y el SIDA en población trabajadora de la Maquila en Nicaragua”*.

Este proyecto es continuación el desarrollado en el periodo 2009-2011, también por la OIT, *“Prevención y mitigación del impacto del VIH y el SIDA a partir del mundo del trabajo en Nicaragua”*, centrado en la maquila textil y la confección. Tras los resultados obtenidos se diseña este estudio con el apoyo del Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León (UNAN-León). Se identificaron las vulnerabilidades existentes en la población trabajadora de las empresas del sector maquila, sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación al VIH y el SIDA.

Por último revisamos el estudio más reciente sobre VIH/SIDA desarrollado, y primero con resultados conocidos en la ciudad de Juigalpa, por la FAREM-Chontales, la Universidad Pablo de Olavide, y dentro de la Convocatoria de Proyectos de Solidaridad y Cooperación al Desarrollo del Excelentísimo Ayuntamiento de Dos Hermanas (Sevilla, España) en 2012 denominado *“Desarrollo comunitario y mejora y calidad de vida en Juigalpa (Nicaragua) III Fase UNAN-Managua FAREM-Chontales, Nicaragua en Drogodependencia, Conductas Sexuales de Riesgo, Prevención de VIH/SIDA y Salud Laboral”*.

Este proyecto se centró en fortalecer las acciones institucionales en la promoción de salud y prevención de conductas de riesgo en la población vulnerable de la ciudad de Juigalpa. Entre las acciones implementadas se encontraron:

- Reactivación de las comisiones Observatorio Centroamericano sobre Violencia –OCAVI- y Comisión de Padres y Madres de Familia – COPAMA-.
- Consolidación de los grupos voluntarios.

- Actividades (foros, talleres educativos, programas radiales, ligas del saber y murales informativos intercolegiales).

El objetivo fundamental es propiciar mayor sensibilización, prevención e incremento de la promoción en los estilos de vida saludables en la población de Juigalpa, a través de acciones de seguimiento a la investigación, educación y promoción de buenas prácticas en salud, al intercambiar experiencias entre instituciones involucradas y la población vulnerable.

La población a la cual destinaron este estudio fue a 18.498 jóvenes en riesgo con edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad, 5.462 estudiantes, siendo beneficiarios indirectos entorno a 59.002 sobre el conjunto de la población del municipio.

De momento vemos cómo hasta que no ha comenzado la colaboración entre la UNAN-FAREM-Chontales con sede en Juigalpa y la UPO no tenemos datos relativamente recientes sobre estudios de VIH en Chontales, y más concretamente en Juigalpa.

A continuación exponemos cada uno de los estudios mencionados en líneas generales anteriormente, centrándonos en los resultados y conclusiones de cada uno de ellos ya que apoyan y potencian nuestra investigación. Estos sientan las bases teórico-científicas de nuestro proyecto y ayudan a relacionar nuestros resultados con los obtenidos en estudios similares.

### **7.1. Cultura sexual en población del casco urbano de Managua, 2000**

Nos encontramos ante un panorama de sexualidad como escisión sexo-afectiva para ambos géneros. Entendiendo el sexo como placer y una forma de comunicación de los sentimientos, según Montenegro (2000) los datos sugieren que estamos ante un ejercicio de la sexualidad heterosexual poco gratificante, sobre todo para las mujeres.

Otro aspecto importante es que hablar de temas sexuales con su pareja sólo lo hacen el 0,1% de los informantes, mientras que con los amigos lo hacen un 76% (tanto de hombres como de mujeres). Estos datos han aparecido también en nuestro

estudio, aunque en menor medida porque las nuevas generaciones se han ido abriendo en cuenta a cultura sexual y rechazo de ciertos tabúes. Esto refleja una ausencia de *intimidad emocional* en las parejas (Montenegro, 2000).

Otro aspecto importante y que coincide con nuestra investigación es que la pareja es algo finito e inestable y que en la realidad se aleja del ideal de *“una pareja para toda la vida”*. Por otra parte, la infidelidad y la falta de responsabilidad fueron las causas más alegadas por las mujeres, mientras que para los hombres fueron la infidelidad y la falta de atención de parte de la pareja. Un 60% de las separaciones terminaron mal, alegando las mujeres que la ruptura había sido por abandono y conflicto.

En estas rupturas suelen ser los hombres los que abandonan a las mujeres. Según el triángulo de Sternberg, los datos indican que las relaciones de la pareja heterosexual nicaragüense promedio carecen de equilibrio, en tanto se caracterizan por el hecho de que las necesidades de uno de los integrantes sobrepasan en exceso a las de otro, o en el que las necesidades de ambos integrantes difieren de modo excesivo (Montenegro, 2000).

Un aspecto importante del estudio que realizó Montenegro hace una década y que pudimos confirmar en la observación realizada en Juigalpa y conversaciones con los jóvenes universitarios y personajes claves, son los guiones sexuales. Durante años los padres y madres han transmitido aquellos valores culturales que consideraban imprescindibles según el género de sus hijos. Para las niñas es conocida la frase *“las mujeres no deben andar en la calle”* y, en el caso de los niños *“los valores son valores y pueden hacer lo que quieran”* (op. Cit, p. 195).

En la realización de los cuestionarios salieron a relucir algunas contradicciones sobre la edad temprana de relaciones sexuales, y quisimos indagar con las entrevistas y grupos focales, esa posible y “supuesta” mentalidad machista. Posteriormente se ha confirmado, aunque se ha avanzado, aún queda mucho arraigado.

En Nicaragua, como ocurre en otros contextos de gran arraigo del modelo genérico de la sexualidad, existe una moral sexual diferente para cada sexo. Los hombres tienen legitimado el deseo y la libre expresión de su sexualidad, mientras que las mujeres deben reprimir el suyo. Según Branden (1983), se trata del *“dilema*

*de la feminidad*”, donde la joven para ser mujer debe acceder a la sexualidad, pero para ser una mujer respetable debe reprimir su deseo.

En cuanto a la edad y los motivos para tener su primera relación sexual (Montenegro, 2000), el 76,4% afirmó que decidieron tener su primera relación sexual por *“amor”*, mientras que en el caso de los hombres sólo fue un 19,8%, con una edad media de inicio de 16-19 años, retrasándose de 3 a 4 años en comparación con los varones.

Estos resultados no coinciden con nuestra investigación ya que, aunque el cuestionario reflejaba la edad de inicio entorno a la adolescencia (sobre los 16 años), con las entrevistas, los grupos focales y los datos del SILAIS se confirmó que existen relaciones sexuales muy tempranas, en torno a los 12-14 años unido a los embarazos no deseados en adolescentes.

En ocasiones, estos embarazos no deseados son consecuencia de la desinformación o falta de conciencia sobre los métodos de protección, pero también se debe a situaciones de prostitución, abusos o, incluso, como una forma de emanciparse y lograr la tan ansiada *“realización del yo”* al llegar al estatus de *“madre”*: huída del maltrato familiar, liberación del control y subordinación del hogar, símbolo de madurez, etc., aunque la madurez suele ser una falsa expectativa (Montenegro, 2000).

La socialización de género ha provocado un sentimiento narcisista en los hombres al tener expectativas de ser amados y atendidos, alejándose de las expectativas del amor mutuo. Los hombres buscan: una enfermera, madre, esposa, querida o musa, es decir, prácticamente cualquier cosa menos una persona trascendente por derecho propio (op. Cit, p. 201).

Otro de los aspectos que analizamos en nuestra investigación y que Montenegro también lo recogió fueron las relaciones extramatrimoniales. Para los hombres se consideran *“la búsqueda de emoción y variedad sexuales, que no encontraban en sus parejas estables”* (op. Cit, 201).

El comportamiento narcisista que muchos hombres muestran en Nicaragua provoca, entre otros aspectos ya mencionados, violencia marital. El hombre amante nicaragüense desemboca en celos y, a menudo, en violencia contra la mujer aunque también, según los propios hombres, en infidelidad y promiscuidad sexual masculina.

La infidelidad en el estudio de Montenegro (2000) fue la principal causa de ruptura de pareja y la cuarta la violencia doméstica (2º la falta de responsabilidad y 3º falta de atención a la pareja y ausencia de afecto).

Otra variable que afecta en gran medida a las relaciones sexuales es el alcoholismo en Nicaragua, tanto en heterosexuales como homosexuales. Cuando los hombres toman alcohol se produce una descarga emocional que les “permite” estar tristes, llorar o hacer estallar su dolor así como dar salida a sus deseos eróticos o anhelos de intimidad reprimidos (op. Cit, p. 205). Es curioso como esa vulnerabilidad, a nivel social y entre iguales, no es criticada ni puesta en entredicho su masculinidad, porque según argot “Nica”, “bolo no vale” (bolo significa borracho en nuestro contexto español). En esta línea, hay que subrayar que en Nicaragua hay una alta relación entre consumo de alcohol o “guaro” y la violencia ya que al tener los sentimientos a flor de piel, con la desinhibición que conlleva, cualquier rechazo de parte de su mujer a su búsqueda de intimidad puede rápidamente transformarse en ira y resentimiento terminando en comportamientos violentos.

## **7.2. Nicaragua: situación del VIH y su respuesta a la epidemia, 2006**

Como ya abordamos en el marco teórico sobre VIH/SIDA y los datos de la infección en Nicaragua, Centroamérica es la subregión más afectada, después del Caribe, por VIH/SIDA en la región de América Latina y el Caribe. Se analizan los datos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Nicaragua.

En Centroamérica se encuentran cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH, siendo en dos de ellos la tasa de prevalencia superior al 1%. Los grupos más vulnerables son los trabajadores comerciales del sexo –TCS-, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres –HSH- y las personas privadas de libertad.

El objetivo fundamental del estudio era establecer una línea base para medir el progreso e identificar nuevos desafíos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial. Consiste en proporcionar conocimiento y herramientas para los responsables de formular las políticas y decisiones en todos los países de la región, para manejar y controlar el VIH/SIDA y las infecciones oportunistas.

Según el Banco Mundial (2006: 13) *“todos los países centroamericanos han establecido respuestas nacionales coordinadas para tratar la epidemia de VIH”*. No obstante, hay que focalizarse en aquellos aspectos más débiles para hacer un sistema más efectivo. Por ejemplo, en cuanto a la prevención, el reto principal sigue siendo alcanzar eficazmente los grupos más vulnerables con intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas, incluyendo las estrategias de prevención apropiadas para promover prácticas sexuales y conductas reproductivas más sanas y seguras.

En cuanto al tratamiento hay que subrayar que todos los países centroamericanos están proporcionando tratamiento y atención de salud a las Personas que Viven con el Virus del SIDA –PVVS-, incluyendo el acceso a las terapias antirretrovirales (op. Cit., pp. 15). En los últimos años en la mayoría de los países los medicamentos genéricos están ahora disponibles mediante procesos de licitación institucional o a través de organismos de adquisiciones y las fundaciones internacionales.

Las conclusiones de este estudio desarrollado por el Banco Mundial en Nicaragua, señalan que los grupos vulnerables son los trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, los privados de libertad, las mujeres, los jóvenes vulnerables, huérfanos, grupos indígenas y afrodescendientes, grupos migratorios y, por último, discapacitados. A continuación exponemos los resultados obtenidos en cada uno de estos grupos:

- Trabajadores sexuales. En 2003 hubo un 1,7% de prevalencia de VIH en este sector. La pobreza extrema, la desintegración familiar, el desempleo y la falta de oportunidades educativas son algunos de los factores por lo que estas personas ejercen estas actividades.
- Este grupo pertenece mayoritariamente a las poblaciones de Chinandega y Bluefields, oscilando su prevalencia entre 1 y 4,9%, por encima de Managua que tiene menos del 1%.
- Hombres que tienen sexo con hombres. En el año 2002 la prevalencia estimada para este grupo era aproximadamente de 9,3%. Un 98% habían escuchado hablar sobre VIH/SIDA, un 86% reconocía que el uso del condón era una buena práctica para prevenir el VIH/SIDA y sólo el 41% de los

entrevistados manifestaban el deseo de cambiar su comportamiento sexual para reducir el riesgo de adquirir VIH/SIDA (op.cit., 7).

- Privados de libertad. En un estudio realizado en el Centro Penitenciario de Tipi Tapa (Departamento de Managua), de 300 entrevistados, más de la mitad manifestaron que no habían usado condón en su última relación sexual. La prevalencia de VIH fue de un 1%.
- Mujeres. Desde 1987 a 2004 se registraron 2,79 casos de VIH/SIDA en hombres por cada mujer. Sin embargo, la situación de América Central y concretamente de Nicaragua, hacen a las mujeres más vulnerables. Una de las razones es la necesidad de muchas mujeres de movilizarse fuera del país a regiones donde la epidemia del VIH/SIDA ha tenido un mayor impacto.
- Jóvenes vulnerables. La falta de oportunidades educativas y la carencia de información oportuna aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes. Durante el periodo comprendido entre 1987 y 2004 un 2% de los casos acumulados correspondía a menores de 15 años, mientras que del total de fallecidos a causa del SIDA, el 3% pertenecía a este grupo de edad.
- Huérfanos. En 2005, según UNICEF, habían alrededor de 4.000 niños huérfanos a causa del SIDA en Nicaragua, lo que corresponde al 3,5% del total de huérfanos que se notifican en el país.
- Grupos indígenas y afrodescendientes. Según el Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA 2005-2009, en la RAAS la prevalencia de VIH/SIDA era aproximadamente del 47,1% por cada 100.000 personas en 2004, mientras que en la RAAN era de 25,8% por cada 100.000 personas el mismo año. Al ser Nicaragua un país multiétnico, encontramos realidades culturales muy diferentes en diversas zonas del país, sobre todo en las regiones del Atlántico.
- Grupos migratorios. Según un estudio desarrollado en 2005 por el Instituto Mexicano de Salud Pública, en el Departamento de Rivas, Nicaragua, la mayoría de los casos de VIH detectados en 2001 correspondían a personas que habían adquirido el virus en otro país. El 99% de los entrevistados tenían conocimiento del VIH/SIDA.

- Comparando estos resultados con nuestra investigación, volvemos a cuestionarnos ¿entonces qué falla? No es comprensible que los encuestados conozcan el VIH/SIDA y en cambio sigan habiendo infectados y se siga transmitiendo el virus.
- Discapacitados. Existen 593.000 personas con discapacidad en Nicaragua según la OPS. Con respecto a este colectivo, no existe información sobre la situación del VIH/SIDA en Nicaragua.

Entre los resultados principales del estudio, en relación con el resto de países centroamericanos, se encuentra el hecho de que Nicaragua todavía tiene tasas de prevalencia de infección por VIH en los adultos debajo de un 1%, concretamente con un 0,2%, seguido de El Salvador y Costa Rica con 0,6%, lejos de los datos de Honduras con un 1,6% y Guatemala un 1%.

### **7.3. SIDA: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes y profesores del CUR-Chontales, 2009**

Nicaragua, país del istmo centroamericano, ha modificado en las últimas décadas su perfil demográfico y ha experimentado una transición epidemiológica, donde la epidemia del VIH es un contribuyente de este perfil.

Desde 1987 a 2009, el comportamiento de la epidemia ha evolucionado a una epidemia concentrada, la cual se ha mantenido en esta clasificación similar a lo reportada en el informe para UNGASS correspondiente al período 2006-2007. Al terminar 2009, el acumulado alcanza unas 3.262 personas con VIH, 587 casos de SIDA y 842 fallecidos.

La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual con el 86%. Asimismo, hay que destacar el avance en la feminización de la epidemia (1.8 hombres por cada mujer).

En 2009 se publican los resultados de un estudio realizado por la Universidad Pablo de Olavide y la UNAN-Managua, para ahondar en los conocimientos y actitudes tanto de estudiantes como de profesorado en su Centro Regional de Chontales –CUR-Chontales-. El proyecto se denominaba “*SIDA: conocimientos,*



*actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesores en el CUR-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua. Propuestas para un modelo de Educación Preventiva”.*

Según los resultados obtenidos (Morón Marchena, 2009), un 78% de los estudiantes encuestados pertenecientes al CUR-Chontales, afirman conocer el significado de las siglas VIH/SIDA aunque es casi más significativo que un 20% afirman no saberlo o se equivocan al definirlo. Con respecto a si convivirían con una persona enferma de SIDA en llamativo que entorno al 43% responden no saberlo y los que dicen que no, porque se acabarían contagiando.

Por otra parte, cuando se les pregunta si seguirían manteniendo relaciones sexuales si su pareja tuviera SIDA, más del 51% dice que dejaría de mantener relaciones sexuales. Sólo un 28,06% responden que seguirían manteniendo relaciones sexuales con su pareja *“únicamente con preservativo”*.

Entre sus conclusiones destaca que el conocimiento y percepciones de los estudiantes respecto al VIH/SIDA es bastante variado, presentando un número medio de alumnos que conocen la enfermedad, sus principales modos de contagio y aspectos preventivos junto a un número no menos significativo de personas que presenta un nivel de conocimiento bastante disperso donde se entremezclan apreciaciones contrastadas con prejuicios y tópicos (Morón Marchena, 2009: 231).

Un 17% de alumnos reconocen que su nivel de conocimiento sobre el tema es bajo o casi nulo. Por otra parte, el conocimiento del profesorado es mucho más alto, afirmando tener un nivel medio de conocimientos sobre el SIDA en un 56%, y alto con un 37%.

Casi un 59% de alumnos manifiesta no utilizar ningún tipo de método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, lo que es especialmente preocupante en un contexto donde es precisamente la franja de edad en la que se incluye la adolescencia uno de los segmentos donde la epidemia sigue creciendo inexorablemente en los últimos años. En el caso de los profesores, el 59,63% declara no utilizar tampoco ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales.

Un aspecto importante de este estudio han sido las preconcepciones y los prejuicios, ya que un 42% de los estudiantes opina que no conviviría con una

persona que tuviera SIDA o dicen no saber si lo harían o no, por miedo al contagio. El profesorado, en cambio, casi un 90% dice no tener problemas por convivir con una persona con SIDA en su medio académico o laboral, aunque es significativo que existe cierto rechazo en el ámbito estrictamente privado puesto que el 30,59% afirman que dejarían de mantener relaciones sexuales con su pareja si ésta estuviera contagiada.

Otro de los aspectos preocupantes del estudio está relacionado con las vías de transmisión de la enfermedad. El 75% de estudiantes y el 85,54% de los profesores saben que la enfermedad se transmite mediante el contagio sexual. Sin embargo, el resto de vías de contagio son bastante desconocidas. Sólo el 14,57% de los estudiantes y el 8,43% de los profesores saben que es posible el contagio por la transfusión sanguínea.

La investigación de 2009 en el CUR-Chontales concluye con una propuesta de fortalecer acciones dirigidas hacia la información sobre VIH/SIDA para estudiantes y profesorado. Es importante educar a la comunidad universitaria para que se puede difundir esa información al resto de la población, y trasladarlas al ámbito familiar y laboral de los futuros profesionales (Morón Marchena, 2011).

#### **7.4. Seroprevalencia en Jóvenes Nicaragüenses, 2011**

Hace dos años, en 2011, la Fundación Xochiquetzal (2011) desarrolla un estudio denominado *“Seroprevalencia VIH/SIDA, prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes de 18 a 30 años”*.

Los objetivos del mismo se centraban en identificar los factores más relevantes que vinculan el riesgo ante el VIH con la capacidad de protección de los jóvenes en diferentes municipios del Pacífico de Nicaragua, estableciendo asociaciones muy interesantes que obligan a reflexionar sobre la diversidad de factores que intervienen en su capacidad de protección y que se deben abordar de acuerdo a su propia realidad.

Los municipios elegidos fueron: Managua, C/Sandino, Tipitapa, Distrito III, Distrito IV, Pochomil (Departamento de Managua); Chinandega, Corinto, Somotillo y Villa Nueva (Departamento de Chinandega); Masaya, Niquinohomo y Nindiri

(Departamento de Masaya); y, por último, Rivas, San Juan del Sur, Potosí y San Jorge (Departamento de Rivas).

Entre los resultados más significativos de este estudio se encuentra que 3 de cada 4 jóvenes (77%) prefieren el condón para protegerse de los riesgos de transmisión por VIH/SIDA. Por franja de edad, son los jóvenes de entre 18 a 20 años los que afirman esta preferencia, correspondiéndose con el 84%, tanto para mujeres como para hombres. Resulta llamativo que esta preferencia disminuye a medida que incrementa la edad (65% de 25 a 30 años).

Si tienen información sobre VIH/SIDA y métodos anticonceptivos, es curioso que cuando se les pregunta si usaron el condón en su última relación sexual, uno de cada tres jóvenes (32%), poniéndose de manifiesto mayor uso en los hombres (37%) y menor en las mujeres (26%). En cuanto a las razones sobre el porqué no usaron el condón en su última relación sexual, se identificaron estas siete: mi pareja no quiso (7%), yo no quise (15%), no se habló (22%), no sé (3%), confianza en su pareja (23%), no teníamos condón (11%) y, por último, no era necesario (22%).

Por otra parte, a pesar de que más de 3 cuartas partes de los jóvenes declara que el condón es la mejor manera de prevenir el VIH, sólo una tercera parte dispone de ellos en el momento de la encuesta, con una clara predominancia de los muchachos (38%) con respecto a las muchachas (24%), en la que sólo una de cada cuatro tiene condones. La mayoría de los jóvenes (41%) accede a los condones por la vía de la compra en farmacias, supermercados y gasolineras, que constituye el canal de distribución mayoritario para todas las edades y territorios. Sin embargo, la disponibilidad de condones al momento parece asociarse con la oferta que realizan las unidades de salud, en tanto coinciden los segmentos de mayor disponibilidad (mayores de 20 años y Municipios periféricos) con aquellos que acceden a los condones en estas unidades.

Con respecto a la última relación sexual, se evidencia un comportamiento diferencial entre hombres y mujeres. Mientras las muchachas de todas las edades han tenido muy mayoritariamente (87%) relación con su propia pareja estable, los muchachos manifiestan mayor nivel de diversidad de parejas ya que solo dos de cada tres (66%) lo hicieron con su pareja estable. La condición de multiplicidad de

parejas, coincide con lo descrito en capítulo anterior cuando se hizo referencia al número de parejas estables.

Con respecto al grado de fidelidad de los jóvenes, de las muchachas que declaran haber tenido relaciones sexuales, el 85% las tuvo “solo” con su pareja estable, un 9% tuvo relaciones con su pareja estable y con parejas ocasionales y un 6% sólo tuvo relaciones con parejas ocasionales. En cambio, en el caso de los muchachos reflejan menor grado de fidelidad ya que sólo el 56% tuvieron relaciones sexuales con exclusividad a su pareja estable, mientras uno de cada tres (30%) mantuvieron relaciones tanto con su pareja estable como con ocasionales. El 14% tuvo relaciones solo con parejas ocasionales.

Hay que destacar, entre las conclusiones de este estudio, que las razones vinculadas a los roles o actitudes de dominación o subordinación propias de las relaciones de poder entre género predominantes, agrupadas en la denominación “*desigual control*”, están presentes y son la principal razón de no uso de condón en las relaciones con los dos tipos de pareja (44% y 59%), pero también evidencia que las relaciones con pareja ocasional favorecen la mayor vulnerabilidad de los jóvenes en tanto su carácter de eventual hace que no puedan incidir en las condiciones en que se da la relación y se parte de un grado variable desconocimiento de la pareja, que terminan por favorecer la desigualdad de género.

Según el estudio de Fundación Xochiquetzal (2011), es obvia la incidencia de la desigualdad de género en las razones basadas en las desigualdades en el control de la relación sexual, que operan tanto en mujeres como en varones dado que se han agrupado los roles de sumisión y dominación, que se incrementan aún más cuando se relacionan con parejas ocasionales con las cuales las probabilidades de diálogo y concertación de las condiciones de la relación sexual se reducen drásticamente.

En cuanto al concepto de “*fidelidad*”, para las mujeres es un criterio que opera tanto para estables como para ocasionales, mientras que para los hombres la brecha por tipo de pareja se amplía significativamente, es decir, confía más en su pareja estable (30%) porque asume que no podría serle infiel y se decide no usar condón, pero reduce su confianza en sus parejas ocasionales por lo cual decide usar condón,

de ahí que este grupo de razones reduce también su peso como razón de no uso del condón (12%).

La mayor evidencia que muestra el estudio es la gran complejidad y diversidad de elementos, dinámicas y relaciones que confluyen para configurar la vulnerabilidad o la capacidad de protección de los jóvenes, que resulta en una gran diversidad de situaciones, difícilmente reducibles u homogenizables con base a alguna norma de interpretación o de acción.

La desigualdad de género emerge desde las justificaciones del no uso de condón en la última relación sexual y subyacen en las probabilidades de uso permanente del condón. Los aspectos que lo confirman son: la permanente desigualdad en la vulnerabilidad entre muchachos y muchachas y se expresa de múltiples formas, ya sea en el hecho de no hablar sobre el uso del condón o acerca de las condiciones de las relaciones sexuales, ya sea en la confianza en la promesa de fidelidad que reduce protección en muchachas pero no afecta la protección de los muchachos, o bien por el hecho de estar planificado como razón de no uso de condón, que es precisamente el único anticonceptivo masculino, de modo que la responsabilidad de la anticoncepción se “*delega*” en las muchachas.

Uno de los aspectos que no exploraron en este estudio han sido las desigualdades de poder en la sexualidad, concretamente las que tienen lugar dentro de la familia, la escuela y el trabajo, pero con mucha seguridad no solo pueden tener una prevalencia relevante sino un importante rol en el condicionamiento de la capacidad de protección de los jóvenes.

Otro de los aspectos que resultaron de interés es que el estudio confirma que estar bien informados y, sobre todo, conocer la situación de la epidemia del VIH/SIDA en la localidad, resultó ser un factor de alto beneficio para su protección, esto nos indica que es conocimiento situacional y evidencias de vida real lo que más requieren los jóvenes, por el gran volumen de “*conocimiento científico*” que llena los mensajes y talleres de capacitación.

## **7.5. Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en VIH de la población trabajadora de la Maquila, 2012**

Hace un año, la Organización Internacional del Trabajo –OIT- publica el proyecto denominado “*Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH y el SIDA en población trabajadora de la Maquila en Nicaragua*”, un proyecto de prevención y mitigación del impacto del VIH y el SIDA a partir del mundo del trabajo.

Este proyecto lo pone en marcha el Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León (UNAN-León) junto con la OIT y se identificaron las vulnerabilidades existentes en la población trabajadora de las empresas del sector maquila, sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación al VIH y el SIDA.

Se encuestan a 514 trabajadores del sector maquila, entre 18 y 55 años. El 58% fueron mujeres y el 42% hombres, procedentes la mayoría de las mujeres de la ciudad, casadas o en unión libre, con estudios de secundaria.

El 75% de la población conoce el significado de las siglas VIH, el 13% desconoce qué es el sida y un 39% considera que VIH y sida es lo mismo. Según estos datos, los grupos etarios con mayor edad tienen menor conocimiento. En cuanto a las formas de transmisión sexual, el 50% desconoce que el sexo oral es una forma de transmisión del VIH, un 42% desconoce que las relaciones sexuales anales son una forma de transmisión sexual, un 1,4% de los hombres y un 2,7% de las mujeres desconocen cualquier forma de transmisión.

Con respecto a la prevención, el 40% afirma ser fiel a su pareja y no considera necesario hacerse la prueba de VIH, mientras que un 47% opina que la prueba es necesaria aunque haya fidelidad entre la pareja.

Por otra parte, el 92% de los entrevistados han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Un 20% siempre usa el condón en cualquier tipo de relación sexual, el 46% utiliza condón con su pareja actual, el 20% utiliza condón con parejas ocasionales y el 34% restante nunca ha utilizado condón. Con respecto a dónde los consiguen, el 56% los compran en las farmacias, el 16% en el centro de salud u hospital, un 8% en supermercados y ventas de abarrotes, un 19% en otros sitios y un 1% en el lugar de trabajo.

En cuanto a las situaciones de vulnerabilidad, es preocupante que un 69% de las personas entrevistadas con edades comprendidas entre los 30 y 34 años tienen prácticas de mayor riesgo de infección por el VIH. Un 50% de las mujeres nunca utiliza condón en las relaciones sexuales anales, un 44% de los hombres considera que no es necesario utilizar condón durante el sexo oral, un 32% de quienes tienen relaciones sexuales anales utiliza siempre condón, un 29% de los trabajadores se realizó la prueba del VIH voluntariamente en el último año y más de la mitad que lo hizo recibió consejería y un 11% ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol en alguna ocasión.

Entre las conclusiones de la OIT (2012) se encuentra capacitar sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo a tomadores de decisiones del Ministerio de Trabajo (MITRAB), con el fin de garantizar el apoyo para incluir este tema en el plan de trabajo de la institución. Además, es importante sensibilizar a las Comisiones Mixtas de salud e higiene, nacionales y locales, para que incluyan en el plan de higiene y seguridad el tema del VIH/SIDA. Por otra parte, hay que realizar procesos de capacitación dirigidos a empleadores y sindicalistas, con el objetivo de sensibilizarlos sobre el impacto del VIH/SIDA.

También resaltan la importancia de realizar campañas de promoción de la prueba voluntaria del VIH dentro de los ambientes de trabajo, con apoyo de las autoridades del sector salud; proporcionar información sobre el uso correcto y consistente del condón como una forma de prevención efectiva.

Por último, es destacable la propuesta de intervención que plantean sobre la realización de programas comunitarios relativos al VIH como parte de las actividades de responsabilidad social empresarial. Esta propuesta coincide con nuestro objeto de realizar una intervención socioeducativa, con líderes juveniles, para trabajar la sensibilización, información y formación desde la comunidad, en la comunidad y para la comunidad.

## **7.6. Desarrollo comunitario y calidad de vida en Juigalpa, 2012**

Para finalizar exponemos los resultados y conclusiones de un estudio sobre VIH/SIDA desarrollado en la FAREM-Chontales en 2012, denominado “*Desarrollo*

*comunitario y mejora y calidad de vida en Juigalpa (Nicaragua) III Fase UNAN-Managua FAREM-Chontales, Nicaragua en Drogodependencia, Conductas Sexuales de Riesgo, Prevención de VIH/SIDA y Salud Laboral”.*

Este estudio lo desarrolla la UPO junto con la UNAN-FAREM-Chontales, y dentro de la Convocatoria de Proyectos de Solidaridad y Cooperación al Desarrollo del Excelentísimo Ayuntamiento de Dos Hermanas (Sevilla, España). Su objetivo era fortalecer las acciones institucionales en la promoción de salud y prevención de conductas de riesgo en la población vulnerable de la ciudad de Juigalpa. Por tanto, no se trata de un proyecto de investigación sino de intervención.

La población destinataria de este proyecto son niños y niñas menores de 13 años, y adolescentes de los colegios e institutos de la ciudad de Juigalpa, los cuales suman un total de 18.456 estudiantes, así como a los trabajadores de las instituciones del Estado y empresas públicas y privadas debidamente constituidas.

Las actividades que se llevaron a cabo, entre otras, fueron:

- Organización de la comisión para el desarrollo de trabajo comunitario de la Calidad de Vida, Fortalecimiento del Comité de Padres y Madres de Familia COPAMA.
- Emisión de un programa radiofónico, publicadas 10 transmisiones.
- Elaboración de seis materiales educativos (folletos).
- Siete seminarios dirigidos a profesores y padres de familia.
- Doce charlas educativas a estudiantes y líderes juveniles (1084 participantes).
- Dos ferias educativas (10.000 participantes).
- Dos foros para el desarrollo de la calidad de vida.

En cuanto a los resultados esperados, encontramos:

- Encuentros de trabajo de los cuales un encuentro será para reactivar OCAVI-COPAMA y 14 con padres de familias.
- Elaboración y promoción de material educativo que oriente acerca de drogodependencia, conducta de riesgo sexual y VIH/SIDA.
  - o Transmisión de programa radial (10 emisiones).
  - o Tamizaje de VIH/SIDA mediante la aplicación de Pruebas rápidas.



- Tres ferias educativas sobre temas alusivos a la drogodependencia, conducta de riesgo sexual y VIH/SIDA.
- Liga del saber sobre temas alusivos a la drogodependencia, conducta de riesgo sexual y VIH/SIDA.
- Foros educativos acerca de drogodependencia, conducta de riesgo sexual y VIH/SIDA.
- Concursos de murales inter-colegial sobre la consolidación de lo aprendido en todas las actividades del proyecto.

Este proyecto está aún en desarrollo, por lo que no podemos exponer los resultados conseguidos ni avanzar en sus conclusiones.



## **8. FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINAR DE CHONTALES**

A raíz del triunfo revolucionario del frente Sandinista contra la dictadura somocista, se cambió toda estructura administrativa del estado y se organizan las instancias del gobierno dando como resultado un personal políticamente formado pero con debilidades técnicas en formación. A partir de ahí se organiza una institución que formará académicamente a este personal y nace el Instituto Nicaragüense de Administración Pública (INAP) asesorado por el Instituto superior de Economía Cubana (ISDE).

**Imagen 16. Monumento a Sandino, en Juigalpa, 2012**



Fuente: fotografía propia.

Gracias a las gestiones del político Edwin Sabla se logra la apertura de una filial en la quinta región y así en 1984 su funcionamiento. Abre sus aulas en INAO y funciona con este nombre hasta 1988 cuando a raíz de la compactación del estado desaparece el INAP y los estudiantes son asistidos por la facultad de ciencia económica de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – Managua (UNAN-Managua), en ese año se da el comienzo del funcionamiento de esta institución.

Posteriormente abre carrera de ciencia de la educación con el Ministerio de Educación, alcanzado la institución la categoría de Centro Universitario Regional (CUR). Años más tarde se emplea la demanda de forma de capacitar al personal de los centro de salud y hospitales, aunque en ese momento ya existía una escuela media de enfermería que extendía el diploma de auxiliar. Esta escuela funcionaba bajo los auspicio del ministerio de salud.

La intención era profesionalizar en nivel superior a todos los egresados de esta escuela utilizando los planes de estudio del Instituto Politécnico de la Salud (POLISAL). Posteriormente se demanda la licenciatura de enfermería en diferentes especialidades del área, y a finales de la década de los 90 se inicia la construcción del recinto universitario. Ya en el 2012 se constituye como Facultad Multidisciplinaria de Chontales.

La Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales -Farem Chontales<sup>50</sup>, con sede en Juigalpa, está ubicada en la ciudad de Juigalpa, en el km 139 carretera al rama, de la Gasolinera ESSO 800 metros carretera a Puerto Díaz.

Se trata de una institución educativa pública, de nivel superior, que forma y capacita profesionales, técnicos, investigadores, con capacidad de liderazgo, dotados de conocimientos teóricos, prácticos, científico-técnicos, humanísticos, éticos y morales, que le permiten articularse activamente al desarrollo económico, político, social y cultural de la región y la nación (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011).

### Imagen 17. Sede de la UNAN-MANAGUA-Farem Chontales<sup>51</sup>



Fuente: fotografía propia.

Pertenece desde 2008 a la Plataforma CRISOL. Se trata de un programa de emprendimiento empresarial internacional al que pertenecen las universidades de Nicaragua, Chile, Argentina, Costa Rica y México, que combina una consolidada

<sup>50</sup> Hasta el año 2010 se denominaba Cur-Chontales (Centro Universitario Regional de Chontales) pero a partir de dicho año cambió el nombre para denominarse Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales (Farem-Chontales).

<sup>51</sup> Foto cedida por el grupo de investigación.

experiencia académica con herramientas prácticas de administración, apoyado por una plataforma tecnológica en Internet. Apunta a desarrollar habilidades empresariales en los estudiantes por medio del desarrollo de proyectos de gestión aplicada. Cuenta con el apoyo y asesoramiento del Instituto Tecnológico de Monterrey y FUNDES.

Los principios fundamentales de la UNAN-Farem-Chontales son (Morón Marchena, López Noguero y Cobos Sanchiz, 2011):

- La excelencia que caracteriza el actuar de todas sus actividades docentes, investigadoras, de extensión y gestión administrativa.
- La solidaridad, especialmente con los sectores más vulnerables.
- El pluralismo religioso, político y social.
- La eficiencia y eficacia en el quehacer docente, investigador, extensión y gestión administrativa.
- Transparencia en el uso y manejo de los recursos financieros.
- La búsqueda constante de la equidad y justicia para todos los miembros de la sociedad.

En los últimos años se han llevado a cabo diferentes proyectos, entre los que destacamos:

- Consolidación Institucional para el mejoramiento de la Calidad de Vida, Desarrollo y Educación para la Salud de la UNAN-Managua-FAREM-Chontales 2011. Durante su ejecución se obtuvieron los siguientes productos:
  - o Investigación sobre Mitos y Creencias sobre métodos en anticonceptivos en los estudiantes de IV año de Economía. FAREM-Chontales, II Semestre 2011.
  - o Investigación sobre el conocimiento del auto examen de mama, en estudiantes de IV y V año de secundaria, del Colegio Leopoldina Castrillo. Juigalpa, II Semestre 2011.
  - o Investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo sobre VIH/SIDA en colaboración con la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla (España). 2010.

- Campaña de prevención del H1N1. Junto con el Ministerio de Salud se ha desarrollado una campaña extensiva de difusión, asesoramiento, prevención y detección relacionada con el virus de la influenza H1N1. Juigalpa, 2009-2010.
- Programa de prevención del cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama en Chontales, 2009.
- Seminario sobre educación para la salud y prevención de riesgos laborales, auspiciado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo –AECID- en colaboración con la UPO, 2008.

Además, la FAREM-Chontales, cuenta con diversos socios de nivel internacional, como por ejemplo: Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España), Embajada de Suecia, Departamento de Economía de la Universidad de Parma (Italia) y JICA, Organismo de Cooperación del Japón y la Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUDEN).

Desde el punto de vista económico, la Facultad se sustenta (actividades de educación, formación, asesoramiento e investigación, pago de salarios y cumplimiento de obligaciones fiscales) con un presupuesto anual procedente de los Fondos estatales cotizados por la Ley 89 de Autonomía de las Instituciones de Educación Superior de Nicaragua por un monto estimado de unos veinte millones de córdobas (1 córdoba –NIO- son 0,0305867€, por lo tanto, serían alrededor de 611.734€ -EUR- y unos 805.315 dólares –USD-).

### **8.1. Misión y Visión**

La FAREM-Chontales, establece entre sus principios una misión y visión como centro universitario.

#### **– Misión**

La FAREM-Chontales, “*Cornelio Silva Argüello*”, es una institución educativa, pública del nivel superior, forma y capacita profesionales, técnicos e investigadores

con capacidad de liderazgo, dotados de conocimientos teóricos, prácticos, científico-técnicos, humanísticos, éticos y morales, que le permiten articularse al desarrollo económico, político, social y cultural de la región y la nación.

– **Visión**

La FAREM-Chontales, “*Cornelio Silva Argüello*”, será un Centro de Educación Superior y de investigación permanente, humanístico, competitivo, con cobertura regional y reconocimiento nacional e internacional. Contará con Docentes de alto nivel académico, ética profesional y reconocimiento social; formando profesionales de alta calidad, capacidad científico-técnico e investigativa, comprometidos con el desarrollo socio-económico de la región y del país, la preservación del medio ambiente, el rescate de la cultura regional y nacional con alta sensibilidad hacia los sectores más desprotegidos.

## **8.2. Características de la Facultad**

La FAREM-Chontales en la actualidad consta con 27 carreras, distribuidas en sus tres departamentos: ciencia, tecnología y salud, ciencias económicas y ciencias de la educación.

Las matrículas en el año 2012 fueron de 2610 estudiantes en total, 761 hombres y 1849 mujeres.

En la FAREM-Chontales existen diferentes modalidades de estudio, adecuadas y adaptadas a las necesidades de la población y del contexto:

- Regular (1073): matutino (661), vespertino (235) y nocturno (177).
- Viernes: encuentro (902).
- Sabatino (634).
- Dominical (profesionalización).

La diferencia entre encuentro y profesionalización es que la primera es educación a distancia para cualquier campo o carrera y, la segunda, se creó para dar respuesta a profesores empíricos, en su mayoría maestros de primaria y secundaria.

Estos turnos surgen como necesidad de los estudiantes y teniendo en cuenta que gran parte del alumnado viene de otras ciudades e incluso departamentos, así como de zonas rurales a las cuales es difícil el transporte diario a la Facultad (por infraestructuras, transporte, economía, conciliación familiar, trabajo, etc.). Estos alumnos proceden de los departamentos de Boaco, Chontales, Río San Juan y Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS).

En los anexos (véase anexo 3, 4 y 5) se pueden consultar las diferentes tablas de alumnado de la FAREM-Chontales (totales, masculinos y femeninos) según carrera y turnos (matutino, vespertino, nocturno, sabatino y encuentro), así como el total de alumnado matriculado según carrera, turno y curso y, por último, el alumnado masculino y femenino según turno y curso.

En la siguiente tabla aparece el total de alumnado, según género, distribuido por turnos. Observamos que en todos los turnos la mayoría del alumnado es femenino.

**Tabla 43. Alumnado por turno y género, primer semestre 2012.**

	<b>Matutino</b>	<b>Vespertino</b>	<b>Nocturno</b>	<b>Sabatino</b>	<b>Encuentro</b>	<b>Subtotal</b>
<b>Masculino</b>	198	88	70	165	240	761
<b>Femenino</b>	463	147	107	469	663	1849

Fuente: elaboración propia.

Las edades de los estuantes al ingresar en la facultad son variables y van desde los 15 años, que es lo más común hasta mayores a los 40 años, ya que no existe límite en la edad de ingreso a la universidad.

Según la oficina de recursos humanos de la FAREM existe una planta docente de 115, sus edades oscilan entre 25 a 60 años, 73 recursos o personal administrativo, la mayoría son del sexo femenino al igual que el alumnado.

A continuación exponemos datos más concretos sobre los recursos humanos con los que cuenta la FAREM-Chontales y el alumnado que es nuestra población de estudio.



### 8.3. Recursos Humanos

La persona responsable de la Facultad, en cuanto a representatividad, es el Decano Emilio José López Jarquín, licenciado en Economía por la UNAN-Managua y con diversas maestrías y especialistas.

A fecha de 2012, segundo semestre, hay unos 2610 estudiantes matriculados y 115 profesorado contratado que se adscribe a sus tres departamentos, según la distribución que a se reproduce a continuación:

No obstante, los datos segregados por sexo y departamentos son de 2010, donde se contaba con 96 docentes, de los cuáles 45 son hombres y 51 son mujeres. La edad mayoritaria entre el profesorado de la FAREM-Chontales está en los 45-54 años (34), seguido de los 35-44 (27) y el grupo de 55-64 años (14).

Con estos datos vemos que la plantilla docente es relativamente mayor, sobre todo teniendo en cuenta la percepción que existe en Nicaragua con la edad ya que una persona de 30 años ya se considera mayor, incluso a veces se habla de “viejo” asociándolo al matrimonio y a la maternidad.

Si agrupamos algunas edades, observamos que entre los 45-64 años se encuentra el 50% de los docentes de la facultad.

**Tabla 44. Total docentes FAREM-Chontales**

Edades	
≤24	1
25-29	9
30-34	10
35-44	27
45-54	34
55-64	14
≥65	1
<b>Total</b>	<b>96</b>

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales 2012.

Al distribuir el personal docente por departamentos, observamos que la mayoría pertenece al departamento de Tecnología y Salud con 37 profesores, seguido del de educación y humanidades con 33 y, por último, el de económicas y administrativas con 26.

Con respecto al departamento de tecnología y salud, hay 45 hombres frente a 51 mujeres. Es el único departamento donde existe mayoría de profesoras.

En cuanto a las edades, se repite la tendencia generalizada en la FAREM-Chontales, ya que más del 50% de la plantilla de este departamento se sitúa en la franja de edad de 35-54 años (24 del total de 37 docentes). Sin embargo, en este departamento hay datos muy alentadores de profesorado joven, sobre todo entre los 25-34 años que hacen un total de 11 docentes.

**Tabla 45. Docentes del Departamento de Tecnología y Salud**

Edades	
≤24	1
25-29	6
30-34	5
35-44	12
45-54	12
55-64	1
≥65	0
<b>Total</b>	<b>37</b>

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales 2012.

En el departamento de Ciencias Económicas y Administrativas existe paridad de género al encontrarse el mismo número de profesores y profesoras (13). Sin embargo, en cuanto a la variable edad, seguimos en la misma línea anterior ya que sólo el 50% de los docentes se sitúan entre los 45-54 años. Dicho de otra manera, más del 75% de la plantilla del departamento se sitúa entre los 35-54 años.

**Tabla 46. Docentes del Departamento de CC Económicas y Administrativas**

Edades	
≤24	0
25-29	1
30-34	3
35-44	9
45-54	11
55-64	2
≥65	0
<b>Total</b>	<b>26</b>

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales 2012.

Por último, en el departamento de Ciencias de la Educación y Humanidades, nos encontramos con mayoría de hombres con 19 profesores, frente a las 14 profesoras. En este caso, la media de edad aún es más alta que en los dos anteriores, ya que el 66% tiene entre 45-64 años, si le sumamos los de 35-44 años nos encontramos que el 84% de los docentes se sitúan entre los 35-64 años.

**Tabla 47. Docentes del Departamento de CC de la Educación y Humanidades**

Edades	
≤24	0
25-29	2
30-34	2
35-44	6
45-54	11
55-64	11
≥65	1
<b>Total</b>	<b>33</b>

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales 2012.

En nuestro proyecto han colaborado sustancialmente en el trabajo de campo, facilitación de documentos, recopilación documental, etc., tanto el Decano Emilio José como los docentes: Rolando Enrique Cordero Aburto, Carmen Dolores Castrillo Reyes, Karla Patricia Castilla, María Mercedes Zapata Quintanilla, Ronald de Jesús Guido Urbina, Tonys Romero Díaz, María Luisa Castilla Espinoza, Raquel Marie Sing Brooks, José Alberto Mora, Carlos Miguel Matamoros Osorio, Bertha Josefa Téllez, Indiana Montoya Dompe, Marcos Reyes y Winston Joseph Zamora Díaz.

#### **8.4. Alumnado**

Nuestro trabajo se ha centrado en los estudiantes de la FAREM-Chontales, para conocer los conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo de la juventud de Chontaleña.

El alumnado de la facultad proviene de los diferentes municipios del departamento de Chontales, tanto de zonas rurales como urbanas, lo que supone un abanico amplio y representativo para las características del país. Muchos de los jóvenes provienen de familias disfuncionales y numerosas, donde el pilar

fundamental son las mujeres, que en ocasiones son las únicas que trabajan, situación que le permite darle la debida atención y cuidado a sus hijos, por los escasos recursos económicos en los cuales se encuentran.

Sin embargo, los resultados, conclusiones y propuestas de intervención y mejora beneficiarán al resto de la población: niños, jóvenes y adolescentes, adultos, trabajadores, desempleados, amas de casa, instituciones del Estado, empresas públicas y privadas, ONG, en definitiva, a la población civil.

Desde el punto de vista socioeconómico, podemos definir a la población estudiantil como de clase media y en edades comprendidas en su mayoría menores de 20 años. En general la facultad reúne todas las condiciones para permitir a los estudiantes disponer de los espacios que les garanticen toda la información necesaria así, como para el correcto desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje (biblioteca con sala de estudio y préstamo bibliotecario, aulas, salas de computación, cafetines, fotocopiadoras, etc.).

Para los adolescentes, el hecho de ingresar en la universidad les crea una sensación de madurez y adquieren conductas de riesgo como consumo de tabaco, alcohol, etc. Como consecuencia de estas conductas desde 2007 se empiezan a desarrollar acciones que tuvieron como colofón el desarrollo de un proyecto de creación de un Observatorio de Calidad de Vida, Desarrollo y Educación para la Salud, entre los que se encontraba como iniciativa prioritaria el Aula de Formación y Promoción de la Salud del citado observatorio que se creó en 2010.

### **Imagen 18. Observatorio de calidad de vida, desarrollo y educación para la salud**



Fuente: fotografía propia.

Este observatorio lo crea la UNAN-Managua con sede en Juigalpa en colaboración con otras instituciones nacionales (MINED- Ministerio de Educación-, MITRAB –Ministerio del Trabajo-, MINSA –Ministerio de Salud-, Alcaldía de Juigalpa, etc.) e internacionales como la UPO -Universidad Pablo de Olavide- y la AECID - Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-, entre otras.

Con este proyecto se pretendía promover y desarrollar en los adolescentes conocimientos, actitudes y practicas adecuadas, a través de acciones de información, comunicación y educación para favorecer los estilos de vida saludables.

Centrándonos en los estudiantes universitarios de la FAREM-Chontales hay que hacer una pequeña distinción entre los datos de 2010/2011 que fue cuando pasamos los cuestionarios, y los de 2012 que realizamos la recogida de datos cualitativa.

En 2010/2011 estudian 1812 alumnos (548 hombres y 1.264 mujeres). A continuación exponemos la información resumida en los totales por turnos, cursos y edades:

**Tabla 48. Número de estudiantes en 2010/2011**

<b>Sexo</b>	Masculino	548
	Femenino	1.264
<b>Turno</b>		
	Matutino	348
	Vespertino	220
	Nocturno	244
	Encuentro	471
	Profesionalización	529
<b>Curso</b>		
	1	552
	2	481
	3	305
	4	246
	5	228
<b>Edades</b>		
	≤24	1.363
	25-29	235
	30-34	114
	35-44	87
	45-54	13
	55-64	0
	≥65	0
<b>Total</b>		<b>1.812</b>

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales 2012.

No obstante, estos datos han aumentado considerablemente en 2012 ya que estudian 2610 alumnos de los cuales 1849 son mujeres y 761 son hombres, con una media de menos de 24 años (1363 alumnos), seguido de 235 alumnos con edades comprendidas entre 25-29 años, y el resto se distribuye entre los 30 y 54 años, no existiendo alumnado mayor de 65 años en ninguna titulación.

En relación al alumnado masculino, según carrera y turnos, observamos que la mayoría de los estudiantes están matriculados en Contaduría Pública y Finanzas (111), seguido de Ingeniería Agroindustrial (90), Administración de Empresas (73), profesiones tradicionalmente afines al género masculino. En cambio, existen carreras con uno o dos estudiantes que corresponde al turno sabatino y encuentro que son los turnos “*más especiales*”, ya que uno es de educación a distancia, con reuniones semanales, y el otro es para maestros también con una sesión a la semana, como son: derecho y educación infantil (1), economía y educación física y deportes (2) o informática educativa (3), entre otros.

**Tabla 49. Carreras y turnos según sexo masculino**

	Matutino	Vespertino	Nocturno	Sabatino	Encuentro	Total
Educación Infantil	0	0	0	1	0	1
Lengua y Literatura Hispanicas	0	0	0	12	0	12
Ciencias Sociales	0	0	0	23	0	23
Matemáticas	0	0	0	22	0	22
Física-Matemática	0	0	0	21	0	21
Educ. Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	2	0	2
Ciencias Naturales	0	0	0	26	0	26
Biología	0	0	0	7	0	7
Informática Educativa	0	0	0	3	0	3
Inglés	0	0	0	38	16	54
Filología y Comunicación	0	0	0	0	5	5
Turismo Sostenible	7	0	0	0	0	7
Economía	2	0	0	0	0	2
Admón. de Empresas	17	4	0	0	52	73
Contaduría Pública y Finanzas	18	0	35	0	58	111
Banca y Finanzas	0	0	10	0	29	39
Mercadotecnia	0	8	4	0	4	16
Derecho	0	0	0	0	1	1
Ciencias de la Computación	5	0	7	0	17	29
Ing. Sistemas Información	14	23	14	0	0	51
Ingeniería Industrial y de Sistemas	30	0	0	0	0	30
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	20	20
Ingeniería Agronómica	33	0	0	0	0	33
Ingeniería Agroindustrial	37	53	0	0	0	90
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	18	18
Enf. con Orien. Materno Infant.	17	0	0	0	4	21
Bioanálisis Clínico	18	0	0	10	16	44

Fuente: elaboración propia, 2012.

Por otra parte, con respecto al alumnado femenino que estudia en la FAREM-Chontales, coincide con el masculino en la carrera más demandada siendo la de Contaduría Pública y Finanzas (288), seguido de bioanálisis clínico (196) y Administración de empresas (195). En cambio, las carreras menos demandadas son educación física y deportes (1) y la de Técnico y Técnico Superior en Enfermería Profesional (1 en cada una).

**Tabla 50. Carreras y turnos según sexo femenino**

	Matutino	Vespertino	Nocturno	Sabatino	Encuentro	TOTAL
Educación Infantil	0	0	0	21	0	21
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	64	0	64
Ciencias Sociales	0	0	0	89	0	89
Matemáticas	0	0	0	14	0	14
Física-Matemática	0	0	0	23	0	23
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	1	0	1
Ciencias Naturales	0	0	0	103	0	103
Biología	0	0	0	23	0	23
Informática Educativa	0	0	0	18	0	18
Inglés	0	0	0	68	26	94
Filología y Comunicación	0	0	0	0	16	16
Turismo Sostenible	11	0	0	0	0	11
Economía	18	0	0	0	0	18
Administración de Empresas	47	20	1	0	127	195
Contaduría Pública y Finanzas	59	0	58	0	171	288
Banca y Finanzas	0	0	20	0	104	124
Mercadotecnia	0	55	11	0	17	83
Ciencias de la Computación	11	0	5	0	10	26
Ing. Sistemas Información	19	23	12	0	0	54
Ingeniería Industrial y de Sistemas	23	0	0	0	0	23
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	36	36
Ingeniería Agronómica	26	0	0	0	0	26
Ingeniería Agroindustrial	26	49	0	0	0	75
Téc. Sup. en Enfermería Profesional	0	0	0	1	0	1
Enfermería Profesional	1	0	0	0	0	1

(Téc)						
<b>Enf. con Orien. Salud Pública</b>	0	0	0	0	96	<b>96</b>
<b>Enf. con Orien. Materno Infantil</b>	112	0	0	0	18	<b>130</b>
<b>Bioanálisis Clínico</b>	110	0	0	44	42	<b>196</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

A continuación exponemos algunos datos previos sobre la concepción que tiene el alumnado de la FAREM-Chontales con respecto a las ITS, los problemas de salud, así como las necesidades detectadas en estudios anteriores según los estudiantes.

#### **8.4.1. Percepción de los estudiantes**

Según los estudios realizados y la observación llevada a cabo en la Facultad, los estudiantes son vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y los problemas de salud, según sus respuestas y comentarios:

- La falta de formación adecuada en los estudiantes en materia de educación sexual y también del personal docente.
- Desconocimiento del manejo de los diferentes métodos de Planificación Familiar.
- No están informados para prevenir las ITS.
- Menos probabilidades de que soliciten información o tratamiento apropiado debido al temor, la ignorancia, timidez o inexperiencia.
- El riesgo de adquirir trichomonas, herpes genital, Papiloma Viral Humano (VPH), es mucho mayor cuando se exponen por primera vez a las ITS.
- Las adolescentes son más susceptibles a las infecciones que las mujeres mayores, debido a la inmadurez del cuello uterino.
- La experiencia sexual temprana puede causar lesiones del tejido vaginal, lo cual hace que las adolescentes sean más vulnerables a las ITS.



Además, otro aspecto que determina la importancia de seguir trabajando en educación para la salud es que, en encuestas realizadas anteriormente en la FAREM, se identificaron las siguientes necesidades entre los estudiantes (733 encuestados):

- El 98% estudiantes encuestados expresaron la necesidad de ser capacitados en temas de prevención de riesgos, específicamente en temáticas de drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescencia y trastornos alimenticios.
- Un 65% consideró que existe información pero que no se hace llegar de forma adecuada.
- El 45% de los estudiantes encuestados han consumido en el último mes algún tipo de sustancia adictiva.
- El 26% de los estudiantes han presentado conductas sexuales de riesgo. Un 12% nunca usa preservativo en sus relaciones sexuales y tienen más de una pareja en el año.

Esto refleja que existe la necesidad de retomar nuevas alternativas de comunicación para transmitir de forma más efectiva la información y sobre todo que pueda crear conciencia en el joven o adolescente de los riesgos que conlleva ciertas prácticas.

Esta información nos muestra en síntesis un contexto en el que se debe intervenir utilizando medios del que los jóvenes y adolescentes participen **activamente** y sobre todo que mantenga siempre la comunicación directa y personal con sus intereses.



**SEGUNDA PARTE: INVESTIGAR EN  
CIENCIAS SOCIALES**



La finalidad del presente estudio es ahondar en los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo que tiene la población estudiantil de la FAREM-Chontales sobre VIH/SIDA. Para ello debemos acercarnos tanto a la realidad vivida por los jóvenes como a la percepción que tiene dicho colectivo al considerarse un sector importante de la sociedad. No obstante, debemos contextualizar el entorno económico, social y cultural en cual viven los estudiantes de la FAREM-Chontales y para ello hacemos un recorrido por los desequilibrios sociales y la educación para el desarrollo, para después centrarnos en la educación para la salud, el VIH/SIDA y la animación sociocultural como propuesta de intervención.

Teniendo en cuenta esta finalidad presentamos una serie de objetivos los cuales hemos pretendido alcanzar desde paradigmas diferentes, con distintos métodos y metodologías de investigación, acercándonos a la realidad objeto de estudio.

A continuación exponemos una tabla que recoge los pasos metodológicos dados durante todo el proceso:

**Tabla 51. Metodología de investigación**

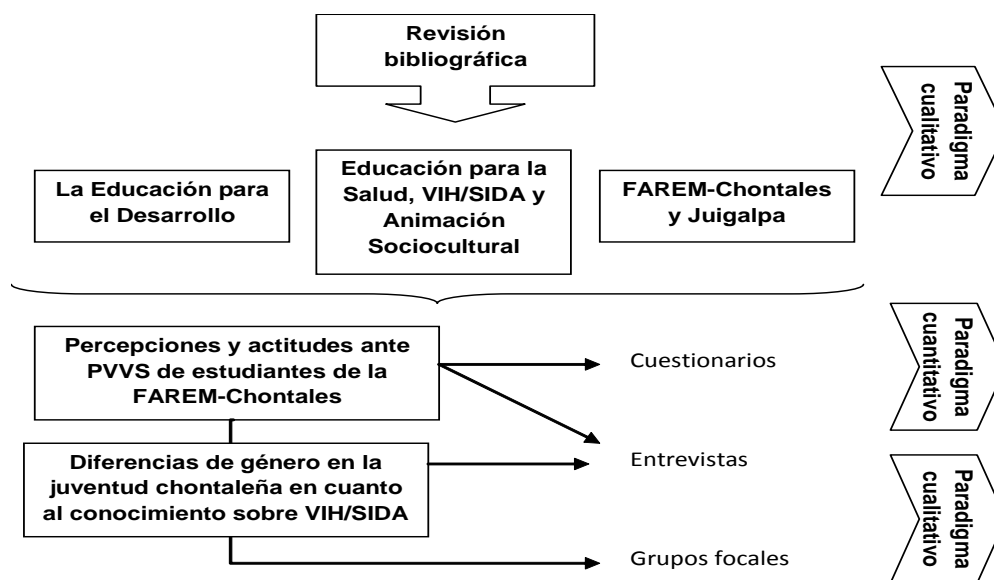
	<b>En relación a los conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo de los estudiantes de la FAREM-Chontales</b>	<b>En relación a las diferencias de género en cuanto a percepción sobre VIH/SIDA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo de los estudiantes universitarios de la FAREM-Chontales ante el contagio y la convivencia con personas que tengan VIH/SIDA.</li> <li>○ Determinar los conocimientos de los estudiantes de la FAREM-Chontales en relación al VIH/SIDA.</li> <li>○ Determinar la percepción de la juventud universitaria de la FAREM-Chontales en relación a personas infectadas de VIH.</li> <li>○ Identificar las prácticas de riesgo que tiene el alumnado de la FAREM-Chontales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer las percepciones que tiene la población estudiantil de la FAREM-Chontales sobre el VIH/SIDA con respecto al género.</li> <li>○ Determinar los aspectos que cada género considera prioritario para prevenir el VIH/SIDA.</li> <li>○ Determinar las prácticas de riesgo que llevan a cabo los estudiantes de la FAREM desde una perspectiva de género.</li> <li>○ Analizar si los estudiantes tienen más estereotipos, en relación a las jóvenes, con respecto a las personas infectadas por VIH.</li> </ul>
<b>Paradigma</b>	Interpretativo/ Sociocrítico	Interpretativo/ Sociocrítico
<b>Instrumento</b>	Cuestionarios / revisión bibliográfica	Cuestionarios / grupos focales / entrevistas
<b>Metodología</b>	Multimétodo	Multimétodo

Fuente: elaboración propia.

Más allá del tradicional debate sobre los diferentes paradigmas de investigación social, y los diferentes posicionamientos que hay al respecto, consideramos que necesario y abogamos por un método mixto, “*mixed methods*” o “*multimétodo*”. En definitiva tratamos de utilizar ambos método: por un lado, los cuantitativos o positivistas, propios de las ciencias físico-naturales; y, por otro lado, los métodos cualitativos, constructivistas o interpretativos, que son aquellos que diferencian mundo natural de mundo social y plantean la importancia de descubrir las diversas interpretaciones y significados que los propios individuos atribuyen a los fenómenos sociales y educativos.

En este sentido, nuestra investigación ha seguido el siguiente desarrollo metodológico:

**Gráfico 22. Desarrollo metodológico de investigación**



Fuente: elaboración propia.

Después de abordar las teorías y paradigmas de investigación, profundizaremos en nuestro diseño de investigación y explicaremos la metodología llevada a cabo para alcanzar los objetivos propuestos.

# CAPÍTULO IV

## PARADIGMAS Y METODOLOGÍAS

*Yo no puedo enseñar nada a nadie,  
sólo puedo hacerlos pensar*  
**Sócrates**





## 9. LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES

Antes de ahondar en la metodología que hemos llevado a cabo en este trabajo de investigación, debemos introducir el concepto de “investigación social” que es la clave de este trabajo, sin la cual no se entendería el resto, así como los diferentes paradigmas y metodologías de investigación.

La investigación es una actividad del hombre, orientada a descubrir algo desconocido, teniendo su origen en la curiosidad innata de los hombres, es decir, en conocer cómo y por qué son las cosas. Se trata de investigar y buscar solución a los problemas, dificultades y necesidades.

Podemos entender la investigación, según del Rincón et al. (1995: 19), como aquella:

*“actividad humana orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación sistemática. Algunos autores han argumentado que esta indagación debe ser científica en el sentido que se atribuye a las ciencias físico-matemáticas”.*

En esta definición de investigación se pueden distinguir los siguientes aspectos:

- La investigación en primer lugar es un proceso formado como tal por un conjunto de fases de actuación sucesiva, orientada en este caso a descubrir la verdad en el campo social.  
Al ser un proceso, la investigación se distingue por ello del método científico, que no es un conjunto de actividades, sino un conjunto de normas y reglas genéricas de actuación científica. Por el mismo motivo, la investigación se distingue de las técnicas en que, como hemos indicado, son procedimientos, aunque más concretos que el método.
- En segundo lugar, es fundamental que la investigación científico social tenga como finalidad hallar respuesta a problemas desconocidos y ampliar el ámbito de nuestros conocimientos en el área social.
- En tercer lugar, la investigación científico social exige necesariamente, la aplicación lo más rigurosa posible del método y las técnicas científicas al campo social.

- En cuarto lugar, la investigación debe referirse a problemas concretos, es decir, lo más preciso y específico que sea posible, y reales o sea, no especulativos, sino referentes a la realidad social" (Sierra, 2008: 27 - 28).

Ahora bien, no toda investigación es investigación científico social y en las siguientes páginas vamos a descubrir el por qué ya que es fundamental para entender este capítulo.

### **9.1. Investigación social**

La investigación social la podríamos definir como el *“proceso de aplicación del método y técnicas científicos a situaciones y problemas concretos en el área de la realidad social para buscar respuesta a ellos y obtener nuevos conocimientos”* (Sierra Bravo, 1989).

Esta definición implica conceptos interesantes a tener en cuenta como, por ejemplo, que: como proceso que es, está formado por un conjunto de fases de actuación sucesivas, orientadas, en este caso, a descubrir la verdad en el campo social; y, como método científico, posee normas y reglas genéricas de actuación científica. Otro aspecto a resaltar es que la investigación científico social exige la aplicación lo más rigurosa posible del método y de las técnicas científicas al campo social, y lo más importante es que la investigación debe referirse a problemas concretos, es decir, precisos, específicos y reales, y nunca deben ser especulativos.

A continuación, vamos a sintetizar algunas de las peculiaridades de la investigación social (Sierra Bravo, 1989):

- Carácter cualitativo: está presente en muchos de los fenómenos y aspectos de la realidad social. Este carácter conlleva dos dificultades en la investigación social, por un lado, lo externo de las acciones y acontecimientos sociales, lo que le parece al observador no es siempre lo más importante, desde el punto de vista científico, sino que debajo hay intereses, ideologías y actitudes de los sujetos sociales que intervienen en ellos. Por otro lado, la investigación social discurre frecuentemente sobre ideas morales, que no tienen una realidad objetivo externa y que sólo se

pueden investigar por procedimientos indirectos.

En cambio, conceptos como solidaridad, alienación, autoritarismo, etc., sólo se pueden observar empíricamente mediante la búsqueda de indicadores que sean expresión de ellos. Los fenómenos sociales, en general, son incuantificables a veces, o sólo se pueden cuantificar en términos muy poco precisos.

- Multiplidad de factores: en todos los fenómenos sociales intervienen un gran número de variables (factores), influyendo en la situación que estamos investigando.
- Grado de variabilidad: en el espacio y en el tiempo, siendo mucho más prudente y limitado que en otras ciencias el establecimiento de regularidades y generalizaciones, tarea fundamental de la ciencia.
- Ausencia: en las ciencias sociales (hasta ahora) de instrumentos de observación, potentes y precisos (como por ejemplo, el microscopio en las ciencias biológicas, el telescopio en astronomía, etc.).
- El experimento: sólo se puede utilizar en las ciencias sociales muy imperfectamente y con muchas limitaciones, siendo la técnica científica de observación más potente.
- La sociedad: consiste en una innegable influencia que tiene la misma en el objeto de investigación, en la cual se difunden los resultados de las investigaciones.
- Juicios de valor: siendo el investigador, que forma parte de la sociedad, el que investiga y participa de sus valores, ideologías y creencias lo que hace que nunca pueda ser totalmente independiente y neutral respecto a la sociedad investigada.

A pesar de estas dificultades, la investigación social no sólo es posible sino que, como dice Sierra Bravo (1989), es muy necesaria porque obliga a reducir distancias entre el extraordinario adelanto de las ciencias naturales y el incipiente desarrollo de las ciencias sociales y de sus técnicas, que parece ser una de las causas más importantes del grave desequilibrio de las sociedades modernas.

Más allá de las Ciencias Sociales, nos centramos en la investigación educativa o socioeducativa. Ésta consiste en analizar con rigurosidad y objetividad una situación educativa entendida en sentido amplio. Su finalidad es conocer (describir, comprender) con cierta precisión una determinada realidad educativa, sus características y funcionamientos, así como la relación que existe entre los elementos que la configuran. Ello facilita hacer valoraciones y diagnósticos adecuados de la misma, así como ciertas predicciones de su futuro funcionamiento, e identificar los factores que causan en ella determinados efectos.

La investigación en educación está muy vinculada a la práctica educativa. Por ello se suele diferenciar entre investigación básica y aplicada (Martínez, 2007: 17-18). En la tabla siguiente se recogen las fases de la investigación en educación:

**Tabla 52. Fases de la investigación en educación**

<b>Planteamiento de la investigación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del tema de investigación o de la situación que precisa ser analizada.</li> <li>2. Propuesta de objetivos a lograr.</li> <li>3. Si es el caso, formulación de hipótesis de investigación para su contrastación.</li> </ol>
<b>Diseño y planificación de la investigación.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Identificación de variables de estudio y su operativización.</li> <li>5. Identificación de los sujetos y/o población de estudio.</li> <li>6. Elaboración y/o selección de los procedimientos de recogida de información.</li> <li>7. Identificación de los procedimientos de análisis de datos.</li> </ol>
<b>Ejecución del Diseño de la Investigación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Aplicación de los procedimientos de recogida de información.</li> <li>9. Tratamiento y análisis de datos.</li> </ol>
<b>Interpretación y reflexión</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Interpretación de resultados y obtención de conclusiones.</li> <li>11. Establecimiento de implicaciones para la intervención educativa.</li> </ol>
<b>Redacción y difusión del informe de investigación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Redacción del informe de investigación.</li> <li>13. Difusión del informe.</li> </ol>

Fuente: Martínez (2007).

Dentro de las ciencias sociales, y concretamente de la investigación educativa, se distinguen diferentes cuatro cuestiones claves que contribuyen a situar los rasgos identitarios de la investigación educativa como principal instrumento de producción de conocimientos en el campo de las Ciencias de la Educación (Barboza, 2008).

Tanto la educación como el campo de las Ciencias de la Educación, se ha constituido como campo de investigación interdisciplinar. Ha tomado prestados

conceptos y teorías de la Psicología, la Sociología, la Antropología, las Ciencias Políticas, la Economía, la Pedagogía y otras ciencias y disciplinas.

Según McMillan y Schumacher (2005: 27):

*“la investigación educativa también ha tomado prestadas metodologías desarrolladas originalmente por las ciencias sociales. La psicología, sobre todo la medición, ha dominado la investigación educativa tradicionalmente y continúa ejerciendo una fuerte influencia. Los investigadores también valoran otras metodologías como los estudios sociológicos, la observación participante de la antropología, la investigación histórica y el análisis político”.*

La investigación educativa se centra esencialmente, según Barboza (2010), en las personas y grupos que habitan las instituciones educativas. Se trata de un estudio sistemático en el que diferentes disciplinas y ciencias proporcionan principios de investigación diferentes mediante los que recoger y analizar datos con algún objetivo, y con la finalidad de elaborar conocimiento educativo socialmente pertinente.

Podemos distinguir cuatro campos de la investigación educativa: básica, aplicada, de acción y evaluativa (Martínez, 2007: 20-22):

- Investigación básica: se ocupa de incrementar el conocimiento sobre una realidad dada para profundizar en la elaboración de teorías principios o leyes generales que permitan comprenderla, explicarla, y hasta predecirla y controlarla, sin buscar utilizar de inmediato ese conocimiento en la práctica.
- Investigación aplicada: su objetivo es aplicar los conocimientos obtenidos al investigar una realidad o práctica concreta para modificarla y transformarla hasta donde sea posible para mejorarla.
- Investigación de la acción: es un tipo de investigación aplicada que es realizada fundamentalmente por las propias personas que trabajan en un contexto determinado para analizar críticamente su propia actuación con el fin de introducir cambios para mejorarla en dicho contexto, sin esperar necesariamente que la investigación contribuya a generalizar los conocimientos adquiridos más allá del marco en que éstos han sido generados.
- Investigación evaluativa: es otra tipología de investigación aplicada que busca valorar con rigor y objetividad la calidad y eficacia de instituciones.

Terminamos con la cita de McMillan y Schumacher (2005: 26):

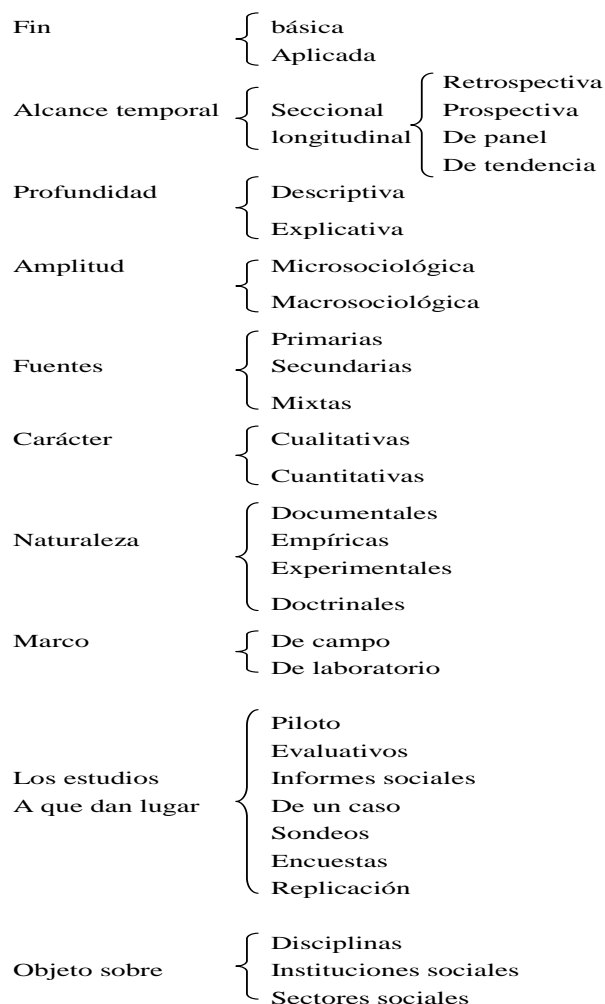
*“las investigaciones básicas, aplicadas y evaluativas se diferencian en primer lugar, porque tienen distintos propósitos, temas de investigación y usos perseguidos. Ni la investigación básica ni la aplicada están diseñadas para obtener soluciones inmediatas a un problema específico en una situación determinada. Sin embargo, ambos tipos de investigación pueden influir indirectamente, pasado un período de tiempo considerable, en la forma en que los científicos, investigadores y participantes afrontan y perciben sus respectivos problemas. La investigación evaluativa juzga el mérito y el coste de una práctica particular en una situación determinada. A diferencia de la investigación básica y aplicada, los estudios evaluativos proporcionan información para su uso inmediato cuando las directrices políticas y prácticas se desarrollan, implementan e institucionalizan. Los tres tipos de investigación son válidos para el desarrollo del conocimiento”.*

Debemos recordar que las Ciencias Sociales no están necesariamente dominadas por una sola escuela de pensamiento. Lo que distingue a éstas de las Ciencias Naturales es la ausencia misma de un paradigma dominante único, pero esta característica no es un estado de retraso preparadigmático (Cobos Sanchiz, 2007). Tradicionalmente se ha extendido que existía un enfrentamiento entre los diversos paradigmas científicos (perspectiva cuantitativa y cualitativa). Sin embargo, actualmente ambos posicionamientos convergen en aras de la utilización adecuada en función del hecho o fenómeno a estudiar. Por tanto, hoy día ya no podemos hablar de un paradigma único sino que más bien de la aportación de diversas tendencias a una visión de la realidad socioeducativa más global y plural.

### **9.1.1. Características de la investigación social**

Según atendamos a unos aspectos u otros de la investigación social podemos encontrarnos con modalidades diferentes. A continuación exponemos un esquema con los rasgos más relevantes y aspectos a tener en cuenta para elegir un tipo de investigación social u otra.

### Imagen 19. Tipos de investigación social



Fuente: Sierra, (2008).

A continuación explicamos cada uno de esos aspectos que diferencian y nos orientan a la hora de elegir un tipo de investigación social u otra:

- Finalidad: según su finalidad, se puede dividir la investigación social en, básica y aplicada. La primera tiene como finalidad el mejor conocimiento y comprensión de los fenómenos sociales. Se llama básica porque es el fundamento de toda otra investigación. Por otro lado, la investigación social aplicada busca mejorar la sociedad y resolver sus problemas. De los cuatro oficios importantes que cumple la investigación, conocer, explicar, prever y actuar, son los dos primeros los que constituye el objeto de investigación básica y los dos últimos son aplicaciones de ella y entran en el campo de la investigación aplicada. Ambas investigaciones están muy vinculadas.

- Alcance temporal: la investigación puede referirse a un momento específico o a un tiempo único o puede extender su análisis a una sucesión de momentos temporales.
- Profundidad: de acuerdo con este criterio se pueden dividir las investigaciones sociales en descriptivas, explicativas y exploratorias. Las primeras son aquellas que conforme a la definición que da de ellas Hyman (1971: 102), tienen como objeto central "la medición precisa de una o más variables dependientes, en una población definida o en una muestra de la población". Las investigaciones sociales explicativas son las que no solamente pretenden medir variables, sino estudiar las relaciones de influencia entre ellas, para conocer la estructura y los factores que intervienen en los fenómenos sociales y su dinámica.
- Amplitud: por su amplitud, cabe distinguir las investigaciones microsociológicas y macrosociológicas. Las primeras son las que hacen referencia al estudio de variables y sus relaciones en grupos pequeños y medianos, mientras que segunda se caracterizan por abordar dicho estudio respecto de grandes grupos o sociedades humanas.
- Fuentes: según este criterio, se pueden distinguir las investigaciones sociales según se realice basándose en datos primarios o bien en datos secundarios. Las primeras son aquellas en la que los datos o los hechos sobre los que versan, son de primera mano, es decir, recogido para la investigación y por aquellos que la efectúan. Las segundas son, por el contrario, las que operan con datos y hechos recogidos por distintas personas y para otros fines e investigaciones diferentes. También existen investigaciones mixtas, que aplican a la vez datos primarios y secundarios.
- Carácter: esta división hace referencia a dos enfoques históricos principales de la investigación social (Bruyn, 1972: 26 y 22). El cuantitativo es el que centra de manera predominante la investigación social y los aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de los fenómenos sociales. Este enfoque es defendido por el principio de Durkheim "la regla primera y más fundamental del método científico es considerar los hechos sociales como cosas" (1964: 41). El cualitativo, es por el contrario el que se orienta a



descubrir el sentido y significado de las acciones sociales según Max Weber, o lo que Znaniecki llamaba el coeficiente humanístico de dichos fenómenos.

- Ambos tipos de investigaciones no se deben considerar como opuestos, aunque los dos tienen su campo más apropiado, el cualitativo en los estudios de fenómenos y de grupos pequeños, y el cuantitativo en las encuestas referentes a grandes poblaciones.
- Naturaleza: según su naturaleza, las investigaciones pueden ser: a) empíricas, que trabajan con hechos de experiencias directas no manipulados. b) experimentales, que se apoyan en la observación de fenómenos provocados o manipulados en laboratorios o ambientes artificiales. c) documentales, que tienen como objeto directo la observación de fuentes documentales. d) encuestas, en las que los datos manejados proceden de las manifestaciones verbales o escritas de los sujetos observados.
- Su objeto social: de acuerdo con su punto de vista se pueden distinguir distintas clases de investigaciones sociales, según la disciplina social a la que se refieren, las instituciones sociales que estudian y los sectores sociales a que corresponden.
- Según el marco en que tienen lugar: se tienen las investigaciones sobre el terreno, o de campo, y las de laboratorio. Las primeras son las que se realizan observando el grupo o fenómeno estudiado en su ambiente natural y las segundas, en un ambiente artificial, cual es el laboratorio.
- Tipos de estudio a que dan lugar: además de las clases de investigación indicadas cabe mencionar las siguientes que representan, que representan modalidades particulares de investigación social de interés por su frecuente aplicación: los estudios piloto; las investigaciones evaluativas; los informes sociales; los estudios de recopilación; las encuestas y los sondeos y el método de casos (Sierra, 2008: 32-36).

En nuestro caso, hemos seleccionado en cuanto a su finalidad, la investigación básica, centrada en incrementar conocimiento sobre una realidad, el VIH/SIDA entre la juventud chontaleña y concretamente de la FAREM-Chontales, para profundizar en la elaboración de teorías y nos permitan así comprenderla y

explicarla. Además, hemos seleccionado en cuanto a su carácter, los enfoques cuantitativos y cualitativos. Aunque a continuación profundizaremos en los paradigmas y enfoques metodológicos, debemos resaltar que el enfoque cualitativo se orienta a descubrir el sentido y el significado de las acciones sociales defendido por Max Weber, y en nuestro caso elegimos los grupos de discusión o focales. Por otra parte, el enfoque cuantitativo lo que trata es de centrarse en aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de los fenómenos sociales. Este último enfoque es defendido por el principio de Durkheim, según el cual *“la regla primera y más fundamental del método científico es considerar los hechos sociales como cosas”* (Durkheim, 1964).

Aunque ambos enfoques tienen su campo más apropiado, el cualitativo, en los estudios de fenómenos y de grupos pequeños, y el cuantitativo en las encuestas referentes a grandes poblaciones, se debe procurar siempre que las investigaciones cualitativas sean también precisas y exactas en lo posible, y que las cuantitativas intenten penetrar y comprender los aspectos íntimos de los fenómenos que estudian. Por ello, es conveniente la complementariedad de ambos enfoques, para lograr un estudio más exhaustivo.

Todo comienzo requiere de un proceso de búsqueda e indagación, que nos acarrea el cuestionamos el porqué de las cosas, lo que nos lleva a utilizar una metodología que nos ayude a buscar soluciones justificadas desde un plano científico.

Según el modelo o paradigma en el que se base cada investigación, se utilizarán las estrategias empíricas que se consideren más adecuadas, tanto de manera implícita como explícita. Cada proceso de investigación requiere de una adecuación metodológica en consonancia con el tema u objeto a investigar, de tal forma que en toda investigación juega un papel muy importante el método, pues es el procedimiento a través del cual, de un modo formal, se sistematiza y analiza la información recogida, identificando posteriormente cuestiones importantes que sean susceptibles de mejora.

Según López- Barajas (1996), podemos indicar que *“el método de investigación es considerado como el camino que vamos a seguir para profundizar*

*en el conocimiento. Así pues, la metodología de la investigación es el instrumento que utilizamos en cada caso”.*

Los modelos o paradigmas son los encargados de aproximarnos al conocimiento de la realidad que nos rodea, con el fin de llegar a un posicionamiento científico-metodológico.

### **9.1.2. Los inconvenientes de la investigación social**

En primer lugar cabe señalar el carácter cualitativo de mucho de los fenómenos y de los aspectos de la realidad social comporta dos dificultades fundamentales (Sierra, 2008: 28-30):

- Lo externo, lo material digamos, de las acciones y los acontecimientos sociales, lo que aparece al observador no es siempre lo más importante en los mismos, desde el punto de vista científico.
- Por otra parte, la investigación social versa frecuentemente sobre ideas morales que no tienen una realidad objetiva externa y que sólo se pueden investigar por procedimientos indirectos.
- La dificultad de medida de los fenómenos sociales en general es que son incuantificables a veces o sólo se pueden cuantificar en términos muy poco precisos por lo general. Ello aleja a las ciencias sociales de la exactitud que constituye el ideal de la ciencia.
- Esta investigación implica un gran número de variables, lo que complica la investigación.
- Se tiene el acusado grado de variabilidad de los fenómenos sociales en el espacio y en el tiempo. De aquí que el establecimiento de regularidades y generalizaciones haya de ser mucho más prudente y limitado que en otras ciencias.
- En las ciencias sociales sólo se puede utilizar muy imperfectamente y con muchas limitaciones el experimento, que es la técnica científica de observación más potente.

- La innegable influencia que tienen en el mismo objeto de investigación, la sociedad, la difusión en ella de los resultados de la investigación aumenta la dificultad del estudio científico de los fenómenos sociales.
- El hecho de que el investigador forma parte de la sociedad que investiga y participa de sus valores, ideologías y creencias hace que nunca pueda ser totalmente independiente y neutral respecto a la sociedad investigada.

### **9.1.3. Ventajas de la investigación educativa**

La investigación educativa posee también una serie de ventajas que la hacen particular y las exponemos a continuación (Martínez, 2007: 13):

- Dar respuesta a la necesidad de conocer y mejorar una determinada realidad educativa.
- Innovar en educación y analizar los resultados y eficacia de dichas innovaciones para avanzar en la mejora de los resultados educativos.
- Formular juicios de valor sobre la situación estudiada (evaluación), y establecer las causas que inciden sobre ella (diagnóstico). Esto facilita poder intervenir para potenciar, modificar y mejorar las situaciones educativas.
- Tomar decisiones y, en su caso, generalizar conclusiones que puedan estar afectando por igual a muchos sujetos o situaciones, lo que amplía la posibilidad de actuar sobre ellas y de rentabilizar los recursos y las inversiones que se hacen en tiempo, esfuerzo y presupuesto al investigar.
- Valorar el grado en que se alcanzan determinados objetivos educativos.

## 10. PARADIGMAS Y TEORÍAS

La investigación social la podríamos definir como el *“proceso de aplicación del método y técnicas científicas a situaciones y problemas concretos en el área de la realidad social, para buscar respuesta a ellos y obtener nuevos conocimientos”* (Sierra Bravo, 1989).

Esta definición de Sierra Bravo implica conceptos interesantes a tener en cuenta como, por ejemplo, que como proceso que es, está formado por un conjunto de fases de actuación sucesivas, orientadas en este caso a descubrir la verdad en el campo social, y como método científico posee normas y reglas genéricas de actuación científica. Otro aspecto a resaltar es que la investigación científico social exige la aplicación más rigurosa posible del método y de las técnicas científicas al campo social, y lo más importante, que la investigación debe referirse a problemas concretos, es decir, precisos, específicos y reales, no siendo especulativos.

A pesar de estas dificultades, la investigación social no sólo es posible sino que, como señala Sierra Bravo (1989), es necesaria porque obliga a reducir distancias entre el extraordinario adelanto de las ciencias naturales y el incipiente desarrollo de las ciencias sociales y de sus técnicas, que parece ser una de las causas más importantes del grave desequilibrio de las sociedades modernas.

En los siguientes apartados explicamos los tres paradigmas o teorías vigentes en ciencias sociales: positivista, interpretativo y crítico. Podría decirse que la aparición secuencial de dichos paradigmas ha sido de forma necesaria como crítica y/o mejora del anterior. A modo de avance, el paradigma positivista es considerado como un paradigma racionalista ya que busca una relación causa-efecto por la que siempre apuesta. Su figura principal es August Comte. Sin embargo, el paradigma Interpretativo pasa de la mera observación (positivista) a la comprensión para entender la acción social. Es un paradigma muy subjetivista. Su figura principal es Max Weber. Por último, el paradigma crítico está fundamentado en un dominio psicosocial de la realidad además de la consciencia de la importancia del contexto y la historia que impregnan las situaciones sociales. Su finalidad se rige en la transformación social. Su figura principal es J. Habermas.

## 10.1. Paradigmas de investigación

Para teorizar e interpretar el mundo hay que vivir en la realidad, hay que verlo desde dentro, no desde el exterior; se trata de interactuar con las realidades socio-ambientales en las que se desarrolla la acción social. Como señala Popkewitz (1988), teorizar sobre la realidad supone situarse ante ella con el propósito de lograr algún tipo de explicación acerca de lo que “es” o “sucede”, no sólo para dar sentido sino para facilitar percepciones, realizar conjeturas, buscar nuevos significados, etc.

Al vivir en una sociedad en continuo cambio, con multitud de culturas, pensamientos, ideas, conceptos, puntos de vista, etc., más que de teoría deberíamos hablar de “teorías”, resaltando así su pluralismo epistemológico, ya que, tal y como señala el autor, este pluralismo es resultado de la *“complejidad y heterogeneidad que supone habitar un mundo diverso”* (Caride, 2003: 129).

En la línea de lo desarrollado sobre la teoría, podemos señalar que los paradigmas son modos de pensar que orientan el desarrollo de la teoría, es decir, reflejan diferentes maneras de aproximarse a un determinado ámbito de conocimiento.

Al igual que en las teorías, y por los mismos motivos, podemos hablar de un pluralismo de paradigmas, de escuelas de pensamiento y de un conjunto de supuestos, compromisos, métodos y teorías.

El término paradigma se empleó por primera vez en los años 60, en la obra “La estructura de las revoluciones científicas” de Tomas Kuhn (Pérez-Pérez, 2009). El término paradigma, en esta obra, hace referencia central a lo que es la evolución de la ciencia que se desarrolla por ciclos de evolución, es decir, durante una determinada época hay como un desgaste, un agotamiento de las posibilidades de los métodos utilizados, así que llega un momento en el que se reivindica una nueva manera de construir la ciencia. Cada uno de estos modos de construir el conocimiento científico, de hacer ciencia, es a lo que Kuhn llama paradigma.

Por tanto, Kuhn plantea el saber científico como una sucesión de “revoluciones”, en el curso de los cuales resultan derribados y reemplazados los paradigmas predominantes. Es decir, el transcurso de la aparición de los distintos

paradigmas es considerado por este autor como el resultado de unos “conflictos intelectuales” y de metodología para el estudio de la realidad.

Kuhn destaca la centralidad que tienen los paradigmas, puesto que una vez que se descubre un paradigma, no se concibe la idea de investigación sin el mismo. Además, considera la ciencia normal como un criterio de demarcación entre la ciencia y la no ciencia, en otras palabras, la ciencia normal sería lo que aparece tras una revolución científica que da como consecuencia la instauración de un paradigma. (Lamo de Espinosa, González García y Torres Albero, 1994).

Por otra parte, Guba y Lincoln, en 1994, plantean el paradigma como un conjunto de creencias básicas que guían al investigador, no sólo en opciones del método, sino en visiones y posiciones ontológicas y epistemológicas. Por consiguiente, el paradigma trae consigo una visión del mundo, del hombre, de las relaciones que éste establece con el mundo de la sociedad y de la educación.

La gama de perspectivas y visiones sobre la investigación es amplia y algunos autores como Later (en Bartolomé, 1992) aluden a una amplia gama de paradigmas según su finalidad que reflejamos a continuación:

**Tabla 53. Paradigmas en Ciencias Sociales**

<b>Predecir</b>	<b>Comprender</b>	<b>Emancipar</b>	<b>Deconstruir</b>
<i>Positivismo</i>	<i>Interpretativo</i> Naturalístico Constructivista Fenomenológico Hermenéutico Interaccionismo Simbólico Microetnografía	<i>Crítico</i> Neo-marxista Feminista Específico de la raza Orientado a la praxis Participativo Freiriano	Post-estructural Post-moderno Díspora postparadigmática

Fuente: (Later, 1992, en Bartolomé, 1992).

En este sentido, podemos decir que un paradigma es un sistema conceptual caracterizado por un conjunto de supuestos acerca de los fenómenos que explora o indaga (metodología) y explica (teoría). Los paradigmas no pretenden describir la realidad y por eso sus descripciones no son propiamente ni verdaderas ni falsas, sino que sólo pretenden ser útiles para representar, comprender y explicar los fenómenos.

Dichos paradigmas incluyen supuestos filosóficos, epistemológicos y metodológicos que permanecen, generalmente, de manera oculta (implícitos) en el quehacer investigativo. Supuestos entendidos como un conjunto de proposiciones incontrastables, aceptadas como verdaderas por convención o establecidas por la práctica, como pilares o fundamentos de una estructura teórica o conceptual.

Actualmente se puede entender como *paradigma* al marco de referencia, estructura o visión determinada del mundo, de la realidad, desde unos supuestos determinados implicando también una metodología determinada para ese paradigma. El paradigma que se adopte a la hora de llevar a cabo una investigación es fundamental, ya que condicionará los procedimientos de estudio que regirán la investigación, pues cada paradigma mantiene una concepción diferente del cómo y el para qué investigar.

Siguiendo a Alvira y otros (1986) un paradigma es “*un conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo compartida por un grupo de científicos que implica, específicamente, una metodología determinada*”. Nos lleva a pensar que este producto intelectual lleva el sello personal del investigador, puesto que refleja su pensamiento, su manera de concebir el mundo, su forma de abordar las situaciones de la vida, etc.

Tradicionalmente se ha entendido que existía un enfrentamiento entre los diversos paradigmas, entre la perspectiva cuantitativa y la cualitativa. Sin embargo, actualmente ambos posicionamientos convergen en aras de la utilización adecuada en función del hecho o fenómeno a estudiar.

Por un lado, el paradigma *positivista*, o también llamado *cuantitativo*, empírico-analítico o racionalista, está vinculado a ideas positivistas y empíricas (Comte, S. Mill., Durkheim y Popper). El investigador se interesa por las causas del problema independientemente de los estados subjetivos. En el caso del paradigma *fenomenológico*, o también llamado *cualitativo* (Husserl, Schutz) la búsqueda de respuesta para los fenómenos se realiza desde la perspectiva del protagonista.

En cambio, otros autores diferencian un tercer paradigma, el *crítico*, para agrupar las tendencias de la investigación de denuncia, de investigación acción, de la producción o descubrimiento de teorías para el mejoramiento, cambio y transformación de la realidad.



Actualmente existe una complementariedad paradigmática. El análisis de los distintos modelos conceptuales nos permite tener un criterio más fundado para optar por un paradigma u otro, y diseñar la estrategia que más nos convenga, a fin de llevar a cabo todo el proceso de investigación.

Para esbozar una aproximación de cada uno de estos paradigmas utilizaremos la expresión paradigma, enfoque o teoría cuantitativa para referirnos al paradigma "tradicional" o "clásico" de investigación expresado mediante las tendencias racionalistas, positivistas, empiristas, cuantitativa, predominantes en la investigación socio-educativa hasta la década del 60. Mientras que el paradigma o enfoque cualitativo representa las tendencias interpretativa, fenomenológica, hermenéutica, naturalista, etnográfica, que figura en la investigación socioeducativa desde la década de los años setenta.

**Tabla 54. Paradigmas de investigación**

	<b>Positivista</b>	<b>Interpretativo</b>	<b>Crítico</b>
<b>Intereses</b>	Explicar, controlar, predecir	Comprender, interpretar (comprensión mutua compartida)	Emancipar, criticar e identificar el potencial para el cambio
<b>Ontología (naturaleza de la realidad)</b>	Dada, singular, tangible, fragmentable, convergente	Construida, holística, divergente, múltiple	Construida, holística
<b>Relación sujeto/objeto</b>	Independiente, neutral, libre de valores	Interrelación, relación influida por factores subjetivos	Interrelacionados. Relación influida por el fuerte compromiso para el cambio
<b>Propósito: generalización</b>	Generalizaciones libres de contexto y tiempo, leyes, explicaciones (nomotéticas): - deductivas - cuantitativas - centradas sobre semejanzas	Hipótesis de trabajo en contexto y tiempo dado, explicaciones ideográficas, inductivas, cualitativas, centradas sobre diferencias	Lo mismo que en el interpretativo
<b>Explicación: causalidad</b>	Causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas	Interacción de factores	No la busca
<b>Axiología (papel de los valores)</b>	Libre de valores	Valores dados. Influyen en la selección del problema, teoría, método y análisis	Valores dados. Crítica de ideología

Fuente: elaboración propia, extraído de Koetting, 1984 y Lincoln, 1990.

El debate sobre la investigación ha estado centrado en un planteamiento dual, es decir, por un lado el enfoque cuantitativo y por otro lado el enfoque cualitativo. Sin embargo a lo largo de los años 90, muchos autores han venido en señalar tres marcos de referencia o enfoques, añadiendo el crítico a los dos anteriores.

En nuestro caso, hemos optado por el **paradigma crítico o sociocrítico** ya que nuestro objetivo es conocer la realidad del alumnado de la FAREM-Chontales y la juventud chontaleña en general, para transformarla y dar respuesta a determinados problemas sociales generados por ésta, utilizándose, además, diversas fuentes para describir, comprender y conocer esa realidad como son, en nuestro caso, los cuestionarios, las entrevistas y los grupos focales, aparte de la recopilación documental.

La investigación en este paradigma hace énfasis en la comprensión e interpretación de los hechos según los/as implicados/as en el proceso, utiliza datos cualitativos generalmente aunque en nuestro caso, hemos introducido técnicas cuantitativas como el cuestionario debido a la facilidad que nos ofrece este tipo de técnicas para recoger datos de grandes muestras. Y siempre en la perspectiva del cambio y empoderamiento de los sujetos implicados en el proceso.

### **10.1.1. Teoría positivista**

August Comte es el principal proyector de la teoría positivista, que la concibió, en un primer momento, como una forma de estudiar la naturaleza y relacionarla intrínsecamente con los seres humanos. Comte encuentra la teoría positivista como el único camino para encontrar la dominación, en términos jerárquicos, del hombre sobre la naturaleza.

La filosofía positivista explica e interpreta las ciencias naturales pero también es aplicable a las ciencias sociales. Su principal característica es que simplifica el objeto de investigación, por ello este paradigma es conocido como hipotético – deductivo, empírico – analista o racionalista.

Esta metodología de investigación se da desde tres puntos diferentes: el diseño descriptivo, que es aquel que se da cuando se trata de describir una situación

social. También se puede dar una investigación correlacional, que es aquella que se centra en dar un pronóstico de futuro o una predicción. Y por último también se da en la teoría positivista la relación causa-efecto, pero ésta se explicará de una forma más extensa ya que es la línea de investigación por la que abogaba el autor principal de este paradigma Comte.

La teoría positivista busca siempre en la investigación la relación causa – efecto que se da por hecho que existe entre el objeto social observable y la naturaleza. Por ello son necesarias para su estudio las técnicas de investigación cuantitativa y la observación. La recolección y análisis de los datos obtenidos a través de estas técnicas dan validez o falsan la hipótesis inicial del estudio.

Este paradigma entiende el mundo de una forma determinante, que sigue unas normas o leyes que hay que describir para explicar la lógica del mundo. Para ello se apoya en el método hipotético – deductivo, ya que éste verifica la hipótesis inicial de la investigación. La credibilidad científica de este paradigma se basa tanto en la validez interna como la externa. El positivismo tiene como propósito generalizar las leyes y normas que rigen el mundo lógico y su finalidad es la explicación, la predicción y el control.

El investigador que se emerja en un estudio apoyándose en este paradigma ha de ser objetivo y neutro, pero a su vez debe separarse de los seres investigados.

Mardones y Ursúa (1998), añadieron a la teoría positivista ciertas características:

- Monismo metodológico: Los objetos de estudios pueden ser varios pero a cada uno sólo se le puede atribuir una explicación científica.
- El modelo o canon de las ciencias naturales exactas: Existe un ideal metodológico, que como se dijo anteriormente el método cuantitativo y la observación, basado en la física y en las matemáticas.
- La explicación causal o Erklaren como característica de la explicación científica: Erklaren significa explicación. La ciencia se propone responder a las causas que han provocado un proceso social. Se dice que este tipo de explicación que intenta dar la ciencia es causal. El hecho de la búsqueda de las causas, según Comte y Mill, están basadas en la existencia de leyes o normas naturales.

- El interés dominador del conocimiento positivista: Comte veía la importancia en este paradigma en que sería para la predicción de fenómenos sociales futuros. El objetivo, desde este paradigma, es reducible hasta el estudio del hombre mismo. En este caso la forma de materializar el objeto de estudio desde el paradigma positivista, según Adorno y Habermas se denomina razón instrumental.

### 10.1.2. Teoría interpretativa

A raíz de las críticas del positivismo se da un giro en la fundamentación teórica y metodológica. Todo ello implica el reconocimiento de la subjetividad del investigador en el proceso de conocimiento, y por otro, que el mundo de los hechos culturales está constituido por una estructura de significaciones. Entonces, el investigador deberá reconstruir en cada caso el esquema interpretativo concreto en base a una lógica inherente al pueblo estudiado.

En el marco del paradigma interpretativo se propone el paso de la observación típica del positivismo a la comprensión. La observación es considerada insuficiente para acceder a la realidad simbólicamente estructurada del mundo de la vida, tal cual lo define Habermas.

*“El investigador posee, en principio, un acceso similar al mundo de la vida que cualquier lego en ciencias sociales, pues pertenece ya al mundo social cuyos componentes intenta describir. Evidentemente esto se transforma al hablar del antropólogo que “visita” al “otro cultural”, para lo cual primero deberá adquirir la pertenencia a ese otro mundo social, para luego empezar a participar de las prácticas habituales que intentará estudiar” (Benito, 1998).*

Así, mientras la incorporación del paradigma interpretativo implica reconocer la identidad de pertenencia similar tanto para el investigador como el informante, en el campo de los estudios antropológicos de otras culturas, primero se deberá acceder al campo de pertenencia cultural, para después comprender sus elementos constitutivos.

En este paradigma en concreto, se dan tres conceptos claves; la comprensión, la vida cotidiana, y la realidad. Para comprender es necesario captar el sentido de la acción (Weber, 2007). Y para ello está también íntimamente relacionada la intencionalidad. Por otro lado, existe un mundo de la vida, con valores

y fines diferentes al mundo de los hechos. Lo que se busca es comprender las estructuras del mundo de la vida por medio de la participación en ella, a fin de recuperar la perspectiva de los participantes, en el campo concreto de la educación. Por último, la realidad, como componente básico. Es vista como construcción de manera subjetiva socialmente, de acuerdo a un contexto histórico. Esta realidad está estructurada simbólicamente.

También se plantea lo siguiente *“Los investigadores cualitativos nos preguntamos qué sentido puede tener el desarrollar teorías, métodos, sistemas y tecnologías para la enseñanza o para la evaluación, por muy sofisticados que sean, si no tienen como objeto mejorar la calidad del aprendizaje y de la vida personal y social de los estudiantes y de otros actores que están al servicio de la educación de las generaciones que nos siguen”* (Merino, 1995).

Este paradigma, hoy en día se sitúa de alguna manera como una revitalización de estas propuestas weberianas. Constituye ya una tradición particular en las ciencias sociales contemporáneas, que depende fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interrelación con ellos en su lenguaje. De tal manera, se construye fuertemente a partir del trabajo de campo, constituyendo un fenómeno socialmente localizado, definido positivamente por la interpretación de significados y no negativamente por la carencia de cifras.

Los diseños metodológicos que predominan, son los cualitativos, métodos flexibles y la triangulación. Y los instrumentos de recolección de información, son la entrevista en profundidad, los relatos de vida, la observación participante y la autobiografía, entre otros.

### **10.1.3. Teoría sociocrítica**

El paradigma crítico surge, por un lado, como contraposición al reduccionismo del paradigma positivista con su excesivo objetivismo y carácter conservador y, por otro lado, frente a la propensión al subjetivismo del paradigma interpretativo. Este paradigma trae a un primer plano la ideología, ante la neutralidad atribuida al ámbito de las ciencias. Trata de desenmascarar la ideología y la experiencia del presente

logrando con ello una conciencia portadora de independencia y conocimiento que le dan un carácter de vía de liberación del hombre (González, 2003).

Este paradigma se apoya en diversas epistemologías, algunas de las más representativas son las de la sociología o pedagogía crítica desarrollada por la Escuela de Frankfurt por Adorno, Marcuse y Habermas siendo este último uno de los autores más representativos de este enfoque.

El paradigma crítico aboga por una pedagogía crítica, es decir que sea un testigo de todas las dimensiones del individuo, desde las más psicoanalíticas a las estructuras más sociológicas en las que se encajan los individuos defendiendo una visión de injusticia social entre los individuos que establece la teoría marxista.

A continuación exponemos una serie de pinceladas que distinguen al paradigma crítico tanto del paradigma positivista como del interpretativo.

Frente al paradigma positivista e interpretativo, el paradigma crítico posee una perspectiva filosófica en la cual los individuos construyen el mundo de manera crítica y reflexiva, construyendo condiciones de justicias personales y sociales que les posibilite la independencia. Por ello posee una pretensión transformadora del mundo en general y de las condiciones de injusticia que en él se presentan.

En cuanto a la metodología, en este paradigma surgen una serie de líneas que establecen un proceso metodológico del que se sintetizarán cinco clases de métodos específicos. Son la investigación-acción participativa (un ejemplo de esta clase de método la encontramos en disciplinas como la Psicología comunitaria con autores destacados como Fals Borda en Latinoamérica o Villasante en España), la investigación - acción colaborativa, investigación - acción existencial, investigación - acción en el aula y análisis institucional. El proceso metodológico que agrupa a todas y cada una de las clases de métodos anteriores se origina con la existencia de una demanda por parte de un colectivo sobre una situación problemática.

Tras un diagnóstico de la situación se plantea un proceso de acción con objetivos a corto y largo plazo y con estrategias y técnicas específicas de intervención y recogida de información que será objeto de examen en su conjunto en determinados períodos de tiempo. Así se evalúa y se reformula la acción de ser necesario. Se mantiene así hasta que se da solución al problema. Todo ello conlleva

una constante revisión bibliográfica, un continuo análisis compartido, y un informe final.

El paradigma crítico concibe la realidad como una realidad histórica, desde un punto de vista holístico, interaccionista y construida críticamente. Esto pone de relieve que el investigador va a estar irremediamente posicionado e implicado políticamente. Como ya se ha indicado más arriba se apoya en un método de investigación-acción que se desarrolla, como proceso, en forma de espiral. El conocimiento científico no deja de ser construido inmerso en un contexto singular, de ahí que la verdad sea consensuada por medio de unas teorías construidas.

En este paradigma el rigor de la ciencia descansa sobre procesos de triangulación de datos que son contrastados con la realidad. Por ello se deriva que los instrumentos utilizados son distintos y variados pues deben abarcar una realidad compleja y profunda generada por sus protagonistas. El análisis es un proceso cualitativo que se apoya en la visión analizada y contrastada por sus protagonistas.

Este enfoque requiere un gran compromiso científico, personal, social y el disponer de unas competencias en cuanto a saberes psicosociales de funcionamiento de las personas y de los grupos en proceso de transformación importantes.

#### **10.1.4. Ventajas de los tres paradigmas**

Cada paradigma se presenta en la comunidad científica como una teoría mejor que las otras formas de aproximarse a la realidad social que estudia. Para que un paradigma sea aceptado necesita presentarse entre sus competidores como la más fiable entre todos los paradigmas existentes en la disciplina (Kuhn, 1987: 44). Una de las formas de intentar demostrar que las teorías de un paradigma es más pertinente en acercarse a la realidad social es mostrar a la comunidad científica sus ventajas. La otra manera es sacar la evidencia de que en los otros paradigmas competidores existen desventajas para analizar los fenómenos sociales.

Aunque cada paradigma resalten sus ventajas, en ellas existen "*diferencias necesarias e irreconciliables*" sobre el cómo nos enseñan las "*cosas sobre la*

*población del Universo y sobre el comportamiento de esa población"* (Kuhn, 1987: 165). Son estas mismas diferencias las que marcan las ventajas de cada paradigma.

### - **Paradigma positivista**

Las ventajas del paradigma positivistas nos permite describir, predecir, verificar y justificar a través de sus investigaciones "contrastando modelos teóricos" para poder explicar los objetos estudiados (del Rincón, 1995:41). Entre estas ventajas podemos destacar:

- Los "test de hipótesis permite eliminar" el azar para "rechazar una hipótesis y cuantificar la relevancia" del objeto estudiado midiendo la reducción relativa y absoluta del riesgo (Pita Fernández y López de Ullibarri, 1999), dirigidas por las teorías e hipótesis expresadas explícitamente. (Corbetta, 2003).
- Desarrollan medición muy elaboradas y estructuradas y con diseños de investigación controlados que permiten generalizar las conclusiones (Martínez, 2007:31). Con pocos recursos permite obtener información generalizada. Para esto necesitan un conocimiento preciso y bien detallado del problema a investigar.
- Son útiles para conocer fenómenos pretéritos y situaciones inaccesibles (Corbetta, 2003).
- Se tiene una idea bastante clara de los tres elementos del diseño (a quién, qué y cómo) orientado deductivamente.

Desarrolla en general una estrategia de investigación extensiva que permite conocer dos o tres dimensiones o propiedades de un número extenso de unidades, lo que permite, saber lo que nos dice muchas gentes sobre un solo tema. Esto se consigue a través de la herramienta principal del positivismo, la encuesta. Según Cea D' Ancona la encuesta permite: adecuación para obtener información diversa de un conjunto amplio de personas; elevado grado de fiabilidad consecuente de la amplia información obtenida que además "facilita la comparación de los datos". Esta información es recogida altamente estructurada y sistematizada. En tercer lugar se



encuentran los resultados de estos datos se pueden generalizar dentro de unos los límites marcados. En este caso se puede decir que la información es hipotéticamente significativa. Por último, se puede obtener gran información a un mínimo coste económico" (Cea D´ Ancona, 1996: 243).

#### - **Paradigma interpretativo**

Este paradigma considera que una técnica de investigación no es una herramienta neutra por lo que toda técnica se basa en una serie de supuestos teóricos para construir los datos. Entre sus ventajas se puede destacar:

- Adaptabilidad para recoger información simultánea sobre múltiples factores y a varios niveles.
- Capacidad de ver el contexto de forma global (holístico).
- Mayor capacidad de conocimientos para aprehender conocimientos de tipo proposional y tácitos. (intuiciones, aprehensiones o sentimientos.
- Posibilidad de explorar respuestas atípicas e idiosincrasias.
- Adaptación a influencias mutuas y sensibilidad para detectar patrones de comportamientos.
- Muestreo intencional teóricas con el fin de obtener máxima información de las múltiples realidades.
- Diseño abierto emergente durante la investigación, esto permite flexibilidad (Pérez de Guzmán en López y Pozo, 2002: 44) guiado durante todo el proceso por un análisis inductivo.
- Se impide, a priori, la fijación de un esquema rígido de comportamiento y planteamiento, esto permite que la investigación este abierta a nuevos enfoques, planteamientos, conceptos o interpretaciones.
- El 'a quién', el 'qué' y el 'cómo' pueden ir modificando a lo largo de la investigación orientado inductivamente.
- "Descubrir y generar hipótesis para contrastar con otras investigaciones" así, poder explicar "elementos que causan el fenómeno identificando plausibles redes causales que moldean" al propio fenómeno (del Rincón, 1995:41).

- La atención de los investigadores menos localizada permite fluctuar más ampliamente.
- Desarrolla en general una estrategia de investigación intensiva lo que permite estudiar un número mínimo de unidades o casos, con un número extenso de propiedades y dimensiones.
- La cantidad de información que una persona nos da sobre un tema.
- Nos permite recoger los discursos de las personas, en toda su riqueza y plenitud.

#### - **Paradigma sociocrítico**

Uno de los beneficios de su desarrollo en método mixto, ha sido una mayor atención a las cuestiones metodológicas y técnicas y un impulso de las investigaciones en que se produce una integración substancial de las técnicas cuantitativas y cualitativas (Verd y López, 2008: 18) en otras palabras, superar las debilidades de otro método (Castro y Godino, En, M. Marín et al., 2011: 99) para “desenmascarar la falsa conciencia y la ideología” (Del Rincón, 1995; 31).

El paradigma sociocrítico permite transformar, concienciar, optimizar e innovar (del Rincón, 1995; 41) ponderando la participación como elemento base. (González, 2003; 133). Entre sus ventajas podríamos decir que son las mismas que los dos paradigmas anteriores pero destacan varias con personalidad propia del diseño de este paradigma. Entre ellas se observan:

- Ganancia en eficiencia metodológica referente a la economía de recursos.
- Eficiencia teórica posibilitando la maximización de las posibilidades de explicación de un determinado fenómeno (Verd y López, 2008: 27).
- Evidencia más fuerte para incrementar la generalización de los resultados.
- Conocimiento más completo necesario para informar la teoría y la práctica (Castro y Godino, en, M. Marín et al., 2011: 99).
- Se pueden incluir palabras, figuras y narrativas para añadir significado a los números y se pueden usar números para añadir precisión a las palabras, figuras y narrativas.
- El investigador puede generar y contrastar una teoría a partir de las

observaciones (*grounded theory*).

#### **10.1.5. Inconvenientes de los paradigmas**

Al igual que ocurría con las ventajas, cada uno de estos paradigmas y teorías metodológicas llevan consigo una serie de inconvenientes que nos condicionan nuestros resultados o posicionamientos ante el objeto de estudio.

##### **- Paradigma positivista**

El hecho de que solo pueda existir una explicación científica para los distintos objetos de estudio, nos cierra muchas puertas de cara a una comprensión más exacta y real de dicho objeto o fenómeno. La consecuencia de que solo se considere válida una explicación nos hace estar cuestionándola, desechándola, sustituyéndola de forma constante.

Se descarta por completo la subjetividad del investigador y su capacidad hermenéutica ya que el único método válido es el cuantitativo y la única forma de llegar a la verdad o de considerar algo como válido es mediante una perspectiva totalmente objetiva.

Según Habermas, la observación del objeto no puede considerarse suficiente para acceder a la realidad y profundizar en ella en busca del conocimiento y entendimiento de su lógica interna. Hay cuestiones que no podemos llegar a explicar ni comprender desde la perspectiva cuantitativa, como por ejemplo, los fenómenos culturales que serán explicados mejor desde la teoría interpretativa, teoría que se dota del método cualitativo para el análisis y la descripción de estos fenómenos.

Pese a ser fuerte en validez externa, ya que lo que encuentran es generalizable a la población, nos encontramos que este paradigma es muy débil en validez interna ya que casi nunca sabemos si miden realmente lo que se quiere medir.

Según Beltrán, en aquellos casos en los que la cantidad constituya el objeto de la descripción o el problema que ha de ser explicado, podremos utilizar el método cuantitativo propio de la teoría positivista, pero cuando el problema no sea la

cantidad nos encontramos con que huelga la explicación cuantitativa. Esto quiere decir que esta forma positivista de comprender el mundo se encuentra limitada.

Este tipo de paradigma, empírico positivista, encuentra fuertes críticas también desde otras perspectivas teóricas como por ejemplo la teoría crítica. Esta afirma que la teoría positivista no aboga por la creación de un mundo que satisfaga las necesidades y poderes de los hombres, sino que se ve estrictamente limitada a la búsqueda de un incremento del conocimiento como tal, tachándola también de ser extremadamente reduccionista.

Por último, debemos señalar como inconveniente de este paradigma, según afirma De Miguel, el hecho de que no se tengan en cuenta las situaciones subjetivas de los sujetos. En un intento por superar estos obstáculos remarcados y llevar a cabo estudios más profundos surgirá el paradigma interpretativo, basado en una fuerte metodología cualitativa.

#### - **Paradigma interpretativo**

El paradigma interpretativo, como su propio nombre indica, se define por la interpretación de significados obtenidos a través de las técnicas cualitativas de investigación. Esta interpretación que el investigador lleva a cabo de forma subjetiva encuentra una afirmación clara para la defensa de sus intereses, y es una crítica al modelo positivista basada en que la observación no podía servir para conocer la realidad de forma verídica y que el mundo de los hechos culturales no podía entenderse sino era con la interpretación de significados. Pero este método cualitativo, esta perspectiva interpretativa tiene puntos en contra que debemos considerar.

Uno de ellos es la falta de validez externa, la falta de objetividad y confiabilidad de la que gozan sus métodos de investigación y análisis de datos. La aplicabilidad de los resultados que se obtienen con las técnicas cualitativas propias del paradigma interpretativo, es, a priori, menor que la de los resultados cuantitativos, que abarcan una mayor densidad poblacional.

Otras amenazas de este paradigma interpretativo serían los sesgos que pueda introducir el investigador en la sistematización durante la tarea en el campo y

el análisis, el que disponga de una sola fuente de datos o la inexperiencia del investigador para codificar.

Siguiendo por la misma línea que en el párrafo anterior, encontraríamos como inconvenientes de este método, eso sí, visto desde la perspectiva cuantitativa, problemas como el hecho de que al no ser la generalización un objetivo importante para esta metodología, se corre el riesgo de que el investigador observe y analice las diversas situaciones desde su propio marco referencial, lo que conduciría a conclusiones incontrolables y subjetivas y no a una teoría científica.

Es necesario apuntar también como desventaja de este método no solo el hecho de que los resultados que interprete el investigador puedan estar sesgados por su opinión, sino que también es muy posible que los datos obtenidos se interpreten bien pero sean datos erróneos. Debido a que el entrevistado se halla sentido intimidado, haya querido quedar bien diciendo lo que piensa que es correcto, en definitiva que haya mentido u ocultado información relevante que lo que provocaría es que la investigación no tuviese validez.

## **10.2. Metodología cuantitativa**

En ciencias sociales, para el estudio de la realidad social, se utilizan diferentes métodos de investigación. Uno de ellos es el método cuantitativo.

El método cuantitativo, también denominado distributivo, trata de describir y explicar los hechos sociales desde sus manifestaciones externas. Este método, se basa en la descripción y explicación de los hechos sociales manifiestos que son perceptibles y registrables a partir de la observación del investigador.

Cuando hablamos de metodología cuantitativa nos referimos a aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la estadística. Para que exista esta metodología se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos que conforman el problema de investigación, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente donde se inicia ese problema, en qué dirección va y qué tipo de incidencia existe entre sus elementos.

Los elementos constituidos por un problema, de investigación lineal, se denominan: variables, relación entre variables y unidad de observación.

Edelmira G. La Rosa (1995, en Adan, Almas, Barrios, Gutiérrez, Vargas, 2009) dice que para que exista metodología cuantitativa debe haber claridad entre los elementos de investigación desde donde se inicia hasta donde termina, el abordaje de los datos es estático, se le asigna significado numérico.

Este doble objetivo – describir y explicar – se logra a través de la medida: este método mide los fenómenos sociales, para lo cual se vale de números y del recuento de frecuencias. De esta manera, las situaciones sociales son descritas en términos matemáticos. De ese “contar” proviene la denominación de método cuantitativo. Pero como además de contar, describe y explica cómo y porqué se distribuyen y correlacionan las frecuencias, se le añade la denominación de perspectiva “distributiva”.

En el análisis de la realidad social por este método, se realiza una doble “reducción analítica”. Por un lado, la que resulta de sustituir el hecho social por un enunciado verbal, con un único significado. Por otro lado, la que transforma el hecho en dato: del hecho social se registra una sola huella. El hecho se transforma en número (Rubio y Varas, 2004).

El método cuantitativo es siempre empírico, pero no es cierto lo contrario, pues empírica es también la investigación cualitativa, en la medida en que no es puramente especulativa, sino que hace referencia a determinados hechos.

El investigador observa una realidad que es medible y observable. La operacionalización de la realidad puede venir dada de datos ya existentes que servirán al investigador en su análisis, o pueden ser datos creados por el propio investigador o grupo de investigadores. Los primeros son los llamados datos secundarios, y los segundos, datos primarios. De este tipo de datos, se genera la encuesta, que explicaremos más adelante.

Por otro lado, el investigador ha de formular hipótesis, índices e indicadores para medir la realidad que está observando, y pensar en las variables que mejor se adapten al fenómeno para poder medirlo y explicarlo de forma cuantitativa (Rubio y Varas, 2004).

Tenemos que tener en cuenta la existencia de dos sólidas tradiciones de investigación, la cualitativa y la cuantitativa, que aparecen a los ojos del investigador social como dos grandes pirámides, dos distantes pirámides, enfrentadas la una a la otra, con escasos canales de comunicación entre ambas, e impermeables tanto a la discusión como a la cooperación.

Sin embargo, hemos de aclarar que esta oposición de los dos métodos no es más que una imposibilidad de llegar a conocimientos más veraces. Un uso rígido y convencional de esta dicotomía metodológica empobrece la investigación social al impedir la aplicación de cuantos instrumentos sean necesarios, en cada proceso investigador, con el objeto de alcanzar una mayor cercanía a la realidad de los datos (Bericat, E. 1998).

El inicio formal de la investigación operativa tuvo lugar en Inglaterra a finales de 1939, cuando la estación de investigación de Bawdsey, bajo la dirección de A. Rowe, fue encargada del desarrollo de políticas óptimas para el nuevo sistema de detección militar llamado radar.

Este grupo de científicos ingleses que procedían de los establecimientos militares formaron en 1948 el Operational Research Club, que daría lugar, en 1954, a la Operational Research Society. Unos años antes, en 1950, se había fundado la Operations Research Society of America. Ambas iniciaron inmediatamente la publicación de revistas científicas monográficas para la presentación pública de los resultados de las investigaciones en curso y la difusión de la disciplina

En los primeros estudios que se etiquetaron como de Investigación Operativa el aspecto técnico más característico consistió en la estructuración estadística de los datos y en el empleo de modelos descriptivos de tipo probabilístico. Sin embargo, el prestigio y difusión de la Investigación Operativa está cimentado en la Programación Lineal, aunque ello corresponda a una simplificación de la realidad.

En el resto de los años cincuenta, la Programación Lineal quedó completamente establecida, con los trabajos de Charnes sobre la degeneración, de Lemke sobre la dualidad, de Dantzig, Orden y Wolfe sobre la forma compacta y la descomposición de grandes programas. En estos mismos años, Ford y Fulkerson, también contratados por la RAND Corporation, establecen los resultados sobre flujos en grafos y el método primal-dual para los problemas de distribución.

### **10.2.1. Características de la metodología cuantitativa**

En la metodología cuantitativa los fenómenos y sus relaciones se expresan de forma matemática y la probabilidad de la presencia del fenómeno sustancia la hipótesis.

En las ciencias sociales se utiliza el método cuantitativo cuando la descripción o explicación del objeto de estudio necesite expresarse en cantidades. Se caracterizan principalmente por recoger información altamente estructurada y sistematizada, normalmente en forma de códigos numéricos.

Las principales características de la metodología cuantitativa son las que a continuación detallamos:

- La objetividad es la única forma de alcanzar el conocimiento, por lo que utiliza la medición exhaustiva y controlada, intentando buscar la certeza del mismo. Confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer la exactitud en los patrones de comportamiento de una población.
- Utiliza el análisis descriptivo y basado en el contraste empírico y en la medición objetiva de los fenómenos sociales.
- Hace uso de la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente.
- El objeto de estudio es el elemento singular empírico. Sostiene que existe relación de independencia entre el sujeto y el objeto, ya que el investigador tiene una perspectiva desde fuera.
- La teoría es el elemento fundamental de la investigación social, le aporta su origen, su marco y su fin. Se basa en un modelamiento que define como se hace cada cosa, transformándolo en un enfoque más rígido, enmarcado en una cierta forma de hacer las cosas.
- Comprensión explicativa y predicativa de la realidad, bajo una concepción objetiva, unitaria, estática y reduccionista.
- Concepción lineal de la investigación a través de una estrategia deductiva. Utiliza por tanto, el método Hipotético – Deductivo, que va desde lo general a lo particular.



- Estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas. Trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible. Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurando (el proceso). En una investigación cuantitativa se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos.

**Tabla 55. Principales características cuantitativas**

<b>Medición penetrante y controlada</b>	<b>Inferencias mas allá de los datos</b>	<b>Orientada al resultado</b>	<b>Generalizable</b>	<b>Realidad estática</b>
Objetiva	Confirmatoria, inferencial y deductiva	Datos sólidos y repetibles	Particularista	

Fuente: Herrera (2008).

En el proceso se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles distintas a la propuesta del estudio (hipótesis) sean desechadas y se excluya la incertidumbre y minimice el error.

Al igual que ocurre cuando explicamos los paradigmas, las diferentes metodologías, en este caso la cuantitativa, también tienen una serie de ventajas e inconvenientes que nos ayudan a la hora de elegirlos para nuestra investigación.

**Tabla 56. Ventajas e inconvenientes**

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>El método cuantitativo tiene un grado de generalización alto. Los datos empíricos se toman como muy fiables y veraces para el análisis de algunas partes de la realidad social.</p> <p>Los resultados obtenidos se basan en técnicas cuantitativas que agrupan a una muestra considerable y representativa.</p> <p>La muestra de la que se parte es mucho mayor que en el método cualitativo, lo que permite extrapolar los resultados a la población.</p> <p>La extracción operativamente explícita y replicable del dato se orienta al incremento de la fiabilidad y también permite contabilizar frecuencias.</p>	<p>El método cuantitativo puede no reconocer la variabilidad de los fenómenos sociales en el tiempo, el cambio de los fenómenos sociales.</p> <p>Además, se pueden tomar muestras y tener resultados acerca de un mismo fenómeno en momentos diferentes en el tiempo, pero esto no nos da información del proceso que ha llevado consigo el cambio que se observe en los datos.</p> <p>Muchos fenómenos sociales estudiados cuantitativamente, pueden tener resultados incompletos o no tan veraces como se podría conseguir añadiendo información sobre el fenómeno de forma más cualitativa.</p> <p>Otro inconveniente en el método cuantitativo viene de la mano de los conceptos. Una vez definidas las preguntas, o cuestiones que se van a llevar a la muestra, se da por hecho que ésta tiene en mente el mismo significado de las variables y conceptos que el investigador.</p> <p>Por otro lado, se encuentra una dificultad para configurar las variables que realmente queremos analizar para estudiar un fenómeno. Es difícil aislar cada variable para ver si tiene relación con el fenómeno y, además, el investigador puede no haber tenido en cuenta alguna variable importante.</p> <p>No es infalible, y hay que aplicarlo con cuidado porque no todo lo que se investiga se puede aplicar el método cuantitativo, o necesite complementarse con el cualitativo.</p>

Fuente: elaboración propia.

Hay numerosos tipos de investigaciones cuantitativas que resultan de la aplicación de uno o más criterios de clasificación. Así, según el objetivo principal, las investigaciones pueden clasificarse en *descriptivas* y en *explicativas*. Según el tiempo durante el cual se realiza el estudio se distinguen las investigaciones *sincrónicas* o *transversales*, que se refieren al objeto de investigación en un mismo período de tiempo, y las investigaciones *diacrónicas* o *longitudinales*, en las cuales los individuos se analizan durante un cierto tiempo, de manera más o menos continua. A este tipo pertenecen los estudios de cohortes constituidas por personas

que tienen uno o más rasgos comunes, por ejemplo estudiantes egresados de un cierto nivel educativo en un mismo año, o los estudios de paneles, un mismo grupo estudiado en varios momentos, etc.

### **10.2.2. Análisis de datos cuantitativos**

De manera general, el análisis de los datos recogidos en una investigación con respecto a las unidades de un colectivo consiste en determinar, mediante técnicas estadísticas apropiadas, las formas, magnitudes y relaciones que se dan en esos datos, las cuales son buscadas de acuerdo con los objetivos propuestos. En otras palabras, los objetivos indican qué se debe buscar en los datos.

El análisis descriptivo, constituye el primer nivel de análisis, y sus funciones son las de establecer cuál es la forma de distribución de una, dos o tres variables en el ámbito global del colectivo, cuántas unidades se distribuyen en categorías naturales o construidas de esas variables, cuál es la magnitud de ella expresada en forma de una síntesis de valores, cuál es la dispersión con que se da entre las unidades del conjunto, etc.

En la investigación social, el análisis descriptivo cumple la función principal de caracterizar a un colectivo con una o más de esas expresiones de la variable analizada. Por ejemplo, el promedio de edad de un grupo es una característica, que puede tener significación por sí sola o permitir ser comparada con los promedios de otros grupos.

El segundo nivel lo constituye el análisis inferencial, es decir, donde se realizan correlaciones entre dos o más variables. En las relaciones entre variables una de ellas es tomada como variable independiente y la otra como variable dependiente.

En la relación, sea una asociación o una correlación, de dos variables se consideran cuatro aspectos importantes:

- La existencia o no de relación entre ellas.
- El grado de la relación.
- Dirección de la relación, aspecto que se refiere a la forma de variar los valores de las dos variables.

- Naturaleza de la relación, que se refiere a la forma que toma la representación de los valores de las dos variables.

El tercer y último nivel lo constituye el análisis multivariado, el cual considera las relaciones simultáneas que se dan entre tres o más variables. Algunas de sus técnicas determinan el efecto de una serie de variables independientes sobre una variable dependiente. Es importante destacar que el análisis multivariado, en algunas investigaciones, cumple el importante papel de encontrar una explicación del fenómeno que se estudia, justamente al tomar en cuenta un mayor número de variables que en el análisis descriptivo y haciendo la distinción necesaria entre las causas y los efectos que se dan en el conjunto de los datos tomados de la realidad en sus expresiones cuantitativas.

### **10.3. Metodología cualitativa**

Aunque tradicionalmente ha existido una tendencia hacia la metodología cuantitativa, desde hace algunos años la metodología cualitativa ha ido ganando espacio, con el reconocimiento de la importancia que tiene para la ciencia que los acontecimientos, las acciones, las normas, los valores, etc., sean vistos desde la perspectiva de los individuos que están siendo estudiados, lo cual implica penetrar los contextos de significados con los cuales estos individuos operan.

Existe poco consenso a la hora de referirse a lo cualitativo. Indistintamente se le nombra como método, técnica, paradigma, investigación o análisis. Siguiendo a Conde (2010) y Rodríguez Gómez et al (1999) nos hemos inclinado por llamarlo investigación cualitativa. Ya que pensamos que la palabra investigación incluye en su definición a las anteriores palabras que se suelen usar aleatoriamente para referirse a él. Prefiriendo dejar estas (método técnica, paradigma, teoría y análisis) como parte de la propia definición y haciendo referencia a sus características.

La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué

grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud: se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible.

En aras de definir la metodología cualitativa vamos a comentar dos rasgos de su génesis y formación. Por un lado vamos a exponer las dos principales tradiciones que la configuran. Por otro lado, comentaremos brevemente su génesis y evolución histórica.

Cuando hablamos de las tradiciones nos referimos a diferentes maneras de aproximarse y clasificar la investigación cualitativa. Según la literatura existente, estas tradiciones son dos, la anglosajona y la francesa-alemana. Para la anglosajona la clasificación se sustentará de cinco paradigmas: positivismo, postpositivismo, teoría crítica, constructivismo y paradigma participativo. En la tradición francesa-alemana se han desarrollado dos líneas de investigación cualitativa. Por un lado la *Escuela de Praga* con la siguiente propuesta de clasificación: ciencias del lenguaje, estructuralismo, psicoanálisis. Por otro lado tenemos la *Escuela de Frankfurt* que combina las orientaciones de la sociología crítica el “giro lingüístico” y “giro hermenéutico”.

A continuación analizaremos brevemente el recorrido histórico. Cuando se revisa la literatura sobre este tema, lo primero que uno se encuentra son diferentes propuestas de fases o períodos por los que ha pasado la investigación cualitativa, tantas como autores que escriban sobre el tema. Hemos tratado de basarnos en los puntos en común de estas clasificaciones para construir una propia.

La metodología cualitativa surge y se desarrolla en Estados Unidos a partir de la antropología, y se consolida en los inicios del siglo veinte. En ese momento, desde la *Escuela de Chicago* se enfatiza en tres técnicas metodológicas: la observación participante, entrevista en profundidad y documentos personales. A partir de la II Guerra Mundial se intenta formalizar y surgen nuevas teorías interpretativas como la etnometodología y la fenomenología, complejizando el método. A partir de los años 80 se produce una doble crisis: de representación y de legitimación. La primera hace referencia a capturar la experiencia vivida y se

cuestiona la problemática que surge en torno al texto. La crisis de la legitimación hace referencia al criterio para evaluar e interpretar la investigación cualitativa en sí. En la actualidad la perspectiva cualitativa se encuentra en un momento de descubrimiento y redescubrimiento de nuevas formas de ver, interpretar, argumentar y escribir.

Tras haber contextualizado el concepto investigación cualitativa, seguiremos con nuestro objetivo: tratar de definirlo. Cuando se revisan las definiciones de los diferentes autores uno tiene la sensación de que no exista un consenso, como ya anotábamos con anterioridad. Mientras unos autores ponen el énfasis en el carácter multidisciplinar: *“La investigación cualitativa es una campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. La investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo. Es multiparadigmática en su enfoque (...)”* (Lincoln y Denzin, 1994, citado por Rodríguez Gómez et al., 1999, p. 31-32). Otros prefieren poner el énfasis en el objeto y objetivo de estudio de la investigación cualitativa: *“El análisis cualitativo surge de aplicar una metodología específica orientada a captar el origen, el proceso y la naturaleza de los significados que brotan de la interacción simbólica entre individuos”* (Ruiz Olabuénaga, 1996). Por lo que a primera vista llegamos a la siguiente conclusión, la metodología cualitativa es un término tan extenso como difícil de acotar. Existe una cantidad ingente de aportaciones referentes a esta metodología, procedentes de diversos autores.

Las características más definitorias del método cualitativo vienen dadas por el paradigma propio de dicho método: *paradigma hermenéutico* (interpretativo), que busca comprender los fenómenos sociales. Indaga en la reconstrucción de los sentidos y significados que los individuos atribuyen a los fenómenos sociales. Por ello, uno de los rasgos en los que nos basaremos para hacer nuestra propuesta de definición es en la dimensión simbólica *“uno de los métodos científicos propios de las ciencias sociales, [...] ya que sólo la especie humana vive dentro de una realidad que no sólo es material, sino simbólica. [...] Un método que requiere acomodar la vista para poder dirigir a la realidad social una mirada hermenéutica, una mirada capaz de percibir el significado que las cosas tienen para nosotros: su dimensión cualitativa”* (Beltrán, en García Ferrando, Ibáñez y Alvira, 2000:43-44).

Según Pérez Serrano (1998) la triangulación metodológica es uno de los aspectos más característicos de la metodología cualitativa y su principio básico consiste en recoger y analizar datos desde distintos ángulos a fin de contrastarlos e interpretarlos, es decir, para tener una aproximación más comprensiva en la solución del problema.

La triangulación metodológica consiste en utilizar, al menos, dos métodos, que tradicionalmente son el cualitativo y el cuantitativo para ver el foco de investigación desde dos prismas distintos. Existen cuatro modalidades de triangulación de la información (Pérez, Serrano 1998):

- De datos con tres tipologías: tiempo, espacio, persona. Este último tiene, a su vez, tres niveles: agregado, interactivo y colectivo.
- De investigador: que consiste en el uso de múltiples observadores, más que observadores singulares de un mismo objeto.
- Teórica: se trata del uso de múltiples perspectivas con el mismo objeto.
- Metodológica: puede implicar triangulación dentro de métodos y triangulaciones entre métodos.

En definitiva, y siguiendo a Fernando Conde, entendemos la investigación cualitativa como un conjunto de prácticas y metodologías que son muy diversas dependiendo del objetivo que persigan, las corrientes teóricas de las que partan, sustentadas por también diversos paradigmas y las estrategias y técnicas de producción de información sobre las que se basan. Señalando la dimensión simbólica de todas ellas.

### **10.3.1. Características de la metodología cualitativa**

El método cualitativo se ha tratado de forma distinta desde sus inicios hasta la actualidad, por lo que sus características varían según los autores que lo estudien y la época histórica en la que se sitúe. En principio, lo cualitativo se entendía en oposición a lo cuantitativo. Para revisar un ejemplo de esta tipología se muestra la siguiente tabla:

## Imagen 20. Comparativa cuantitativo-cualitativo

<i>Cualitativo</i>	<i>Cuantitativo</i>
Blando	Duro
Flexible/fluido	Fijo
Basado en la realidad	Abstracto
Descriptivo/exploratorio	Explicativo
Precientífico	Científico
Subjetivo	Objetivo
Inductivo	Deductivo
Especulativo/ilustrativo	Contrastación hipótesis
Político	Neutro
No riguroso	Riguroso
Ideográfico	Nomotético
Holístico	Atomista
Interpretativista	Positivista
Expone los significados del actor	Impone la teoría sociológica
Fenomenológico	Empirista/conductivista
Relativista	Universalista
Estudio de casos	Encuesta
Bueno	Malo
Malo	Bueno

Fuente: Halfpenny, F. (1979).

Son varias las características que hemos encontrado sobre este método, dependiendo de los diferentes autores y de las diferentes corrientes se le otorgará más importancia a unas características o a otras.

Como aspectos comunes de esta metodología cualitativa podríamos señalar los siguientes (Morón Marchena, 2004):

- Concepción múltiple de la realidad. Se asume que existen múltiples realidades que sólo pueden ser estudiadas holísticamente. Los datos obtenidos de la realidad necesariamente divergirán, por lo que ni se determinará una única verdad ni será posible la predicción ni el control de los hechos.
- El principal objetivo científico será la comprensión de los fenómenos. Se logrará mediante el análisis de las percepciones e interpretaciones de los sujetos que intervienen en la acción educativa.
- Investigador y objeto de investigación están interrelacionados, interaccionando e influyendo mutuamente.
- El objetivo de la investigación es desarrollar un cuerpo de conocimientos ideográficos que describan los casos individuales. La investigación cualitativa no pretende llegar a abstracciones universales sino a concretas y específicas universalidades. Se pretende averiguar lo que es generalizable a otras situaciones y lo que es único y específico en un contexto determinado.



- La simultaneidad de los fenómenos e interacciones mutuas en el hecho educativo hace imposible distinguir las causas de los efectos.
- Los valores están implícitos en la investigación, reflejándose en las preferencias por un paradigma, elección de una teoría, etc.

La metodología de investigación observa una estrecha dependencia de los axiomas anteriormente expuestos. Como características específicas de ella cabe mencionar (Morón Marchena, 2004):

- La fuente principal y directa de los datos son las situaciones naturales. Ningún fenómeno puede ser entendido fuera de sus referencias espacio-temporales y de su contexto.
- El investigador se convierte en el principal instrumento de recogida de datos. La persona puede aportar datos tan fiables como los generados por medios más objetivos. Entre las principales ventajas, Guba y Lincoln (1985, cap.6) destacan:
  - Su adaptabilidad para recoger información simultánea sobre múltiples factores y a varios niveles.
  - Visión holística, es decir, capacidad para captar el contexto de forma global.
  - Mayor amplitud de conocimientos, posibilitando aprender conocimientos de tipo proposicional y tácito.
  - Posibilidad de explorar respuestas atípicas e idiosincráticas, es decir, casos que son difíciles de captar por medios ordinarios y que tienen una enorme relevancia para lograr una más óptima comprensión.
- Incorporación del conocimiento tácito. Por conocimiento tácito se entiende el conocimiento de intuiciones, aprehensiones o sentimientos que no se expresan de forma lingüística pero que se refieren a aspectos conocidos de algún modo.
- Aplicación de técnicas de recogida de datos abiertas, por adaptarse mejor a las influencias mutuas y ser más sensibles para detectar patrones de comportamiento.

- Muestreo intencional. La selección de la muestra no tiene propósito de representar a una población con el objeto de generalizar los resultados. Su intencionalidad es teórica, es decir, ampliar el abanico y rango de los datos. Su objeto es generar una teoría adecuada a las condiciones valores locales.
- Análisis inductivo de los datos.
- La teoría se genera a partir de los datos de una realidad concreta, no partiendo de generalizaciones a priori.
- El diseño en la investigación es emergente y en cascada, es decir, se va elaborando a medida que avanza la investigación. La situación y los datos recogidos generan el problema, cuestionándose constantemente y reformulándose a tenor de nuevos datos y contrastaciones.
- La metodología cualitativa se plantea criterios de validez específicos, utilizando técnicas propias que garantizan la credibilidad de los resultados.

Tras analizar a varios autores siempre hemos encontrado una serie de características comunes que se repiten en todos ellos, así que complementando lo anterior y parafraseando a Taylor y Bodgan (1992) resaltamos las siguientes:

- Es inductiva, o mejor cuasi-inductiva; su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación.
- Es holística. El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad. Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.
- Es interactiva y reflexiva. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
- Es naturalista y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

- No impone visiones previas. El investigador cualitativo suspende o se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Es abierta. No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. En consecuencia, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
- Es humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo privado o lo personal como experiencias particulares; captado desde las percepciones, concepciones y actuaciones de quien los protagoniza.
- Es rigurosa aunque de un modo distinto al de la investigación denominada cuantitativa. Los investigadores aunque cualitativos buscan resolver los problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo. (Interpretación y sentidos compartidos).

### **10.3.2. Análisis de datos cualitativos**

El análisis de datos constituye un aspecto clave, a la vez que problemático, del proceso de investigación. El carácter abierto y flexible de esta metodología, así como la diversidad de enfoques que engloba y la escasez de orientaciones y sistematizaciones al respecto son condicionantes que pueden explicar tal situación.

Haciendo un esfuerzo por sintetizar y esquematizar la complejidad de este proceso, observamos tres dimensiones básicas en el análisis: procesos de teorización, estrategias de selección secuencial y procedimientos analíticos generales.

En el cuadro siguiente se sintetizan los principales procedimientos metodológicos que conlleva el análisis de datos:

**Tabla 57. Análisis de datos cualitativos**

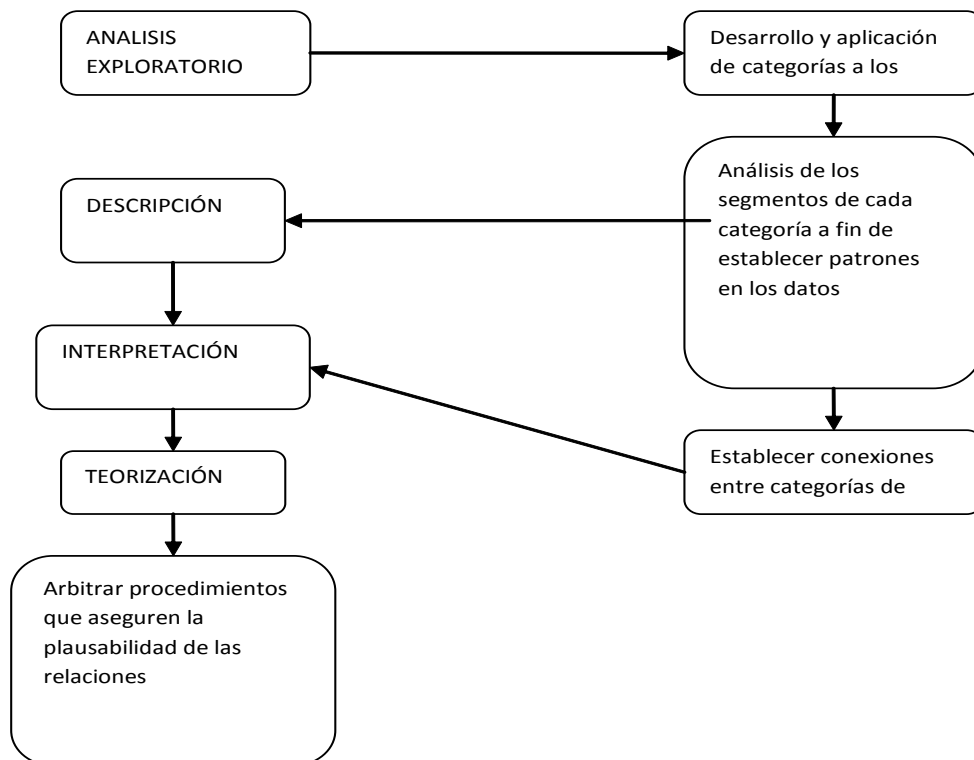
ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVO		
Procesos de teorización	Técnicas Generadoras	Procedimientos Analíticos
Exploración Descripción Interpretación Teorización	Casos negativos Casos discrepantes Muestreo teórico Método de comparación constante	Recogida de información Reducción de datos Exposición de datos Conclusión Verificación

Fuente: Colás Bravo 1992.

### 10.3.3. El proceso de teorización

La teorización supone un proceso cognitivo consistente en descubrir y manipular categorías abstractas. Este proceso se lleva a cabo a través de distintas operaciones que de forma genérica podemos describir en el siguiente gráfico.

**Gráfico 23. El proceso de teorización**



Fuente: Colás Bravo y Buendía Eisman, 1992.

Por técnicas generadoras se entiende todas aquellas formas de proceder metodológicas que tienen por objeto facilitar la emergencia de constructos y teorías, así como contrastar hipótesis rivales. En ellas se incluyen selección de casos negativos, selección de casos discrepantes, muestreo teórico y método de comparación constante.

Los casos negativos sirven para perfilar y delimitar la aplicabilidad de un constructo y las condiciones y/o circunstancias de su validez. Representan la excepción a una regla emergente.

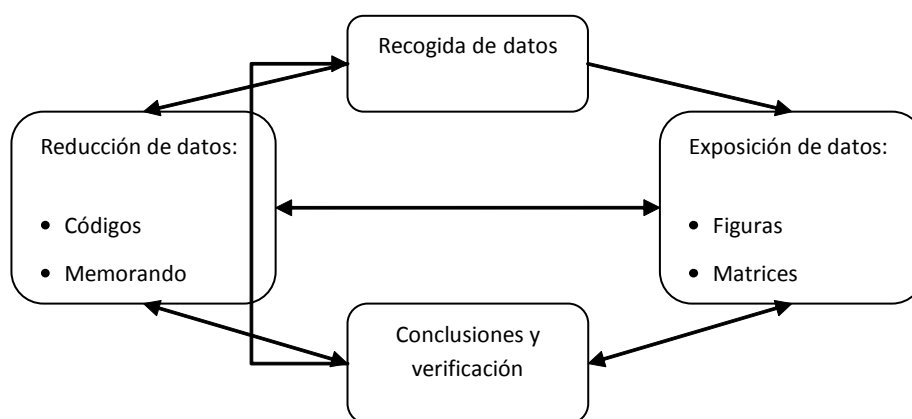
La selección de casos discrepantes tiene por objeto hallar los casos que no se explican y ajustan a la teoría.

El muestreo teórico y el método de comparación constante son propuestos por Glaser y Strauss (1967) con el fin de desarrollar lo que ellos denominan teoría fundamentada. Estos autores definen el muestreo teórico como un proceso de recogida de datos dirigido a generar una teoría.

Mediante el método de comparación constante se identifican las propiedades de los datos, se analizan las interrelaciones y se integran en una teoría.

Los procedimientos analíticos se describen como medios sistemáticos de manipular los datos, es decir, la forma más externa de análisis. Los métodos pueden ser muy diversos, existiendo una extensa gama que va desde la autorreflexión hasta el tratamiento estadístico, pasando por el análisis temático y el análisis semántico.

**Gráfico 24. Procedimiento analítico**



Fuente: Miles y Huberman, 1994.

Estos autores conciben el análisis de datos como el flujo y conexión interactiva de tres tipos de actividades: reducción, exposición y extracción de conclusiones.

La *reducción de datos* implica seleccionar, focalizar, abstraer y transformar los datos brutos, de forma que se puedan ir estableciendo hipótesis de trabajo o conclusiones. Por *código* se entiende una abreviatura o símbolo aplicado a un segmento de información. Miles y Huberman (1994) distinguen tres modalidades básicas: códigos descriptivos (atribuyen un contenido a un segmento del texto), códigos interpretativos (suponen la interpretación de una hipótesis inicial) y códigos explicativos (ilustran una teoría incipiente que ha surgido de los resultados del análisis). Por memorando se entiende una breve visión conceptual de algún aspecto plasmado en la información acumulada.

La *exposición de datos* puede ser definida como la reunión organizada de información que permite extraer conclusiones. Las figuras y las matrices son técnicas propias de esta fase del análisis.

La *extracción de conclusiones*: integración e interpretación. Las conclusiones se inician desde el comienzo de la recogida de datos, siendo en un principio abiertas y vagas. Se desarrollan y consolidan a lo largo del nuevo proceso de recogida, reducción y exposición de datos.

Criterios y procedimientos de credibilidad. La *verificación* de conclusiones forma parte también del análisis de datos. Como cualquier método científico precisa asegurar la validez de sus resultados, es decir, que se puedan hacer constataciones e inferencias con garantías de verosimilitud.

La credibilidad, es decir, el isomorfismo entre los datos recogidos por el investigador y la realidad, que mejor planteada en este tipo de metodología que en los diseños clásicos. La observación prolongada en el campo posibilita un ajuste más correcto entre las interpretaciones científicas y la realidad de los participantes.

Por otra parte la confrontación de los datos con los actores asegura que el análisis y las teorías científicas reflejen mejor la realidad contextual.

La recogida de material referencial tal como films, vídeos, documentos, grabaciones de audio, fotografías, etc., permitirán contrastar los resultados con las situaciones y vivencias reales.

Para conseguir transferibilidad en los resultados el investigador cualitativo aplicará el muestreo teórico en escenarios o contextos múltiples. Su comparación permitirá descubrir lo que es común y específico en ellos, así como las condiciones que hacen que ciertas hipótesis ni se cumplan o, por el contrario, se mantengan en diferentes ámbitos culturales. La recogida de abundantes datos a través de descripciones exhaustivas servirán para poder establecer comparaciones hacer mas extensivas las generalizaciones.

La consistencia o dependencia –estabilidad de datos- es uno de los criterios más problemáticos en esta metodología, debido a la diversidad de realidades con las que se trabaja y a la subjetividad que genera al ser el investigador el principal agente de recogida y análisis de datos.

La neutralidad de los resultados obtenidos o confirmabilidad se traduce en la mayoría de las ocasiones en el acuerdo interobservadores. Entre los procedimientos que pueden emplearse están (Alfonso García, 2001):

- Descriptores de baja inferencia o registros lo más concretos posible, transcripciones textuales, citas directas de fuentes documentales, etc.
- Revisión de los hallazgos con otros investigadores/observadores.
- Recogida de datos mecánica: grabaciones en vídeo/audio.

#### **10.4. Enfoque cualitativo versus cuantitativo**

Como hemos abordado en apartados anteriores, reconocemos que dentro de la investigación social podemos señalar dos enfoques predominantes y claves: el cuantitativo y el cualitativo.

El enfoque se orienta, principalmente, a descubrir el sentido y significado de las acciones sociales, tal y como defendía Max Weber. En cambio, el enfoque cuantitativo se centra, de manera predominante, en los aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de los fenómenos sociales. Este último enfoque es defendido por Durkheim, según el cual *“la regla primera y más fundamental del método científico es considerar los hechos sociales como cosas”* (Durkheim, 1964).

Aunque ambos enfoques tienen su campo más apropiado, el cualitativo en los estudios de fenómenos y de grupos pequeños, y el cuantitativo en las encuestas

referentes a grandes poblaciones, se debe procurar siempre que las investigaciones cualitativas sean también precisas y exactas en lo posible, y que las cuantitativas intenten penetrar y comprender los aspectos íntimos de los fenómenos que estudian. Por ello, es conveniente la complementariedad de ambos enfoques, para lograr un estudio más exhaustivo.

A continuación exponemos las principales características de cada uno de estos paradigmas:

**Tabla 58. Enfoque cualitativo/cuantitativo**

<b>CUALITATIVO</b>	<b>CUANTITATIVO</b>
Aboga por empleo de métodos cualitativos	Aboga por empleo de métodos cuantitativos
Interesado en conocer la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa	Busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, presentando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos
Observación naturalista y sin control	Medición penetrante y controlada
Próximo a los datos, perspectiva desde adentro	Al margen de los datos, perspectiva desde afuera
Fundamento en la realidad, orientado a descubrimientos exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo	No fundamento en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo
Orientado al proceso	Orientado al resultado
Válido: datos reales, ricos y profundos	Fiable datos sólidos y repetibles
No generalizables: estudio de casos aislados	Generalizable: estudio de casos múltiples
Holista	Particulares
Asume una realidad dinámica	Asume una realidad estable

Fuente: elaboración propia, extraído de Cook y Reichart (1986: 29).

Tradicionalmente ha existido cierta tendencia de ver estos enfoques como complementarios, convirtiéndose esta tendencia más notable en aquellos estudios en los que se tiende a dar tanto una explicación de los hechos como una comprensión de éstos. Esto puede contribuir a fortalecer el proceso investigativo.

Por ejemplo el enfoque *cualitativo* “*puede aportar al cuantitativo, en el momento del diseño, con el uso de entrevistas de profundidad y la observación participante. Esta técnica puede mejorar la determinación del marco muestral, ya que puede identificar la unidad de análisis más fiel y cercana al grado de similitud o contraste entre los sujetos de estudio*” (Barrantes, 2004, p.73).



Todo comienzo requiere de un proceso de búsqueda e indagación, que nos acarrea el cuestionamos el porqué de las cosas, lo que nos lleva a utilizar una metodología que nos ayude a buscar soluciones justificadas desde un plano científico.

Los propósitos básicos del paradigma cuantitativo en la investigación socioeducativa consisten en realizar mediciones y predicciones exactas del comportamiento regular de grupos sociales. En palabras de Taylor y Bogdan (1986): *"Los positivistas buscan los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos"*, es decir buscan la objetividad. La búsqueda principal consiste en explicar las causas de los fenómenos, confrontar teoría y praxis, detectar discrepancias, analizar estadísticamente, establecer conexiones y generalizaciones (abstracciones).

Cada paradigma, utiliza un procedimiento para dar rigor científico a la investigación. El paradigma científico (cuantitativo) utiliza la validez interna, la validez externa, la confiabilidad y la objetividad; frente al paradigma naturalista (cualitativo) que emplea la credibilidad, transferibilidad, fidelidad y confirmabilidad.

Existen críticas hacia los diferentes paradigmas, aunque no vamos a entrar en este aspecto. En nuestro caso preferimos hablar de qué podemos encontrarnos a la hora de optar por uno u otro paradigma. En cuanto al paradigma científico podemos encontrar complicaciones, hay que realizar de forma óptima el control de las variables, construir bien los instrumentos de medición y tener en cuenta el posible reduccionismo. En el paradigma naturalista nos podemos encontrar con dificultades como el tiempo que requiere la investigación, la reducción de los datos, la fiabilidad de las conclusiones y la dificultad de estudiar poblaciones amplias.

Finalmente, es importante que reflexionemos sobre qué aspectos podemos destacar acerca de la comparación de los paradigmas:

- Que no existen elementos para probar que un paradigma es superior al otro.
- Que cada paradigma tiene sus usos apropiados.
- Que todos los paradigmas tienen fortalezas y debilidades.

- Que es importante complementar los enfoques paradigmáticos de acuerdo a las necesidades que plantee la investigación.

Las diferencias más ostensibles entre ambas metodologías se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 59. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa**

<b>Investigación cualitativa</b>	<b>Investigación cuantitativa</b>
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

Fuente: Pita Fernández y Pértegas Díaz, 2002.

Conviene, por tanto, tomar una opción metodológica que conjugue de manera óptima los intereses y posibilidades del investigador con las exigencias del problema planteado y la naturaleza de la situación de investigación.

Según el modelo o paradigma en el que se base una investigación, se utilizarán las estrategias empíricas que se consideren más adecuadas, tanto de manera implícita como explícita. Cada proceso de investigación requiere de una adecuación metodológica en consonancia con el tema u objeto a investigar, de tal forma que en toda investigación juega un papel muy importante el método, pues es el procedimiento a través del cual, de un modo formal, se sistematiza y analiza la información recogida, identificando posteriormente cuestiones importantes que sean susceptibles de mejora.

Según López-Barajas (1993) podemos indicar que *“el método de investigación es considerado como el camino que vamos a seguir para profundizar en el conocimiento. Así pues, la metodología de la investigación es el instrumento que utilizamos en cada caso”*.

Con respecto a nuestro estudio, hemos seleccionado esta metodología como base y fundamento de la investigación que nos ocupa, porque conjuga de manera óptima con nuestros intereses y posibilidades como investigadores, así como con las exigencias del problema planteado y la naturaleza de la situación.

#### 10.4.1. Ventajas e inconvenientes de los métodos

Las ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos y los cualitativos se muestran en la siguiente tabla. En general los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definida. Por tanto una limitación de los métodos cualitativos es su dificultad para generalizar.

El empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa sea la más empleada no es producto del azar sino de la evolución del método científico a lo largo de los años.

**Tabla 60. Ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos vs. cualitativos**

Métodos cualitativos	Métodos cuantitativos
Propensión a " <i>comunicarse con</i> " los sujetos del estudio	Propensión a " <i>servirse de</i> " los sujetos del estudio
Se limita a preguntar	Se limita a responder
Comunicación más horizontal... entre el investigador y los investigados... mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural	
Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población	Son débiles en términos de validez interna - casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir-, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población

Fuente: Pita Fernández y Pértegas Díaz, 2002.

Estos son ejemplos de lo que se denomina complementariedad de ambos enfoques que se pueden enriquecer uno al otro, para producir algo que los dos no pueden dar por separado.

**Tabla 61. Complementariedad de enfoques**

<b>ENFOQUE CUANTITATIVO</b>	<b>ENFOQUE CUALITATIVO</b>
Defiende el uso de los métodos cuantitativos, con el uso de técnicas de contar, de medir y de razonamiento abstracto.	Defiende el uso de los métodos cualitativos, con el uso de técnicas de comprensión personal, de sentido común y de introspección.
Tiene mayor aplicación a sistemas sociales y medios globales, y a grupos o categorías de personas dentro de ellos.	Es usado esencialmente en el estudio de pequeños grupos.
Posee una concepción global positivista.	Posee una concepción fenomenológica.
Busca las causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos.	Está interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa.
Se refiere a las técnicas experimentales, aleatorias, cuasiexperimentales, "test" objetivos, análisis estadísticos multivariados, estudio de muestras, etc.	Considera estudios de casos, etnografía, entrevistas en profundidad y observación participativa.

Fuente: Barrantes, 2001.

Teniendo en cuenta tanto las ventajas como los inconvenientes de ambos enfoques, hemos optado por la complementariedad de las técnicas. Esto nos permite, por un lado, llegar a un número amplio de personas o grupos mediante técnicas cuantitativas y, por otro lado, el estudio de pequeños grupos mediante las técnicas cualitativas, para lograr una mayor profundización.

### **10.5. El multimétodo**

Siguiendo la línea anterior, debemos tener en cuenta que lo que define a una investigación no es el método o técnicas utilizadas en la recogida y análisis de datos, sino los presupuestos teóricos con los que se opera, y la orientación o fines de la evaluación en relación a la práctica. La técnica en sí misma (cuestionario, entrevista, grupos de discusión, etc.) no define el resultado ni la evaluación sino que la *convergencia metodológica* o *triangulación de datos* suele ser conveniente y productiva (Bolívar, 2011).

Tampoco es la naturaleza cualitativa o cuantitativa de los datos lo que marca el paradigma. Los instrumentos y métodos de investigación no son autónomos sino

que están al servicio de un modelo o enfoque. Por ejemplo, un enfoque interpretativo puede emplear datos cuantitativos y, en principio, las técnicas cualitativas no se oponen al empleo conjunto de técnicas cuantitativas, sino que suelen ser complementarias (Bolívar, 2011).

En definitiva, la clave se halla en buenos diseños de recogida y tratamiento de la información que, sin ser excesivamente costosos de tiempo, puedan proporcionar un juicio informado y acertado. Actualmente, gran parte de la investigación en el ámbito social emplea una mezcla de métodos (*mixed, methods, mixed methodology, multiestrategia o multimétodos*) que integran la investigación de corte cuantitativo y cualitativo (Bolívar, 2011). Cada vez son más numerosos los autores que defienden la utilización del multimétodo en sus estudios para lograr una visión más comprensiva de la realidad (Altschuld y Witkin, 2000; Hernández y cols., 2004; McKillip, 1987, 1998; Percy-Smith, 1996; Reviere y cols., 1996; Robson, 2000; Stufflebeam y cols., 1996; etc.).

Por tanto, no debemos caer en el debate entre lo cualitativo y lo cuantitativo, como ha venido ocurriendo durante años, sino que debemos ser conscientes de las ventajas e inconvenientes que tienen cada uno de estos métodos, optando por la validez y fiabilidad de nuestro trabajo, tal y como hemos planteado al inicio de este capítulo (Hernández, Pozo y Alonso, 2004).

Como dice Bryman (2006: 97) *“no cabe duda de que la investigación que involucra la integración de la investigación cuantitativa y cualitativa se ha convertido cada vez más común en los últimos años. Si algunos autores mantienen dudas a nivel teórico, en lo que atañe a la práctica la investigación que combina metodologías cuantitativas y cualitativas se ha convertido en nada excepcional y algo habitual en los últimos años”*.

A lo largo de los años, hemos sido conscientes del eterno debate entre los defensores de las técnicas cuantitativas y los defensores de las técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, y de las críticas que se procuran unos a otros: ¿Qué técnica o método es el más adecuado para llevar a cabo las investigaciones en ciencias sociales? ¿Se puede unir lo cuantitativo y lo cualitativo en una misma técnica de investigación? El multimétodo nos propone una posible respuesta a estas

preguntas, dándonos la opción de integrar en una misma técnica los dos métodos de investigación.

A continuación explicamos cuáles son las características así como las ventajas e inconvenientes del multimétodo, que surgen cuando se aplica en la realización de cualquier estudio social.

### **10.5.1. Concepto y características**

El término “*multimétodo*” tiene origen anglosajón, pasando a *multimethod* o *mixed methods*, y que posteriormente se adaptó al castellano. En los últimos años, como comentan en el artículo de Verd y López (2008) se ha estado desarrollando el multimétodo en las zonas inglesas, con diseños de investigación que apuestan claramente por una fuente de integración de las técnicas cualitativas y cuantitativas. En España todavía está empezando a emerger este tipo de técnicas de investigación, por lo que aún no se ha desarrollado de forma plena, si no de manera un poco residual.

Apoyándonos en el concepto que acoge Bericat (1998: 137) de otros autores, la definición de multimétodo que hemos encontrado más adecuada y completa es la siguiente:

*“La investigación multimétodo considerada en su más amplio sentido, incluye toda investigación que contribuya de alguna manera a lograr un punto de vista multimetodológico de un fenómeno social. Son, bien investigaciones individuales, bien más complejos y continuados programas de investigación, que emplean varias combinaciones de trabajo de campo, encuestas, experimentos y métodos no reactivos para enfocar sus preguntas. Los autores creen que los proyectos multimétodo han aparecido como un estilo de investigación precisamente a causa de que la naturaleza multimetodológica de la ciencia social contemporánea ha convencido a muchos investigadores de que la solución a sus problemas de investigación requieren más y diferentes tipos de información que los que un solo método puede proveer, y también que las soluciones basadas sobre descubrimientos multimétodo serán probablemente mejores soluciones; esto es, tendrán una base empírica más firme y un mayor alcance teórico al estar cimentadas sobre diferentes formas de observar”* (Brewer y Hunter, 1989: 27-28, citado en Bericat, 1998).

Basándonos en esta primera aproximación al multimétodo, estamos de acuerdo con el autor, y nos parece adecuado que se escoja este método integrador de las dos técnicas de investigación por excelencia a la hora de llevar a cabo cualquier estudio o proyecto. Consideramos positivo y más fiable que se vean los objetos de estudio desde dos puntos de vista, y por lo tanto, contando con dos

métodos de investigación tan diferentes. Pero creemos que en esta definición falta alguna advertencia sobre las desventajas que también tiene el multimétodo y los riesgos que supone idealizarlo: supone un esfuerzo mucho mayor, su coste económico es más elevado o pueden surgir muchas más complicaciones metodológicas en el transcurso de la investigación, por ejemplo.

### 10.5.2. Características del multimétodo

En este apartado nos ocuparemos de las particularidades básicas que caracterizan el multimétodo. Empezaremos con un conjunto de componentes a partir de los cuales se puede desarrollar este tipo de diseño de investigación:

**Tabla 62. Componentes del diseño multimétodo**

<b>Estrategias de integración.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complementar.</li> <li>- Combinar.</li> <li>- Triangular.</li> </ul>
<b>Dimensiones metodológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sincronía - diacronía.</li> <li>- Extensión - intensión.</li> <li>- Objetividad - subjetividad.</li> <li>- Análisis - síntesis.</li> <li>- Deducción - inducción.</li> <li>- Reactividad - neutralidad.</li> </ul>
<b>Fases de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición del objeto.</li> <li>- Diseño del método.</li> <li>- Recogida de datos.</li> <li>- Análisis de datos.</li> <li>- Resultados.</li> </ul>

Fuente: Bericat Alastuey, 1998.

La primera parte que explicaremos es la de **las estrategias de integración.**

Los objetivos de la investigación social son muy diversos y complejos. Es por ello que la aplicación y comparación de diferentes métodos a la hora de estudiar un fenómeno de la realidad social supone un paso importante a la hora de hallar las respuestas que más se ajustan a los problemas que acontecen. Numerosos autores se han ocupado de esta cuestión, que se va a denominar la aplicación del multimétodo. Cada uno de ellos propone diferentes estrategias a la hora de llevar a cabo dicha aplicación. Por eso es necesario que nos detengamos a conocer cuáles son las estrategias más utilizadas y respaldadas por la comunidad científica.

Una primera clasificación básica estratégica la lleva a cabo Davis Morgan que distingue tres estrategias: Complementación, Combinación y Triangulación.

- La complementación consiste en la obtención y comparación de dos imágenes distintas de la realidad social que queremos estudiar. Mediante la aplicación de esta estrategia buscamos ampliar nuestra visión y conocimiento de esa parte la realidad, pero en ningún momento se busca la convergencia ni confirmación de posibles resultados. Puede llevarse a cabo a un nivel mínimo (comparación de dos informes distintos) hasta llegar a producir síntesis interpretativas.
- La combinación consiste en el perfeccionamiento de los métodos empleados a partir de la aplicación de uno sobre otro. En el caso de tener un método A y B, los cuales presentan entre ellos un vínculo mínimo para poder ser aplicados conjuntamente, el método A servirá para reforzar y mejorar la aplicación del método B. Tal y como expresan las palabras textuales del autor en el que nos basamos, *“las fortalezas de un método son utilizadas para compensar las debilidades propias del otro”*.
- La triangulación consiste en la aplicación de dos métodos que, siendo distintos, buscan servir a un mismo propósito. Según Davis, cuanto más diferentes sean los métodos empleados y más se parezcan los resultados obtenidos, la triangulación será mejor. La triangulación nos permite, además, realizar la medición múltiple de un concepto, así como la múltiple contrastación de hipótesis.

El principal problema que presenta esta estrategia se ubica en el aspecto de que los métodos que se aplican son distintos; si bien persiguen un mismo objetivo y/o sirven para dar respuesta a una misma cuestión, la convergencia de éstos puede presentar problemas de una dificultad considerable.

Por otra parte, Greene nos presenta otra división a la hora de mostrarnos las distintas estrategias que podemos adoptar a la hora de aplicar el multimétodo. Una diferencia importante en comparación con la clasificación de Morgan es que la que veremos a continuación sigue un proceso lineal:



- Triangulación: consiste (como comentamos anteriormente) en la convergencia de dos métodos que siendo distintos procuran una misma respuesta a un fenómeno de la realidad social.
- Complementariedad: a diferencia de la complementación que veíamos anteriormente, consiste en que ésta nueva sigue *un proceso más secuencial*: el método A mejora la aplicación del método B, pero el método B también contribuye con la aplicación del método A.
- Desarrollo: hace referencia a la selección de los métodos más eficaces que hemos obtenido tras la aplicación de la estrategia de complementariedad. El comienzo del proceso de iniciación tiene lugar una vez llevado a cabo el desarrollo, concretamente cuando una vez hemos realizado las comparaciones y análisis pertinentes de los métodos más eficaces para la cuestión estudiada, encontramos paradojas, interrogantes e incluso nuevas ideas al mismo tiempo que procuramos una respuesta a la hipótesis inicial.
- Expansión: consiste, como su propio nombre indica, en la ampliación de nuestro estudio a otros campos y cuestiones relacionadas con la temática estudiada a través de la comparación de los métodos, orientaciones teóricas y perspectivas utilizados en otras investigaciones y proyectos.

Después de hablar de las estrategias de integración, nos vamos a centrar de una forma más específica en la **triangulación**, que compone una de las estrategias de integración más utilizadas.

Denzin (1970) toma el término “triangulación” de Campbell y Fiske. Ésta (como de manera más general y amplia hemos expuesto anteriormente) consiste en el uso de varios métodos en el estudio de un mismo objeto de investigación.

Este autor cree necesaria la triangulación porque los diferentes métodos de investigación representan líneas muy concretas de acción sobre la realidad social debido a que son aplicados por investigadores que interpretan y aplican cada técnica de forma diferente, porque las unidades de observación no siempre tienen que coincidir y porque se investiga en diferentes momentos del tiempo. Denzin (1970)

defiende que una continua combinación de métodos es una forma de superar el componente personalista que siempre va a afectar a la ciencia social.

Su principio básico es recoger y analizar datos desde distintos ángulos a fin de contrastarlos e interpretarlos. Esta confrontación puede hacerse extensiva a datos, investigadores, teorías, métodos, etc., originando diferentes tipos de triangulación (Cohen y Manion, 1998; Taylor y Bogdan 1992):

- Triangulación de fuente de datos: ampliar el tipo de datos que necesitamos (que se pueden clasificar según el espacio, el tiempo y las personas de donde el investigador los ha recogido) y de los que disponemos para fundamentar más adecuadamente nuestras teorías, independientemente de cuál sea la técnica que se utilice.
- Triangulación interna: incluye la contrastación entre investigadores, observadores y/o actores. Permite detectar las coincidencias y las divergencias en las informaciones obtenidas.
- Triangulación temporal: Examina la estabilidad de los resultados en el tiempo. Informa sobre qué elementos nuevos aparecen a través del tiempo y cuáles son constantes.
- Triangulación espacial: Observa las diferencias en función de las culturas, lugares o circunstancias.
- Triangulación de investigadores: se apoya en la participación de un grupo de diferentes observadores. Lo importante radica en poder contrastar las observaciones e interpretaciones de varios investigadores para ganar una mayor fiabilidad.
- Triangulación de metodologías: Denzin (1970) establece diferencia la triangulación dentro de un método o intramétodo y la triangulación entre métodos o intermétodo.
  - El **intramétodo** triangula medidas dentro de una única técnica de investigación, por ejemplo la inclusión de diferentes ítems dentro de un cuestionario.
  - El **intermétodo** combina dos o más métodos diferentes de investigación aplicados a un mismo objeto. Sobre la triangulación de métodos Denzin (1970) ofrece cuatro principios básicos:

1. Tener muy en cuenta el problema de investigación y la importancia y prioridad de cada método: en esta combinación se puede determinar un método como primario y otro como secundario.
2. Hay que ser consciente de que la combinación de métodos también posee distintas debilidades y fortalezas, con el objetivo de reducir todo aquello que amenace la validez interna y externa de los resultados.
3. En la selección de los métodos a usar en el estudio, se debe tener muy presente el grado de afinidad entre el método y la teoría, es decir, que incluso el método que se puede considerar como menos idóneo para la teoría de la que se nutre la investigación, aporta aspectos relevantes de la realidad que hubieran pasado desapercibidos si solo se hubiera estudiado el método más idóneo.
4. El investigador debe ser lo suficiente flexible para aprender en el proceso, recoger nuevas ideas e incluso, si es necesario, cambiar de método.

- Triangulación de teorías: reside en que integremos en el diseño de una investigación varias perspectivas teóricas que puedan contrastarse adecuadamente con un conjunto de datos.

Tras ver las estrategias de integración y, más en profundidad, en qué consiste y qué tipos de triangulaciones hay, también es necesario reparar en que existen autores que, basándose en varios de los inconvenientes de esta estrategia, tienen una preferencia, es decir, un método (cualitativo o cuantitativo) que les resulta más relevante o que puede aportar más información a su investigación sobre el otro, sin que esto quiera decir que ambos no se apliquen, pero sí de manera muy distinta a todo lo que hemos dicho anteriormente.

Sin perder de vista el cuadro de los componentes del diseño multimétodo, lo que desarrollaremos a continuación contiene algunos elementos que pueden clasificarse dentro del epígrafe **dimensiones metodológicas**, contando con la

proposición de otras estrategias de integración de métodos más allá de la triangulación.

Alan Bryman (2006) es un autor que ha analizado de forma muy completa las investigaciones sociales multimétodo y que propone otra vía para integrar el método cualitativo y el cuantitativo a la hora de realizar una investigación sobre la realidad social.

En la estrategia de la triangulación existen problemas y es que, a veces, los resultados convergen, pero otras no. De modo que el inconveniente se presenta en la duda de dar o no veracidad a uno u otro. Así que algunos investigadores dan veracidad al resultado proveniente del método que les resulta preferido.

Hay estudios multimétodo que se basan en el hecho de que la investigación cualitativa facilita la investigación cuantitativa. Presenta características como: intensidad, inducción y subjetividad. Éstas pueden ayudar a solución de problemas. Con su contenido subjetivo y sintético se pueden definir mejor el contenido de los conceptos lingüísticos igual a como se utiliza en una población determinada. De esta manera, se puede facilitar la elaboración de las preguntas de cuestionario y la operativización cuantitativa de esos conceptos.

Bryman (2006) tiene en cuenta que la investigación cuantitativa facilita la investigación cualitativa acotándolo a una sola posibilidad como la del conocimiento general que puede producir una encuesta sobre una realidad concreta que, más tarde, se investigará de manera cualitativa. La encuesta, como él señala, tiene la capacidad de expandirse pudiendo aportar una vista general.

En otras ocasiones, las investigaciones cuantitativas y cualitativas son combinadas para producir una imagen general. Esta estrategia se lleva a cabo para completar los vacíos de información que tienen todos los métodos usados individualmente. Pero esta estrategia tiene el inconveniente de que el hecho de que se use no implica mejores resultados o la solución a un problema de la realidad determinada. En según qué casos no es tan conveniente la cantidad de técnicas. Hay áreas o factores de la realidad que necesitan la complementación de los métodos porque con un solo método sería inaccesible.

Una de las razones que Bryman (2006) defiende es que la integración tiene como objetivo captar las estructuras y los procesos de la realidad social. Pero esto

no es algo que haya que forzar. Se puede utilizar uno u otro método dependiendo del objetivo de la investigación.

Una investigación cuantitativa tiene la posibilidad de que los resultados no se puedan generalizar, pero la integración podría ayudar a resolver el problema de la generalización. En otros estudios multimétodo la investigación cualitativa puede facilitar la interpretación de relaciones entre variables.

Otra posibilidad de integración de los diseños multimétodo es su aplicación para investigar las relaciones entre los niveles macro y micro, pasando por la posibilidad que relaciona distintos métodos a diferentes fases en el proceso de investigación y también haciendo referencia a diseños híbridos de investigación, que aplican un método en un diseño donde se han incorporado características propias de otro.

Por último, existen algunas características que conviene tener en cuenta a la hora de orientar prácticamente la investigación multimétodo: la selección del método (hay muchas diferencias entre seleccionar dos métodos similares y dos métodos diferentes entre sí a la hora de realizar una investigación), el estatus que se le otorga a cada uno de ellos (estatus similar o diferente; en el caso de que sea diferente, cuál es el principal y cuál es el secundario), el objeto (u objetos) de la investigación (si se estudia el mismo fenómeno social o si se estudian diferentes fenómenos – o aspectos del fenómeno, cada técnica por uno de ellos), el orden temporal de la aplicación (implementar los dos métodos al mismo tiempo –simultáneamente- o uno detrás de otro –secuencialmente-) y el grado de integración o de independencia con el que se implementan (la interactividad entre cualitativo y cuantitativo o su independencia).

### **10.5.3. Selección del método**

Consiste en (como se ha descrito anteriormente en la parte de la triangulación) decidir si queremos proceder con intramétodo (por ejemplo, usar diferentes escalas de un cuestionario para evaluar un mismo aspecto del fenómeno social que queramos estudiar) o con intermétodo, que a diferencia del intramétodo, usa varios instrumentos de evaluación (como un cuestionario y un grupo de

discusión). Pueden ser diferentes los contextos, experimentos e incluso los sujetos que participen en cada una de las “partes” de la investigación.

La diferencia entre los métodos favorece la seguridad de los hallazgos convergentes (que se dirigen a un mismo punto), pero al mismo tiempo hace que la convergencia en sí (que los resultados realmente lleguen a un mismo punto) disminuya.

#### 10.5.4. Estatus del método

Existen escasísimos diseños de investigación que le concedan la misma importancia a los dos métodos. Es realmente complicado establecer un equilibrio en la importancia de cada uno de ellos.

También es difícil, por la forma lineal o secuencial de la escritura, presentar en paralelo los resultados que se obtienen en cada uno de los métodos y, aparte, comprobar que al final no se han estudiado objetos distintos. Al mismo tiempo que no es tarea fácil otorgar la misma relevancia a las dos técnicas, también es absurdo que se anulen las intenciones originales de la integración, como, por ejemplo, otorgarle casi todo el papel protagonista a un método y casi suprimir al otro.

Con respecto a este inconveniente algunos autores niegan completamente que dos métodos puedan ser igualados en un estudio, así que optan por resolver previamente cuál de los dos será el primero (o principal) y cuál será el segundo (secundario o menos dominante). La nomenclatura que se usa para este tema es la siguiente: “**DOMINANTE: QL (cualitativo) / QT (cuantitativo) Menos dominante: ql / qt**”.

Esta visión desigualitaria reduce muchos problemas que suelen surgir en este tipo de investigaciones, aunque tenemos que ser conscientes de qué es lo que significa otorgar más o menos peso a una técnica u otra:

- Criterio de verdad: estamos lejos de la integración. Solamente uno de los métodos puede dar datos reales. Le podemos dar también más importancia al contexto o a la verificación que pueden ofrecer cada uno de ellos.

- Criterio de adaptabilidad: nos encontraríamos más cerca. Correspondencia entre el objeto de la investigación y el método que le vendría mejor.

#### **10.5.5. Objeto de investigación**

Tenemos la posibilidad de estudiar un único, o diferentes, fenómenos de la realidad social. Aunque se apliquen diferentes métodos, tendremos que tener un solo fenómeno social a estudiar. No se trata de observar exactamente el mismo fenómeno, aunque sí sus diferentes facetas del mismo. Cuando hablamos del mismo fenómeno, en ciencias sociales, algunas veces nos referimos a aspectos dentro del mismo fenómeno.

En la combinación, por ejemplo, los problemas de identidad en el fenómeno de estudio prácticamente desaparecen, así como la convergencia o la divergencia de los resultados, que son claves en la triangulación y en la complementación. Uno de los métodos no se orienta a conseguir resultados finales, sino a producir información interesante y útil (input) para una mejor aplicación del método principal.

Existe el riesgo de que, cuando estamos produciendo “información principal” con un método (ya sea cuantitativo o cualitativo) y queremos verificar con el otro método, puede que no estemos verificando el objeto principal de la investigación, sino otro objeto completamente diferente. Es uno de los riesgos de que una técnica tenga más relevancia informativa que la otra, con completa independencia la una de la otra.

En definitiva, la naturaleza del objeto de estudio debe ser incorporada por la técnica cualitativa y por la técnica cuantitativa.

#### **10.5.6. Orden temporal**

El orden temporal plantea distintos tipos de problemas. Es importante que dentro del diseño, este apartado esté explicitado. Existen diferentes fallos que pueden provocar alteraciones temporales dentro del desarrollo de investigaciones multimétodo, como una mala organización o una falta de coordinación.

En la implementación (tanto simultánea como secuencial) hay que prever la posible influencia que puede tener la aplicación del método principal y sus resultados sobre el diseño, la aplicación o los resultados del segundo.

Los riesgos pueden ser de diferente tipo. El mismo investigador puede alterar los resultados de su estudio, incluso la misma implementación de las técnicas puede hacer que luego no exista convergencia entre lo que recogemos mediante una técnica y otra. Por ejemplo, las respuestas que un sujeto da en un cuestionario pueden diferir completamente de las que puede dar en una entrevista.

Las decisiones temporales también deben adoptarse según criterios de validez y de posibilidad de comparación de los resultados. Por ejemplo, cuando queremos estudiar un fenómeno social cambiante, de nada sirve que queramos tener una gran calidad técnica, si al final lo estudiamos en diferentes momentos del tiempo: si el fenómeno es cambiante variará a lo largo del tiempo.

#### **10.5.7. Grado de interactividad**

La aplicación secuencial tiene mucha más interactividad, que se reduce cuando la aplicación es simultánea.

El problema de integración básico que puede plantear el grado de interactividad es que la independencia creciente o descoordinación (en grupos grandes de investigadores) puede hacer que incluso el propio diseño multimétodo se desvanezca.

En la práctica, lo deseable es mantener una cierta independencia (simultaneidad) a la hora de implementar los métodos. Pero siempre tenemos que asegurarnos de que la conexión metodológica sigue ahí, ya que va a tener consecuencias para las siguientes fases de la investigación.

#### **10.5.8. Ventajas e inconvenientes del multimétodo**

En los apartados anteriores se han ido mencionado una serie de ventajas y también de inconvenientes de algunos elementos de los diseños mixtos de investigación (como por ejemplo, en la triangulación). En este epígrafe veremos



cuáles son las ventajas e inconvenientes generales que el multimétodo presenta, en base a dos fuentes de información.

Según Castro y Godino, de acuerdo con Johnson et. al., (2004), las principales fortalezas y debilidades de las investigaciones con método mixto son las siguientes:

**Tabla 63. Fortalezas y debilidades de las investigaciones mixtas**

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pueden incluir palabras, figuras y narrativas para añadir significado a los números.</li> <li>- Aportan las fortalezas de las investigaciones cualitativas y cuantitativas.</li> <li>- El investigador puede generar y contrastar una teoría a partir de las observaciones (<i>grounded theory</i>).</li> <li>- Se puede responder a un más amplio y completo rango de cuestiones de investigación porque el investigador no está limitado a un único método o aproximación.</li> <li>- Un investigador puede usar las fortalezas de un método adicional para superar las debilidades de otro método usando ambos métodos en un estudio.</li> <li>- Puede proporcionar evidencia más fuerte para una conclusión mediante la convergencia y corroboración de los hallazgos.</li> <li>- Puede añadir comprensiones que pueden perderse cuando se usa un solo método.</li> <li>- Se pueden usar para incrementar la generalizabilidad de los resultados.</li> <li>- El uso conjunto de la investigación cualitativa y cuantitativa produce un conocimiento más completo necesario para informar la teoría y la práctica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede ser difícil para un único investigador realizar ambas investigaciones, cualitativas y cuantitativas, especialmente si se espera usar de manera concurrente dos o más aproximaciones; puede requerir un equipo.</li> <li>- El investigador tiene que aprender sobre múltiples métodos y aproximaciones y comprender como combinarlas apropiadamente.</li> <li>- Los metodólogos puristas defienden que se debería trabajar siempre dentro de un paradigma, bien cualitativo o cuantitativo.</li> <li>- Es más costoso y consume más tiempo.</li> <li>- Algunos de los detalles de la metodología mixta continúan siendo objeto de trabajo por los metodólogos (p.e., los problemas de la mezcla de paradigmas, cómo analizar cualitativamente datos cuantitativos, cómo interpretar resultados conflictivos).</li> </ul>

Fuente: Castro y Godino, (2011).

Al mismo tiempo nos encontramos con una serie de problemas del multimétodo que plantea Bericat, coincidiendo con algunos que resaltaron los autores anteriores, como el coste económico de este tipo de estudios.

No existe una investigación real donde no haya que resolverse una cantidad ingente de problemas. Contando con todos los problemas propios e inherentes a la investigación multimétodo, existen tres problemas añadidos a este tipo de

investigaciones: el perfil del personal investigador, la duración y coordinación temporal y el coste económico asociado a estos estudios.

Muy pocos investigadores manejan simultáneamente o están familiarizados con la aplicación de ambos tipos de orientaciones, debido a lo siguiente:

- La disposición de los sistemas formativos se ha basado en la valoración de un método u otro.
- La separación entre las dos técnicas sigue siendo palpable, muy a pesar de que constantemente están enseñándonos que los dos métodos tienen tanto cosas buenas como cosas malas.
- Es necesario *optar*. Las dos técnicas están separadas en compartimentos “estanco”.
- División del trabajo tanto en el mercado profesional como en el académico: empresas de estudios cuantitativos y empresas de estudios cualitativos, con exigencias de personal muy distintas. Lo mismo pasa en la universidad.
- El investigador suele formarse solamente en un campo, ya sin contar con las características propias de cada persona, que contribuyen a la especialización profesional.

Ante esta situación, una posible solución sería auxiliar al método que menos se domina o construir un grupo potente de investigadores tanto cuantitativistas como cualitativistas. Sin embargo, esto puede generar otro tipo de problemas, como la falta de coordinación. Todos los miembros del equipo tienen que interiorizar la meta que se propone la investigación, pero también deben conocer cuáles son sus aportaciones a la tarea general.

Uno de los inconvenientes de un grupo grande de investigación es la menor responsabilidad y falta de compromiso lo que dificulta en la comprensión de la integración entre lo cualitativo y lo cuantitativo.

Por tanto, una alternativa a los problemas que surgen para intentar solucionar el problema inicial es, según Bericat (1998), la creación de un nuevo puesto de trabajo, el de investigador especialista en integración. Esto no es tan extraño, porque muchas veces las conexiones que se supone deben ser buenas, son defectuosas o incluso inexistentes para una buena investigación multimétodo. Además los

investigadores tienen que querer integrarse en el grupo y las circunstancias pueden tornarse difíciles cuando a unos se les da una posición dominante sobre los demás, derivando en problemas de subordinación al investigador principal.

#### **10.5.9. Organización temporal**

Como las investigaciones multimétodo son mucho más complejas (debido a que se tienen que desarrollar al mismo tiempo varios recursos completamente diferentes), se necesita mucha más precisión en la coordinación temporal de todas las técnicas que intervienen en la misma. Cada uno de los métodos tiene su tiempo de aplicación y, como no se calcule bien, se pueden tener consecuencias desastrosas. Hay que estar pendiente de esto incluso cuando las técnicas tienen aplicaciones similares. Con todo, siempre hay fallos de coordinación.

El modelo que más se está imponiendo en ciencias sociales y, sobre todo, investigación socioeducativa son **grupos de discusión + cuestionario**. Tienen similares tempos de desarrollo, capacidad informativa y coste económico.

De todas maneras, una investigación multimétodo siempre va a tardar más, debido a que como se tienen que desarrollar varias técnicas (casi siempre de manera secuencial), se emplea mucho más tiempo.

#### **10.5.10. Coste económico**

Una investigación multimétodo resulta ser más cara (igual que se tarda más, por el simple hecho de que se tienen que llevar a cabo más tareas). Esto se va a compensar por las ventajas que implica emplear más de un medio de investigación a un mismo objetivo. Al mismo tiempo, también puede suponer una desventaja, porque cuantos más recursos se empleen, más coste tendrá el estudio.

Con respecto al incremento absoluto de la investigación, la aplicación de dos métodos no tiene por qué costar el doble. Además, siempre se puede ahorrar en el transcurso de la investigación, como por ejemplo, usar una investigación ya realizada e integrarla en una nueva o usar dos investigaciones ya realizadas para adaptarlas posteriormente a la búsqueda de soluciones multimétodo.

Lo realmente determinante es el balance coste-beneficio que está estrechamente relacionado con que un proyecto de estas características encuentre una financiación. Esto puede suponer (al realizar una investigación multimétodo) un inconveniente, porque de cara a la financiación el uso de dos métodos puede ser una duplicación (la cual no sirve para nada) o bien uno de los métodos realmente no aporta ninguna información relevante a la investigación. De cara a las instituciones financiadoras, las investigaciones multimétodo pueden parecer promiscuas entre una y otra técnica sin que ofrezcan resoluciones positivas; ya que, depende del momento, puede haber una moda donde tanto una como otra puede llevar las de ganar.

Otro inconveniente de cara a la publicación de resultados es que las revistas pueden pertenecer tanto a un bando como a otro, por lo que una investigación que no tenga una repercusión en el ámbito académico es como si no hubiese existido, acarreando frustración para sus creadores.

Debido a la financiación y a la publicación, las investigaciones multimétodo deben convencer para subsistir.

#### **10.5.11. Estrategia práctica de Morgan**

Morgan propone un modelo estratégico que reduce el número de problemas prácticos que se derivan de aplicar el multimétodo al estudio de cualquier fenómeno social. Integra las fortalezas complementarias de los diferentes métodos en el marco de una clara división del trabajo: la técnica cualitativa y cuantitativa se aplican para diferentes propósitos, pero éstos están bien coordinados dentro de la tarea global de la investigación. Esta división del trabajo sencilla se logra mediante dos decisiones básicas: decisión de la prioridad y decisión de secuencia (qué método es el principal y cuál se aplica antes o después).

Cuatro son los útiles modelos de diseño metodológico de investigación que Morgan plantea (el que se encuentra a la izquierda de la flecha es el preliminar, mientras que el que está a la derecha es el principal, contando con la nomenclatura de mayúsculas y minúsculas que describimos antes).

- QL → qt
- ql → QT
- qt → QL
- QT → ql

Se le da prioridad a uno u a otro método simplemente porque de otra manera surgen muchos más problemas prácticos. Lo mismo ocurre con el tiempo en el que se aplican. El método que se adapte mejor a las metas del proyecto será el principal. El secundario será el que se complementará con las debilidades del primario.

### 10.5.12. Principales características de las técnicas cualitativas y cuantitativas

En el marco metodológico constantemente hemos hablado de la integración de la metodología cualitativa y cuantitativa. Pero, ¿cuál es la idiosincrasia de cada una de ellas? ¿Cuáles son sus rasgos básicos para saber identificarlas? En esta tabla tenemos las respuestas a estas preguntas.

**Tabla 64. Características de las técnicas cualitativas y las técnicas cuantitativas de investigación**

Cuantitativo	Cualitativo
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Busca objetividad.</li> <li>-El investigador está al margen de los datos, tiene una perspectiva desde fuera.</li> <li>-El sistema de notación que utilizan para describir la realidad es fundamentalmente numérica.</li> <li>-El investigador cuantitativo se interesa por descubrir, verificar, o identificar relaciones causales entre conceptos que proceden de un esquema teórico previo, y sus métodos han sido desarrollados para verificar o confirmar teorías.</li> <li>-Para analizar la información se emplean procedimientos estadísticos de diversa complejidad.</li> <li>-Se da mayor importancia a los resultados que al proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se centra en el interés por las cuestiones sociales y se estudia en un contexto de interacción entre los individuos.</li> <li>-Los investigadores cualitativos recogen procesos de pensamiento, y analizan e interpretan situaciones sociales.</li> <li>-Se requiere una metodología sensible a las diferencias, a los acontecimientos imprevistos, a los cambios, a los comportamientos observables y a los significados ocultos.</li> <li>-Una de sus características es la amplitud a la hora de recoger información.</li> <li>-El investigador cualitativo no suele tener una teoría previa, ésta aparece a partir de los propios datos, y además puede modificar los conceptos y las teorías a medida que avanza en la investigación.</li> <li>-Los investigadores cualitativos no</li> </ul>

	<p>asignan valores numéricos a sus observaciones, sino que prefieren registrar sus datos en el lenguaje de sus sujetos.</p> <p>-Estos investigadores tienen que hacer un diseño flexible en la investigación con el fin de descubrir todas las variables del proceso.</p>
--	---

Fuente: elaboración propia.

A continuación exponemos una tabla con las características de cada una de las técnicas más usuales desde la metodología cuantitativa como la cualitativa:

**Tabla 65. Características de las técnicas cualitativas y las técnicas cuantitativas de investigación**

MÉTODO CUALITATIVO	MÉTODO CUANTITATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observación de campo.</li> <li>-Estudio de casos.</li> <li>-Entrevistas abiertas.</li> <li>-Encuestas interpretativas.</li> <li>-Documental.</li> <li>-Descriptivo.</li> <li>-Teorizaciones.</li> <li>-Inductivo.</li> <li>-Histórico.</li> <li>-Entrevistas telefónicas grupales o individuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuestas.</li> <li>-Experimental.</li> <li>-Observación.</li> <li>-Estadístico.</li> <li>-Comprobación de hipótesis.</li> <li>-Universos grandes: muestreos de población.</li> <li>-Afirmación de hipótesis.</li> <li>-Formulas estadísticas.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

# **CAPÍTULO V**

## **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

*Lo que tenemos que aprender  
lo aprendemos haciendo.*  
**Aristóteles**





Las diferentes metodologías que se han venido utilizando en las Ciencias Sociales o Socioeducativas para conocer el mundo que nos rodea han proporcionado el marco de referencia, la justificación lógica, para examinar los principios y procedimientos mediante los cuales se formulan los problemas de investigación, se dan respuestas a los mismos y se evalúan su bondad y profundidad (Del Rincón y otros, 1995: 26).

En palabras de Pérez Serrano (2004: 22) *“a través de la investigación nos acercamos al conocimiento de la realidad desde una aproximación sistemática a la misma. Conocer significa averiguar la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Podemos acercarnos a la realidad de modos diversos, pero desde una perspectiva científica debemos acercarnos con método, es decir, con orden, para lograr un mejor conocimiento de la misma”*.

Tal y como apunta Del Rincón y otros (1995: 26), *“ninguna perspectiva metodológica por sí sola responde totalmente a las preguntas que pueden formularse en el contexto social”*, por lo que nos anima a utilizar enfoques alternativos para dar sentido a la realidad social, lo que supone una diversidad metodológica.

Nuestro proyecto de investigación se enmarca en las Ciencias Sociales, dentro de la Educación para el Desarrollo, cuya temática clave es la Educación para la Salud y, concretamente, en el ámbito del VIH/SIDA en la UNAN-FAREM-Chontales de Juigalpa.

Como ya abordamos en el apartado anterior, hemos elegido el multimétodo porque consideramos que se adecua a nuestro interés, por lo que utilizaremos tanto técnicas cuantitativas como cualitativas dependiendo del momento y de la información que vayamos a recabar.

No obstante, debemos tener en cuenta los criterios regulativos por los que se rigen las diversas metodologías. Cuanto más rigor metodológico tenga nuestro trabajo, vamos a obtener más confianza en los resultados de la investigación (Del Rincón y otros, 1995: 26). Según Lincoln y Guba (1985: 290), existen cuatro criterios regulativos, que exponemos en la siguiente tabla:

**Tabla 66. Criterios regulativos y metodológicos de investigación**

<b>Criterios regulativos</b>	<b>Metodología empírico analítica</b>	<b>Metodología constructivista y sociocrítica</b>
<b>Veracidad</b>	Validez interna	Credibilidad
<b>Aplicabilidad</b>	Validez externa / generalización	Transferibilidad
<b>Consistencia</b>	Fiabilidad	Dependencia
<b>Neutralidad</b>	Objetividad	Confirmabilidad

Fuente: elaboración propia, extraído de Guba (1989).

Debemos aclarar algunos aspectos relevantes de cada una de las metodologías indicadas en la tabla anterior:

- Metodología empírico-analítica:

También denominada racionalista, cuantitativa o positivista.

Suele orientarse al contraste de hipótesis, siendo su centro de interés la construcción de conocimiento teórico para describir, explicar, predecir y, en la medida de lo posible, controlar los fenómenos sociales.

Se considera bastante objetivo (cantidades).

- Metodología constructivista:

Según algunos autores, como por ejemplo Atkinson y otros (1988) o Denzin y Lincoln (1994), consideran que esta metodología es menor uniforme en sus fines y estrategias, con respecto a la empírico-analítica.

Desde esta metodología se considera que el mundo social es construido y reconstruido continuamente por sus actores; ponen el énfasis en cómo el mundo de la experiencia es vivido, sentido y experimentado por los actores sociales (Schwandt, 1994).

Se sigue un proceso de investigación holística, inductivo e ideográfico, buscando una comprensión global de los fenómenos y situaciones que estudia.

Se considera bastante subjetivo (interpreta el significado de las experiencias humanas).

- Metodología sociocrítica:

Se basa en la reflexión crítica. Se interesa por desenmascarar la manera en que la experiencia de las personas puede ser distorsionada por la falsa conciencia y la ideología.

Esta metodología se centra en el análisis crítico de la ideología dominante en la ciencia y la tecnología.

Una vez explicadas brevemente las tres tipologías de metodologías, pasamos a abordar, en líneas generales, los cuatro criterios regulativos (Del Rincón y otros, 1995),

#### **- Veracidad**

Se refiere al grado de confianza que se puede depositar en los resultados de una investigación y en los procedimientos empleados en su realización. Es decir, en la metodología empírico-analítica se refiere al grado de correspondencia existente entre los resultados obtenidos y la realidad que representan, lo que nos obliga a asumir que la realidad es única y uniforme.

Por otro lado, en las metodologías constructivistas y sociocríticas, el investigador sostiene que la realidad es múltiple, dinámica, construida por los propios individuos. Los fenómenos sociales son cualitativamente diferentes de los naturales (Jupp y Norris, 1993).

En el caso de la empírico-analítica, para conseguir la veracidad se recurre a la validez interna, es decir, las variaciones observadas en la variable dependiente se deben a los cambios introducidos intencionalmente en la variable independiente. En cambio, en la constructivista y sociocrítica, la veracidad se consigue al contrastar distintas fuentes de información, a través del diálogo y de la argumentación racional, de procesos de “corroboración estructural” y “adecuación referencial”.

#### **- Aplicabilidad**

Este criterio persigue determinar la relevancia y las posibilidades de que las explicaciones e interpretaciones, como resultado de una investigación, se puedan generalizar o aplicar a otros contextos, a otros sujetos y a otros problemas de investigación.

Deben tenerse en cuenta dos aspectos: correspondencia entre situaciones de investigación y realidad y representatividad de la situación de investigación.

En la metodología empírico-analítica es clave la generalización ya que considera que el objetivo de la ciencia es generalizar los resultados a diversas poblaciones y tiempos (Smith, 1975: 88). En cambio, en las metodologías constructivistas y sociocríticas tiende a cuestionarse la generalización y a relativizarse su importancia, ya que diferentes personas con diferentes antecedentes atribuirán diferentes significados a una misma situación.

### **- Consistencia**

También denominado “estabilidad”. Se entiende el grado en que los resultados de una investigación volverán a repetirse al replicar el estudio con los mismos o similares sujetos y en el mismo o similar contexto.

La estabilidad de los resultados se denomina “fiabilidad”, cuando el investigador admite la posibilidad de una cierta constancia situacional y la viabilidad de repetir una investigación en condiciones idénticas (replicación).

En la metodología empírico-analítica es deseable la estabilidad de los resultados, mientras que en la constructivista y sociocrítica las inconsistencias y discrepancias pueden desvelar interpretaciones del fenómeno aportando una mayor riqueza de significados. Sin embargo, es exigible un cierto grado de consistencia, concebida como dependencia o posibilidad de llegar a los mismos resultados a partir de informaciones y perspectivas similares.

### **- Neutralidad**

También denominada independencia del investigador. Se propone asegurar que los resultados de la investigación sean reflejo de los sujetos estudiados y de la misma investigación, y no producto de los sesgos, juicios o intereses del propio investigador.

Las tres metodologías adoptan el ideal regulativo de la neutralidad pero cada una de ellas desde distinto punto de vista. La empírico-analítica postula la objetividad o existencia de un marco referencial permanente y ahistórico al que podamos apelar en último término para determinar la naturaleza racional del

conocimiento. Por otro lado, la constructivista y sociocrítica consideran que existen criterios intersubjetivos de racionalidad o normas de indagación por los que se pueden identificar los sesgos personales, supersticiones o falsas creencias, a lo que se denomina “confirmabilidad”.



## 11. EL MÉTODO CIENTÍFICO Y NUESTRO DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

*“La vida social, en sus diversas manifestaciones, es el objeto de las ciencias sociales”* ya decía Sierra Bravo, y seguía afirmando *“el método científico es el procedimiento de actuación general seguido en el conocimiento científico”* (Sierra Bravo, 2008: 22 y 25).

Para abordar este estudio hemos optado por el método descriptivo, que se utiliza para recoger, organizar, resumir, presentar, analizar y generalizar los resultados que surgen de los diferentes instrumentos de recogida de información. Dicho método implica la recopilación y presentación sistemática de datos para presentar una idea clara de un determinado fenómeno o situación, evaluando los objetivos propuestos.

Como señala Hayman (1981: 92) *“el objeto de la investigación descriptiva consiste en describir y evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo”*, en esta forma de investigación, se analizan los datos reunidos para descubrir qué variables están relacionadas entre sí. Sin embargo, es habitualmente difícil interpretar qué significan estas relaciones; así, según el mismo autor, el investigador puede interpretar los resultados de una determinada manera pero, desgraciadamente, ésta será sólo una de las varias maneras de interpretarlos.

En la presente investigación nos hemos basado, en el método descriptivo desde un enfoque multimétodo (EMM), entendido como una estrategia de investigación en la que se utilizan dos o más procedimientos para la indagación sobre un mismo fenómeno u objeto de estudio (Ruiz Bolívar, 2008).

La elección del enfoque multimétodo se justifica debido a su flexibilidad para adaptarnos a las demandas de comprensión y explicación de nuestra realidad, mejorando los procesos y productos de investigación, combinando diferentes tipos de datos por diferentes métodos y fuentes lo que otorga mayor alcance en los resultados (Tashakkori y Teddlie, 2003).

### 11.1. La muestra

Una muestra es simplemente una parte representativa de un conjunto, población o universo, cuyas características debe reproducir en pequeño lo más exactamente posible a la realidad. Es decir, se trata de una parte de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado (Sierra Bravo, 1989: 98).

Según McMillan y Schumacher (2005: 180) *“la estadística inferencial, por otro lado, se emplea para hacer deducciones o predicciones sobre la similitud de una muestra con la población de la que se ha extraído la muestra”*. Es decir, nos permite generalizar los datos obtenidos de una muestra al resto de la población, siempre y cuando sea representativa.

Estadísticamente hablando, la elección de la muestra debe ser válida en cuanto a la generalización de los resultados obtenidos en la muestra de población. Este requisito se logrará si la amplitud de la muestra es estadísticamente proporcionada a la magnitud de la población y en su composición por estratos es representativa.

Las muestras presentan las siguientes ventajas, en las ciencias sociales:

- Con una muestra relativamente reducida en relación al universo, se pueden encuestar las grandes poblaciones y núcleos humanos, que de otra manera sería muy difícil o prácticamente imposible investigar.
- Las muestras suponen una gran economía en las encuestas y la posibilidad de mayor rapidez en su ejecución.
- Ofrecen otra ventaja, muy importante y casi inadvertida, y es que puede ofrecer resultados más precisos que una encuesta total, aunque esté afectada del error que resulta de limitar el todo a una parte.

Las condiciones fundamentales de las muestras son cuatro:

- Que comprendan parte del universo y no la totalidad de éste.
- Que su amplitud sea estadísticamente proporcionada a la magnitud del universo. Esta condición se halla en relación con el punto práctico de



determinación del tamaño de la muestra y sirve para decidir si, según las unidades que comprende respecto al universo, una muestra es o no admisible.

- La ausencia de distorsión en la elección de los elementos de la muestra. Si esta elección presenta alguna anomalía, la muestra resultará por este mismo hecho viciada.
- Que sea representativa o reflejo fiel del universo, de tal modo que reproduzca sus características básicas en orden a la investigación. Esto quiere decir que si hay sectores diferenciados en la población que se supone ofrecen características especiales, a efectos de los objetivos de la investigación, la muestra también deberá comprenderlos y precisamente en la misma proporción, es decir, deberá estar estratificada como el universo.

Hay que diferenciar entre el universo y la muestra, y para ello podríamos apoyarnos en Mora y Araujo (1973). La muestra es una parte reducida de una determinada población o universo, en relación a la cual representa cuantitativamente una fracción; pero, también la muestra tiene la misma forma circular que el universo, lo que pretende indicar que, cualitativamente, la muestra debe tener las mismas características que la población que representa.

Sin embargo, el universo está formado por toda la población o conjunto de unidades que se quiere estudiar y que podrían ser observadas individualmente en el estudio. Lo que ocurre es que por razones de economía se investiga en su representación la muestra.

También podemos observar cómo el universo o población forma parte también de un conjunto más amplio al que se llama universo hipotético, constituido por todas las poblaciones existentes en las que se podría también efectuar la investigación proyectada.

Entre el universo y la muestra se puede distinguir una relación cualitativa y otra cuantitativa. En relación a la cuantitativa se refieren los conceptos de **fracción de muestreo** y de **coeficiente de elevación**:

- *Fracción de muestreo*: es el porcentaje que representa la muestra

respecto al universo. Es decir, se obtiene dividiendo la muestra por el universo, así por ejemplo, si nuestro universo es de 1812 estudiantes de la FAREM-Chontales, y hemos elegido una muestra de 672 estudiantes encuestados, la fracción de muestreo será de 0'37 o el 37% (672/1812). Esta fracción puede tener diversas aplicaciones, entre ellas la de hallar la composición por estratos de una muestra cuando se conocen la composición por estratos del universo o población.

- *Coeficiente de elevación*: es el número inverso a la fracción de muestreo y consiste en la cantidad por la que hay que elevar la muestra para obtener el universo. Se obtiene al revés del anterior, es decir, dividiendo el universo por la muestra (1812/672), el resultado sería de 2'69 lo que señala la cantidad por la que hay que elevar la muestra para obtener el universo.

La relación cualitativa exige que el universo y la muestra reúnan las mismas características básicas en igual proporción, importante sobre todo en los universos estratificados, que comprenden categorías diversas. Correspondencia difícil en la práctica, sobre todo porque siempre hay fallos: entrevistas previstas que no se pueden realizar o no son válidas, cuestionarios que no se devuelven, etc.

A continuación exponemos una tabla con la clasificación de los métodos de muestreo según Bisquerra (1996: 82-84):

**Tabla 67. Tipología de muestreo**

CRITERIOS	TIPOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES
<b>PROBABILÍSTICAS</b> <sup>52</sup>	<b>Aleatorio Simple</b>	El procedimiento: 1. Asignar un número a cada individuo de la población. 2. La selección se realiza mediante algún sistema mecánico.
	<b>Aleatorio Sistemático</b>	Los pasos seguidos: 1. Se ordenan los individuos de la población. 2. Se calcula $c=N/n$ , ("c" es un número entero; "N" es la población; "n" es la muestra). 3. Se elige al azar un número "a" comprendido entre el 1 y "c". 4. El número "a" será el primer individuo seleccionado. 5. Los sucesivos individuos serán: "a+c", "a+2c"...
	<b>Aleatorio Estratificado</b>	El proceso: 1. Se divide la población en varios estratos. 2. En cada estrato se realiza un muestreo. 3. El número de individuos por cada estrato se decide por fijación simple, proporcional u óptima.
	<b>Por Conglomerados</b>	Se utiliza cuando los individuos de la población constituyen agrupaciones naturales.
<b>NO PROBABILÍSTICOS</b>	<b>Por cuotas o rutas</b>	Se fijan cuotas. Cada una consiste en un número de individuos que reúnen unas determinadas condiciones.
	<b>Opinático o Intencional</b>	La selección se hace por expertos según unos criterios establecidos, que asegure la representatividad de la muestra.
	<b>Casual</b>	Utilizar como muestra a individuos con los que se tiene facilidad de acceso.
	<b>Bola de nieve</b>	Se localiza a algunos individuos, que conducen a otros y así sucesivamente.
<b>POLIETÁPICO</b>		La utilización de diversos métodos secuenciados en una serie de etapas.

Fuente: elaboración propia, extraído de Bisquerra (1996: 82-84).

Una vez definido el problema a investigar es preciso decidir si las unidades objeto de observación o estudio van a ser todas las que forman el universo, o únicamente se va a extender la indagación a una *parte representativa* o muestra de aquellas, que suele ser la solución que más se impone a la realidad, dado que en los demás casos, por razones de tiempo, coste y complejidad, resulta inviable que el estudio abarque individualmente a todas las unidades que comprende el universo.

<sup>52</sup> Este método de muestreo es conocido también como "azar", y está basado en el principio de la equiprobabilidad.

En nuestro caso, como no nos resultaba operativo poder abarcar a toda la población estudiantil universitaria del Farem-Chontales de Juigalpa, por razón de tiempo, coste y complejidad de las operaciones de recogida, clasificación y análisis de los datos, lo hemos reducido a una parte representativa, descartando así la posibilidad de que el estudio abarque individualmente a todas las unidades que comprenden el universo.

El tamaño de la muestra, y también su cálculo, depende de los cuatro factores o elementos siguientes:

- La amplitud del universo infinito o no.
- El nivel de confianza adoptado.
- El error de estimación.
- La desviación típica.

Estadísticamente hablando, en primer lugar debe ser válida la generalización de los resultados obtenidos en la muestra a la población. Este requisito se logrará si la amplitud de la muestra es estadísticamente proporcionada a la magnitud de la población y en su composición por estratos es representativa o reflejo fiel de la población.

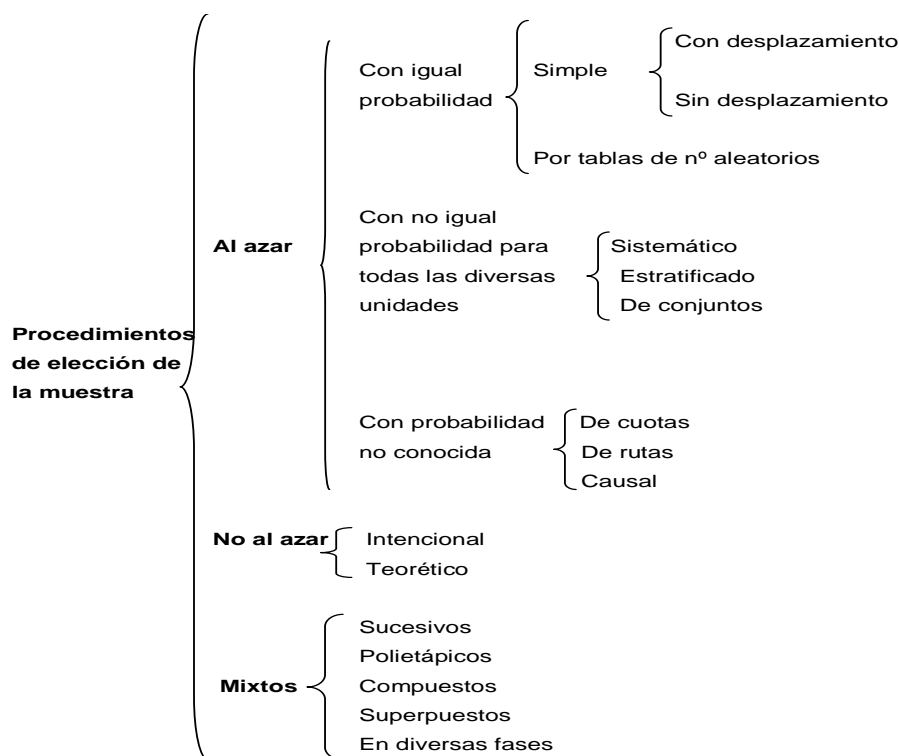
Por otra parte, teóricamente hablando, la muestra elegida debe ser adecuada para el logro de los objetivos de la investigación y la prueba de las hipótesis teóricas que constituyan su razón de ser. Si una muestra es estadísticamente representativa de la población contendrá normalmente casos de individuos con valores extremos y medios en las variables investigadas, salvo en el caso de hipótesis o análisis complicados.

En este sentido, existen fórmulas para calcular el tamaño de las muestras que varían en función del tipo de muestreo elegido y según el margen de error permitido que se quiera conseguir.

A pesar de las diferentes fórmulas que existen para hallar el tamaño de la muestra, nos apoyaremos en Sierra Bravo (2008: 234) para calcularla a partir de la tabla para la determinación de una muestra sacada de una población finita para márgenes de error del 1, 2, 3, 4 y 5 por 100, en la hipótesis de  $P = 50\%$  (véase tabla 68).

Estadísticamente, el principio básico de elección de la muestra es que ésta se haga, siempre que sea posible, de tal modo que cada elemento de la población tenga la misma probabilidad de ser elegido; es decir, este requisito se cumple si la elección tiene lugar por un procedimiento aleatorio riguroso. Sin embargo, no siempre es posible realizarlo así, de ahí que existan procedimientos de elección de la muestra, que se pueden clasificar, como se hace en el siguiente gráfico, según se conozca o no la probabilidad de elección de cada unidad y, en caso afirmativo, según sea esta probabilidad igual o distinta para todas las unidades de la población.

**Gráfico 25. Elección de la muestra**



Fuente: Sierra Bravo (1989).

El conocimiento de la probabilidad de elección implica la existencia de una seguridad conocida estadística, por tanto no absoluta sino razonablemente probable, de que la muestra es representativa de la población, mientras en las no probabilísticas dicha seguridad estadística no existe y no se conoce, por tanto, la garantía de ser representativa del universo ofrecida por la muestra obtenida no existe.

### **11.1.1. Azar simple**

Consiste en sacar, por medio de un sorteo riguroso, una serie de unidades de un universo, hasta completar el tamaño de la muestra que hayamos fijado.

Obviamente este sistema no presenta ninguna dificultad, salvo que se puede o no meter en el bombo de nuevo, las unidades que se vayan sacando, lo cual influye en la probabilidad de salir las demás en las restantes extracciones. Si se meten, la elección se llama con reemplazamiento y, en el caso contrario, sin reemplazamiento. Según Nam Lin (1976) el muestreo con reemplazamiento es el ideal según la teoría de las muestras, aunque el muestreo sin reemplazamiento es el más usado puesto que no presenta tantas dificultades prácticas.

En resumen, la elección de una muestra por el sistema de azar simple, comprende los siguientes pasos:

- Listar todos los elementos de la población y asignarles números consecutivos del 1 al N base.
- Decidir el tamaño de la muestra deseado, previa fijación del nivel de confianza y el error.
- Usar una tabla de números aleatorios y elegir diferentes números que caigan entre el 1 y el N.
- Los elementos listados en la población que tienen asignados varios números al azar, forman la muestra.

### **11.1.2. Azar sistemático**

Con este sistema, se simplifica la elección aún más que con las tablas. En él solamente se elige al azar o por sorteo una primera unidad de la muestra inferior al coeficiente de elevación.

Las restantes se obtienen sumando a dicho número el coeficiente de elevación sucesivamente, hasta obtener todos los números necesarios para la muestra.

Un problema que presenta este muestreo es el modo de sustituir las unidades llamadas “vacías”: individuos que no se encuentran, viviendas no ocupadas, etc. En

el azar simple, se pueden sustituir efectuando las nuevas elecciones que sean necesarias; en cambio, en el azar sistemático se descarta este procedimiento, aunque se podía utilizar subsidiariamente.

Una solución a este problema puede ser realizar una nueva elección sistemática para todas las unidades vacías, en la que el coeficiente de elevación sería el que resultara de dividir el universo por el conjunto de las unidades vacías a sustituir.

Además de este procedimiento de muestreo sistemático, que es el más recomendable por ser más riguroso, existen también otras maneras de obtener la muestra, que se consideran también como muestreos sistemáticos. Entre ellos:

- Formación de la muestra con todos los individuos cuyo nombre empiece por una palabra del alfabeto determinada, por ejemplo la D o la S.
- Formación de la muestra con los que hayan nacido en determinados días del año, como por ejemplo el 15 de enero y el 8 de julio.
- Elección por la última o las dos últimas cifras del número que tengan asignados los elementos de la muestra en la base de ésta. Por ejemplo, se eligen todos los números que terminen en 5 o en 72.

### **11.1.3. Muestreo estratificado y por cuotas**

Cuando el universo no es naturalmente homogéneo, sino que está formado por estratos diferentes, que constituyen categorías importantes para la investigación, la elección de la muestra no debe hacerse globalmente, para todos los estratos de una vez, porque entonces nos expondríamos a que unos estratos estuvieran más o menos representados que lo proporcionalmente debido.

Se trata de fijar unas cuotas. Cada cuota consiste en un número de elementos que reúnen unas determinadas condiciones. La elección de las cuotas suele hacerse mediante **rutas** o itinerarios.

La muestra estratificada se utiliza por tres tipos de razones:

- Reducir la variación de los resultados de la muestra respecto a la población total y obtener una mayor precisión en las estimaciones.
- Usar diferentes métodos de muestreo y fracciones de muestreo diverso en

los distintos estratos de población.

- Acomodarse a subpoblaciones que representan dominios determinados de estudio.

Por otra parte, los rasgos base de la estratificación deben relacionarse con las variables que se estimarán en la investigación. Se debe procurar que las unidades de muestreo dentro de cada estrato sean lo más homogéneas posible.

Como se trata de un sistema imperfecto, el error que supone la muestra será mayor, por lo que se ha estimado empíricamente que el tamaño de la muestra practicada por cuotas, deberá ser mayor en un 50% al de la muestra elegida al azar, para que los errores sean equivalentes.

#### **11.1.4. Tamaño de la muestra**

Como ya dijimos anteriormente, la muestra tiene que ser representativa del universo, es decir, no basta con cualquier parte del universo para formar una muestra sino que ésta ha de constar de un número suficiente de elementos, elegidos al azar, tal que proporcione una seguridad estadística de que los resultados que se obtengan de ella, puedan, dentro de los límites estimados, representar realmente al universo.

El tamaño de la muestra y también su cálculo, depende de los cuatro factores o elementos siguientes, explicados posteriormente al tratar del error muestral:

- La amplitud del universo infinito o no.
- El nivel de confianza adoptado.
- El error de estimación.
- La desviación típica.

Hay que tener en cuenta que las fórmulas para calcular el tamaño de las muestras varían en función del tipo de muestreo elegido y según el margen de error permitido que se quiera conseguir:



**Tabla 68. Tabla para la determinación de una muestra sacada de una población finita, para márgenes de error del 1, 2, 3, 4, y 5 por 100, en la hipótesis de  $p = 50\%$**

Margen de confianza del 95,5 por 100										
Amplitud de la población					Amplitud de la muestra para márgenes de error abajo indicados					
					± 1 %	± 2 %	± 3 %	± 4 %	± 5 %	± 10%
500	...	...	...	...					222	83
1.000	...	...	...	...				385	286	91
1.500	...	...	...	...			638	441	316	94
2.000	...	...	...	...			714	476	333	95
2.500	...	...	...	...		1.250	769	500	345	96
3.000	...	...	...	...		1.364	811	517	353	97
3.500	...	...	...	...		1.458	843	530	359	97
4.000	...	...	...	...		1.538	870	541	364	98
4.500	...	...	...	...		1.607	891	549	367	98
5.000	...	...	...	...		1.667	909	556	370	98
6.000	...	...	...	...		1.765	938	566	375	98
7.000	...	...	...	...		1.842	949	574	378	99
8.000	...	...	...	...		1.905	976	580	381	99
9.000	...	...	...	...		1.957	989	584	383	99
10.000	...	...	...	...	5.000	2.000	1.000	588	385	99
15.000	...	...	...	...	6.000	2.143	1.034	600	390	99
20.000	...	...	...	...	6.667	2.222	1.053	606	392	100
25.000	...	...	...	...	7.143	2.273	1.064	610	394	100
50.000	...	...	...	...	8.333	2.381	1.087	617	397	100
100.000	...	...	...	...	9.091	2.439	1.099	621	398	100
				∞	10.000	2.500	1.111	625	400	100

$p$  = proporción (en porcentaje) de los elementos portadores del carácter considerado.  
 Si  $p$  es < 50% la muestra necesaria es más pequeña.  
 NOTA: cuando no se indica, la cifra significa que la muestra debería tener una amplitud superior a la mitad de la población, lo que equivaldría extender la encuesta al total de la población misma.

Fuente: Arkin y Colton, en Sierra Bravo (2008).

### 11.1.5. Error muestral

En una muestra podemos seguir dos caminos, o bien calcular el tamaño de la muestra aplicando la fórmula, previa fijación del error que admitimos, o bien establecer sin más el tamaño y luego calcular el error aplicando la fórmula de éste. Matemáticamente, la fórmula del tamaño se deriva de la del error.

Todo error lo es en relación a algún patrón o punto de referencia. En el caso del error muestral, el punto de referencia es la población de la que se obtiene o saca la muestra.

La muestra, como dijimos anteriormente, no es el universo sino una representación en pequeño de él. Por perfecta que resulte, habrá normalmente una divergencia entre los valores medios estadísticos obtenidos de la muestra en relación a alguna variable y los derivados del universo o población. En la divergencia que existe entre los valores medios obtenidos de las muestras y los valores medios del universo, es donde se encuentra el error muestral, que podemos llamar real.

La única manera de poder conocer este error muestral real es realizar la encuesta a la vez que a la muestra a toda la población. Por ello, hay que descartar, en la práctica, el conocimiento de este error muestral real, porque al exigir realizar la encuesta a toda la población y no sólo a la muestra, es por lo que la muestra pierde su razón de ser.

Cuando hablamos del error muestral no nos referimos a este error real, no conocido, sino a un error muestral determinado estadísticamente, de tipo genérico, válido para todas las muestras posibles, del mismo tamaño.

De ahí que este error muestral, estadístico, sirva para darnos no un error específico y determinado, sino únicamente para establecer el intervalo de confianza dentro del que nos movemos en la muestra, es decir, los límites formados por la media de la muestra, más o menos el error en cuestión, dentro del que se debe encontrar la media del universo, con el grado de probabilidad con que se trabaje, dos o tres sigmas.

Si el error muestral es del 2% significa que estos valores del universo deben encontrarse en el intervalo de confianza o espacio cuantitativo formado por la media, el porcentaje obtenido, más o menos el 2%.

Dentro del intervalo, en cualquier punto o valor del mismo, es donde deben encontrarse los valores del universo, pero no con una seguridad total, sino con el grado de probabilidad de dos o tres sigmas que se haya elegido para la muestra.

Por tanto, el error muestral no representa otra cosa que el error estadístico máximo de la muestra, y además genérico, en cuanto es válido para el conjunto de todas las distintas muestras que se pueden tomar de la misma población.

## 11.2. Técnicas e instrumentos de recogida de la información

Las técnicas e instrumentos de metodología utilizados responden a la pregunta de *¿cómo obtener la información?*, es decir, a las pruebas que dispondremos para recoger información y los mecanismos de interpretación y análisis de datos.

Para llevar a cabo la metodología propuesta, es necesario prestar atención a la forma en que se realiza la selección de información. Recoger y seleccionar información requiere una reflexión previa sobre los instrumentos que mejor se adecuan. Nuestra propuesta está basada en el multimétodo, y concretamente la triangulación metodológica y de fuentes, lo que permite minimizar la varianza de error, ayuda a superar las limitaciones de las propuestas de método único y facilita el abordaje de la realidad desde distintos enfoques, eliminando sesgos.

En este sentido, los principales hitos del diseño metodológico de nuestra investigación son:

- Revisión bibliográfica y búsqueda de experiencias relevantes similares a la que proponemos.
- Diseño de herramientas cuantitativas y cualitativas de recopilación de datos, como son: cuestionario, grupos de discusión y las entrevistas. La elaboración de estos instrumentos pasarán por el proceso lógico de diseño, contrastándolas y validándolas por técnicos y expertos, configurándose así la prueba piloto para, posteriormente, validarla.
- Aplicación de los instrumentos. Trabajo de campo.
- Análisis e interpretación de los datos y elaboración de propuestas y conclusiones.

Como señalábamos anteriormente, para recoger los datos y la información relevante de nuestro estudio, se utilizarán **cuestionarios** estandarizados y anónimos, como el de las encuestas opináticas para el alumnado universitario.

Para el diseño del cuestionario nos basaremos en estudios realizados en España, como por ejemplo el Cuestionario de la Fundación Española de Educación para la Salud.

Los ítems principales del cuestionario versarán sobre: orientación sexual, hábitos sexuales y métodos anticonceptivos, conocimiento sobre VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual así como actitudes, percepciones y prácticas de riesgo.

La forma de aplicación del cuestionario fue mediante encuestador *“in situ”*, ya que se realizará personalmente a los estudiantes. Si no fuese posible, se llevará a cabo de manera online, a través de alguna aplicación que diseñemos y a la que puedan acceder los estudiantes (esto podrá modificará, en su medida, el tipo de muestreo que tenemos decidido realizar).

A medida que se vayan recogiendo los cuestionarios se irán volcando en el programa estadístico SPSS, para su posterior análisis.

Los otros instrumentos de recogida de información que vamos a utilizar son el **grupo de discusión y las entrevistas**. Para profundizar en las percepciones y actitudes del alumnado universitario desarrollaremos una serie de grupos de discusión a través de los cuales perseguimos analizar las ideas del colectivo. Asimismo, ahondaremos en algunas contradicciones que salieron a relucir con el cuestionario sobre la edad de inicio en las relaciones sexuales así como tipo de parejas al mantener relaciones sexuales, motivos por los que no se usan generalmente métodos anticonceptivos, cultura y mitos sobre la sexualidad, etc.

Los grupos de discusión nos ofrecen la posibilidad de analizar los discursos contruidos de forma subjetiva pero sobre unas pautas sociales, es decir, captan las representaciones y los valores compartidos por ambos colectivos.

Previsiblemente, los grupos de discusión se compondrán de entre 8 y 10 participantes, hombres y mujeres, teniendo en cuenta las titulaciones de cada uno de ellos así como el lugar de residencia (rural y urbana). La propia metodología de los grupos de discusión obliga a planteamientos muy generales, esto es, a circunscribir el ámbito de la discusión pero dejando abierto su contenido, no existiendo preguntas sino temas o líneas para debatir. El coordinador del debate debe orientar y guiar, pero sin establecer preguntas directas, ni dar opiniones personales, etc.; su tarea es resituar constantemente las intervenciones para obtener información relevante para el estudio y no quedarse en lo superfluo.

Como consecuencia de ese debate abierto, es probable que se obtengan resultados no previstos. De ahí la riqueza de este instrumento cualitativo.

El proceso de recogida de datos se llevó a cabo durante los meses de junio y julio de 2012.

### **11.2.1. Análisis de contenido**

Este es un instrumento de investigación muy relevante en nuestro estudio. Básicamente nos hemos centrado en documentos escritos y documentos online, esencialmente de todo lo que envuelve la educación para el desarrollo (orígenes, desequilibrios sociales, desigualdades, cooperación al desarrollo, etc.) así como lo relativo a la educación para la salud, el VIH/SIDA y la Animación Sociocultural como propuesta de intervención. Además, hemos analizado concienzudamente los diferentes, y a veces confusos, datos existentes de manera oficial sobre el VIH/SIDA en Nicaragua, que articulan este marco de acción.

Asimismo, hemos realizado una búsqueda bibliográfica sobre estudios relacionados con nuestro objeto de interés, sobre todo llevados a cabo en Nicaragua para poder comparar los resultados.

Nuestro trabajo ha tenido un gran componente de estudio riguroso de documentos escritos, lo cual, según señala López Noguero (2002: 131), constituye *“un aspecto principal de investigación hoy día”*.

Dentro del análisis de documentos utilizaremos las técnicas más cercanas al ámbito cualitativo y dentro de éstas parece que la más adecuada es el análisis de contenidos. Porque como indica López Noguero (2002: 131) *“con esta técnica no es el estilo del texto lo que se pretende analizar, sino las ideas expresadas en él”*.

Nuestro análisis de contenido de los documentos estudiados tiene un carácter descriptivo, aunque en bastantes casos también es interpretativo, porque hacemos comentarios que nos parecen esenciales. Por tanto, tampoco vamos a utilizar para nuestro análisis un tipo de fiabilidad al que Krippendorf (1997: 194-195) denomina como *“reproducibilidad”*, recreable en circunstancias diferentes, en otros lugares y con la intervención de codificadores distintos. Consideramos que este trabajo no

llega a la categoría de la reproducibilidad a la que se la denomina también fiabilidad entre los codificadores, acuerdo intersubjetivo o consenso entre los observadores.

Con estas aportaciones anteriores queremos decir que conocemos las técnicas de análisis de contenido en su esencia más pura, pero nosotros hemos optado por una contribución de carácter más descriptivo, teniendo en cuenta que ésta es una de las primeras investigaciones que se hacen en Juigalpa sobre este tema, lo cual hemos corroborado en dicho municipio.

El análisis documental nos ha aportado datos sobre las necesidades, recursos o intereses del grupo, institución y la población objeto de estudio, también nos ha ofrecido una primera aproximación a la realidad de nuestro estudio.

Los documentos analizados han sido extraídos de fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias a las que hacemos referencia son los documentos elaborados por instituciones, organismos y por personas que han llevado a cabo los proyectos de intervención o investigación con esta población o temática; aunque es necesario señalar que los documentos escritos en general, como fuente de observaciones sociales, tienen carácter secundario en cuanto no ofrecen los fenómenos sociales mismos que han tenido lugar, sino el resultado de la percepción e interpretación de ellos por el escritor, que siempre es parcial e incompleta. Las fuentes secundarias son todos los documentos legislativos analizados y la amplia bibliografía que sobre el tema ha sido consultada.

### **11.2.2. El cuestionario**

El cuestionario es un instrumento de indagación muy aceptado en las investigaciones sociales por su facilidad de obtención de información de datos a un gran número de personas.

No obstante, como todos los instrumentos de recogida de datos, también cuenta con desventajas evidentes; entre ellas, el gran número de cuestionarios perdidos; la, en ocasiones, difícil comprensión lectora del mismo, interpretaciones erróneas,... Para evitar estos problemas se decidió *realizar los cuestionarios in situ* en la FAREM-Chontales, con sede en Juigalpa.

Durante el proceso de construcción del cuestionario nos basamos en las dos fuentes fundamentales: los objetivos de la investigación y los precedentes metodológicos en el área de investigación que utilizaron técnicas investigadoras similares y que se centraron en temáticas afines.

Señala Herrera Menchén (2005:112) que *“el cuestionario se puede entender como un listado de preguntas por escrito que se pasa a un número importante de personas y que permite extraer conclusiones que pudieran generalizarse si la muestra es suficientemente grande y representativa de la población”*.

El cuestionario constituye un instrumento de recogida de información que permite la recogida masiva de datos difíciles de obtener por otros medios. Es el medio para la obtención de información que se utiliza con más frecuencia y constituye un instrumento básico en investigación, tal y como señalan Barquín y Fernández (1992).

En la línea también de Herrera Menchén, indican Colás y Rebollo (1993:127) que *“el cuestionario consiste en un listado de cuestiones o preguntas intencionalmente organizadas, redactadas por el investigador con el objeto de recoger de forma sistemática y ordenada un conjunto de informaciones precisas acerca de las variables objeto de investigación”*.

La finalidad de un cuestionario es obtener de manera sistemática y ordenada, información de la población investigada sobre las variables objeto de investigación. Esta información generalmente se refiere a lo que las personas encuestadas son, hacen, opinan, piensan, sienten, esperan, quieren o no quieren, aprueban o desaprueban, etc.

El cuestionario está considerado como una herramienta básica de recogida de información sobre todo para aquellos investigadores que se mueven en el paradigma positivista y utilizan metodologías del ámbito cuantitativo. Por tanto, aunque podemos considerar al cuestionario como un instrumento típico del modelo cuantitativo debido a su afán recolector de datos objetivables y cuantificables, se utiliza de modo complementario en la investigación cualitativa.

Indica Sierra Bravo (1992:305) que

*“el cuestionario cumple una función de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad de la población observada. Por ello, las condiciones fundamentales que debe reunir, dependen de la investigación y de la población. Se pueden sintetizar, por una parte en traducir los objetivos de la investigación en preguntas concretas sobre dicha*

*realidad y, por otra parte, en ser capaz de suscitar en los encuestados respuestas sinceras y claras a cada pregunta, que puedan después ser tratadas científicamente, es decir, clasificadas y analizadas”.*

El elemento básico del cuestionario son las preguntas. Es por ello, que un buen cuestionario no depende de otra cosa sino de la clase de preguntas empleadas en el mismo y de su adecuada formulación. Los tipos de preguntas son múltiples y diversas sus formas de clasificación. Se pueden agrupar las preguntas según la contestación que admitan del encuestado, según la naturaleza del contenido de las preguntas, según su función en el cuestionario y según su finalidad.

La construcción de un cuestionario exige un trabajo previo de definición y operativización de los apartados que se pretenden evaluar. Para construir un cuestionario es preciso adoptar decisiones acertadas teniendo en cuenta cuatro elementos esenciales, como aseveran Cohen y Manion (1980:106):

- Las respuestas de los encuestados deben cubrir la información que requerimos.
- El lenguaje y el formato gráfico usado a la hora de redactar deben facilitar la comprensión expresa de la pregunta.
- Es necesario decidir sobre las formas de respuestas más adecuadas a cada cuestión.
- Decidir qué lugar debe ocupar cada pregunta en el cuestionario para lograr un correcto orden lógico y psicológico.

Las fases más habituales para la elaboración de cuestionario y esencialmente las que vamos a seguir en la construcción del nuestro, son las que a continuación mencionamos:

- Se definen los aspectos que se pretenden conocer.
- Se elabora una pregunta (al menos) de cada aspecto en una ficha separada.
- Se ordenan las fichas con un orden lógico de forma que permitan un buen tratamiento de la información deseada por parte del encuestado.
- Se elabora un cuestionario definitivo que estará compuesto de las mínimas preguntas necesarias para recoger toda la información posible. La mayoría de las mismas deben ser cerradas.



- Decidir el tiempo y el lugar adecuado para pasarlo.
- Determinar un período de tiempo para la realización de los cuestionarios.
- Se realiza una prueba piloto que permite comprobar su fiabilidad.
- Se lleva a cabo la encuesta.
- Se extraen los datos necesarios.
- Se tabula, se analiza y se elaboran conclusiones.

El cuestionario es un instrumento que tiene que ser leído, por lo tanto es esencial que cuidemos mucho las preguntas y el modo de redactarlas. En nuestro caso concreto hemos intentado ser exquisitos en este extremo y elaborar unas preguntas perfectamente entendibles y bien redactadas al objeto de obtener una respuesta lo más cercana a la realidad posible y máxime cuando nuestra población diana es de otro país distinto al nuestro, por ello se validará con un grupo representado por profesores y alumnos de la Farem-Chontales, para corregir posibles errores en su comprensión.

En cuanto al tipo de preguntas que se pueden hacer, indican Barquín y Fernández (1992) algunas sugerencias para que los cuestionarios puedan aportarnos el mayor número de datos posibles:

- Las preguntas cerradas deben contemplar todas las posibles respuestas o introducir el apartado de otros (especificar), para poder recoger información no prevista.
- Evitar inducir al encuestado hacia una determinada respuesta.
- Las preguntas generales se situarán al principio de la encuesta y se irá concretando a lo largo de la encuesta.
- Es conveniente formular alguna pregunta en dos ocasiones, pero redactada de forma distinta, de modo que podamos detectar la veracidad de las respuestas.
- Las preguntas deben estar relacionadas secuencialmente y no ser un listado sin sentido de preguntas.
- Para ciertas informaciones como edad, nivel de ingresos económicos, etc., conviene construir una escala para no forzar a declarar datos exactos.

Por otra parte, Hueso y Cascant (2012) señalan la importancia de

- Evitar las preguntas cerradas dicotómicas (si/no) o múltiples.
- Concretar las modalidades de respuestas.
- Las preguntas deben ser exhaustivas.
- Las preguntas deben ser excluyentes.
- Evita hacer dos preguntas en una.
- Las preguntas deben ser comprensibles para las personas encuestadas.
- Colocar verticalmente las opciones de respuestas para evitar confusiones.
- Intenta fusionar las preguntas filtro.
- Moderar el uso de preguntas de control.

Los cuestionarios suelen tener tres apartados: contexto, datos personales y opiniones. Las dos primeras partes deben ser mínimas y siempre que sean pertinentes con el objeto de la investigación.

Los cuestionarios presentan algunas dificultades, pero destacaríamos dos principales. La primera es la elaboración de un cuestionario adecuado a las necesidades y al grupo y, la segunda, la baremación que ha de ser fácil, eficaz y rica. Por otro lado, esta técnica requiere tiempo, puesto que desde que se inicia el proceso hasta el final el período transcurrido suele ser extenso, con lo cual, si lo que se precisa es obtener una información rápida y a muy corto plazo, este instrumento no es el más adecuado. Sin embargo, si el cuestionario está bien elaborado y se ha construido siguiendo todos los pasos previos y con tiempo de dedicación, se obtiene una información muy variada que puede servir de base para diferentes programas e incluso ir actualizando el mismo cuestionario o sólo algunas de sus partes.

Hay que recordar que la encuesta abarca más que el cuestionario, siendo éste una parte de ella. Concretamente, es un documento que recoge las preguntas y respuestas para la encuesta.

En cuanto a los aspectos formales del cuestionario, destacamos los siguientes (Hueso y Cascant, 2012):

- En primera página: fecha, código del cuestionario, nombre del encuestador.
- Presentación de la institución representada.

- Estructura de las preguntas debe ser agradable para facilitar a la persona su ejecución.
- Preguntas claras y concisas para evitar confusiones. Evitar tecnicismos y preguntas largas o ambiguas.
- Buena redacción de las preguntas.
- Orden y ubicación adecuados de las preguntas.
- Presentar objetivos y finalidad del cuestionario.
- Garantizar anonimato.
- Datos demográficos incluido en cuestionario: edad, sexo, nivel de estudios...
- Los datos demográficos deben ir al final del mismo.

Aunque la construcción del cuestionario es más bien la expresión de la experiencia del investigador y de su sentido común, reconocemos diversas indicaciones que pueden ayudar a esa tarea.

A modo de resumen, hemos compilado y sintetizado las características que más se repiten en diferentes autores, sobre los aspectos que debemos de tener en cuenta a la hora de diseñar un cuestionario:

- Las preguntas del cuestionario deben derivarse de los objetivos del estudio y, por lo tanto, del problema de investigación planteado.
- No hay un criterio al cual se pueda apelar para saber cuántas preguntas debe contener un cuestionario. Si bien conviene, en una primera etapa, formular cuántas preguntas parezcan apropiadas para cubrir el problema de investigación, en revisiones posteriores se podrán encontrar preguntas que parecieron importantes en un cierto momento, no lo son evaluadas desde ese problema.
- El cuestionario debe comenzar con preguntas generales simples, al alcance de cualquier persona, con el fin de establecer un clima favorable, de armonía entre el entrevistado y el entrevistador.
- Una pregunta puede influir sobre la siguiente. Conviene examinar cuidadosamente esa posibilidad. Una forma de evitar ese riesgo consiste en colocar primero las preguntas generales y luego las más específicas sobre el tema al cual se refieren. Por ejemplo: la pregunta: ¿Qué opina

usted sobre la atención que el Gobierno le da a la educación? debería ir después de una pregunta general como ¿Qué opinión tiene usted del Gobierno? Las preguntas específicas le proporcionan al entrevistado un marco de referencia para contestarlas.

- Las preguntas deben organizarse en una secuencia lógica, como siguiendo el hilo de una conversación. Conviene avisar al entrevistado cuando se pasa a un tema diferente al tratado hasta un cierto momento. Por ejemplo, decir: Ahora vamos a pasar a otro tema.
- No utilice preguntas que pueden inducir la respuesta. Ejemplo: La pregunta ¿Piensa usted que su situación ha empeorado en el último año?, podría llevar a la respuesta inmediata “sí”.
- No utilice preguntas directas que puedan colocar al entrevistado en una situación embarazosa. La pregunta ¿Qué opinión tiene usted de la unión matrimonial libre? podría ser reemplazada por una fórmula indirecta como esta: “Algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo con la unión matrimonial libre ¿cuál es su opinión al respecto?” La idea aquí es despersonalizar la pregunta.
- Evite utilizar palabras vagas que proporcionan respuestas también vagas. Así sucede con el uso de expresiones como: con qué frecuencia, con qué regularidad, diría usted que generalmente, a menudo, etc.
- El cuestionario debe comprender tres secciones con preguntas de: a) determinación del entrevistado, que permiten saber si corresponde o no al grupo de personas requeridas por el estudio (¿Tiene usted una ocupación remunerada?); b) preguntas demográficas o de clasificación (edad, sexo, ingresos, ocupación, etc.). Muchas veces, este tipo de preguntas provoca inquietud en el entrevistado por lo cual se colocan al final del cuestionario); y c) preguntas referidas al tema central del estudio (pueden ser preguntas abiertas o cerradas). Forman la parte más larga del cuestionario.

Según los objetivos y las necesidades de análisis, el cuestionario podrá utilizar tipos de preguntas como las que presentamos a continuación.

- Preguntas cerradas: dicotómicas (Si o No) o con respuestas múltiples.
- Preguntas abiertas: de opinión, de profundización, de clarificación, etc.
- Preguntas con graduaciones en una dirección (unipolar) o en dos direcciones (bipolar).
- Preguntas de acuerdo - desacuerdo.
- Preguntas de ordenamiento en rangos (Ejemplo: 1. la más importante y .5. la menos importante.).

#### **11.2.2.1. Ventajas e inconvenientes**

Este tipo de instrumentos presentan una serie de ventajas con respecto a otras técnicas de recogida de información como son las que recogemos a continuación en el siguiente cuadro (Del Rincón y Otros, 1989):

Entre sus ventajas se encuentran:

- Facilidad a la hora de realizar.
- Facilita la posibilidad de llegar a un gran número de sujetos.
- No se necesitan personas preparadas para la recogida de información. La mayoría de las veces ni siquiera se realizan entregas personales, enviándose por correo al domicilio con una simple carta de presentación.
- Ofrece una rápida distribución y recogida de opinión e información de los sujetos investigados.
- Ofrece cierta uniformidad de medición debido a sus opciones estandarizadas y registros de respuestas.
- Si se consigue una buena delimitación del problema a estudiar y una correcta formulación de las preguntas, la utilidad del cuestionario es grande pues es contestado por muestras representativas, considerando entonces que los resultados pueden ser utilizados para tomar decisiones sobre los objetivos planteados.

Sin embargo hay también que tener en cuenta algunos inconvenientes que supone el uso de este instrumento de recogida de información y algunos de ellos los recogemos a continuación (Hopkins, 1989):

- El análisis requiere bastante tiempo.
- Se necesita gran preparación para conseguir preguntas claras y relevantes.
- Es difícil conseguir preguntas que exploren en profundidad.
- La eficacia depende mucho de la capacidad lectora.
- Los sujetos pueden tener reparo en contestar sinceramente.
- Los encuestados intentarán dar respuestas “correctas”.

Otro aspecto a considerar en el cuestionario según Buendía (1997), es que las respuestas pueden estar afectadas por el cambio de humor o estado de ánimo en general de la persona encuestada en ese momento. A esto hay que unir que contestarlo implica no sólo cierto nivel de comprensión y expresión, sino de dominio de las técnicas de respuesta por lo que muchos cuestionarios se devuelven incompletos, interpretándose como opinión del encuestado lo que es realmente una falta de adecuación del instrumento a la población que va dirigido.

### **11.2.3. El grupo de discusión**

El término “grupo focal”, llamado *focus group* en inglés, se le conoce también como sesiones de grupo o grupo de discusión. Se trata, como hemos mencionado anteriormente, de una de las formas de los estudios cualitativos en el que se reúne a un grupo de personas para indagar acerca de actitudes y reacciones frente a un producto, servicio, concepto o idea (Pérez-Pérez, 2009).

Siguiendo la definición de Gutiérrez Brito (2009), el grupo de discusión o grupo focal es un grupo diseñado artificialmente para obtener información de la realidad social. Su finalidad es producir discursos para un determinado tema de estudio, a partir de crear un contexto micro-social donde el grupo de discusión reproduce artificialmente lo que la gente dice en el contexto global. No obstante, hay que tener en cuenta que los discursos producidos están determinados por la propia situación de grupo y por el tema de estudio. De acuerdo con la definición de Callejo (2001), el grupo de discusión puede definirse como una “*reunión de personas, entre seis y diez, desconocidas entre sí, y previamente animadas a discutir un tema bajo la dirección o control de un moderador*”.

Por otra parte, mientras que algunos autores se refieren indistintamente a los grupos de discusión y entrevistas focales, hay quienes distinguen entre ambas corrientes, como Gutiérrez Brito (2009) o Ibáñez, J. (1979). El grupo de discusión, propio de la perspectiva europea, es más abierto y flexible y permite la interacción entre los participantes, siendo la intervención del moderador mínima. Por el contrario, el grupo focal, propio de la perspectiva norteamericana, está más centrado en guiar las intervenciones de los participantes hacia los objetivos de la investigación, jugando el moderador un papel más directivo (Infesta Domínguez, G. et al, 2012).

De acuerdo con Martín Criado (1997), el grupo de discusión es una técnica que tiene como objetivo último “*hallar los marcos de interpretación a partir de los cuales los sujetos dan sentido a un conjunto de experiencias*”, es decir, cómo los sujetos perciben un determinado aspecto de la realidad social. Para ello, siguiendo al autor, es preciso “*recoger el proceso de construcción cooperativa de sentido dentro del grupo*”. En otras palabras, a lo que se aspira con esta técnica es a que el grupo alcance un consenso sobre el tema objeto de estudio.

Esta finalidad obliga a tener en cuenta algunos aspectos (Gutiérrez Brito, 2009 y Martín Criado, 1997):

- Que los sujetos que componen el grupo no se conozcan entre sí, para impedir que el discurso se vea influido por la existencia de vínculos previos.
- Que exista homogeneidad en el grupo, es decir, niveles socioeconómicos y culturales similares entre los miembros del grupo. Esta condición impide que se formen jerarquías dentro del grupo y que los más subordinados se callen.
- El investigador juega el papel de moderador, y debe intervenir lo menos posible, dejando que sea el grupo quien produzca el *marco de interpretación*.
- Que la *censura estructural* sea mínima, evitando así que sólo aparezcan los discursos legítimos. Así, una excesiva *censura estructural* daría lugar a que los discursos menos legítimos quedasen silenciados, impidiendo observar otros discursos alternativos a lo que es considerado normal por el grupo.
- Que la situación sea *relativamente excepcional*, evitando el recurso de discursos estereotipados. Este grado de excepcionalidad se consigue a partir

de discutir un tema que se desconoce previamente con un grupo de desconocidos y ante el investigador, también desconocido por el grupo.

- Que los miembros del grupo se impliquen en el tema de investigación. Esta última condición es contradictoria con la anterior, en la medida en que una situación excesivamente excepcional provocaría que los sujetos se centraran en el contexto que define la situación en lugar de centrarse en el tema a tratar. Para que los sujetos se impliquen en el tema a pesar de encontrarse en una situación nueva, Martín Criado (1997) propone que sean los sujetos quienes tomen la iniciativa y acomoden la situación a sus marcos de interacción conocidos.

Por lo tanto, el grupo focal es una de las técnicas para recopilar información de los métodos cualitativos de investigación. Puede definirse como una “*discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre una particular área de interés*” (Krueger, 1991).

En este sentido, al ser una técnica donde se hace uso del habla por parte de los individuos, se va a caer en la subjetividad de las opiniones. El grupo de discusión se articula en torno a un grupo de personas en situación discursiva o de conversación, y un investigador que no participa en ese proceso de habla, diálogo o debate, pero que lo determina.

El grupo de discusión es un instrumento metodológico que congrega diferentes modalidades de grupo, en una articulación específica. Es un grupo artificial y éxito va a depender de que pueda serlo también en la práctica. Este instrumento no es equiparable con ninguna de sus modalidades cercanas en metodología: no es una conversación grupal natural, no es un grupo de terapia psicológica, tampoco es un foro público...; sin embargo, toca aspectos de cada una de ellas, considerándolo como una técnica donde se produce una conversación grupal, pero lo es de un grupo que empieza y acaba con la conversación, sostenida, además, como un trabajo colectivo para un agente exterior y bajo la filosofía de la discusión como modo de producción de la verdad (Canales y Peinado, 1994).

Se van a entrelazar, según Ibáñez (2000) dos particularidades, normalmente opuestas, en la constitución de este tipo de grupo; por un lado, el trabajo, razón



esencial de su corta vida, y por otra parte, el placer que supone usar como medio para desempeñar esta tarea el lenguaje oral. Se va a establecer un espacio de opinión grupal, donde los participantes hacen uso de un derecho al habla que queda regulada en el intercambio grupal. Las distintas opiniones que se manifiestan en este foro de debate, serán tomadas como algo en bruto, que habrá de ser pulido, a través del análisis pormenorizado del investigador y pasado por el tamiz de la objetividad.

La conversación es siempre una totalidad, y como menciona Ibáñez (2000), si es dividida en interlocuciones e interlocutores rompemos esa totalidad, sin que por ello, salvemos las partes que la componen, ya que éstas se constituyen en función al todo, distinto que la suma de sus partes. De este modo, cada interlocutor no es considerado en el grupo de discusión como una entidad, sino como parte de un proceso, debido a que en el transcurso de la conversación cambian sus partes en la misma medida en que se va organizando y cambiando el todo.

Es conveniente señalar en este apartado como mencionan Canales y Peinado (1994), algunos aspectos que determinan la estructura y organización de los grupos de discusión, los cuales pasamos a citar a continuación:

- Las ubicaciones donde se desarrollan los grupos de discusión suelen ser en salas de empresas, recintos creados al efecto, aulas de centros formativos, espacios habilitados en hoteles para reuniones, etc.
- La disposición del mobiliario, la distribución de la sala y las condiciones acústicas, de luz y de temperatura son fundamental en el desarrollo del proceso discursivo.
- La mesa redonda y en torno a ella los participantes, va a facilitar espacialmente la comunicación.
- La producción oral del grupo es registrada (siempre con el consentimiento de los participantes) en un casete o en video, con el propósito de ser analizada literalmente sin ningún tipo de interferencias y de ese modo, no caer en la subjetividad de lo escuchado.
- La duración normal de un grupo de discusión estará entre una y dos horas, con el objetivo de no fatigar a los interlocutores y de no convertir el tema en algo tedioso y aburrido donde se pierda el interés. En esto influirán factores tales como la extensión del tema, la dinámica en las

intervenciones, las interrupciones, etc. No obstante, el tiempo es relativo, y será valorado convenientemente por el investigador.

En cuanto al empleo de la técnica, los grupos de discusión son utilizados para obtener representaciones sociales sobre diversos temas donde el investigador tiene poco o escaso conocimiento previo sobre qué es relevante o significativo, y muy especialmente para aquellos temas que están sometidos a importantes cambios en la sociedad. En este sentido, donde mayor aplicación ha tenido esta técnica en sus primeros años fue en los estudios de mercado, si bien la popularidad alcanzada en estos estudios ha hecho que empiece a utilizarse en otros ámbitos como el educativo, por ejemplo en la valoración de necesidades, la evaluación de programas, la formación del profesorado, etc. (Gil Flores, 1992-1993).

En definitiva, y en línea con lo que hemos leído, el grupo de discusión se presenta como la técnica más apropiada cuando lo que interesa es conocer la opinión y percepción que los individuos tienen acerca de una determinada cuestión que es precisamente nuestro tema de interés, centralizado en la temática del VIH/SIDA.

#### **11.2.3.1. Ventajas e inconvenientes**

Acerca de las ventajas de esta técnica (Callejo, 2001), podemos señalar las siguientes:

- Al ser una interacción directa entre el investigador y los observados, permite la observación de los comportamientos no verbales.
- Ofrece gran cantidad de información en los propios términos de los observados, con la posibilidad de obtener pequeños matices.
- Es una técnica flexible, que permite su transformación a medida que se desarrolla.
- Permite obtener información incluso de aquellos sectores más desfavorecidos y sin alfabetizar.
- Facilita la labor del investigador en cuanto que permite la presencia de varios investigadores en la situación de grupo.

No obstante, esta técnica también tiene ciertas limitaciones:

- Referidas a la población, pues los sujetos no deben conocerse entre sí, y ello puede ser un gran obstáculo cuando se trata de estudiar pequeñas comunidades.
- La apertura y flexibilidad, que constituyen ventajas pero también inconvenientes, debido al escaso control sobre las interacciones en la situación de grupo.
- Referidas al propio investigador, en cuanto que esta técnica depende mucho de que el investigador sea un gran experto.
- La menor legitimación de esta práctica frente a otras, en cuanto a un mayor nivel de subjetividad en la interpretación de los discursos.

#### **11.2.4. La Entrevista**

La entrevista es un modo directo de recogida de datos en el que se da una relación personal entre quien los recoge y quien los ofrece. Kerlinger (1982) le atribuye las siguientes funciones:

- Instrumento de exploración que ayuda a identificar variables y relaciones, a sugerir hipótesis y a guiar otras fases de la investigación.
- Instrumento de recogida de información de las variables de la investigación.
- Función de complementación de otros métodos, sobre todo para la validación.

En cuanto a las clases de entrevistas que nos podemos encontrar, según su estructura puede ser (Rojas Saldaña, 2012:

- Estructurada. Se realiza partiendo de un cuestionario previamente elaborado y cuya principal característica es la inflexibilidad, tanto en las cuestiones planteadas al entrevistado como en el orden y presentación de las preguntas.
- Semiestructurada. Estas entrevistas son más flexibles abiertas. El entrevistador tiene la libertad para alterar el orden y la forma de preguntar; así

como el número de preguntas. Se dispone de un guión base que puede modificarse por intereses de la entrevista, aunque manteniéndose el objetivo para el cual fue preparado y los diversos puntos sobre los que debe obtenerse información.

- No estructurada. Es la más utilizada en los estudios exploratorios. La flexibilidad es total y el entrevistador tiene libertad para actuar en cada caso. Esta entrevista exige una alta preparación del entrevistador pues, en la medida que avanza, exige ir recreando las cuestiones que interesan conocer, sin olvidar la situación global para la que está siendo realizada.
  - o La entrevista no estructurada, según los fines que persiga puede ser clínica, profunda y focal.
  - o En la entrevista no estructurada clínica se deja plena libertad al entrevistado para que exponga sus vivencias, recuerdos, aspiraciones...Es de gran utilidad para el diagnóstico, al permitir al entrevistador realizar relaciones que configuran una etiología del problema, ya que por ella misma el entrevistado puede adquirir conciencia de los problemas y liberarse de ellos.
  - o En la entrevista no estructurada profunda tiene como objetivo conseguir que el sujeto entrevistado llegue a tener conciencia de todos los aspectos de una determinada cuestión e incluso los más ocultos. El entrevistador debe procurar que las manifestaciones del entrevistado giren en torno a esa cuestión. Hay una mayor intervención que en la clínica.
  - o En la entrevista focal, el objeto es una cuestión concreta sobre la que se desea recoger opiniones generales.

Por otra parte, una vez tengamos seleccionada el tipo de entrevista que vamos a realizar, nos tocaría la elaboración de la misma. El proceso de elaboración de la entrevista sigue varias fases:

- Preparación de la entrevista, esta fase es de crucial importancia pues va a determinar, junto con las habilidades del entrevistador, el éxito de la entrevista. El lugar donde se realiza la entrevista debe estar alejado del ruido

para que haya una mayor y más fácil comunicación entre ambos. El ambiente debe ser acogedor y relajante. El entrevistado debe conocer el objetivo de la entrevista y los motivos que explican su realización. Debe comunicársele el carácter estrictamente confidencial y anónimo de la información que facilite.

- Ejecución de la entrevista, en la primera toma de contacto el entrevistador debe presentarse, la encuesta puede tenerla en la mano pero las preguntas debe realizarlas lo más natural posible. Entre pregunta y pregunta no debe mediar tiempo, sino que su desarrollo debe ser como el de una conversación cualquiera, introduciendo frases como “bien”, “de acuerdo” y siempre prestando más atención al entrevistado que al guión que hay en la mano.
- Conclusiones, si las respuestas no se anotan en el momento en que se realiza la entrevista se presentan dos clases de problemas:
  - o El olvido que puede jugar un papel negativo en los resultados de la encuesta.
  - o Puede producirse cierta distorsión en el recuerdo por los elementos subjetivos que se proyectan en la reproducción de las situaciones.

Antes de empezar la entrevista, debemos de tener en cuenta algunos aspectos importantes que nos facilitarán la óptima recogida de información y relajará el ambiente (Hernández y García, 2008):

- El propio investigador, que será quien realice la entrevista, es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo de preguntas.
- Lograr que los sujetos se relajen lo suficiente como para responder a las preguntas que se le formulan.
- Mostrar interés.
- Dar confianza.
- No dar nada por supuesto y preguntar.
- Empatizar (“comprendo que le sea difícil...”).
- Declarar deseos (“me gustaría que...”).
- Dejar hablar.
- Conducir la conversación.

Al igual que ocurría con el cuestionario, la entrevista aunque sea abierta o no estructurada, debe seguir un guión que nos ayude a centrar nuestro objeto de investigación. El guión, en líneas generales, debe seguir las siguientes pautas (Hernández y García, 2008):

- Las preguntas deben responder a los objetivos del estudio.
- Formuladas en lenguaje claro y comprensible.
- Utilizar preguntas abiertas y descriptivas sobre todo al principio. Seguir con preguntas más concretas y siempre de lo general a lo particular.
- Las preguntas deben tener una secuencia lógica.
- Más directivo e incisivo al final.
- Establecer “controles cruzados”.
- No preguntar ¿por qué?, mejor ¿cómo? O ¿qué?
- Que el lenguaje y la expresión esté adaptado a la persona.

Otros aspectos importantes que hay que tener en cuenta es seleccionar buenos informantes, que exista armonía y entendimiento (empatía) y, muy importante, buena disposición del investigador y paciencia.

Se debe buscar personas que respondan a un perfil característico y representativo del universo sociocultural que se está estudiando: gente integrada e implicada en su medio o trabajo, que disponga de tiempo, capaces de reflexionar sobre su experiencia, etc. (Pujadas, 1992).

Además, en nuestro caso la realización de las entrevistas fue a través de informantes claves. El motivo del mismo parte de considerar como objetivo del análisis de la información el obtener ideas relevantes, de las distintas fuentes de información, lo cual nos permite expresar el contenido sin ambigüedades, con el propósito de almacenar y recuperar la información contenida.

Lo que buscamos es información “útil”, es decir, que interese al objeto de investigación y nos proporcione datos esenciales para comprender el fenómeno del VIH/SIDA en la población juvenil, partiendo como muestra de los estudiantes de la FAREM-Chontales.

#### **11.2.4.1. Ventajas y limitaciones**

Algunas de las ventajas de la utilización de este instrumento como señala Buendía (1993), son entre otras:

- Permite conocer, además de las respuestas, el estado de ánimo y el ambiente del entrevistado.
- Es posible obtener mayor información que con los cuestionarios cuando se trata de cuestiones comprometidas.
- Existe menor riesgo de pérdida que con los cuestionarios; generalmente se accede a las entrevistas y, aunque existe un porcentaje de fallidas, siempre es menor que la pérdida de cuestionarios.

Sin embargo, como la mayoría de las técnicas de recogida de información, la entrevista también tiene una serie de limitaciones, como pueden ser (Buendía, 1993):

- El sesgo que puede introducir el entrevistador por diversas influencias que puede ejercer durante el desarrollo de la misma.
- No mantiene de forma tan evidente el anonimato de las respuestas como el cuestionario.
- Es necesario que los entrevistadores sean expertos, para que los datos recogidos sean lo más fiables posibles.

#### **11.3. Características técnicas de la investigación social**

Cuando utilizamos un instrumento de medida nos cuestionamos si es válido y fiable. Así, la fiabilidad de un instrumento se refiere a la capacidad para ofrecer los mismos resultados al aplicarlo otras veces en similares situaciones, mientras que la validez consiste en la correspondencia más ajustada de los resultados del estudio con la realidad.

En este apartado conoceremos los aspectos más relevantes de ambos criterios de nuestro diseño de la investigación.

### 11.3.1. Validez de la investigación

Se entiende por validez el grado en que la medida refleja con exactitud el rasgo, característica o dimensión que se pretende medir. Etimológicamente hablando, *validez* significa “calidad de válido”, *válido* significa “lo que tiene valor” y *valor* viene del latín *valere*, que significa “estar sano, ser fuerte, poder, prevalecer”.

El conocimiento científico pretende conocer, como bien dice la palabra, la realidad lo más exactamente posible, su valor o validez, por lo que su carácter positivo consistirá en su capacidad para mostrarnos o representar esa realidad a la que se refiere. Dicho de otra manera, la investigación científica pretende conceptualizar la realidad, obteniendo conocimientos o ideas que sean expresión lo más exacta posible de aquella.

Algunas de las cuestiones que debemos tener en cuenta en nuestro estudio, son:

- Tomar las medidas necesarias y disponer las cosas de tal modo que los resultados de la investigación sean válidos y no estén viciados o adulterados por la intervención de factores extraños a la investigación.
- Comprobar, una vez realizada la investigación, el grado de exactitud con el que los resultados obtenidos representan a la realidad a la que se refieren.

La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia (Wiersma, 1986; Gronlund, 1985): *evidencia relacionada con el contenido*, *evidencia relacionada con el criterio* y *evidencia relacionada con el constructo*. Hablemos de cada una de ellas.

- La *validez de contenido* se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Por ejemplo, una prueba de operaciones aritméticas no tendrá validez de contenido si incluye sólo problemas de resta y excluye problemas de suma, multiplicación o división (Carmines y Zeller, 1979, citado en Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2006).



Un instrumento de medición debe *contener* representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir.

- La *validez de criterio* establece la validez de un instrumento de medición comparándolo con algún criterio externo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento (Wiersma, 1986). Entre los resultados del instrumento de medición se relacionen más al criterio, la validez del criterio será mayor.

Si el criterio se fija en el *presente*, se habla de *validez concurrente* (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto del tiempo).

Si el criterio se fija en el *futuro*, se habla de *validez predictiva*.

- La *validez de constructo* es probablemente la más importante sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un *constructo* es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico.

Por ejemplo, supongamos que un investigador desea evaluar la *validez de constructo* de una medición particular, digamos una escala de motivación intrínseca (Hernández-Sampieri y Cortés, 1982): estos autores sostienen que el nivel de motivación intrínseca hacia una tarea está relacionado positivamente con el grado de persistencia adicional en el desarrollo de la tarea (los empleados con mayor motivación intrínseca son los que suelen quedarse más tiempo adicional una vez que concluye su jornada). Consecuentemente, la predicción teórica es que a mayor motivación intrínseca, mayor persistencia adicional en la tarea. El investigador administra dicho cuestionario de motivación intrínseca a un grupo de trabajadores y también determina su persistencia adicional en el trabajo. Ambas mediciones son correlacionadas. Si la correlación es positiva y sustancial, se aporta evidencia para la validez de constructo del Cuestionario de Reacción a Tareas, versión mexicana (a la validez para medir la motivación intrínseca).

La *validez de constructo* incluye tres etapas:

- *Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos* (sobre la base del marco teórico).
- *Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.*
- *Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular.*

El proceso de *validación de un constructo* está vinculado con la teoría. No es posible llevar a cabo la validación de constructo, a menos que exista un marco teórico que soporte a la variable en relación con otras variables. Desde luego, no es necesaria una teoría sumamente desarrollada, pero si investigaciones que hayan demostrado que los conceptos están relacionados. Entre más elaborado y comprobado se encuentre el marco teórico que apoya la hipótesis, la validación de constructo puede arrojar mayor luz sobre la validez de un instrumento de medición. Y mayor confianza tenemos en la validez de constructo de una medición, cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que teóricamente y de acuerdo con estudios antecedentes están relacionadas.

Así, la validez de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de tres tipos de evidencia. Entre mayor evidencia de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo tenga un instrumento de medición (*Validez total = validez de contenido + validez de criterio + validez de constructo*); éste se acerca más a representar la variable o variables que pretende medir.

Cabe agregar que *un instrumento de medición puede ser confiable pero no necesariamente válido* (un aparato —por ejemplo— puede ser consistente en los resultados que produce, pero no medir lo que pretende). Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser *confiable y válido*. De no ser así, los resultados de la investigación no los podemos tomar en serio.

### 11.3.1.1. Tipos de validez

La validez y confiabilidad en la mayoría de las investigaciones se han centrado en la metodología positivista tradicional, como es el caso del cuestionario. Lo que tratan de verificar es si en realidad medimos lo que nos proponemos medir. Asimismo, busca un buen nivel de confiabilidad, es decir, su posibilidad de repetir la misma investigación con idénticos resultados. Todos estos indicadores tienen un denominador común, que se calculan y determinan por medio de “*una medida aislada, independiente de las realidades complejas a que se refieren*”. Los tipos de **validez** desde el enfoque positivista o **cuantitativo** son (Martínez Miguélez, 2006):

- Validez de construcciones hipotéticas: también denominadas de constructos. Consiste en establecer una medida operacional para los conceptos usados, sobre todo en el campo de la psicología.
- Validez interna: nos referimos a la concordancia, dentro de la misma investigación, de los resultados obtenidos en ella con la realidad investigada. Se relaciona con el establecimiento o búsqueda de una relación causal o explicativa, es decir, si el evento x lleva al evento y, excluyendo la posibilidad de que sea causado por el evento z. Esta lógica no es aplicable a un estudio descriptivo o exploratorio (Yin, 2003).
- Validez externa: alude a dicha concordancia pero con la realidad de otras poblaciones o fenómenos no investigados, distintos pero similares. Consiste en verificar si los resultados de un determinado estudio son generalizables más allá de los linderos del mismo. Esto requiere que se dé una homología o, al menos, una analogía entre la muestra (caso estudiado) y el universo al cual se quiere aplicar. Algunos autores se refieren a este tipo de validez con el nombre de validez de contenido, al ser una representatividad o adecuación muestral del contenido que se mide con el contenido del universo del cual es extraída (Kerlinger, 1981).

Por todo lo dicho, la validez implica las *variables externas* o extrañas, la *representatividad*, la *generalización* y el *control*:

- *Variables externas*: variables que caracterizan o intervienen en el fenómeno

investigado y se pueden distinguir dos grupos. Por un lado, las variables dependientes e independientes, objeto de observación y estudio en la investigación de que se trate y que se pueden llamar *internas* a aquélla. Por otro lado, las demás variables que, aun quedando fuera del objeto de la investigación, son o pueden constituir factores susceptibles de influir en sus resultados, y serían las denominadas variables *externas*.

Las variables externas están estrechamente relacionadas con el error. Dichas variables no son otra cosa sino los múltiples factores que producen los distintos tipos de errores que se pueden producir en la investigación.

- *Representatividad*: ésta se refiere al actuar en lugar de otra persona y en su nombre, y se trata de una práctica que tiene amplia vigencia en la vida jurídica, económica y política, e incluso, en la investigación científica y social. En esta última es frecuente que la investigación se refiera a grandes poblaciones con millones de individuos, que es imposible en la práctica encuestar individualmente, por lo que se estudian en su representación muestras extraídas de ellas.
- *Generalización*: las variables objeto de investigación no se pueden observar directamente, por ser muy generales y abstractas, lo que obliga a observar en su representación variables más concretas que sean indicadores de dichas variables generales. El trabajo con muestras e indicadores, en representación de poblaciones más amplias y de variables abstractas, lleva consigo que los resultados de la investigación se atribuyan a la población o a la variable general, lo que supone su extensión o *generalización*.
- *Control*: se deriva etimológicamente del inglés “counter-roll”, lista principal con la que toda lista subsiguiente debía ser contrastada y, si fuera preciso, corregida. De ahí que se haya definido como *el intento de eliminar el efecto de variables extrínsecas de tal modo que pueda existir seguridad de que los efectos hallados son debidos únicamente a la variable independiente probada*. Aquí se denota la estrecha conexión del control con las variables externas. Todas estas variables, si actúan en la investigación, son capaces de producir efectos no buscados ni deseados que en los resultados se mezclan con los de las variables objeto de investigación y, por tanto, alteran aquellos. De ahí la

importancia de uno de los cometidos principales del diseño, el adoptar los procedimientos de control necesarios, físicos, estadísticos o de otro tipo, para mantener las variables constantes a lo largo del proceso de investigación o eliminar su influjo.

En la teoría postpositivista, una investigación tendrá un alto nivel de validez en la medida en que sus resultados reflejen una imagen lo más completa posible, clara y representativa de la realidad o situación estudiada (Martínez Miguélez, 2006).

En las investigaciones **cualitativas** la **validez** es la fuerza mayor, centrado en la manera de recoger la información y de las técnicas de análisis que se usan. Estos procedimientos de recogida de la información inducen al investigador a vivir entre los sujetos y participantes del estudio, a recoger los datos durante largos períodos de tiempo, revisarlos, compararlos y analizarlos de manera continua, a adecuar las entrevistas a las categorías empíricas de los participantes y no a conceptos abstractos o extraños traídos de otro medio, a utilizar la observación participativa en los medios y contextos reales, a incorporar en el proceso de análisis una continua actividad de realimentación y reevaluación, etc. (Martínez Miguélez, 2006).

Todo lo anterior garantiza un nivel de validez que pocas metodologías pueden ofrecer, aunque además se deben de tener en cuenta algunos problemas o dificultades que se pueden presentar en la investigación cualitativa. Por ello, para una óptima **validez interna**, hay que atender a los siguientes aspectos (Martínez Miguélez, 2006):

- Puede haber un cambio notable en el ambiente estudiado entre el principio y el fin de la investigación, por lo que habría que recoger y cotejar la información en diferentes momentos del proceso.
- Es necesario calibrar bien hasta qué punto la realidad observada es una función de la posición, el estatus y el rol que el investigador ha asumido dentro del grupo. Las situaciones interactivas siempre crean nuevas realidades o modifican las existentes.
- La credibilidad de la información puede variar mucho: los informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las cosas. Será necesario contrastarla con la de otros, recogerla en tiempos diferentes,

etc. Conviene que la muestra de informantes represente en la mejor forma posible los grupos, orientaciones o posiciones de la población estudiada, como estrategia para corregir distorsiones perceptivas y prejuicios, etc.

Por otra parte, en cuanto a la **validez externa** en la metodología cualitativa, es necesario tener presente que a menudo las estructuras de significado descubiertas en un grupo no son comparables con las de otro, porque son específicas y propias de ese grupo, en esa situación y en esas circunstancias, o porque el segundo grupo ha sido mal escogido y no le son aplicables las conclusiones obtenidas en el primero (Martínez Miguélez, 2006).

### 11.3.2. Confiabilidad del estudio

Como ocurría con la validez, la confiabilidad tiene por objeto asegurarse de que un investigador, siguiendo los mismos procedimientos descritos por otro investigador anterior y conduciendo el mismo estudio, puede llegar a los mismos resultados y conclusiones (Martínez Miguélez, 2006).

Al contrario que la validez, la confiabilidad representa un requisito difícil en la metodología **cualitativa** debido a la naturaleza peculiar de éstas (imposibilidad de repetir, *stricto sensu*, el mismo estudio,...).

Podemos hablar de dos tipos de confiabilidad: la interna y la externa. La **confiabilidad interna** es cuando varios observadores, al estudiar la misma realidad, concuerdan en sus conclusiones. En cambio, la **confiabilidad externa** es cuando investigadores independientes, al estudiar una realidad en tiempos o situaciones diferentes, llegan a los mismos resultados (Martínez Miguélez, 2006). Este tipo de confiabilidad no está dentro del círculo de intereses inmediatos de las investigaciones cualitativas, ya que el fin de éstas es el mejoramiento y aplicación a una situación particular, que puede ser una persona, grupo o comunidad, y no la generalización a otras áreas.

En metodología cualitativa existen varias estrategias para reducir las amenazas que se le presentan a la *confiabilidad interna* (Le-Compte y Goetz, 1982 y Martínez Miguélez, 2006):

- Usar categorías descriptivas de bajo nivel de inferencia, es decir, lo más concretas y precisas posible. Los datos son algo ya interpretado (Hanson, 1977). Por ello es conveniente que estén cercanos a la realidad observada. Los comentarios interpretativos pueden añadirse, eliminarse o modificarse más tarde. Según diversos autores, los procedimientos cualitativos son ricos en datos primarios y frescos, ofreciendo datos y ejemplos extraídos de notas de campo, por lo que generalmente se consideran más creíbles.
- Presencia de varios investigadores. El trabajo en equipo, aunque es más difícil y costoso, garantiza un mejor equilibrio de las observaciones, análisis e interpretaciones.
- Colaboración de los sujetos informantes para confirmar la objetividad de las notas o apuntes de campo. Asegurarse de que lo visto o registrado por el investigador coincide o es consistente con lo que ven o dicen los sujetos del grupo estudiado.
- Utilizar todos los medios técnicos disponibles para conservar en vivo la realidad presenciada: grabaciones de audio y de video, fotografías, diapositivas, etc. Este material permitirá repetir las observaciones de realidades que son, de por sí, irrepetibles y que las puedan “presenciar” otros observadores ausentes en el momento en que sucedieron los hechos.

Por otra parte, la confiabilidad externa, también según LeCompte y Goetz (1982), recomienda seguir las siguientes estrategias de cara a una óptima confiabilidad (Martínez Miguélez, 2006):

- Precisar el nivel de participación y la posición asumida por el investigador en el grupo estudiado: cierta información puede ser diferente de acuerdo con el sexo de quien la da, así como en el caso de que el investigador haya hecho amigos dentro del grupo ya que éstos le darán informaciones que no les dan otros.
- Identificar claramente a los informantes. Éstos pueden representar grupos definidos y dar información parcial o prejuiciada. Los miembros que simpatizan y colaboran más con los investigadores pueden ser miembros

atípicos. Esta situación se puede advertir al hacer una buena descripción del tipo de personas que han servido como informantes.

- El contexto en que se recogen los datos. Se debe especificar el contexto físico, social e interpersonal de que se derivan. Esto aumentará la replicabilidad de los estudios.
- Para que sea posible una cierta réplica es imprescindible la identificación de los supuestos y metateorías que subyacen en la elección de la terminología y los métodos de análisis. Los conceptos de “cultura”, “ciencia”, “método”, “análisis”, etc., pueden diferir sustancialmente entre diferentes investigadores.
- Por último, hay que precisar los métodos de recolección de la información y de su análisis, de tal manera que otros investigadores puedan servirse del reporte original como un manual de operación para repetir el estudio. La replicabilidad se vuelve imposible sin una precisa identificación y cuidadosa descripción de las estrategias de procedimiento.

Por otra parte, y como ya abordamos en capítulos anteriores, la triangulación de técnicas y procedimientos cualitativos y cuantitativos, así como la triangulación de datos o fuentes, de investigadores, de teorías y la interdisciplinaria, es una estrategia para la validez y confiabilidad del estudio.

La fiabilidad de una medición es una cuestión importante a la hora de obtener datos precisos en cualquier investigación. El tipo de **fiabilidad** más estudiado en **cuantitativa** es el denominado “Acuerdo entre observadores” (fiabilidad interobservador) para el que se han definido distintos coeficientes de correlación intraclases (ICC) (Bartko, 1966) cuando se quiere evaluar el acuerdo entre dos o más observadores en una variable cuantitativa, clasificado en diferentes tipos por Shroust y Fleiss (1979) y, posteriormente, por McGraw y Wong (1996), según diversas situaciones de medición. No obstante, estos coeficientes sólo pueden contemplar, además de los sujetos experimentales, un factor de variación (observadores, fuentes, lugares, tiempos, etc.).

Tanto alfa de cronbach como el método de dos mitades son métodos para calcular la confiabilidad. Hay muchos autores que han escrito al respecto, Cronbach es el más usado, todas las escalas se miden de 0 a 1 y en la misma dirección, es



más antes que Cronbach en 1951 probara su coeficiente se usaba el de Gutman, por lo tanto, si todos los coeficientes coinciden o están más o menos cerca, significa que la confiabilidad es muy buena porque presenta estabilidad en el valor que oscila.

La Teoría de la generabilidad fue introducida por Cronbach y otros (1972), siendo una técnica desarrollada para valorar la precisión, fiabilidad y validez, de cualquier proceso de medición, permitiendo al investigador examinar múltiples fuentes de error simultáneamente que pueden influir en el proceso de la medición y proporcionando modelos y coeficientes, análogos a los coeficientes de fiabilidad de la Teoría de la generabilidad, que son capaces de analizar el grado de fiabilidad atribuible a varias fuentes de error.

### 11.3.2.1. Modelo Alfa de Cronbach

Dentro de la Teoría Clásica de los Tests (TCT) el método de *consistencia interna* es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos o ítems que se espera midan el mismo campo de contenido.

Entre las ventajas de este método, se encuentra el hecho de que requiere sólo una administración de la prueba, además de que los principales coeficientes de estimación basados en este enfoque son sencillos de computar y están disponibles como opción de análisis en los “paquetes estadísticos de propósitos múltiples” (Statistica, el SAS o el SPSS). En nuestro estudio, será el SPSS el programa estadístico que utilizaremos.

Uno de estos coeficientes es el “Alfa de Cronbach”, tradicionalmente el más utilizado por los investigadores. Desglosando un poco su nombre, “*alfa*” estima el límite inferior del coeficiente de fiabilidad y su fórmula es (Ledesma, Molina y Valero, 2002:143):

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k - 1} \right] \cdot \left[ \frac{1 - \sum S^2 p}{S^2 sum} \right]$$

Con el fin de entender en qué consiste esta expresión, señalamos que “ $k$ ” es el número de ítems de la prueba, “ $S^2$ ” es la varianza de los ítems (desde 1...i) y “ $S^2_{sum}$ ” es la varianza de la prueba total.

En este sentido, el coeficiente mide la fiabilidad del test en función de dos términos: el número de ítems (o longitud de la prueba), que en nuestro caso tenemos 30 ítems en el cuestionario, y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems (Ledesma, Molina y Valero, 2002:143).

Cuanto menor sea la variabilidad de respuesta por parte de los jueces, es decir, haya homogeneidad en las respuestas dentro de cada ítem, mayor será el alfa de cronbach. Sin embargo, una baja correlación entre el ítem y el puntaje total puede deberse a diversas causas, ya sea de mala redacción del ítem o que el mismo no sirve para medir lo que se desea medir.

Históricamente, la importancia y popularidad del trabajo de Cronbach (1943, 1946, 1947, 1951) puede atribuirse, entre otras cosas, al progreso realizado con respecto a los enfoques existentes en el momento. En relación con el método de división por mitades (Spearman, 1910; Brown, 1910), el coeficiente “ $\alpha$ ” ofrecía una estimación única de fiabilidad, consistente en la media de las estimaciones para todas las posibles mitades; y en relación con los métodos desarrollados por Kuder y Richardson (1937), Cronbach extendía la estimación al caso de datos no binarios. Desde entonces, el coeficiente “ $\alpha$ ” ha sido permanente objeto de estudio, siendo analizado en lo relativo a sus formas de derivación, sus propiedades estadísticas, su relación con el análisis factorial clásico y desde los modelos de ecuaciones estructurales, entre otros aspectos.

Además del permanente interés teórico que el coeficiente ha despertado entre los especialistas, en la práctica, su uso se ha extendido ampliamente entre los investigadores. Por tal razón, se han desarrollado herramientas que permiten realizar el análisis de forma automatizada, existiendo una gran variedad de programas informáticos, que incluyen el cálculo de “ $\alpha$ ” entre sus opciones de análisis. Dentro del software disponible, los programas más utilizados son los denominados

“paquetes estadísticos de propósitos múltiples”, tales como SAS, Statistica o SPSS, que es el que hemos utilizado en nuestro caso.

La ventaja de estos programas es que pueden utilizarse para desarrollar procesos completos de gestión y tratamiento de datos, proporcionando al investigador una amplia gama de métodos, modelos y herramientas de análisis.

Un aspecto a tener en cuenta de este modelo, que lo diferencia de los programas disponibles, es (Ledesma, Molina y Valero, 2002:143):

- En primer lugar, se trata de una herramienta gratuita, abierta y extensible, integrada a un programa estadístico mayor de libre distribución denominado ViSta “The Visual Statistics System” (Young, 2002).
- En segundo lugar, el módulo proporciona salidas con gráficos dinámicos diseñados para visualizar los resultados del análisis de consistencia interna y otras propiedades psicométricas de los ítems y el test.
- Por último, con respecto a la ejecución del análisis, el programa ofrece un entorno flexible y más apropiado para realizar sesiones de análisis que involucran actividades cíclicas o interactivas.

En el capítulo “Selección de la metodología” explicamos los instrumentos de recogida de datos que hemos llevado a cabo, su fiabilidad, validez y el alfa de cronbach del cuestionario.

### **11.3.2.2. Fiabilidad de los documentos escritos**

Hay que tener en cuenta una distinción importante en la fiabilidad de los documentos. Por una parte, entre los hechos y fenómenos que se describen y las interpretaciones que se dan de los mismos y, por otra parte, entre las ideas, opiniones y actitudes contenidas y expresadas al describir e interpretar los acontecimientos. La aceptación por válidas de las primeras, requiere mucho más cautela que la de las segundas.

En cuanto a dicha fiabilidad, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Su autenticidad.
- Su alteración o no por interpolaciones o por lagunas.
- La competencia del autor y su conocimiento directo o no del tema tratado.
- Su marco teórico y su ideología.
- La coyuntura política y social en que fue escrito.
- La pertenencia del autor a algún partido político o grupo de presión.
- El fin pretendido con la publicación del documento.

Hasta cierto punto, en menor grado y en algunos aspectos, estas circunstancias son aplicables a los documentos estadísticos, aunque también existen las reglas formuladas por Bowley (ver Sierra Bravo, 1999) como base para el análisis de una estadística concreta.

# CAPÍTULO VI

## SELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA

*No podemos esperar que todas las naciones adopten sistemas similares,  
ya que la conformidad es carcelera de la libertad  
y enemiga del crecimiento.*  
**John F. Kennedy**



## **12. PRESUPUESTOS BÁSICOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN**

En nuestro proyecto optamos por el multimétodo como criterio metodológico, siendo conscientes que los métodos cuantitativos y cualitativos de investigación son deseablemente compatibles, y que su elección dependerá de la naturaleza y características de la información que nos interese recoger en cada momento de la investigación.

Se utilizarán los cuestionarios como forma de llegar a un gran número de personas y tener datos sobre los conocimientos y las prácticas de riesgos que tiene la población estudiantil universitaria de nuestro centro regional. Sin embargo, el propio perfil de la investigación y el poder penetrar en una realidad tan compleja y difícil, compuesta por hechos, sucesos, acciones y actores tan diferentes, nos orientó hacia un método cualitativo, a través de los grupos de discusión y las entrevistas a informantes claves, así como el análisis de contenido.

Desde el punto de vista interpretativo o práctico consideramos importante el criterio de racionalización y el control científico-técnico. Un modelo de análisis social que tenga una base racional en la que se genere una comunicación y un diálogo significativo, al menos entre algunas de las partes que intervienen en el proceso, nos parecía lo más apropiado.

Autores como Bericat (1998), Cook y Reichardt (1986) señalan la posibilidad de mezclar y acomodar atributos de los modelos cuantitativo y cualitativo, logrando así la combinación más acertada. Basándonos en esta idea, hemos utilizado el cuestionario, instrumento poco frecuente en los ámbitos cualitativos, porque lo consideramos adecuado para las características de nuestro estudio e intereses de la investigación.

Nuestro objetivo es ofrecer una panorámica amplia sobre la situación de la juventud chontaleña con respecto al VIH/SIDA, en cuanto a su conocimiento y prácticas de riesgo, centrándonos en una primera fase en la FAREM-Chontales que tiene su sede en Juigalpa, y extrapolándolo al resto de municipios ya que los estudiantes de esta facultad provienen de diversos municipios (zonas urbanas y rurales) del departamento de Chontales. Por ello elegimos utilizar ambos métodos de investigación con el propósito de lograr una visión más holística de la realidad.

No obstante, debido a la utilización de los grupos de discusión y las entrevistas, también interviene un componente crítico en el presente estudio debido a que nuestro interés es eminentemente humano y perseguimos la autonomía y libertad del individuo. Ésta es una de las características del enfoque crítico ya que, a través de la misma, el colectivo va a tomar mayor conciencia de su realidad social y les va a permitir incrementar su valoración respecto de las acciones que ellos mismos realizan para su mejor personal y social.



### 13. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este apartado lo hemos comentado severamente en apartados anteriores, pero ahora concretamos toda la teoría expuesta a nuestra investigación.

Según Del Rincón y otros (1995: 20) *“la investigación suele iniciarse con la identificación de un problema y la delimitación de unos objetivos que reflejan las intenciones del investigador”*.

Nuestro trabajo pretende concretar cuál es la situación actual de la juventud universitaria de la FAREM-Chontales, de Juigalpa, en relación al VIH/SIDA, sus conocimientos y prácticas de riesgo, así como identificar diferencias con respecto al género para, posteriormente, plantear propuestas de mejora y nos permita mejorar dichos conocimientos en la comunidad universitaria y contribuir a controlar dicha pandemia en la medida de lo posible. Pretendemos generar evidencia científica de la situación de las poblaciones de estudiantes y profesorado del FAREM-Chontales con relación al VIH-SIDA, que permita diseñar intervenciones dirigidas a mejorar estas situaciones. A partir de ahí, pretendemos trabajar en pro de concienciar a la comunidad de la educación para la salud y, concretamente, la sexualidad, derribar mitos y prejuicios hacia las PVVS, implicar a los diferentes colectivos en un trabajo comunitario con el fin de lograr un mayor desarrollo de la ciudadanía.

Nuestro horizonte ya lo hemos definido en las líneas que nos preceden, ahora bien, debemos tener en cuenta una serie de objetivos específicos que nos van a facilitar el desarrollo de nuestra investigación y plasmaremos en el siguiente apartado.

El alcance de nuestra investigación es limitado ya que no pretendemos realizar generalizaciones que abarquen a toda la población nicaragüense que residen en el país ya que esto, aunque pueda resultar un trabajo ciclópeo, se nos escapa de nuestro alcance y de los medios que disponemos como investigador. Además, Nicaragua tiene una riqueza cultural tan diversa que no todos los departamentos coinciden en las mismas características socioeducativas ni, por tanto, culturales.

Como señala Bisquerra (1989) las investigaciones científicas habitualmente no significan la solución definitiva del problema sino que, muchas veces, son más las preguntas que tenemos al final que las teníamos al principio.

De este modo, el **problema de investigación** que formulamos en este estudio es:

*“¿Qué piensan los estudiantes de la FAREM-Chontales acerca del VIH/SIDA?”*

Pero no sólo queremos quedarnos en ese nivel descriptivo, sino que con las entrevistas y los grupos de discusión pretendemos ahondar en las necesidades o inconvenientes que provocan estas situaciones no tanto de desinformación, sino de falta de conciencia, así como desterrar algunos temas tabúes como el machismo, la sociedad patriarcal, diferencias entre chicos y chicas a la hora de tener sexo y de utilizar métodos anticonceptivos, entre otros.

En definitiva, pretendemos realizar una radiografía sobre el perfil del alumnado de la FAREM-Chontales, y juventud chontaleña, frente al VIH/SIDA para plantear líneas de intervención e investigación futuras.

Como señala Mayntz (1975:35), después de la formulación del problema de investigación es necesario: elaborar el plan y los instrumentos de investigación; la ejecución y recogida de datos y la ordenación y análisis de los datos e intento de dar respuesta a los interrogantes. En los apartados siguientes vamos explicando cada una de las mencionadas fases.

## 14. DECLARACIÓN DE OBJETIVOS

Como meta fundamental de nuestro estudio se encuentra la de “*generar evidencia científica de la situación de los estudiantes de la Farem-Chontales (UNAN-Managua) con relación al VIH y SIDA*”.

Los **objetivos generales** que nos planteamos en la investigación son los siguientes:

- **Identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo de los estudiantes universitarios de la FAREM-Chontales ante el contagio y la convivencia con personas que tengan VIH/SIDA:**
  - o Determinar los conocimientos de los estudiantes de la FAREM-Chontales en relación al VIH/SIDA.
  - o Determinar la percepción de la juventud universitaria de la FAREM-Chontales en relación a personas infectadas de VIH.
  - o Identificar las prácticas de riesgo que tiene el alumnado de la FAREM-Chontales.
  
- **Establecer las percepciones que tiene la población estudiantil de la FAREM-Chontales sobre el VIH/SIDA con respecto al género:**
  - o Determinar los aspectos que cada género considera prioritario para prevenir el VIH/SIDA.
  - o Determinar las prácticas de riesgo que llevan a cabo los estudiantes de la FAREM desde una perspectiva de género.
  - o Analizar si los estudiantes tienen más estereotipos, en relación a las jóvenes, con respecto a las personas infectadas por VIH.

En definitiva, pretendemos contribuir al impulso de la Promoción y Educación para la Salud en el campo del VIH-SIDA en Juigalpa-Chontales, proponiendo estrategias educativas y formativas de educación preventiva y favoreciendo la divulgación de los resultados de la investigación entre la comunidad universitaria y la sociedad nicaragüense.



## 15. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Hemos calculado la muestra trabajando con un nivel de confianza del 95,5 por 100, o dos sigmas, es decir, a partir del margen de error permitido que queremos conseguir. En nuestro caso ha sido el **margen de error del  $\pm 3$**  (Sierra Bravo, 2008: 234).

Una vez definido el problema a investigar, es preciso decidir si las unidades objeto de observación o estudio van a ser todas las que forman el universo o, únicamente, se va a extender la indagación a una parte representativa o muestra de aquellas, que suele ser la solución que más impone la realidad. Los motivos de esta decisión son, básicamente, por razones de tiempo, coste y complejidad de las operaciones de recogida, clasificación y análisis de los datos, si el estudio abarque individualmente a todas las unidades que comprende el universo.

Con respecto al cuestionario que fue la primera técnica que implementamos, en nuestro caso, de los 1812 alumnos (548 hombres y 1264 mujeres) que componen el universo de nuestro estudio (alumnado de la FAREM-Chontales en 2010/2011), y teniendo en cuenta el margen de error permitido del  $\pm 3$ , el tamaño de la muestra es de 672 sujetos.

El sistema de muestro utilizado para los **cuestionarios** ha sido el **estratificado o por cuotas** ya que el universo no es homogéneo sino que está formado por estratos diferentes que constituyen categorías importantes para la investigación. Estos rasgos bases de la estratificación se relacionan con las variables que se estimarán en la investigación, como son: turnos, género y lugar de procedencia (rural/urbano). Así procuramos que las unidades de muestreo dentro de cada estrato sean lo más homogéneas posible.

El cuestionario se pasó durante el curso académico 2010/2011 y se realizó *“in situ”*.

Por otra parte, en el caso de los grupos de discusión, estos se realizaron durante los meses de junio y julio de 2012. De los 2610 alumnos matriculados en el curso 2011/2012, realizamos dos grupos de discusión correspondientes al turno matutino y encuentro, donde participaron 16 estudiantes.

El sistema de muestro utilizado para los **grupos de discusión** de estudiantes ha sido el de **azar simple**, es decir, elegimos mediante un sorteo riguroso una serie de unidades de un universo hasta completa el tamaño de la muestra que se fijó en 8-10 estudiantes por cada grupo (teniendo en cuenta que hubiese representación de diferentes titulaciones dentro de cada turno, género y lugar de procedencia (rural, urbano). Este muestreo por azar simple fue sin reemplazamiento, es decir, no se volvieron a meter las unidades que se van sacando.

Con respecto a las **entrevistas**, se seleccionaron diferentes **informantes claves**, con la participación y asesoramiento de un grupo de expertos de la FAREM-Chontales, según las siguientes variables:

- Que tuviese conocimiento sobre el VIH/SIDA en Juigalpa-Chontales: un docente que imparte en enfermería y también es médico ginecológico en el Hospital de Juigalpa (J. A. M.).
- Que fuesen profesores jóvenes, aún en el período comprendido de la juventud, lo que ofrecía información de primera mano: dos profesores (hombre y mujer) con edades comprendidas entre los 20 y 26 años. Además, por su juventud son cercanos a los estudiantes y a las vivencias de los jóvenes universitarios (C. M. M. O. e I. M. D.).
- Que fuesen cercanos a los estudiantes pero con cierta edad con objeto de facilitar otra visión distinta de la que nos podía ofrecer un profesor recién egresado: dos profesoras (una más liberal y otra más tradicional).

Para contrastar toda esta información quisimos también realizar un grupo de discusión con expertos en el ámbito del VIH/SIDA y que trabajan día a día atendiendo a personas en riesgo o que ya han sido contagiadas. Teniendo en cuenta que durante los dos meses de estancia en Nicaragua tuvimos la oportunidad de participar en las reuniones de la Comisión Nicaragüense contra el SIDA – CONISIDA- les dimos la oportunidad de participar en nuestra investigación.

De todos los participantes de CONISIDA, representantes de diversas instituciones públicas y privadas, seleccionamos conjuntamente con la coordinadora de CONISIDA-Chontales, a las personas más cercanas a la problemática y que por

cuestión de tiempo, podían participar. En esta ocasión el grupo lo componían cuatro mujeres:

- Enfermera, docente de la FAREM-Chontales y responsable de proyectos comunitarios en salud (C. D. C. R.).
- Enfermera y coordinadora del componente VIH/SIDA del SILAIS-Chontales y coordinadora de CONSIDA en Chontales (M. E. H.).
- Representante de Cáritas y coordinadora y facilitadora de proyectos (M. T. S. M.).
- Enfermera del seguro social (A. Y. G.).

### **15.1. Validez de los instrumentos**

En este apartado explicaremos el procedimiento y resultado de la fiabilidad y validez de los instrumentos de recogida de información.

En primer lugar, en cuanto a la **validez del cuestionario**, se ha realizado mediante la **evaluación de expertos/as**, profesores del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide y de la Universidad de Sevilla<sup>53</sup>, así como del profesorado de la Farem-Chontales (UNAN-Managua) con sede en Juigalpa (Nicaragua).

Para diseñar el cuestionario se tomó como base el Cuestionario de la Fundación española de Educación para la Salud. Tras varias versiones que fueron contrastándose con técnicos y especialistas españoles y nicaragüenses (mencionados anteriormente), se fue construyendo una prueba piloto **–pretest–** que se ensayó en la fase de validación para modificar aquellos aspectos de difícil comprensión, antes de cerrar la versión definitiva.

Fue cumplimentado por escrito por los estudiantes universitarios de la FAREM-Chontales. Se realizó la búsqueda de éstos, siguiendo el plan previsto, en las aulas en las que se imparten las distintas titulaciones. La colaboración fue buena por parte de los alumnos como por parte del profesorado. Previamente se formó a

---

<sup>53</sup> Los expertos universitarios que han participado son: Juan Agustín Morón Marchena, Fernando López Noguero, David Cobos Sanchiz (los tres de la Universidad Pablo de Olavide), Juan Jesús Torres Gordillo (Universidad de Sevilla) y, por otra parte, Emilio José López Jarquín y Rolando Cordero (UNAN-FAREM-Chontales).

los encuestadores, para lo que contamos con un grupo de alumnos de distintas titulaciones, que participaron en el trabajo de campo, así como los colaboradores y miembros de nuestro equipo de investigación.

Se eligió el sistema de **rutas aleatorias**, al considerarlo el más eficaz para este tipo de investigaciones. Como casi todos los métodos tiene grandes ventajas y también inconvenientes. De entre éstas, cabe destacar que requiere una aplicación muy exhaustiva en todos los aspectos y momentos, pues requiere una participación muy activa por parte del entrevistador en la selección de la muestra.

Con respecto a la validez nos hemos centrado en una validez facial o aparente (los destinatarios entienden lo que se les pregunta y consideran que está relacionado con el tema en el que se centra el cuestionario) así como su validez de contenido (las preguntas incluidas son adecuadas para estudiar el tema que se pretende). En el primer caso, se ha hecho necesario diversas aplicaciones piloto orientada a este fin; y en el segundo, diversos juicios de expertos. Ambas estrategias se han utilizado, lógicamente, antes de la aplicación a la muestra objeto de estudio. Inicialmente realizamos la **validez de contenido** y luego la **facial**. Para la validez de contenido, comentar que el cuestionario se pasó a seis expertos, contando con cuatro especialistas en educación y prevención de riesgos españoles de la Universidad Pablo de Olavide, más dos especialistas nicaragüenses de la UNAN-Managua. Estos expertos dieron bastantes ideas y se realizaron diversos retoques al cuestionario inicial.

A estos expertos se les solicitó emitieran un juicio de valor sobre los siguientes aspectos:

- Si las dimensiones propuestas contenían información relevante para alcanzar los objetivos propuestos.
- Si estaba correctamente redactado, con un lenguaje adecuado, claro, asequible y preciso.
- Si los ítems que componen los bloques temáticos eran realmente necesarios o, por el contrario, se puede prescindir de ellos.
- Si la ubicación de los ítems era la adecuada.

También retocamos algunas preguntas que no se ajustaban bien a cómo



debían ser en cuanto a contenido. Una vez hecho esto, se pasó una prueba piloto inicial para la validez facial donde se preguntó a estudiantes de la Universidad, con un muestro no probabilístico si entendían todas las preguntas y que anotarán qué no entendían, además de decir si el cuestionario recogía todas las cuestiones relevantes sobre el tema de estudio según su visión particular. El resultado fue que hubo que retocar algunos ítems y, sobre todo, las respuestas de algunas preguntas, pero que fueron pocas. Una vez corregido, se pasó el cuestionario definitivo.

Con respecto a la **validez de las técnicas cualitativas, entrevistas y grupos focales**, nos basamos en la teoría desarrollada en el capítulo anterior.

A modo de resumen, en la ciencia social crítica la validez está relacionada con la capacidad de superación de obstáculos para favorecer el crecimiento y desarrollo de seres humanos más autosuficientes en sentido pleno. Es decir, nuestra investigación tendrá un alto nivel de validez si al observar o apreciar una realidad, se observa o aprecia en sentido pleno, y no sólo un aspecto o parte de la misma (Martínez Miguélez, 2006).

Asimismo, la utilización del **multimétodo** y la estrategia que hemos llevado a cabo de **triangulación de técnicas e instrumentos y fuentes**, nos otorga mayor validez y confiabilidad al estudio. La triangulación no solo garantiza la validez del estudio mostrando que sus conclusiones no dependen del modo utilizado para recolectar y analizar los datos, sino también permite enriquecer las conclusiones, otorgar mayor confiabilidad, mayor nivel de precisión y contrastar la consistencia interna del estudio. Además, la triangulación permite enriquecer las conclusiones, otorgando mayor confiabilidad, mayor nivel de precisión y contrastando la consistencia interna del estudio (Stasiejko, Tristany, Pelayo Valente y Krauth, 2009).

La estrategia se aplicó con objeto de contrastar distintos instrumentos de recolección de datos (cuestionario, grupos de discusión, entrevistas y análisis de contenido) y analizar el material tanto cualitativa como cuantitativamente. En este sentido, nos basamos en la **validez interna** al aplicar diferentes técnicas de análisis tras la recolección de datos y su interpretación, añadiendo diferentes tipos de datos.

Por otra parte, la **participación de agentes claves** de la FAREM-Chontales en el diseño de las preguntas tanto de las entrevistas como de los grupos focales, conocedores de la situación del alumnado universitario así como de la población

juvenil de chontales, reafirman la validez de nuestro estudio.

El proceso seguido con los instrumentos cualitativos fue el siguiente. A partir de los resultados obtenidos con los cuestionarios se plantearon diversas preguntas de investigación que corroborasen los resultados obtenidos o arrojasen claridad a las contradicciones reflejadas en el cuestionario. Entre las preguntas que nos plantearon se encuentran, por ejemplo: ¿Cuál es la edad media de inicio de las relaciones? ¿Qué tipo de relaciones tienen los jóvenes? ¿Existen diferencias según el género en la utilización de métodos anticonceptivos? ¿Cuál creen que es el motivo por el que a pesar de la información se siguen dando casos de VIH entre la juventud?, etc. Además, nuestro interés era confirmar las siguientes hipótesis:

- “La superioridad manifiesta del hombre sobre la mujer influye en las relaciones sexuales en cuanto a la utilización de métodos de protección”.
- “La cultura tradicional nicaragüense dificulta hablar abiertamente de la sexualidad (en las familias, entre iguales, etc.)”.
- “Las prácticas de riesgo no se producen por la falta de información sino falta de conciencia en los jóvenes chontaleños”.

Una vez elaboradas las preguntas, siempre entendidas como un guión para la futura conversación tanto grupal como individual (en el caso de las entrevistas a informantes claves), se validó con el grupo de expertos de la FAREM-Chontales, docentes y especialistas en el ámbito de la salud<sup>54</sup>.

## **15.2. Confiabilidad de la investigación**

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe de tener dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez. La validez ya la abordamos por lo que nos centramos ahora en la confiabilidad.

La confiabilidad del instrumento se refiere al grado en que al aplicarse repetidas veces a un mismo sujeto produzca iguales resultados (Hernández-Sampieri, Collado y Baptista, 2003).

---

<sup>54</sup> Las preguntas de los grupos focales y las entrevistas fueron validadas por Carmen Dolores Castrillo Reyes y Rolando Cordero.

Esta confiabilidad puede ser medida por diversos procedimientos aunque todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad cuyos valores oscilan entre 0 y 1, donde un coeficiente 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad; entre los coeficientes más utilizados se encuentran:

1. Medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest).
2. Método de formas alternativas o paralelas.
3. Método de mitades partidas.
4. Coeficiente alfa de Cronbach.
5. Coeficiente KR-20.

Para nuestro estudio, hemos decidido utilizar el coeficiente alfa de Cronbach debido a que es el más utilizado y aceptado en las Ciencias Sociales. Asimismo, se utilizará el método de mitades partidas para comprobar que las puntuaciones de un individuo están muy correlacionadas, y porque no es necesario la administración de dos instrumentos a los individuos para la obtención del coeficiente, como sí lo requieren los dos primeros métodos mencionados arriba. Y, por último, se hará uso del modelo de Guttman, debido a que el Alfa de Cronbach es un caso particular del modelo de Guttman e indica el grado de correlación utilizando la matriz de covarianzas de cada uno de las variables en estudio.

El modelo alfa (Cronbach, 1951) asume que la escala está compuesta por elementos homogéneos aleatoriamente seleccionados de la población de los posibles elementos que miden la misma característica. También asume que la consistencia interna de la escala puede evaluarse mediante la correlación existente entre sus elementos. El coeficiente alfa es una estimación del límite inferior de la fiabilidad poblacional y éste coincide con  $L_3$  (Lambda) de Guttman.

Existen dos procedimientos para calcular el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, sin embargo, hoy en día es más fácil calcularlo con un software estadístico, en nuestro caso fue calculado usando SPSS versión 19.0, así como los otros coeficientes mencionados.

La fórmula para el alfa de Cronbach se calcula a partir de las varianzas, así:

### Imagen 21. Fórmula alfa de Cronbach

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Fuente: Cronbach (1951).

Cada uno de los elementos de la mencionada fórmula los explicamos a continuación:

- $S_i^2$  es la varianza del ítem  $i$ .
- $S_t^2$  es la varianza de los valores totales observados.
- $k$  es el número de preguntas o ítems.

A partir de las correlaciones entre los ítems, el alfa de Cronbach estandarizado se calcula así:

### Imagen 21. Alfa de Cronbach estandarizado

$$\alpha_{est} = \frac{kp}{1 + p(k-1)},$$

Fuente: Cronbach (1951).

Donde:

1.  $k$  es el número de ítems.
2.  $P$  es el promedio de las correlaciones lineales entre cada uno de los ítems (se tendrán  $[k(k-1)]/2$  pares de correlaciones).

Tras el análisis realizado a través del SPSS sobre el alfa de Cronbach, los resultados que se han obtenido son los siguientes<sup>55</sup>:

---

<sup>55</sup> Para el análisis cuantitativo y la confiabilidad del cuestionario tuvimos el asesoramiento y colaboración de un matemático y especialista en estadística, docente de la UNAN-FAREM-Chontales, Tony Romero Díaz.

**Tabla 69. Alfa de Cronbach de nuestra investigación**

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	33

Fuente: elaboración propia.

Como señalábamos anteriormente su valor oscila entre 0 y 1, estando entre más cerca de 1 es más confiable. En las Ciencias Sociales es aceptado de 0.7 en adelante, siendo el valor de 0.8 a 0.9 una confiabilidad muy alta y de 0.9 a 1 confiabilidad óptima. Por tanto, en la tabla anterior se muestra el coeficiente de **confiabilidad alfa de cronbach** de nuestro instrumento, cuyo resultado es **0.847** y nos indica que la consistencia interna del mismo es muy aceptable y muy buena (**muy alta**)<sup>56</sup>.

Por otra parte, en la tabla anterior la columna de la derecha “N de elementos” hace referencia a la cantidad de preguntas o variables que hay en la encuesta (ítems).

A continuación procedimos a analizar qué preguntas debían eliminarse para aumentar este coeficiente y la última columna de la siguiente tabla señala que ninguna, porque prácticamente permanece constante en todas las preguntas.

De la misma manera se analizó el índice de discriminación de cada una de las preguntas que conformaban el instrumento para determinar si alguna de ellas necesitaba ser excluida (se excluyen aquellas que tienen valores inferiores a 0.30), en la tercera columna se puede apreciar que las primeras cuatro preguntas de acuerdo a este criterio debían de ser excluidas porque presentan valores muy bajos o negativos, pero como son preguntas muy necesarias para caracterizar a la población en estudio se decidió dejarlas como tal en el instrumento.

<sup>56</sup> En el anexo 19 se adjunta el desarrollo del alfa de Cronbach.

Tabla 70. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Sexo	388,38	111200,809	,109	,847
Edad	388,65	111263,355	-,052	,847
Nivel de estudios terminados	388,83	111242,693	-,020	,847
Carrera que cursa en la actualidad	375,75	111244,889	-,013	,848
Orientación sexual	371,13	102314,238	,314	,845
Hábitos sexuales en la actualidad	375,50	103588,414	,319	,844
¿Utiliza algún método/os anticonceptivos habitualmente?	375,83	103172,375	,335	,844
Si ha contestado Sí a la pregunta anterior, ¿qué tipo de método utiliza con mayor frecuencia?	330,51	103839,085	,168	,857
Valore su nivel de conocimientos sobre SIDA	384,29	108464,009	,240	,845
¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA?	385,26	107691,618	,291	,844
¿Cree que toda persona con VIH tiene SIDA?	384,16	106970,248	,383	,843
¿Cree que una persona con SIDA se puede curar?	383,81	107859,564	,273	,844
¿Sabe cuáles son las Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes?	383,63	105719,323	,390	,842
Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, indique algunas de ellas	323,46	104461,229	,157	,856
¿Conviviría con una persona que tuviera SIDA?	376,40	102440,302	,420	,840
¿Aceptaría en su lugar de trabajo o estudio a una persona con SIDA?	381,20	102443,769	,536	,837
Si su pareja tuviera SIDA, ¿seguiría manteniendo relaciones sexuales con ella?	373,61	100549,264	,462	,839
¿Seguiría manteniendo relaciones de amistad con una persona que tuviera SIDA?	382,29	103803,885	,472	,839
Según la información que posea acerca de VIH/SIDA, la enfermedad se transmite a través de:	381,02	105784,886	,504	,840
En su opinión, al VIH sólo están expuestos...	383,41	104997,169	,585	,839

Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección?No beber del mismo vaso que un enfermo	380,32	103448,062	,426	,840
Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección?No Usar jeringuillas desechables	382,55	103704,037	,464	,839
Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección?Tener una pareja estable	383,54	102851,736	,558	,837
Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección? No realizar el coito sin protección	378,41	100495,372	,544	,836
¿Cree que existe alguna vacuna para prevenir el SIDA?	383,89	105098,133	,534	,839
En su opinión, el SIDA...	385,62	104773,638	,591	,839
¿Cree que alguna vez se ha expuesto al VIH?	369,62	100116,335	,431	,840
¿Se ha hecho alguna vez un test de VIH?	385,01	104123,724	,625	,838
¿Ha recibido algún tipo de formación/información específica sobre SIDA?	385,26	104368,078	,569	,838
Si ha contestado Sí a la pregunta anterior, esta formación/información proviene mayormente de	373,54	104128,928	,288	,845
¿Sabe dónde puede encontrar información sobre VIH/SIDA?	386,79	106918,288	,450	,842
¿Cree que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA?	385,27	104697,595	,539	,839
¿Considera que para evitar actitudes de rechazo una solución sería implantar educación para la salud en las escuelas y Universidades?	384,30	104446,286	,479	,840

Fuente: elaboración propia.

En relación al análisis del **método de dos mitades**, la correlación entre preguntas pares e impares ha mostrado una **correlación positiva**, información mostrada en la tabla siguiente, y su valor es muy considerable ya que los coeficientes asociados a este método han dado valores positivos y por encima de **0.70**, razón suficiente para comprobar que la **consistencia interna** del mismo no se ve afectada por el método que escojamos.

**Tabla 71. Análisis según método dos mitades**

Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,631
		N de elementos	17 <sup>57</sup>
	Parte 2	Valor	,864
		N de elementos	16 <sup>58</sup>
	N total de elementos		33
Correlación entre formas			,565
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,722
	Longitud desigual		,722
Dos mitades de Guttman			,714

Fuente: elaboración propia.

La siguiente tabla presenta el último modelo usado para el análisis de la confiabilidad como lo es el método de **Guttman**, donde los seis valores estimados

<sup>57</sup> Los elementos son: Sexo, Edad, Nivel de estudios terminados, Carrera que cursa en la actualidad, Orientación sexual, Hábitos sexuales en la actualidad, ¿Utiliza algún método/os anticonceptivos habitualmente? Si ha contestado Sí a la pregunta anterior, ¿qué tipo de método utiliza con mayor frecuencia? Valore su nivel de conocimientos sobre SIDA, ¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA?, ¿Cree que toda persona con VIH tiene SIDA?, ¿Cree que una persona con SIDA se puede curar?, ¿Sabe cuáles son las Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes?, Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, indique algunas de ellas, ¿Conviviría con una persona que tuviera SIDA?, ¿Aceptaría en su lugar de trabajo o estudio a una persona con SIDA?, Si su pareja tuviera SIDA, ¿seguiría manteniendo relaciones sexuales con ella?

<sup>58</sup> Los elementos son: Si su pareja tuviera SIDA, ¿seguiría manteniendo relaciones sexuales con ella?, ¿Seguiría manteniendo relaciones de amistad con una persona que tuviera SIDA?, Según la información que posea acerca de VIH/SIDA, la enfermedad se transmite a través de, En su opinión, al VIH sólo están expuestos..., Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección? No beber del mismo vaso que un enfermo, Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección? No Usar jeringuillas desechables, Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección? Tener una pareja estable, Según la información que posea sobre VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección? No realizar el coito sin protección, ¿Cree que existe alguna vacuna para prevenir el SIDA?, En su opinión, el SIDA... , ¿Cree que alguna vez se ha expuesto al VIH?, ¿Se ha hecho alguna vez un test de VIH?, ¿Ha recibido algún tipo de formación/información específica sobre SIDA?, Si ha contestado Sí a la pregunta anterior, esta formación/información proviene mayormente de, ¿Sabe dónde puede encontrar información sobre VIH/SIDA?, ¿Cree que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA?, ¿Considera que para evitar actitudes de rechazo una solución sería implantar educación para la salud en las escuelas y Universidades?



muestran claramente una **muy buena confiabilidad** y donde L3 coincide con el alfa de Cronbach como se había mencionado anteriormente.

**Tabla 72. Método de Guttman**

Estadísticos de fiabilidad		
Lambda	1	,821
	2	,855
	3	,847
	4	,714
	5	,840
	6	,874
N de elementos		33

Fuente: elaboración propia.

De esta manera, se ha superado la prueba de confiabilidad de nuestra investigación.



## 16. VARIABLES DE ESTUDIO

Entendemos por variable a cualquier *“característica observable de algo que son susceptible de adoptar distintos valores o de ser expresadas en varias categorías”* (Freeman, 1971: 18).

Las variables presentan dos características fundamentales, tomadas separadamente: primero, ser características observables de algo y, segundo, ser susceptibles de cambio o variación con relación al mismo o a diferentes objetos. Sin embargo, si se consideran en su conjunto, ofrecen la particularidad de presentarse a la observación vinculadas en su variación unas a otras, según diversos tipos de relaciones (Sierra Bravo, 2008: 98).

Siguiendo la idea de Freeman, las variables son características observables de algo, ligadas entre sí en su variación con una relación determinada, entre las que se pueden citar como las más comunes las de covariación o asociación y de dependencia, influencia o causalidad.

En el trabajo científico cobran importancia puesto que la finalidad de éste es descubrir la existencia de variables y su magnitud y probar las relaciones que las unen entre sí (Sierra Bravo, 2008: 99).

Durante la investigación se deben decidir las variables que se van a manipular, las que podemos controlar y las que van a afectar a los resultados de forma poco predecible. En este sentido, su elección cobra importancia ya que todo el trabajo girará en torno a ellas.

La selección y definición de las variables o categorías de clasificación y la descripción adecuada de cada uno de los aspectos que se desean analizar constituyen un momento muy importante en la investigación.

### 16.1. Variables de nuestra investigación

Una vez teniendo claro el objeto de nuestro estudio, planteado al inicio del presente capítulo, así como la muestra seleccionada, estableceremos las variables de nuestro trabajo.

Las variables independientes de nuestro estudio son:

- Sexo.
- Edad.
- Nivel de estudios terminados.
- Orientación sexual.

Las variables nominales corresponden al grupo de variables clasificadas según el *carácter de las escalas* o conjuntos que forman los elementos que comprenden las variables, éstas se pueden dividir en nominales, ordinales, de intervalo y de razón. En nuestro caso nos detendremos en la primera de ellas, las nominales (Sierra Bravo, 2008: 108).

Se entiende como *variables de escala nominal* aquellas que comprenden la distinción de diversas categorías como elementos sin implicar ningún orden ente ellas. Asimismo, podemos establecer dos tipos de variables: dependientes e independientes.

Las variables dependientes son los resultados que hay que explicar, mientras que las independientes justifican y sirven para interpretar los efectos (Mateos Claros, 1995). El objetivo del cuestionario fue descubrir la asociación o influencia de la variable independiente sobre la dependiente.

**Tabla 73. Variables de la investigación**

Independientes	Dependientes
Género	Hábitos sexuales Métodos anticonceptivos Conocimiento del SIDA Conocimiento de las siglas Relación VIH/SIDA Curación del SIDA
Edad	Infecciones de Transmisión sexual Convivencia y SIDA Relación trabajo y SIDA
Nivel de estudios	Relaciones sexuales con pareja con SIDA Amistad y SIDA Transmisión del SIDA Expuestos al VIH
Orientación	Medios para evitar SIDA Información/ formación sobre SIDA Escasa información y actitudes de rechazo

Fuente: elaboración propia.

## 17. NUESTRO CUESTIONARIO

Dentro del marco inductivo de esta investigación hemos utilizado el cuestionario como método para indagar sobre el conocimiento, percepciones y prácticas de riesgo en VIH/SIDA que tiene el alumnado universitario de la FAREM-Chontales (véase anexo 18). La información resultante de las variables de estudio permite que realicemos las inferencias y las generalizaciones pertinentes.

Como ya se abordó desde el punto de vista teórico-científico, el cuestionario resulta una técnica muy adecuada al permitir recoger datos que de otra forma sería muy difícil acceder, si no imposible de conseguir, sobre todo en cuanto a cantidad.

La información sobre los conocimientos y percepciones de los estudiantes permite, a través de los datos personales y contextuales, encontrar relaciones e inferencias para, desde esas relaciones científicas, elaborar propósitos prácticos orientados a la toma de decisiones y a la acción.

Sin embargo, el cuestionario también tiene algunas desventajas, como por ejemplo la cantidad de cuestionarios que se pierden, es decir, aquellos cuestionarios que se dejan al alumnado por cualquier motivo (que la persona insista en que se deje el cuestionario y lo rellena en otro momento, por estar ocupada con otra cosa, etc.) y a la hora de recogerlos o no se encuentra en el aula o lo ha perdido, etc. Por ello en nuestro estudio se han realizado *in situ*.

Otra desventaja es la falta de comprensión por parte de los encuestados a la hora de rellenar el cuestionario, por lo que para evitar interpretaciones erróneas de algunos ítems tomamos la decisión de formar previamente al personal que iba a pasarlos para resolver cualquier duda que se pudiese plantear.

Se utilizó un cuestionario estandarizado y anónimo como el de las encuestas opináticas (véase anexo 18). El mismo recoge preguntas sobre Orientación sexual, hábitos sexuales y métodos anticonceptivos, conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, actitudes, percepciones y prácticas de riesgo.

**Tabla 74. Variables y valores del cuestionario**

<b>Variables</b>	<b>Valores</b>
Hábitos sexuales	Relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable [6 y/ó 9 meses o más con la misma pareja] Relaciones sexuales variadas u ocasionales Sin vida sexual activa No sabe No contesta
Métodos anticonceptivos	Sí No No sabe No contesta
Conocimiento del SIDA	Nivel Nulo Nivel Bajo Nivel Medio Nivel Alto No sabe No contesta
Conocimiento de las siglas	Sí, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sí, Virus de Inmunoinfluencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Depresiva Adquirida Sí, Virus de Inmunidad Humana y Síndrome de Inmunidad Débil Adquirida No No sabe No contesta
Relación VIH/SIDA	Sí, ya que no pueden darse de forma separada Sí, ya que primero se desarrolla el virus y justamente después la enfermedad No, ya que se puede ser portador de VIH y no desarrollar la enfermedad SIDA No, son enfermedades diferentes No sabe No contesta
Curación del SIDA	Sí, con un plan de tratamiento adecuado que paralice la reproducción del virus y minimice los efectos en el humano Sí, con transfusiones sanguíneas de personas sin VIH No, es una enfermedad incurable y terminal No sabe No contesta
Infecciones de Transmisión sexual	Sí, sífilis, gonorrea, virus del papiloma genital humano, VIH/SIDA, clamidia..... Sí, gripe común, herpes labial, dermatitis.... No No sabe No contesta
Convivencia y SIDA	Sí, restringiendo el contacto físico Sí, con sus correspondientes medidas de higiene y prevención No, me acabaría contagiando No sabe No contesta
Relación trabajo y SIDA	Sí, restringiendo el contacto físico Sí, con sus correspondientes medidas de higiene y

	prevención No, me acabaría contagiando No sabe No contesta
Relaciones sexuales con pareja con SIDA	Sí, únicamente con preservativo Sí, con métodos anticonceptivos orales (píldora) No, no sería posible las relaciones sexuales No sabe No contesta
Amistad y SIDA	Sí, en cualquier caso Sí, con unas normas mínimas de precaución y/o prevención No, en ningún caso No sabe No contesta
Transmisión del SIDA	La saliva Las lágrimas Las transfusiones de sangre contaminada La reutilización de jeringuillas usadas El uso compartido de utensilios como cubiertos, vasos, etc. El contacto personal (acariciar, tocar, besar, etc.) El contacto sexual De madre portadora a su hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia No sabe No contesta
Expuestos al VIH	Homosexuales Heterosexuales Toxicómanos por vía intravenosa Todas las personas Otros (especifique): ..... No sabe No contesta
Medios para evitar SIDA	No beber del mismo vaso que un enfermo No abrazar a un enfermo Usar jeringuillas desechables Tener una pareja estable No realizar el coito sin protección No sabe No contesta
Vacuna para el SIDA	Sí, la vacuna del SIDA No, aun no se ha creado la vacuna pero están estudiando en ello con éxito No sabe No contesta
El SIDA es	Se puede prevenir Se puede controlar con tratamiento Se puede curar Es una enfermedad terminal No sabe No contesta
Ha estado expuesto al VIH	Sí, en mis relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección Sí, compartiendo el aseo de lugar mi lugar de trabajo y/o estudios No, nunca he tenido relaciones sexuales esporádicas y

	sin protección No sabe No contesta
Ha realizado test del VIH	Sí, en hospital, centros de salud, unidades de prevención No, nunca No sabe No contesta
Información/ formación sobre SIDA	Sí, cursos de prevención de ETS en centros de salud, centros de día, centros sociales, etc. No, nunca he recibido formación/información No sabe No contesta
Dónde encontrar información	Sí, en Centros de Salud Pública y/o Privada, Hospitales, unidades móviles de prevención... Sí en la Universidad y en las escuelas. No No sabe No contesta
Escasa información y actitudes de rechazo	Sí, el desconocimiento te hace rechazar a personas con SIDA Sí, ya que creo que me contagiaría con cualquier contacto No, no tiene que ver No sabe No contesta
Solución: implantar Educación para la Salud	Sí, sería una excelente medida de prevención y difusión del conocimiento sobre ITS Sí, sería necesario porque no tenemos opción de informarnos en otros lugares No, no es una buena medida ya que no estoy interesado/a No sabe No contesta

Fuente: elaboración propia.

### 17.1. Método de investigación

El método más adecuado para nuestro objeto de investigación es el descriptivo, en su triple vertiente: analítica, comparativa y evaluativa. Adoptamos este método porque nos permite dar una explicación a los problemas indicados evaluando los objetivos propuestos.



- **Fase analítica**

Esta fase es imprescindible para conocer la percepción y la actitud de los estudiantes de la FAREM-Chontales en relación al VIH/SIDA y sus prácticas de riesgo. Es previa y básica, sin ella no sería posible la evaluación ni la comparación. Está constituida por:

- **Recogida de información**

Se trata del primer momento de cualquier descripción. Los datos obtenidos los clasificamos, ordenamos, sintetizamos y valoramos.

- **Análisis de la información**

Se clasifican las variables para poder ordenarlas en grupos homogéneos y se estructuran distintos niveles descriptivos sobre los que analizamos e interpretamos las respuestas dadas por los jóvenes encuestados.

- **Síntesis de los datos**

Sintetizamos los datos obtenidos para poder tener una visión general de las respuestas de los jóvenes andaluces.

- **Fase comparativa**

Esta es una fase primordial ya que no debemos centrarnos sólo en una mera descripción de los datos obtenidos, sino que es preciso realizar el análisis de las variables dependientes en relación a las independientes. Esta comparación nos permite establecer diferencias y semejanzas entre los resultados. Esta fase nos permite determinar el grado en que los grupos y las situaciones que comparamos presentan diferencias en función de determinadas variables. Asimismo, nos permite determinar perfiles característicos de los grupos de estudio.

- **Fase evaluativa**

Esta fase se centra en la crítica y en la valoración, en determinar si los objetivos propuestos se han alcanzado.

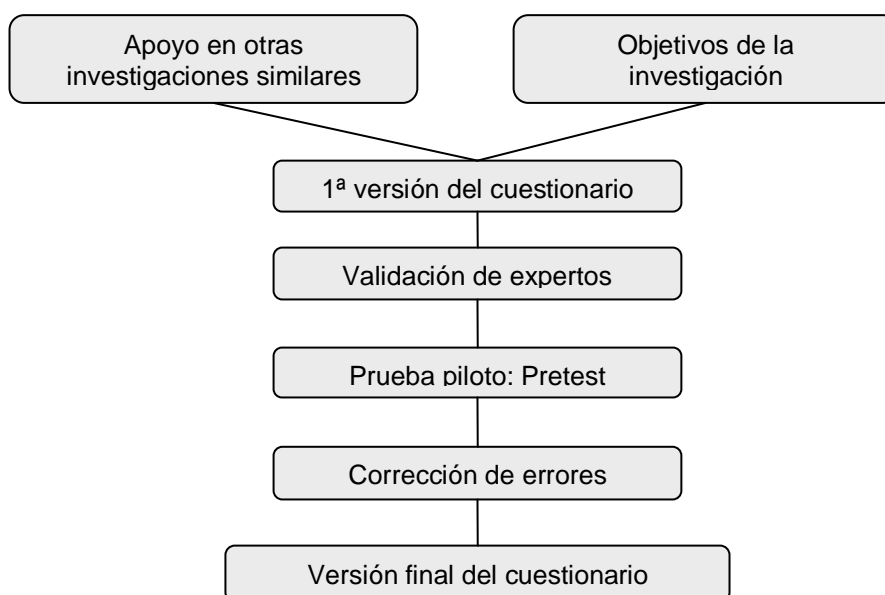
## 17.2. Diseño del instrumento

En este apartado describiremos el proceso de construcción que hemos seguido en la elaboración de nuestro cuestionario, el cual se basó fundamentalmente en las dos fuentes que a continuación describimos:

- Objetivos de la investigación.
- Otros estudios similares y el Cuestionario de la Fundación Española de Educación para la Salud.

Los pasos que hemos seguido en el proceso de construcción definitiva del instrumento los resumimos y destacamos en el siguiente gráfico:

**Gráfico 26. Fases de la elaboración del cuestionario**



Fuente: elaboración propia.

Una cuestión básica es el número de ítems con el que va a contar nuestro instrumento ya que siempre tenemos que tener en cuenta la población a la que va dirigido. En nuestro caso reducimos todo lo posible ya que nuestro objetivo era que su realización fuera lo más sencilla posible y recogiese la información más relevante. Todo esto nos llevó a la consecución de la primera versión del cuestionario.

Una vez elaborado el instrumento fue validado por varios/as expertos/as de la Universidad Pablo de Olavide y de la UNAN-FAREM-Chontales. Seguidamente se pasó el pretest a un grupo de estudiantes de dicha facultad con la intención de probar la validez y eficacia del instrumento. Una vez realizado estos dos pasos se introdujeron las modificaciones oportunas y se elaboró la nueva y última versión del cuestionario.

Nuestro cuestionario consta finalmente de **30 ítems**, distribuidos según las variables dependientes: orientación sexual, hábitos sexuales y métodos anticonceptivos, conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y, por último, actitudes, percepciones y prácticas de riesgo.

En cuanto al tipo de preguntas, hemos utilizado fundamentalmente preguntas cerradas, tanto dicotómicas como de elección múltiple -en abanico-, como abiertas aunque éstas, como hemos indicado antes, representan una mínima parte. Estas preguntas se distribuyen de la siguiente manera:

1. Preguntas cerradas dicotómicas: cuyas alternativas de respuestas se limitan a “sí” o “no”. Preguntas número 7, 25, 26.
2. Preguntas cerradas de elección múltiple: en las que las encuestadas deben marcar con una “x” la respuesta elegida.
  - i. En abanico: permite la elección de acuerdo con la situación personal de la encuestada. Preguntas número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29 y 30.
3. Preguntas abiertas: donde la encuestada puede contestar libremente. Preguntas número 14.

A continuación explicaremos los requisitos y el diseño de las preguntas de nuestro cuestionario según tipología de preguntas, de contestación, la naturaleza, su función y su finalidad (Del Rincón et al, 1995 y Sierra Bravo, 1999).

Comenzando con las **preguntas**, según Del Rincón et al. (1995) el cuestionario suele incluir una serie de preguntas de identificación y clasificación. Las preguntas de identificación contienen normalmente la clave del cuestionario, nombre del entrevistado, fecha y lugar y datos personales del encuestado. Nuestro

cuestionario lleva solo una de estas preguntas introductorias: número de cuestionario.

Las preguntas de clasificación dependen de la finalidad del estudio y son normalmente variables independientes (Del Rincón et al. (1995). En este cuestionario, las preguntas de uno a cuatro son preguntas de clasificación y en ellas se recogen el género, la edad, nivel de estudios terminados y carrera en la que se cursa.

Asimismo las pregunta de cinco hasta ocho en este cuestionario se pueden incluir en el conjunto de las preguntas de clasificación. La orientación sexual, los hábitos, métodos anticonceptivos y los tipos de métodos se pueden utilizar como variables dependientes para ver la relación con respecto al tema que interesa conocer.

Siguiendo la línea de los Del Rincón et al. (1995), el cuestionario debe empezar con preguntas fáciles de contestar y que llame la atención del encuestado. Las preguntas más complejas e importantes en la parte central y al final preguntas interesantes y fáciles de contestar. El cuestionario sobre el conocimiento de VIH/SIDA empieza con preguntas sobre características personales. Son sencillas y fáciles de contestar.

El tema sobre sexualidad y enfermedades sexuales en algunas culturas, o para algunas personas, todavía sigue siendo tema tabú, y si hay por medio presencia religiosa fuerte puede resultar difícil, pero eso no significa que no se puede hacer un buen cuestionario y lograr que los encuestados respondan.

Las preguntas centrales son preguntas más importantes y complejas y acabar con preguntas sencillas e interesantes. Nuestro cuestionario cumple estos requisitos. Como hemos dicho antes empieza con preguntas introductorias y fáciles de contestar sobre características personales de las más sencillas para continuar con preguntas más difíciles en relación al tema sobre sexualidad, prácticas y empleo (o no) de métodos anticonceptivos y de protección. Continúa con preguntas más complejas y posiblemente difíciles de contestar en relación al tema tratado sobre enfermedades de transmisión sexual.

El cuestionario acaba con preguntas interesantes y fáciles de respuesta. Las preguntas 28, 29 y 30 del cuestionario cumplen los requisitos de Del Rincón et al. (1995), son interesantes y fáciles de contestar.

En cuanto al diseño afirma que tiene que ser claro y simple con respuestas para marcar en un recuadro a la derecha. El cuestionario en cuanto al diseño es claro y simple y en cuanto a la respuesta no, se marca a la izquierda. Esto no tiene por qué ser así. Al principio del cuestionario hay puesto un ejemplo de cómo se debe marcar y coincide con las recomendaciones de estos autores sobre la presencia del cuestionario y también cumple con otra recomendación de no comprimir demasiado las preguntas para no desanimar y abrumar al encuestado.

Las preguntas deben ser exhaustivas y excluyentes, es decir, las respuestas a las preguntas abarcan todos los casos que pueden darse y no debe haber dos respuestas distintas en la misma pregunta (Sierra Bravo, 1999). En el cuestionario la pregunta 28 no contiene todas las respuestas posibles y por tanto no es exhaustiva.

Siguiendo la clasificación de los tipos de preguntas de Sierra Bravo (1999), según la **contestación**, las preguntas pueden ser cerradas, categorizadas y abiertas. En el cuestionario se encuentran preguntas cerradas: P1 sobre género, P6 sobre métodos anticonceptivos, P22 sobre vacuna preventiva contra el SIDA, P25 sobre la realización de test HIV y P26 información sobre el SIDA. Estas preguntas son cerradas porque las respuestas son Si, No, No sabe y No contesta. Las preguntas abiertas, en el cuestionario hay una, la pregunta 14: *Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, indique algunas de ellas: \_\_\_\_\_*.

Como podemos ver la pregunta abierta no tiene respuesta previa sino que se deja a los encuestados que respondan libremente. El autor Sierra Bravo recomienda que las preguntas sean categorizadas y que lleve incluida una *categoría genérica* como por ejemplo el Otros ¿Cuáles? Así el encuestado puede dar otra respuesta de las establecidas en caso de que no coincide ninguna de las respuestas establecidas y no es una pregunta abierta y se evita la dificultad de categorizar. En el cuestionario este tipo de preguntas que lleva respuesta categorizada y *otros* son: P5 sobre orientación sexual, P8 método anticonceptivo, P20 quien está expuesto al VIH y P27 sobre la procedencia de la información sobre SIDA. Todas las demás

preguntas son categorizadas. Las respuestas están establecidas de antemano en categorías de respuesta. Un ejemplo de ello es la pregunta 19:

**19. Según la información que posea acerca del VIH/SIDA, la enfermedad se transmite a través de: (Conteste todas las opciones que crea oportunas)**

1. La saliva
2. Las lágrimas
3. Las transfusiones de sangre contaminada
4. La reutilización de jeringuillas usadas
5. El uso compartido de utensilios como cubiertos, vasos, etc.
6. El contacto personal (acariciar, tocar, besar, etc.)
7. El contacto sexual
8. De madre portadora a su hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia
9. No sabe

Según la **naturaleza** de las preguntas, Sierra Bravo (1999) las clasifica como: de identificación, de hecho, de acción, información, aspiración, opinión, expectativas, motivación, creación y actitudes.

En el cuestionario preguntas de identificación, son las preguntas de uno a seis. Son las de ofrecen información sobre características personas como ocupación, genero, edad, etc. También añade que: *...se pueden hacer suposiciones que influyen en todas las demás y en especial en las variables o variables dependientes a estudiar.* (op. Cit., pp. 309). Las preguntas 7 y 8 son de hechos ya que se pregunta por prácticas concretas, si ha utilizado métodos anticonceptivos y cuáles. Las preguntas del 15 al 18 son sobre hechos y opinión, sobre hechos futuros y opinión ya que se le pregunta a los encuestados si haría algo en el futuro y lo que se pretende es conocer la opinión de los mismos.

Las preguntas del 19 al 24 son sobre conocimiento, información que poseen los encuestados. Según Sierra Bravo (1999) son de opinión al igual que las preguntas del 9 a 14. Se le pregunta a los encuestados sobre el conocimiento que creen tener sobre algo.

Las preguntas 25, 26, 27 y 28 son sobre hechos, acciones (si se han hecho el test de VIH y si han recibido información sobre SIDA y de donde), son sobre conocimiento o percepciones. Las preguntas 29 y 30 son sobre opinión. Son para

conocer que piensan los encuestados que opinan sobre el rechazo que sufren las personas con SIDA y solución para evitar el rechazo.

Siguiendo en la línea de Sierra Bravo (1999), las preguntas en cuanto a su **función** pueden ser: substantivas, filtro, control, consistencia, introducción, alivio, amortiguadoras y batería. Preguntas substantivas podemos decir que son todas según su definición. Las preguntas de 1 a 6 son preguntas introductorias. La pregunta 7 es filtro para la pregunta 8 ya que se contesta a la pregunta 8 si se ha contestado si a la pregunta 7. Las preguntas de control son las preguntas 10, 11, 12, 13, 19, 20, 23, 24 y 29. Estas preguntas incluyen repuestas falsas y sirve para asegurar el *interés y buena fe* así como la *veracidad y fiabilidad* de las respuestas de los encuestados en el cuestionario.

Las preguntas de consistencia son las preguntas 15, 18 y 21. Son preguntas diferentes similares pero redactadas de forma diferente para ver si las respuestas son congruentes. Están redactadas en forma de batería.

Según su **finalidad**, las preguntas pueden ser directas e indirectas (Sierra Bravo, 1999: 310). Las preguntas directas en el cuestionario son de 1 al 9, 10, 25, 26, 27, 29 y 30. Son directas porque no buscan descubrir otra cosa que la que expresa como por ejemplo la pregunta 1, el único interés de la pregunta es conocer el sexo de los encuestados y se pregunta sobre ello. Todas las demás son indirectas porque buscan descubrir otra cosa distinta a lo que expresa como por ejemplo las pregunta del 15 al 18. Con ellas se busca descubrir si los encuestados aceptan o rechazan a las personas con la enfermedad del SIDA y en qué condiciones. Por ello se pregunta sobre lo mismo en distintos ambientes como el trabajo, pareja, etc.

Con estas preguntas también se puede ver el nivel de tolerancia, no es lo mismo mantener relaciones de trabajo que intimas con una persona con esta enfermedad por la probabilidad de contagio.

Fijándonos en las variables de las preguntas del cuestionario, puede haber variables cualitativas ordinales o nominales y cuantitativas discretas o continuas. Las ordinales son las variables que permiten ordenación, como por ejemplo: mucho, bastante, poco y nada. Las nominales no se pueden ordenar como por ejemplo el género y estado civil. Otras como el nivel de estudios, es nominal pero se puede tratar como ordinal. Las variables discretas tienen separación o interrupción en la

escala de valores como por ejemplo número de hijos. No se puede tener 1,5 hijos. Las continuas pueden tener cualquier valor dentro del intervalo como por ejemplo la altura, se puede tener 1,76 metros (un metro y 76 centímetros). Hay variables discretas que pueden ser tratadas como continuas como por ejemplo volviendo al ejemplo anterior, el número de hijos si nos referimos por familia en España (el número de hijos por familia en España es de 1,5, es decir, uno o dos hijos por familia) pero esto depende del investigador.

Ahora mirando en el cuestionario, vamos a ver qué tipo de variables hay, si son cualitativas ordinal o nominal o, cuantitativa discreta o continua.

Las pregunta 1, de 3 a 8 y de 10 a 30 tienen variables nominales de respuesta ya que las respuestas a elegir son atributos o sucesos y son nominales porque no permite ordenación. Como la pregunta uno, no se puede ordenar ser hombre o mujer, se es una cosa u otra. La pregunta diez, para poner más ejemplos, se pregunta si se conoce los que es HIV/SIDA, de las seis respuestas posibles, las primeras son posibles traducciones de las siglas y otra es No. Si nos fijamos en las cuatro primeras, cada una es una posible traducción de las siglas, no puede ser una más cierta que otra. Es una u otras opción y si no se conoce, se marca No.

**¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA?**

1. Sí, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
2. Sí, Virus de Inmunoinfluenza Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Depresiva Adquirida
3. Sí, Virus de Inmunidad Humana y Síndrome de Inmunidad Débil Adquirida
4. No

La única pregunta que tienen variables ordinales es la 9. Se pregunta sobre el nivel de conocimiento respecto a la enfermedad de SIDA. Las posibles respuestas son cualitativas ordinales porque permite establecer un orden entre ellas. Se puede saber mucho, bastante, poco o nada.

En la pregunta dos las variables de respuesta son cuantitativas discretas. La edad está clasificada en intervalos, es numerada, por tanto cuantitativa. Es discreta porque tiene interrupción entre los intervalos pero puede ser tratada como continua, esto depende del investigador.



Tras analizar a posteriori el cuestionario, debemos destacar que la pregunta 10, en cuanto a las variables de respuesta hay un pequeño error ya que no y no sabe es lo mismo. Puede confundir a los encuestados y al investigador a la hora de realizar análisis e interpretar los datos.

**10. ¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA?**

- 5. Sí, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- 6. Sí, Virus de Inmunoinfluencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Depresiva Adquirida
- 7. Sí, Virus de Inmunidad Humana y Síndrome de Inmunidad Débil Adquirida
- 8. No
- 9. No sabe
- 99. No contesta

Las tres últimas preguntas según autores como Sierra Bravo (1999) y Del Rincón et al. (1995), no están bien redactas. Las preguntas y las variables de respuesta inducen al encuestado a responder de una determinada manera.

**29. ¿Cree que la *falta de información* puede provocar actitudes de *rechazo* hacia las personas con SIDA?**

De esta manera, se está induciendo al encuestado que la falta de información provoca rechazo e induciéndolo a contestar de una determinada manera. Más adecuado sería preguntar qué consideran que puede provocar el rechazo hacia las personas con la enfermedad del SIDA.

**30. ¿Considera que para evitar actitudes de *rechazo* una *solución* sería implantar *educación para la salud en las escuelas y Universidades*?**

Esta pregunta igual que la anterior induce al encuestado a contestar de una determinada manera. Lo adecuado sería preguntar que para evitar actitudes de rechazo que solución consideran que se puede dar.

### 17.3. Análisis y tratamiento estadístico

Una vez realizada la recogida de datos a través del cuestionario descrito, comienza una fase esencial para toda investigación social, referida a la clasificación o agrupación de los datos referentes a cada variable objeto de estudio.

En definitiva, esta tarea constituye una de las más atractivas del proceso de investigación, pero también la más compleja por la dificultad que conlleva. En el proceso de análisis de datos, podemos observar diversos momentos:

- Revisión detenida y depuración de los datos obtenidos con el fin de detectar y eliminar en lo posible los errores y omisiones que pueden presentar.
- Codificación como la representación o traducción de cada respuesta de los cuestionarios por códigos o indicaciones numéricas que faciliten la tabulación.

El objetivo del análisis de los datos es prepararlos y organizarlos para responder a las cuestiones del problema planteado, comprobando así si se consiguen los objetivos. Esta fase es el proceso a través del cual el investigador transforma la realidad en datos para su investigación. Constituye una parte básica de toda investigación empírica, por lo que requiere de una gran atención y el máximo cuidado. Es una etapa de ejecución.

Una vez recogidos los datos se procedió a la codificación de los mismos. Es decir, en asignar un número a cada categoría de respuestas, el cual facilitará el proceso de reducción de los datos para su correspondiente análisis. Trabajo que viene motivado por la necesidad de efectuar el tratamiento de los datos por ordenador, dado el volumen de los mismo y la rapidez con la que se puede llegar a trabajar.

La complejidad que constituyen los datos nos hacen desestimar procedimientos mecánicos de cálculo y recurrimos a un paquete estadístico. Bisquerra (1987:25) los define como *“paquetes estadísticos que tienen la función de ayudar a los investigadores en la fase analítica de datos”*. El paquete que

empleamos es el conocido por el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Con él realizamos las siguientes etapas de análisis:

- Análisis exploratorio de los datos que nos llevan al análisis descriptivo de los datos. Para ello realizamos las distribuciones de frecuencias para conocer las características de los datos del estudio, las medidas de tendencia central como representativas de la distribución, y las de variabilidad para conocer cómo están agrupados los datos.
- Análisis de la estadística inferencial donde se establecen diferencias en función de las variables independientes. En esta fase, con la estadística inferencial, delimitamos el nivel de significación estadística de las pruebas, su objetivo es determinar qué diferencias de las halladas se deben al azar y cuáles no. Fijamos este nivel en 0.05, es decir, un nivel de confianza del 95% para las afirmaciones que realizamos.
- Finalmente, *una tercera etapa*, se centra en determinar las características que singularizan a los jóvenes estudiados en función de la edad y del género.



## **18.LA ENTREVISTA Y EL GRUPO DE DISCUSIÓN**

Como técnicas cualitativas hemos elegido la entrevista y los grupos de discusión como otro de los instrumentos de recogida de información por ser un modo directo de recogida de datos en el que se da una relación personal entre quien los recoge y quien los ofrece. De este modo obtenemos otra fuente de datos además de los proporcionados por los cuestionarios y triangulamos la información y las fuentes para obtener mayor validez y confiabilidad.

Existen diversos tipos de entrevistas dependiendo de su estructura, en nuestro caso las entrevistas realizadas han sido semiestructuradas ya que son flexibles y abiertas y el entrevistador tiene la libertad para alterar el orden y la forma de preguntar, así como el número de preguntas. Se dispone de un guión base, previamente elaborado, que puede modificarse por intereses de la entrevista, aunque siempre manteniéndose el objetivo para el cual fue preparado y los diversos puntos sobre los que debe obtenerse información.

Se elaboró solo un modelo de entrevista, dirigido a los informantes claves que eran docentes de la UNAN-FAREM-Chontales. Se eligieron en base a los siguientes criterios:

- Que tuviese conocimiento sobre el VIH/SIDA en Juigalpa-Chontales.
- Que fuesen profesores jóvenes, lo que ofrecía información de primera mano, más cercana y conocedora de la realidad.
- Que fuesen cercanos a los estudiantes pero con cierta edad con objeto de facilitar otra visión distinta de la que nos podía ofrecer un profesor recién egresado.
- Que tuviesen un pensamiento más liberal pero también tradicional para ver si influía en la percepción de la juventud.

Para evitar problemas en la realización de las entrevistas y de los grupos de discusión (que se pierda información, nos falte información relevante, etc.) las hemos grabado en audio con el consentimiento siempre del entrevistado o participantes, con lo que la información gana en veracidad y fiabilidad.

La muestra en los grupos focales no responde a criterios estadísticos sino estructurales, es decir, a su representatividad de determinadas relaciones sociales en la vida real (Pérez-Pérez, 2009).

Por ello se tienen en cuenta ciertas variables, siendo más significativas: la edad, sexo, titulación, lugar de procedencia (rural/urbano), que buscan obtener producciones de cada clase o conjunto. Hay que tener mucho cuidado en la elección porque unos grupos pueden crear crispaciones e inhibirán la producción de ideas, por razones diversas, aunque un grupo muy homogéneo puede producir resultados simples y obvios (Pérez-Pérez, 2009).

Estaba previsto realizar cuatro grupos de discusión (matutino, vespertino, nocturno y encuentro). No obstante, sólo se pudieron llevar a cabo dos (matutino y encuentro) debido a que en los otros tres, tras haberles entregado la carta, explicarles en qué consistía la técnica y transmitirles confianza, no llegaron a presentarse ningún alumno.

Se intentó volver a citarles pero ya en épocas de exámenes el alumnado no asistir con regularidad a la facultad, añadido a que muchos estudiantes son de otros pueblos y se les dificulta el traslado (aunque se facilitó por nuestra parte apoyo económico para transporte público), no se consiguió que se presentase. Esto también nos llevó a una reflexión de hasta qué punto siguen existiendo tabúes en cuanto al VIH/SIDA y la sexualidad, miedos e inseguridades y, sobre todo, escasa transparencia para hablar de estos temas incluso entre iguales.

No obstante, para contrastar toda esta información quisimos también realizar un grupo de discusión con expertos en el ámbito del VIH/SIDA y que trabajan día a día atendiendo a personas en riesgo o que ya han sido contagiadas. Por ello organizamos un grupo con representantes de la CONISIDA lo que agradecieron profundamente.

De todos los participantes de CONISIDA, representantes de diversas instituciones públicas y privadas, seleccionamos conjuntamente con la coordinadora de CONISIDA-Chontales, a las personas más cercanas a la problemática y que trabajan día a día en este ámbito de primera mano.

### 18.1. Diseño de las entrevistas

Para la elaboración de las entrevistas, al igual que los grupos de discusión, partimos de los resultados obtenidos en los cuestionarios. Nuestro objetivo era obtener, desde una óptica más objetiva, la imagen de la juventud universitaria de la FAREM-Chontales, pero también de la juventud Chontaleña en general, para saber si hay grandes diferencias entre poblaciones o nos encontramos con una representación bastante fiel a la realidad. En esta fase contamos con la participación de compañeros docentes de la FAREM-Chontales, para diseñar las preguntas, adecuarlas al contexto y elegir a los entrevistados.

Las entrevistas se realizaron a informantes claves, como ya hemos comentado anteriormente, y fueron semiestructuradas. Diseñamos un guión de preguntas pero lo importante era crear una conversación distendida, donde el entrevistado se sintiese cómodo y nos pudiese aportar información relevante.

La duración de las mismas fue de alrededor una hora aunque alguna incluso se alargó a hora y medio y dos horas, este hecho fue debido a que la conversación era muy distendida, aparte del ritmo pausado con el que hablaban los entrevistados, pero sobre todo porque, según nos comentaron, eran conscientes *“de la importancia de este estudio y del tema que estamos abordando”*.

En cuanto a los temas tratados en las entrevistas, los exponemos a continuación:

**Tabla 75. Preguntas para informantes claves**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Le parece un tema importante en Juigalpa-Chontales el VIH/SIDA?</li><li>- ¿Cree que es un problema de salud pública?</li><li>- ¿Cree que hay otros problemas más importantes? ¿Cuáles?</li><li>- ¿Cree que la población chontaleña habla abiertamente de sexo? En caso negativo, ¿por qué considera que no lo hacen?</li><li>- ¿Las familias generalmente explican a sus hijos la educación sexual? ¿Se habla en las familias del SIDA?</li><li>- ¿Cree que existen relaciones sexuales tempranas en Juigalpa? ¿A qué edades generalmente? En caso de ser tempranas, ¿Por qué ocurren tan temprano?</li><li>- ¿Esas relaciones sexuales son con pareja estable o esporádica?</li><li>- ¿Suelen utilizar métodos anticonceptivos? ¿cuáles?</li><li>- En caso de no utilizarlos, ¿por qué?</li><li>- ¿En las relaciones sexuales hay algún miembro de la misma que sea más reacio a utilizar preservativo? En caso afirmativo, ¿quién y por qué ocurre?</li><li>- ¿Cuál considera que es la causa principal (o las tres principales) para que los jóvenes no tomen precauciones en sus relaciones sexuales? ¿Tendría algún tipo de relación</li></ul> |
|--|

- las ganas de emancipación? ¿la desinformación?
- ¿Hay información en su municipio (primaria, secundaria, familia, etc.)?
- ¿Cómo se podría prevenir el contagio por VIH/SIDA entre la juventud?
- ¿Cree que existe voluntad de cambio y participación de la juventud?
- ¿Cree que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA?
- ¿Considera que para prevenir las infecciones una solución sería implantar la educación para la salud en las diferentes titulaciones de la universidad? ¿y en la escuela? ¿Por qué?

Fuente: elaboración propia.

## 18.2. Diseño de los grupos de discusión

Con la realización de los grupos de discusión nuestro objetivo era profundizar en las percepciones y actitudes del alumnado de la FAREM-Chontales, y la juventud chontaleña para conocer si hay grandes diferencias, sobre el VIH/SIDA.

Además y tras los resultados de los cuestionarios, pretendíamos contrastar algunas cuestiones que se contradecían en los cuestionarios como, por ejemplo, que no tenían relaciones sexuales tempranas cuando después los datos de salud indican que la media de edad eran los 12 años. Por otra parte, nos surgió el interrogante de si algunas preguntas los estudiantes contestaron lo “*políticamente correcto*”, por lo que nos reunimos con un equipo de docentes de la FAREM-Chontales para compartir los resultados y diseñar las técnicas cualitativas.

Mediante esta técnica se persigue analizar las ideas del colectivo mediante el contraste de pareceres entre ellas. Concretamente, pretendíamos acercarnos a cómo viven los alumnos esta problemática desde su propia subjetividad. Los grupos de discusión nos ofrecen la posibilidad de analizar los discursos contruidos de forma subjetiva pero sobre unas pautas sociales, es decir, captan las representaciones y los valores compartidos por ambos colectivos.

Dado que este estudio trata de elaborar un diagnóstico sobre la situación en la FAREM-Chontales de la UNAN-Managua, Nicaragua, se trató de seguir una distribución que representase, grosso modo, el panorama de la actividad académica del centro. No obstante, recordamos que de los cuatro grupos que teníamos previsto (matutino, vespertino, nocturno y encuentro) sólo se pudieron llevar a cabo dos, el matutino y el encuentro.

Debemos resaltar que a la hora de seleccionar a los estudios, según el muestreo elegido, aparte de las variables de sexo y lugar de procedencia, se tuvo en



cuenta, como requisito indispensable que fuesen estudiantes de los cursos de 1º y 2º para que no estuviesen contaminados.

La distribución fue la siguiente:

**Tabla 76. Grupo de discusión turno matutino**

Carrera	Curso	Lugar de procedencia	Sexo	Aula
Administración Empresa	1º	San Pedro	Mujer	C1
Contaduría Pública	2º	Juigalpa	Mujer	C5
Ingeniería Agronómica	1º	Acoyapa	Hombre	E2
Ingeniería Agroindustrial	2º	Juigalpa	Hombre	E5
Enfermería con orientación materno infantil	1º	Juigalpa	Mujer	E4
Contaduría Pública	1º	Santo Tomás	Hombre	C4
Ingeniería Agroindustrial	2º	Cuapa	Mujer	E5
Bioanálisis	2º	Juigalpa	Hombre	C6

Fuente: elaboración propia.

En este primer grupo tuvimos 8 participantes, 4 hombres y 4 mujeres, representantes de las diferentes carreras que se imparten en el turno matutino. De estos 8, 4 provenían de Juigalpa (capital del Departamento), y los otros 4 de diferentes localidades de Chontales.

A continuación exponemos la distribución de los participantes en el grupo de discusión del turno de encuentro:

**Tabla 77. Grupo de discusión turno encuentro**

Carrera	Curso	Lugar de procedencia	Sexo	Aula
Ciencias Sociales	1º	Juigalpa	Mujer	D10
Matemáticas	1º	Juigalpa	Hombre	D8
Ciencias Naturales	2º	Villa Sandino	Mujer	D1
Inglés	1º	Camoapa	Mujer	D5
Enfermería	2º	Juigalpa	Hombre	C1
Banca y Finanzas	1º	La Libertad	Mujer	C4
Contaduría Pública	2º	Acoyapa	Hombre	C3

Fuente: elaboración propia.

En este segundo grupo participaron 7 estudiantes, 4 mujeres y 3 hombres. Los lugares de procedencia eran de zona rural y urbana, 3 de Juigalpa y 4 de otros municipios del Departamento.

En los grupos de discusión, en realidad no existen preguntas. Se trata de

debatir ampliamente y sin tapujos. El coordinador de la actividad debe orientar y guiar pero no establecer preguntas directas. Por eso se plantean cuestiones tan generales y precisamente no cerradas ni escuetas.

Es posible y probable que se obtengan resultados no previstos. La riqueza de la investigación con este procedimiento es precisamente que es muy cualitativo y abierto. Se plantean líneas de discusión y debate. No obstante, el moderador ha de resituar constantemente las intervenciones para obtener información relevante para el estudio. En este sentido, diseñamos varios tópicos fundamentales sobre los que tratamos de potenciar la intervención de los participantes para conseguir información de nuestro interés para la investigación.

El guión prácticamente era el mismo que las preguntas de la entrevista, aunque durante los grupos se fueron alternando algunas cuestiones o profundizando en aspectos nuevos que salían a relucir en la conversación, como se puede observar en la interpretación de los datos.

A continuación exponemos el guión que se diseñó tanto para los grupos de estudiantes de la facultad como para los representantes de la CONISIDA:

**Tabla 78. Guión para los grupos de discusión**

<b>Estudiantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A continuación, empezaremos un encuentro de reflexión acerca del VIH/SIDA: si les parece un tema importante en Juigalpa-Chontales (Nicaragua) o no, y por qué (si es un problema de salud pública o no, si creen que hay otros problemas más importantes y cuáles, etc.).</li> <li>- ¿Conocen aproximadamente los datos que existen de SIDA en Nicaragua? ¿Consideran que esos datos se corresponden con los números reales de infectados (si la gente tiene miedo aún a decirlo, a acudir a un centro de información, etc.)?</li> <li>- ¿Creen que la gente habla de sexo abiertamente? ¿Por qué?</li> <li>- ¿Cuáles son algunas de las cosas que han escuchado decir acerca del SIDA?</li> <li>- ¿Saben qué es el VIH y el SIDA? ¿En qué se diferencian? ¿Cómo se contrae?</li> <li>- ¿Cómo se puede evitar contraer el SIDA? (diferentes métodos)</li> <li>- ¿Consideran que existen relaciones sexuales tempranas en Juigalpa? ¿A qué edades generalmente?</li> <li>- ¿Esas relaciones sexuales son generalmente con pareja estable o esporádica?</li> <li>- ¿Suelen utilizar métodos anticonceptivos? ¿cuáles?</li> <li>- En caso de no utilizarlos, ¿por qué?</li> <li>- ¿En las relaciones sexuales hay algún miembro de la misma que sea más reacio a utilizar preservativo? En caso afirmativo, ¿quién y por qué ocurre?</li> <li>- ¿Saben que existe un preservativo para mujeres?</li> <li>- ¿Son conscientes del riesgo de contraer: ETS, SIDA, embarazos, etc.?</li> <li>- ¿Cuál consideran que es la causa principal (o las tres principales) de que los jóvenes no tomen precauciones en sus relaciones sexuales? ¿Tendría algún</li> </ul>
--------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tipo de relación las ganas de emancipación? ¿la desinformación?</li> <li>- ¿Hay información en vuestros municipios (primaria, secundaria, familia, etc.)?</li> <li>- ¿Cómo se podría prevenir el contagio por VIH/SIDA entre la juventud?</li> <li>- ¿Creen que existe voluntad de cambio y participación de la juventud?</li> <li>- ¿Creen que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA?</li> <li>- ¿Consideran que para evitar actitudes de rechazo una solución sería implantar la educación para la salud en las diferentes titulaciones de la universidad? ¿y en la escuela? ¿Por qué?</li> </ul>
<p><b>CONISIDA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para comenzar, ¿les parece un tema importante en Juigalpa-Chontales (Nicaragua) el VIH/SIDA? Sí, no, por qué (si es un problema de salud pública o no, si creen que hay otros problemas más importantes y cuáles, etc.).</li> <li>- ¿Aproximadamente qué número de personas tienen el VIH/SIDA en Chontales? ¿Y Juigalpa? ¿Qué porcentaje existe con respecto al país?</li> <li>- ¿Consideran que esos datos se corresponden con los números reales de infectados (si la gente tiene miedo aún a decirlo, a acudir a un centro de información, etc.)?</li> <li>- ¿Creen que la población chontaleña habla abiertamente de sexo? En caso negativo, ¿por qué consideran que no lo hacen?</li> <li>- ¿Las familias generalmente explican a sus hijos la educación sexual? ¿Se habla en las familias del SIDA?</li> <li>- ¿Existen relaciones sexuales tempranas en Juigalpa? ¿A qué edades generalmente? En caso de ser tempranas, ¿Por qué ocurren tan temprano?</li> <li>- ¿Esas relaciones sexuales son con pareja estable o esporádica?</li> <li>- ¿Suelen utilizar métodos anticonceptivos? ¿cuáles?</li> <li>- En caso de no utilizarlos, ¿por qué?</li> <li>- ¿En las relaciones sexuales hay algún miembro de la misma que sea más reacio a utilizar preservativo? En caso afirmativo, ¿quién y por qué ocurre?</li> <li>- ¿Cuál consideran que es la causa principal (o las tres principales) de que los jóvenes no tomen precauciones en sus relaciones sexuales? ¿Tendría algún tipo de relación las ganas de emancipación? ¿la desinformación?</li> <li>- ¿Hay información en vuestros municipios (primaria, secundaria, familia, etc.)?</li> <li>- ¿Cómo se podría prevenir el contagio por VIH/SIDA entre la juventud?</li> <li>- ¿Creen que existe voluntad de cambio y participación de la juventud?</li> <li>- ¿Creen que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA?</li> <li>- ¿Consideran que para prevenir las infecciones una solución sería implantar la educación para la salud en las diferentes titulaciones de la universidad? ¿y en la escuela? ¿Por qué?</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

### 18.3. Transcripción y categorización cualitativa

Una vez realizadas las entrevistas y los grupos de discusión pasamos a su transcripción, en formato Word, mediante los archivos de audio producto de la grabación (véase anexo 31 y 32 con las transcripciones ya unificadas para el Atlas.ti tanto de las entrevistas como de los grupos focales). De esta manera evitamos así la pérdida de dicha información o, al menos, la mínima pérdida posible.

Al tener toda la información de las entrevistas y los grupos de discusión categorizados se procede al análisis de contenido, que nos permite hacer una descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones.

El análisis de datos, según Latorre y González (1987) citado por Pérez Serrano (1994), es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos.

En la investigación cualitativa el modelo de análisis de datos puede ser muy variado tanto como el investigador pueda necesitar e inventar para sistematizar y presentar la información (Pérez Serrano, 1994). La abundante información recogida nos ha obligado a reducir, simplificar y a seleccionar la información para hacerla más manejable y abarcable.

No obstante Miles y Huberman (1994), citado por Rodríguez Gómez (1996), consideran que puede darse una reducción de datos anticipada cuando focalizamos y delimitamos la recogida de datos. En este sentido cuando hemos decidido recoger unos datos y no otros, cuando focalizamos nuestra atención en un tema, en un hecho, en una experiencia determinada, ya estamos reduciendo los datos. Por ello, Rodríguez Gómez (1996) plantea que los datos recogidos suponen un conjunto conscientemente reducido del universo de datos que podrían haberse obtenido. La reducción de datos también supone descartar o seleccionar para el análisis parte del material informativo recogido.

En primer lugar procedimos a la categorización manual del contenido cualitativo. Esta categorización consiste en asignar “*categorías*” a medida que se revisa el material y va emergiendo el significado de cada párrafo, hecho o dato. A partir de ahí se diseñaron unos esquemas sobre las relaciones que se daban en cada uno de ellos (véase anexos del 20 al 24 referidos a los informantes claves, y anexo 26, 28 y 30 para los grupos focales).

Para Taylor y Bodgan (1986) el número de categorías que se adopten dependerá de la cantidad de datos recogidos y de la complejidad de nuestro esquema analítico. En nuestro caso hicimos una primera categorización manual, para ver las interrelaciones con la información que habíamos obtenido y, a partir de

ahí, procedimos a formar familias de códigos que representan las categorías a través del software Atlas-ti.

En este sentido, es importante tener en cuenta algunos aspectos en este proceso creador de análisis-categorización-interpretación, donde el investigador (Martínez Miguélez, 2006):

- No debe precipitarse, pues las ideas tiene su propio camino.
- No debe dirigir o presionar el pensamiento en una sola dirección.
- Su imaginación debe estar en libertad de utilizar las analogías, metáforas, comparaciones, símiles y hasta alegorías que crea útiles o convenientes.
- Debe albergar una gran confianza en sí mismo y en la propia capacidad, ya que esta confianza elimina ciertos constreñimientos mentales que imposibilitan, en el nivel neurofisiológico cerebral, el flujo de ideas y sus relaciones.
- Debe tener en cuenta que toda persona normal puede ser muy creativa, si se dan ciertas condiciones.
- Saber que el buen investigador siente oposición a las presiones conformistas y le agrada el riesgo de enfrentarse a lo desconocido.

#### **18.4. Análisis y tratamiento de los datos cualitativos**

El análisis y tratamiento de los datos cualitativos se realizó mediante el software Atlas-ti. Su objetivo es brindar recursos tecnológicos para el análisis cualitativo de datos textuales, aunque también permite analizar otro tipo de datos por ejemplo, audio, video e imágenes (Chrobak, Barraza y Rodríguez, 2012).

Al centrarse en el análisis cualitativo, el programa no pretende automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayudar al intérprete humano agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la interpretación, como por ejemplo, la segmentación del texto en pasajes o citas, la codificación o la escritura de comentarios y anotaciones, es decir, todas aquellas actividades que, de no disponer del programa, realizaríamos ayudándonos de otras herramientas como papel, lápices, fichas, etc. (Muñoz Justicia, 2003: 10).

Una vez cargados al programa los documentos primarios, es decir, los datos brutos, se establecieron los códigos (véase anexo 33 la frecuencia de todos los

códigos). Estos códigos definidos son fundamentales para proceder al análisis en el programa.

A partir de ahí se vinculan ciertos fragmentos de las entrevistas con los códigos. Por tanto, la codificación permite vincular un fragmento de los datos con un código de tal manera que nos permita ordenar, jerarquizar, agrupar la información obtenida e incluso notar nuevas recurrencias en los datos que pueden permitir reconocer nuevas categorías que no habían sido tomadas en cuenta al inicio.

Según Taylor y Bogdan (1986) la codificación en investigación cualitativa es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. Este proceso incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones.

Después de la codificación el programa tipifica la lista de citas (véase anexos desde el 34 al 82), correspondientes a los diferentes códigos previamente adjudicados. Finalmente, genera una o varias redes conceptuales que nos permiten comenzar así la fase de interpretación de los datos y llegar progresivamente a un nivel de abstracción superior (Chrobak, Barraza y Rodríguez, 2012).

#### **18.4.1. Análisis de los datos con Atlas.ti**

Por la naturaleza cualitativa de los datos recopilados en la segunda fase de la investigación, hemos utilizado el programa informático **ATLAS.ti**, cuyas características nos han permitido unificar todos los datos textuales procedentes de la entrevistas y de los grupos de discusión, cuyo procesamiento ha permitido reducirlos a información válida y objetivamente analizable. El análisis de contenido ha sido la técnica empleada en esta parte de la investigación para contrastarla con los resultados cuantitativos.

El proceso previo al análisis cualitativo de los datos depurados ha sido el siguiente:

- Planificación del guión de las entrevistas semi-estructuradas y los grupos de discusión. Delimitación de las cuestiones a debatir en cada caso.
- Creación del protocolo de desarrollo de entrevista y grupos de discusión.
- Desarrollo *in situ* de las entrevistas y grupos de discusión.

- Transcripción de las entrevistas y grupos de discusión.
- Depuración de datos
- Creación del sistema de categorías y códigos de análisis.
- Codificación de las transcripciones en formato texto de entrevistas y grupos de discusión.

Siguiendo el orden anterior, la planificación del guión de las entrevistas a informantes claves y grupos llevadas a cabo resultó en una estructura (semi-abierta) de cuestiones tales como:

- ¿Dentro de qué nivel (salud, educación, social, nacional, local, etc.) consideraría el problema del VIH-SIDA?
- ¿Procedencia del tipo de información que los jóvenes adquieren sobre VIH-SIDA, ETS, Sexo? ¿Problemática para recibir información? Factores y/o actores implicados.
- ¿Son los datos y estadísticas nacionales fieles a la realidad nicaragüense o se habla de un subregistro?
- El factor *machismo* como elemento inherente a la cultura nicaragüense y su relación con las ETS.
- La familia como piedra angular sobre el legado a transmitir sobre Educación Sexual (Sexo y ETS, VIH-SIDA)
- Edad promedio de inicio a las relaciones sexuales en chicas y chicos.
- Frecuencia en las relaciones sexuales (relaciones sexuales esporádicas y/o frecuentes) y mantenimiento en el tiempo de la pareja (pareja estable/esporádica).
- Problemática de embarazos no deseados/ no planificados.
- Métodos de contracepción de enfermedades y de embarazos no deseados.
- Relaciones sexuales de riesgo.
- Diferencias entre lo rural y urbano sobre la información en Educación Sexual (ETS-SIDA-VIH, etc.)
- Prejuicios aprendidos y/o adquiridos sobre personas con VIH-SIDA.
- Medidas de prevención para el contagio del VIH-SIDA. Propuestas.

- Propuesta de Educación Sexual en la Universidad como asignatura integrada en el plan de estudios.

El protocolo de entrevista ha sido realizado de forma selectiva a *informantes claves* según el cargo profesional que ocupan, las características personales y la cercanía en las relaciones con los estudiantes. Los grupos de discusión han sido elementos diana en el proceso de recopilación de los datos.

El desarrollo de las entrevistas y grupos de discusión tuvieron lugar en la Facultad Regional Multidisciplinar de Chontales, de la UNAN-Managua, con sede en Juigalpa. El único grupo que se realizó fuera de esta entidad fue el de CONISIDA que se desarrolló en la sede del SILAIS de Juigalpa. El período de recogida de información fue durante los meses de junio y julio de 2012.

Dadas las características de la técnica de recopilación de información utilizada realizamos una transcripción de las entrevistas y grupos de discusión. Posteriormente llegamos a la depuración de los datos y, con ello, se decidió emplear para su análisis un programa informático que ofreciera un gran aporte a la investigación. Una vez los datos fueron depurados en unidades manejables a nivel procedimental e informático pasamos a la creación del sistema de categorías y códigos de análisis. El sistema de categoría se encuentra dividido en 13 marcos globales que concuerdan en número y orden con el guión de la entrevista (tabla 75). Especificados los dominios de análisis, pasamos a la creación de códigos generales que dan nombre a la categoría a la que cada texto va a ser referido. Son los subcódigos los encargados de delimitar el núcleo de las unidades de análisis (transcripciones) que, junto con los códigos generales, dan nombre a los cincuenta códigos finales.



**Tabla 79. Códigos de análisis**

Denominación/Especificación	Código	Subcódigo	Código final
<b>Problemática VIH/SIDA</b> (Carencia cultural o ignorancia de conocimiento) (Fobia al contagio) (La Universidad como agente de difusión sobre Educación Sexual)	<b>PVS</b>	<b>ICS</b> (De índole cultural y social)	<b>PVSICS</b>
		<b>SNL</b> (De salud nacional/local)	<b>PVSSNL</b>
		<b>IE</b> (De índole educativa)	<b>PVSIE</b>
<b>Información y/o comunicación sobre el sexo-VIH</b>	<b>IDR</b> (Discurso tradicional centrado en motivos religiosos)	<b>F</b> (Procedente de la familia)	<b>IDRF</b>
		<b>E</b> (Procedente de la escuela)	<b>IDRE</b>
		<b>GI</b> (Procedente del grupo de Iguales)	<b>IDRGI</b>
		<b>U</b> (procedente de la Universidad)	<b>IDRU</b>
	<b>IDM</b> (Discurso tradicional centrado en el machismo)	<b>F</b> (Procedente de la familia)	<b>IDMF</b>
		<b>E</b> (Procedente de la escuela)	<b>IDME</b>
		<b>GI</b> (Procedente del grupo de Iguales)	<b>IDMGI</b>
		<b>U</b> (procedente de la Universidad)	<b>IDMU</b>
<b>Cifras sobre conocimiento del VIH-SIDA</b> (ETS en general)	<b>CCS</b> (Cifras conocimiento SIDA)	<b>FR</b> (Fieles a la realidad)	<b>CCSFR</b>
		<b>ES</b> (Existencia subregistro)	<b>CCSES</b>
<b>Iniciación relaciones sexuales</b>	<b>IRS</b> (Iniciación Relaciones Sexuales)	<b>TA</b> Tardías en chicas (desde 15 años)	<b>IRSTA</b>
		<b>TEC</b> (Tempranas en chicas. 13 años)	<b>IRSTEC</b>
		<b>TE</b> Tempranas en chicos (desde los 12 años)	<b>IRSTE</b>
<b>Frecuencia relaciones Sexuales</b>	<b>RS</b> (Relaciones Sexuales)	<b>EPE</b> (Esporádicas con pareja estable)	<b>RSEPE</b>
		<b>EPNE</b> (Esporádicas con parejas no estable)	<b>RSEPNE</b>
		<b>FPE</b> (Frecuentes con pareja estable)	<b>RSFPE</b>
		<b>FPNE</b> (Frecuentes con parejas no	<b>RSFPNE</b>

		estable)	
<b>Embarazos no deseados</b>	<b>ED</b> (Por desconocimiento)	<b>PS</b> (Parejas estable)	<b>EDPS</b>
		<b>PE</b> (Pareja esporádica)	<b>EDPE</b>
	<b>EPRI</b> (Percepción del no riesgo)	<b>PS</b> (Parejas estable)	<b>EPRIPS</b>
		<b>PE</b> (Pareja esporádica)	<b>EPRIFE</b>
<b>Machismo</b>	<b>M</b> (Machismo)	<b>EXS</b> (Expectativas sociales)	<b>MEXS</b>
		<b>EXF</b> (Expectativas familiares)	<b>MEXF</b>
		<b>EXC</b> (Expectativas culturales)	<b>MEXC</b>
<b>Diferencias ámbito rural – urbano</b> (ETS, VIH-SIDA, relaciones sexuales)	<b>DP</b> (Procedencia)	<b>RU</b> (Rural)	<b>DPRU</b>
		<b>UR</b> (Urbana)	<b>DPUR</b>
<b>Prácticas sexuales de riesgo</b> (para transmisión de enfermedades o embarazos no deseados)	<b>SRP</b> (Sin protección de barrera: el preservativo)	<b>FI</b> (Falta Información)	<b>SRPFI</b>
		<b>I</b> (Impunidad)	<b>SRPI</b>
		<b>P</b> (Pudor)	<b>SRPP</b>
		<b>AS</b> (Ausencia de estimulación)	<b>SRPAS</b>
		<b>DA</b> (Dificultad de adquisición)	<b>SRPDA</b>
		<b>MCM</b> (Medios de comunicación de masas: Internet, TV...)	<b>SRPMCM</b>
		<b>D</b> (Combinación con drogas: alcohol, marihuana...)	<b>SRPD</b>
<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>AB</b> (Anticonceptivo de barrera)	<b>PM</b> (Preservativo Masculino)	<b>ABPM</b>
	<b>AE</b> (Anticonceptivo de Emergencia)	<b>PDD</b> (Píldora del día después)	<b>AEPDD</b>
<b>Propuestas prevención VIH/SIDA</b>	<b>PEL</b> (Propuesta Educación del Líder)	<b>GI</b> (Grupo de Iguales)	<b>PELGI</b>
	<b>EI</b> (Educación e influencia)	<b>EF</b> (Educación Formal)	<b>EIEF</b>
	<b>EP</b> (Educación primaria)	<b>F</b> (Familia)	<b>EPF</b>
	<b>ED</b> (Educación divulgada)	<b>MCM</b> (Medios de comunicación de masas)	<b>EDMCM</b>
	<b>PLP</b> (Propuesta legal Prosidá)	<b>EC</b> (Ética del contagio)	<b>PLPEC</b>
	<b>E</b> (Educación general)	<b>EIG</b> (Educación e Igualdad de Género)	<b>EEIG</b>
<b>Rechazo/Discriminación hacia personas con VIH/SIDA</b>	<b>RS</b> (Rechazo Social)	<b>D</b> (Desinformación)	<b>RSD</b>
		<b>INC</b> (Información no Canalizada)	<b>RSINC</b>

		<b>IH</b> (Influencia Homofobia)	<b>RSIH</b>
		<b>IR</b> (Influencia Religión)	<b>RSIR</b>
<b>Educación para la salud en la Universidad</b>	<b>EFIS</b> (Educación Formal Integral en Salud Sexual)	<b>U</b> (Universidad)	<b>EFISU</b>
	<b>EISS</b> (Educación Informal en Salud Sexual)	<b>I</b> (Iglesia)	<b>EISSI</b>

Fuente: elaboración propia.

#### 18.4.2. Equipo de investigación (codificadores)

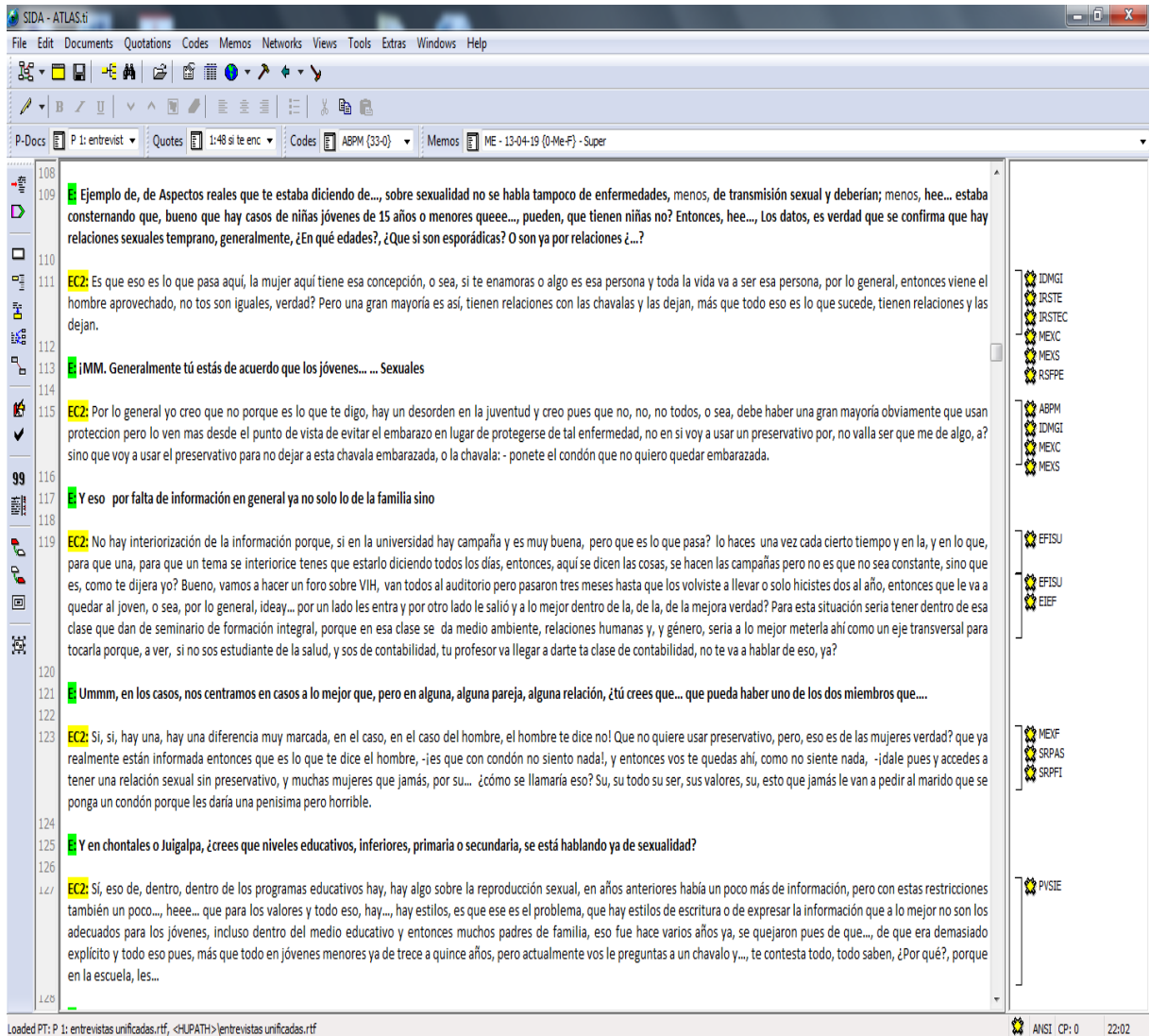
El equipo investigador encargado de la codificación de los textos está formado por Juan Agustín Morón Marchena e Itahisa Pérez Pérez, de la Universidad Pablo de Olavide y Encarnación Reyes Costales (Universidad de Sevilla). De los miembros participantes en la codificación cualitativa de las entrevistas uno es doctor en Ciencias Sociales y el mayor responsable de la tesis y supervisor de todo ello, otra es Pedagoga y experta en metodología de investigación educativa y, por último, la doctoranda.

Durante todo el proceso de análisis el equipo investigador se ha mantenido continuamente en contacto, adaptando y puliendo asperezas respecto a la parte cualitativa de la investigación. La puesta en común de ideas y la aceptación de los puntos de mejora en cada caso han sido los puntos de anclaje para terminar con un trabajo que demuestra coherencia interna en sus partes.

#### 18.4.3. Procedimiento de análisis cualitativo en Atlas.ti

La parte de codificación de las transcripciones (entrevistas y grupos de discusión) se ha realizado adjudicando exhaustivamente los códigos finales a cada unidad de análisis. Hemos empleado un nivel analítico y de abstracción altos, orientados al detalle en cada una de dichas unidades. Una muestra del tratamiento de los datos en Atlas.ti aparece en la imagen 22.

## Imagen 22. Captura de pantalla del procesamiento cualitativo de los datos mediante Atlas.ti



Loaded PT: P 1: entrevistas unificadas.rtf, <HUPATH>entrevistas unificadas.rtf

Fuente: elaboración propia.

# TERCERA PARTE: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

## CAPÍTULO VII ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CUANTITATIVO

*La paz no es solamente la ausencia de la guerra;  
mientras haya pobreza, racismo, discriminación y exclusión  
difícilmente podremos alcanzar un mundo de paz.*

**Rigoberta Menchú**



## 19. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En este capítulo nos centramos en interpretar los datos obtenidos de los cuestionarios que les pasamos a los estudiantes de la FAREM-Chontales de la UNAN-Managua.

Al ser esta primera parte descriptiva, vamos a presentar las tablas de frecuencias y gráficos de cada una de las variables analizadas.

La tabla 80 presenta la proporción de estudiantes por género en la facultad. Se puede observar que el género femenino casi duplica al masculino, lo cual se justifica de acuerdo con las estadísticas demográficas de la región y donde el porcentaje de mujeres es el doble que de hombres.

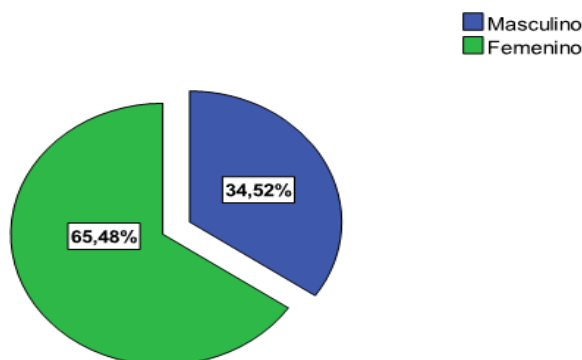
**Tabla 80. Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Masculino	232	34.5	34.5
Femenino	440	65.5	100.0
Total	672	100.0	

Fuente: elaboración propia.

En esta primera gráfica nos encontramos el porcentaje de participación en el cuestionario según el sexo. Apreciamos cómo las mujeres con un 65,48% han participado en mayor medida que los hombres, que cuenta con un 34,52%.

**Gráfico 27. Sexo**



Fuente: elaboración propia.

En la tabla 81 se presentan los porcentajes de la población de acuerdo a sus edades, donde claramente más del 75 % de la población en estudio tiene una edad inferior a 25 años, y que el 90 % de la misma es menor a 30 años, lo cual indica que la población en estudio presenta características sumamente de jóvenes.

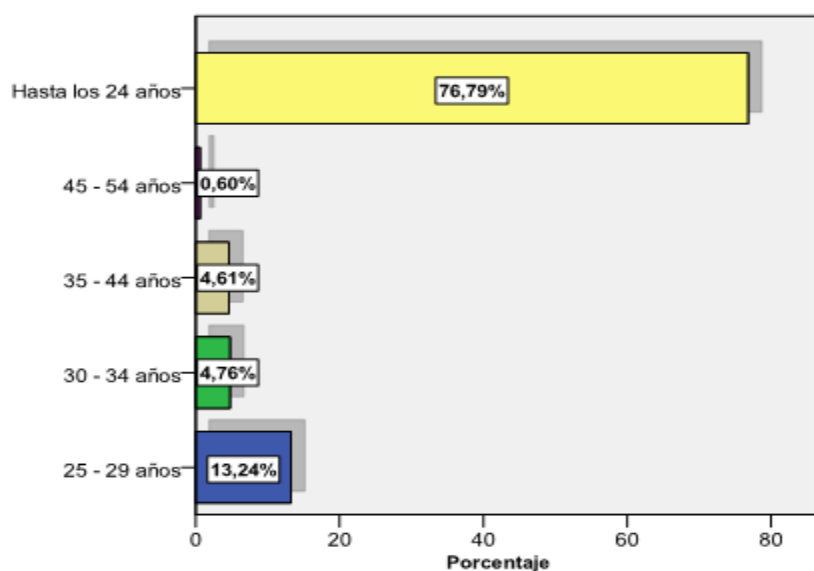
**Tabla 81. Edad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Hasta los 24 años	516	76.8	76.8
25 - 29 años	89	13.2	90.0
30 - 34 años	32	4.8	94.8
35 - 44 años	31	4.6	99.4
45 - 54 años	4	.6	100.0
Total	672	100.0	

Fuente: elaboración propia.

Si nos fijamos en la gráfica de la edad, podemos ver cómo la mayoría de los entrevistados no superan los 30 años. De estos chicos el 76,79% no superan los 24 años, seguidos con un 13,24% por aquellos jóvenes que se encuentran en una franja de edad comprendida entre los 25 y los 29 años. El porcentaje más bajo de estos encuestados los encontramos en aquellas personas que tienen entre 45 y 54 años, estas personas conforman en 0,60% del total de las personas encuestadas.

**Gráfico 28. Edad**



Fuente: elaboración propia.



Asimismo, la tabla 82 representa el porcentaje del nivel de estudios terminados por los jóvenes, donde un elevado número tiene solamente estudios de bachillerato concluidos, y se ha avanzado poco en la realización de estudios superiores a la educación media, pues solo un 5% tiene estudios de licenciatura u otro grado alcanzado.

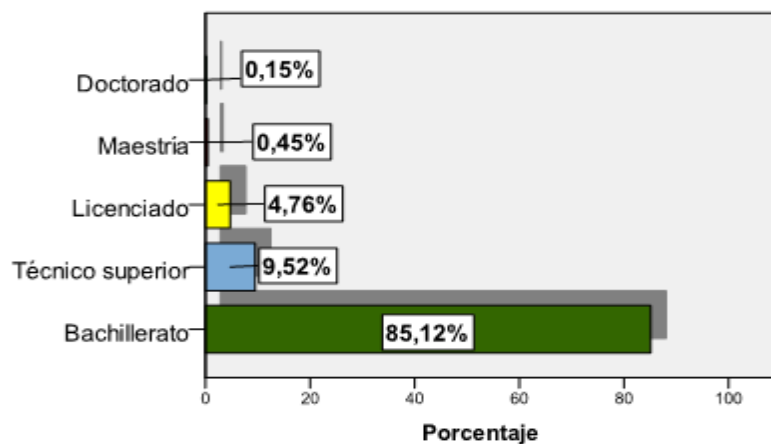
**Tabla 82. Nivel de estudios terminados**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Bachillerato	573	85.3	85.3
Técnico superior	63	9.4	94.6
Licenciado	32	4.8	99.4
Maestría	3	.4	99.9
Doctorado	1	.1	100.0
Total	672	100.0	

Fuente: elaboración propia.

Si atendemos al nivel de estudios, podemos percatarnos como en 85,12% de estos jóvenes únicamente poseen un nivel de estudios que llega hasta el bachillerato. Fijándonos en la tabla vemos como a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye el porcentaje de personas que cursan estos estudios. Podemos observar cómo detrás de la gran mayoría que sólo ha finalizado el bachiller, se encuentra con un 9,52% aquellos jóvenes que ostentan un título de técnico superior. De las personas encuestadas, solo el 0,15% tiene un nivel de estudios que llega hasta el doctorado.

**Gráfico 29. Nivel de estudios**



Fuente: elaboración propia.

Con relación al orientación sexual de los jóvenes en estudio, 3 de cada 4 de ellos son heterosexuales, mientras sólo un 3% de estos jóvenes son bisexuales u otras tendencias; y nos llama la atención que el 22% de los encuestados no quisieron responder a la pregunta por algunas razones como puede ser la desconfianza o el temor a que pudiera alguien conocer su situación al respecto.

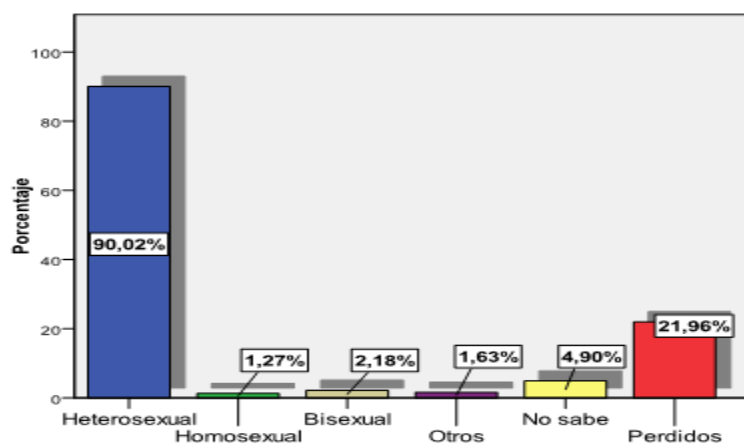
**Tabla 83. Orientación sexual**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Heterosexual	497	74.0	74.0
	Homosexual	7	1.0	75.0
	Bisexual	12	1.8	76.8
	Otros	9	1.3	78.1
	No sabe	27	4.0	82.1
	No contesta	120	17.9	100.0
	Total	672	100.0	

Fuente: elaboración propia.

En la gráfica número 30 observamos cómo la inmensa mayoría de estudiantes (90,02%) dice ser heterosexual, frente a un 1,27% que se declara homosexual. Algo llamativo a señalar es que existe un 21,96% de casos perdidos, es decir, que no han querido contestar a esta pregunta.

**Gráfico 30. Orientación sexual**



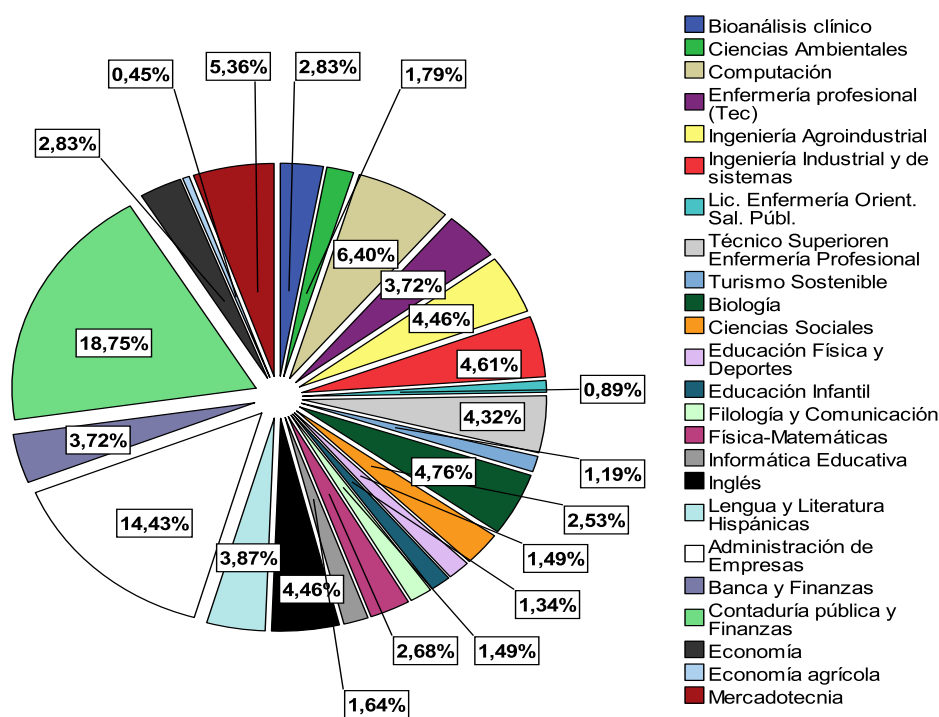
Fuente: elaboración propia.

Una vez expuestas las tablas de frecuencias y gráficos correspondientes a las variables independientes, a continuación realizamos el análisis descriptivo del resto de las preguntas del cuestionario, para analizar el conocimiento que tiene el alumnado de la FAREM-Chontales con respecto al VIH/SIDA, sus percepciones y prácticas de riesgo.

Ahora nos centramos sólo en los gráficos, ya que consideramos se aprecia mejor los datos distribuidos según su porcentaje.

A través de la gráfica 23, podemos conocer cuáles son aquellas carreras que actualmente oferta la Facultad Regional Multidisciplinar de Chontales de la UNAN-Managua. Si nos fijamos en esta gráfica, podemos ver que las dos carreras más demandada por los alumnos son las carreras de Contaduría pública y finanzas con un 18, 75% y Administración de empresas con un 14, 43%, ambas carreras pertenecen a la disciplina de las ciencias sociales, son carreras vinculadas al mismo ámbito y que están muy relacionadas entre sí.

**Gráfico 31. Carrera que cursa en la actualidad**



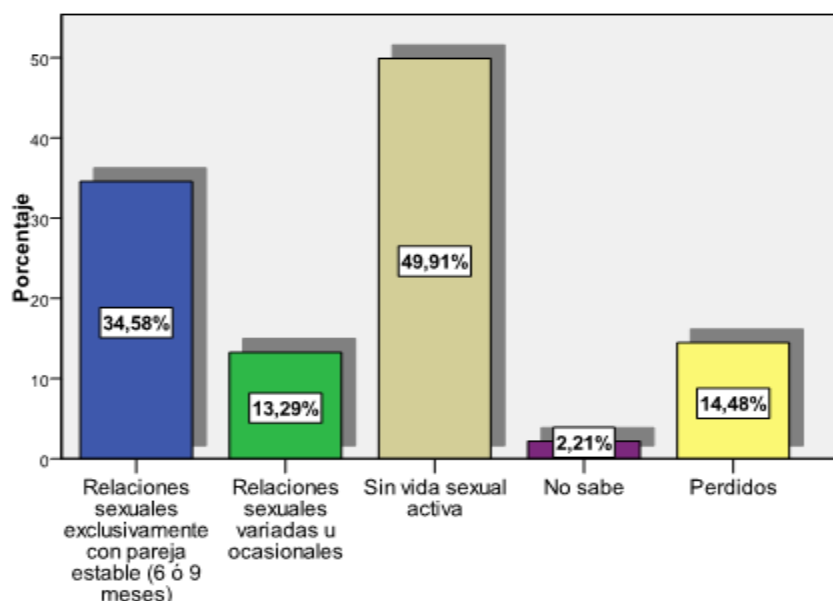
Fuente: elaboración propia.

En el gráfico 32 con respecto a los hábitos sexuales de los estudiantes, podemos contemplar cómo casi el 50% de los alumnos afirma no tener una vida

sexual activa, seguidamente con un 34,58% dicen que únicamente mantiene relaciones sexuales con una pareja estable (parejas que llevan entre 6 y 9 meses de relación), sólo un 13,29% de estos jóvenes afirma tener relaciones sexuales variadas u ocasionales. Al igual que en la gráfica anterior, hay que señalar que un 14,48% de los estudiantes entrevistados no han querido contestar a esta pregunta, por lo que existe un considerable porcentajes de casos perdidos.

Podemos pensar que el alto número de casos perdidos se debe a que los encuestados tienen cierto reparo a la hora de hablar de su orientación y de su vida sexual. Puede existir la posibilidad de que muchos jóvenes hayan mentido en su respuesta, y en su lugar hayan contestado con la respuesta más legítima, es decir, que no han sido capaces de admitir su homosexualidad, o bisexualidad y hayan contestado que son heterosexuales. En relación a la vida sexual ha podido suceder lo mismo, los chicos tal vez han contestado que no tienen una vida sexual activa o que únicamente mantiene relaciones con parejas estables porque piensan que es la mejor opción, la que está mejor vista por la sociedad, tal vez el porcentaje de las demás opciones es menor porque piensan que son opciones menos aceptadas por la sociedad.

**Gráfico 32. Hábitos sexuales**

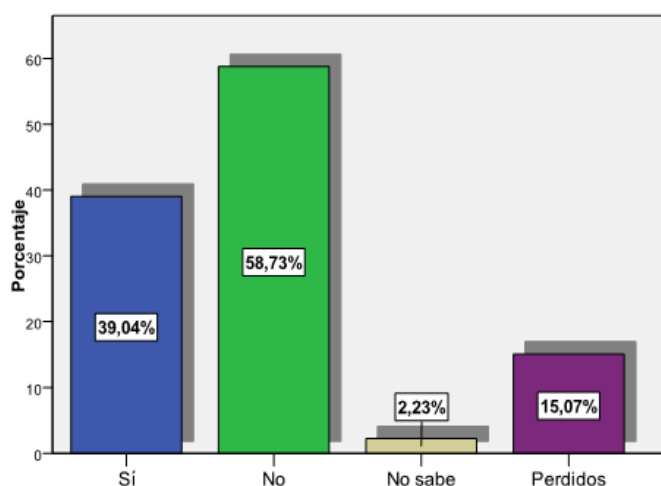


Fuente: elaboración propia.

En esta gráfica podemos observar el porcentaje de jóvenes que utilizan métodos anticonceptivos y de jóvenes que no usa ninguno de estos métodos. Llama la atención que un gran porcentaje de estos estudiantes (58,73%) afirma no utilizar ningún método anticonceptivo, por el contrario un 39,04% declara sí utilizar alguno de estos métodos. Algo significativo es que un 17,30% de estos jóvenes, por algún motivo no han sabido o no han querido contestar a esa pregunta.

Es significativo el porcentaje de encuestados que afirman no utilizar métodos anticonceptivos, la mayoría de estos encuestados tienen un cierto nivel de estudios, por lo que se presupone que conocen los riesgo que puede llevar el mantener relaciones sexuales sin la utilización de estos métodos. Si este porcentaje estuviera dividido por franjas de edades nos sería más fácil de analizar, ya que podríamos conocer si son los más jóvenes los que dicen que no utilizan anticonceptivos o si por el contrario gran parte de este porcentaje corresponde a personas de mayor edad (las cuales pueden estar casadas, intentando tener hijos etc., por lo que se entendería que no utilizaran ningún método anticonceptivo).

**Gráfico 33. ¿Utiliza algún método o métodos anticonceptivos habitualmente?**



Fuente: elaboración propia.

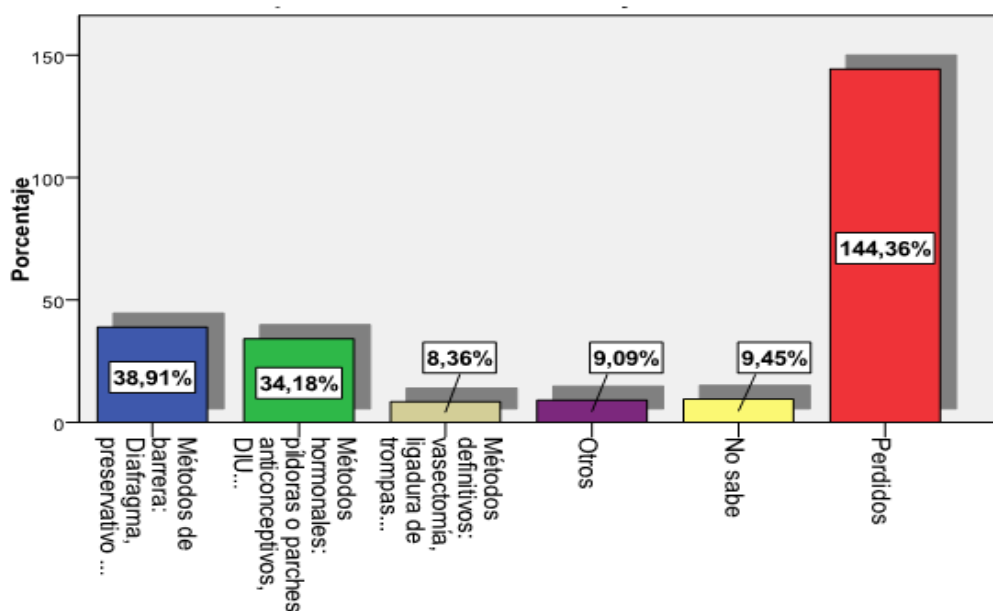
En la gráfica 34 podemos contemplar cuales son los métodos anticonceptivos que más utilizan los estudiantes encuestados. Del 39,04% de jóvenes que afirman utilizar algún método anticonceptivo, podemos comprobar a través de la gráfica como el 38,91% dicen utilizar métodos anticonceptivos de barrera (preservativos/diafragma), seguidos por un 34,18% que utilizan métodos hormonales (parches,

píldoras, DIU, etc.), sólo un 8,36% afirma utilizar métodos anticonceptivos permanentes (vasectomía, ligadura de trompas...). Algo que llama mucho la atención es el altísimo porcentaje de casos perdidos que existe, este porcentaje asciende a un 144,36% de los jóvenes que contestaron que si utilizaban algún método anticonceptivo.

De las personas que utilizan métodos anticonceptivos, la mayoría utilizan métodos de barrera, los cuales no sólo evitan embarazos no deseados, sino que también evitan el contagio de enfermedades de transmisión sexual, en cambio, el resto de estos métodos lo único que evitan son los embarazos, pero no nos libra de poder contraer algún tipo de enfermedad. Es relevante el alto número de casos perdidos, ya que la utilización de métodos anticonceptivos no está mal vista por la sociedad nicaragüense en concreto.

Esta información es de gran interés para el tema que estamos estudiando. Como hemos mencionado anteriormente, el preservativo es uno de los métodos más sencillos y eficaces para luchar contra el VIH. Como hemos podido observar en la gráfica anterior son pocos los jóvenes que utilizan este método en sus relaciones sexuales.

**Gráfico 34. En caso afirmativo, ¿Qué tipo de método o métodos?**

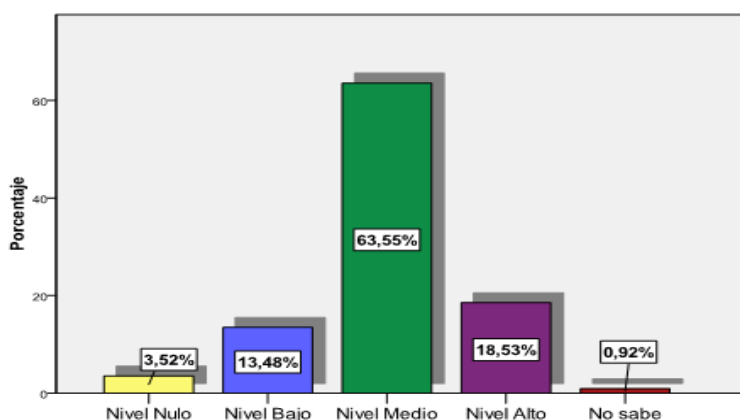


Fuente: elaboración propia.

En la gráfica 35 se muestra el conocimiento y percepción que los estudiantes creen tener a cerca del SIDA. Comprobamos como un 63,55 % de los estudiantes afirma poseer un nivel medio sobre esta enfermedad, un 18,53% de estos jóvenes dice tener un alto nivel de conocimiento sobre el SIDA, seguido de un 13, 48% que alegan que su conocimiento sobre esta enfermedad es bajo.

Hoy día el conocimiento y difusión sobre la enfermedad del SIDA es mayor, para así lograr prevenir la enfermedad e intentar evitar su contagio; además, actualmente el VIH no es un tema tabú, por lo que la sociedad habla con más libertad sobre ella.

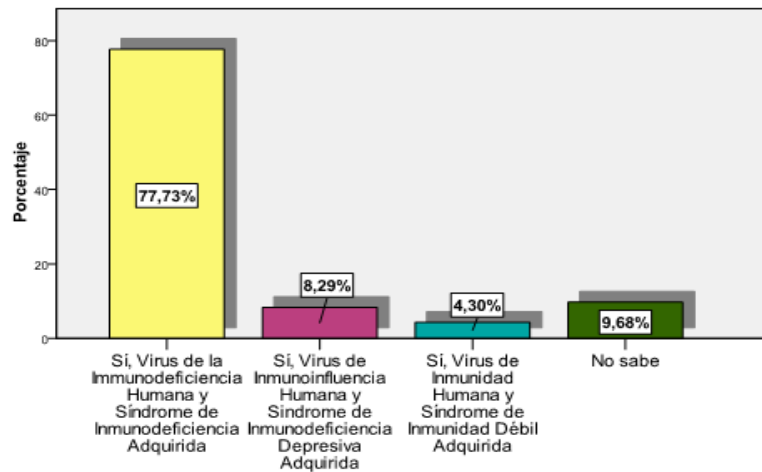
**Gráfico 35. Valore su nivel de conocimiento sobre el SIDA**



Fuente: elaboración propia.

En el gráfico 36, se pregunta sobre el significado de las siglas VIH y SIDA. Observando la tabla podemos concluir que gran parte de la muestra estudiada conoce el significado de ambas siglas. También debemos decir que la suma de las personas que han confundido su respuesta y de la personas que han contestado “no se” hace un total de un 22,27% de estudiantes que no conocen el significado de estas siglas.

**Gráfico 36. ¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA?**

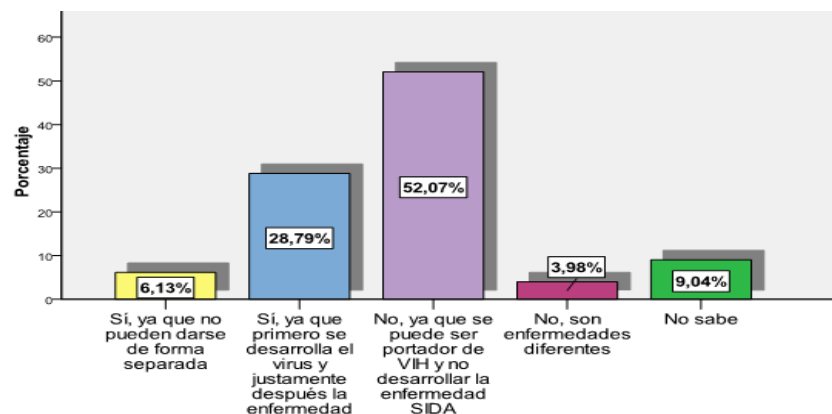


Fuente: elaboración propia.

Tras observar la gráfica 37, podemos contemplar cómo que el 52,07% de los estudiantes sabe que tener el VIH no significa tener también SIDA, estas personas saben que se puede tener el VIH y ser portador del virus pero no tiene por qué desarrollar la enfermedad del SIDA. El 9,04% ha contestado que no lo sabían y el 38,90% restante han errado en la contestación, por lo que podemos entender que su conocimiento sobre este tema no es muy alto.

Para ser jóvenes con un cierto nivel educativo, y haber afirmado que tienen un nivel medio o alto sobre el SIDA, no es muy alto el porcentaje de encuestados que saben que se puede ser portador de la enfermedad pero que eso no tiene porqué significar que se tenga el SIDA.

**Gráfico 37. ¿Cree que toda persona con VIH tiene SIDA?**

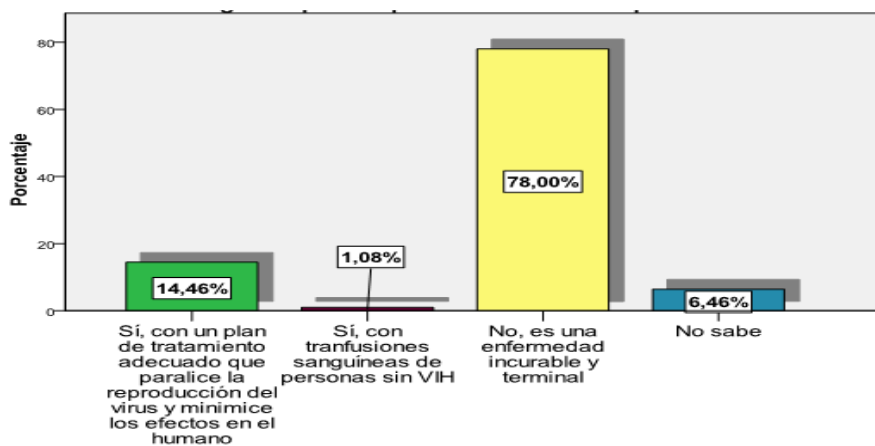


Fuente: elaboración propia.



La siguiente gráfica nos muestra que el 78% de los jóvenes estudiantes saben que el SIDA es una enfermedad incurable y terminal, sin embargo existe un 15,54% que creen que la enfermedad se puede curar con un tratamiento adecuado o con transfusiones sanguíneas, también existe un 6,46% que no sabe si el SIDA es una enfermedad curable o incurable.

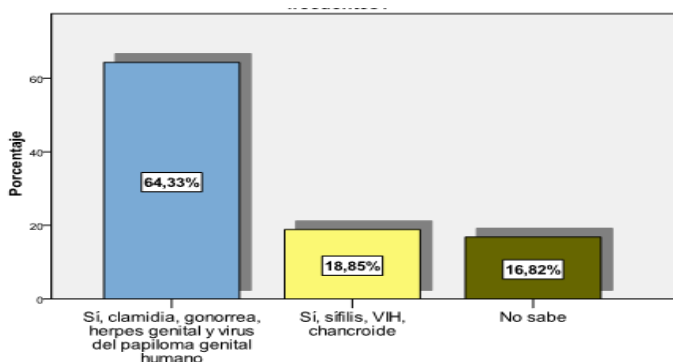
**Gráfico 38. ¿Cree que una persona con SIDA se puede curar?**



Fuente: elaboración propia.

Estos dos gráficos siguientes nos muestran la percepción que tienen los estudiantes sobre cuáles son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Podemos observar como la mayoría de los estudiantes piensan que las infecciones de transmisión sexual más comunes son: las clamidias, la gonorrea, el virus del papiloma genital humano y en segundo lugar con 18'85% está la sífilis, el chancroide y el VIH.

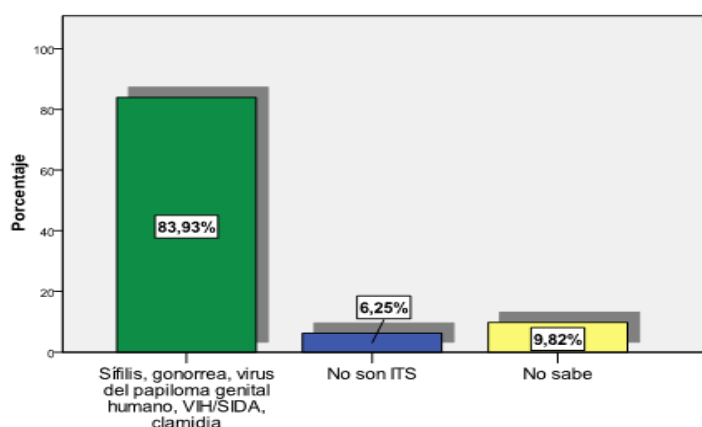
**Gráfico 39. ¿Sabe cuáles son las Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes?**



Fuente: elaboración propia.

El tema central que nos interesa conocer es la problemática del VIH/SIDA, por lo que afecta social e individualmente a la vida de los individuos que la padecen. En la línea de la pregunta anterior, afortunadamente el SIDA no es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente, como aparece en las respuestas de los estudiantes, esto es simplemente la percepción que tienen los estudiantes pero esto no quiere decir que realmente sea así.

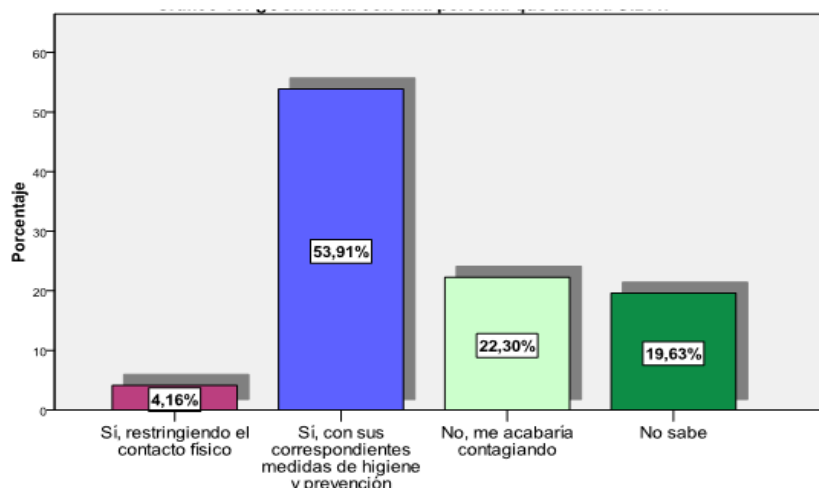
**Gráfico 40. Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, indique algunas de ellas**



Fuente: elaboración propia.

A la pregunta ¿Conviviría con una persona que tuviera SIDA? (gráfica 41) algo más de un 58% de estudiantes afirma que sí convivirían con una persona enferma de SIDA, por el contrario, un 22,30% de los estudiantes dicen que no vivirían con una persona que padezca esta enfermedad, ya que creen que se acabarían infectando. También es significativo el porcentaje de estudiantes que no saben si convivirían o no con una persona afectada con la enfermedad del SIDA.

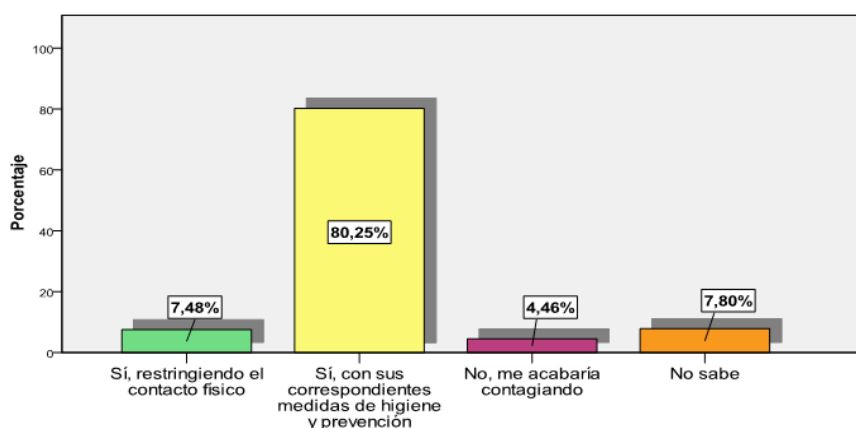
**Gráfico 41. ¿Conviviría con una persona que tuviera SIDA?**



Fuente: elaboración propia.

Con los datos obtenidos de esta gráfica podemos afirmar que la mayoría de los estudiantes (87,73) aceptaría y toleraría relacionarse con personas afectadas por el SIDA en el ámbito laboral, únicamente un 4,46% de los jóvenes no estaría dispuesto a relacionarse con estas personas por miedo a terminar contagiando la enfermedad.

**Gráfico 42. ¿Aceptaría en su lugar de trabajo o estudio a una persona con SIDA?**



Fuente: elaboración propia.

Con la siguiente pregunta se quiere saber si los jóvenes seguirían manteniendo relaciones sexuales con su pareja, si ésta está afectada con la enfermedad del SIDA. Un 28,06% afirman que seguirían manteniendo relaciones

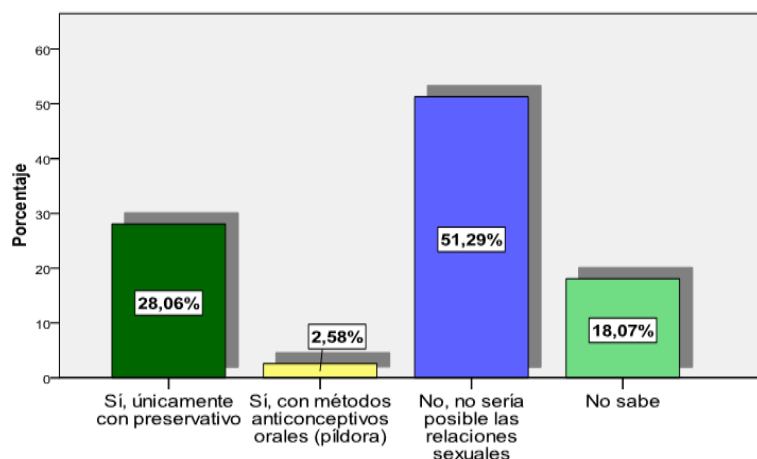
sexuales pero siempre utilizando preservativo para así no contraer la enfermedad, un 2,58% de los estudiantes dicen que seguirían manteniendo relaciones sexuales con su pareja pero utilizando métodos anticonceptivos orales, lo cual puede evitar un embarazo, pero no puede evitar el contagio de la enfermedad. Y un 51,09% de estos estudiantes dicen que no mantendría relaciones sexuales con sus pareja si ésta estuviese enferma con el SIDA, por último apreciamos que existe un 18,07% de estudiantes que no saben si seguirán o no manteniendo relaciones sexuales con sus parejas si estas estuvieran afectadas por la enfermedad mencionada anteriormente.

Viendo esta gráfica y las anteriores nos surge el interrogante de si la sociedad no tiene muchos problemas a la hora de mantener relaciones de amistad con personas con SIDA, pero cuando ya entramos en un tema más personal como son las relaciones sexuales aparecen más reparos a la hora de mantener relaciones sexuales con personas enfermas de SIDA.

Con estos datos entendemos que no nos importa ser amigos o trabajar con una persona afectada por el VIH porque sabemos que no nos puede contagiar ya que no mantenemos relaciones sexuales con ellos, sin embargo cuando es nuestra pareja la que está infectada por el SIDA es cuando aparecen los problemas. Muchas personas dejarían de mantener relaciones sexuales (incluso utilizando preservativo) por miedo al contagio, ya que estos métodos en raras ocasiones pueden fallar.

Resulta preocupante la existencia de personas que seguirían manteniendo relaciones sexuales sin protección si sus parejas estuvieran afectadas por el VIH, creo que es una manera de exponerse a una enfermedad, por lo que si existen métodos que pueden evitar el contagio ¿por qué no los utilizan? Esta respuesta no concuerda mucho con las dadas anteriormente, ya que si realmente tienen un nivel alto sobre la enfermedad resulta incomprensible que den ahora esta respuesta.

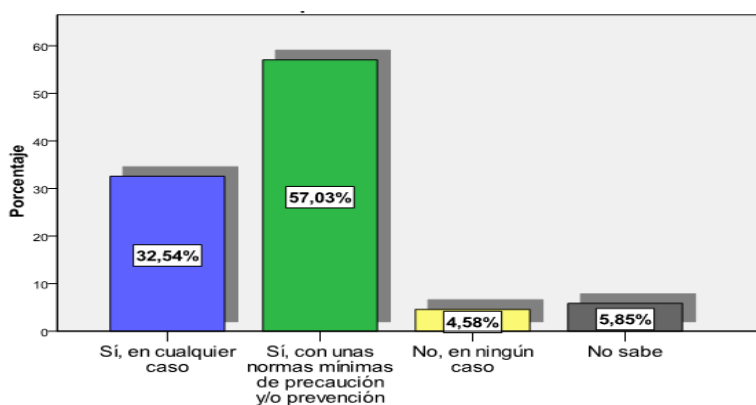
**Gráfico 43. Si su pareja tuviera SIDA, ¿seguiría manteniendo relaciones sexuales con ella?**



Fuente: elaboración propia.

Con los datos obtenidos de la gráfica 44 podemos afirmar que el 32,54% de los estudiantes seguiría manteniendo relaciones de amistad con una persona enferma de SIDA, vemos como un 57,03% seguiría manteniendo relación de amistad pero manteniendo unas normas de prevención. Por otro lado nos encontramos con un 4,58% de jóvenes que afirman que no seguirían manteniendo una relación de amistad con alguien que estuviera enfermo de SIDA, y un 5,85% no tiene claro si seguiría o no manteniendo relación de amistad con una persona afectada por esta enfermedad.

**Gráfico 44. ¿Seguiría manteniendo relaciones de amistad con una persona que tuviera SIDA?**



Fuente: elaboración propia.

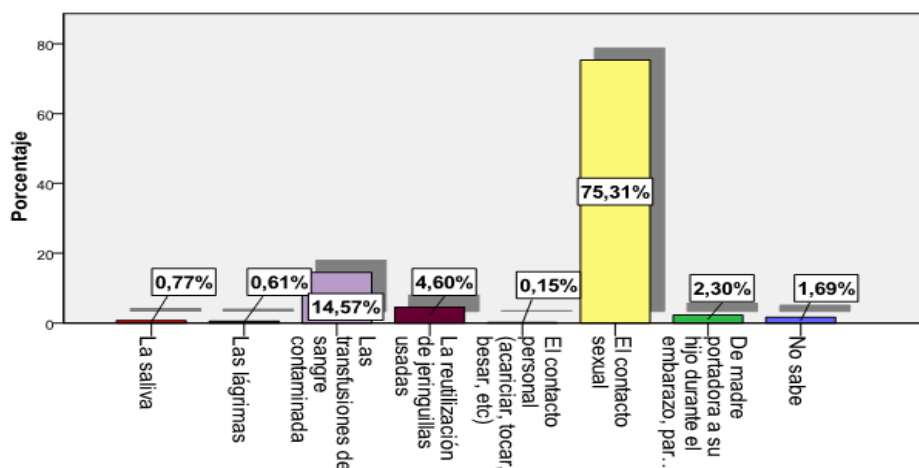
Si bien es una inmensa mayoría (80,25%) quien dice no tener problemas por convivir con una persona con SIDA en su medio académico o laboral (gráfico 42) y casi un 90% quien mantendría relaciones de amistad con personas con SIDA (gráfico 44), es en el ámbito privado o más íntimo donde estas relaciones o contactos se toleran menos. Más del 40% de estudiantes que dice que no conviviría o que no sabe si lo haría con una persona con SIDA llega hasta unas cifras realmente altas cuando se pregunta si seguirían manteniendo relaciones sexuales con su pareja si ésta contrajese el SIDA.

Hay que recordar que el contagio del SIDA no es tan fácil, que nadie se contagia de esta enfermedad por vivir, relacionarse o tratar a una persona enferma, que en este caso el contagio sólo sería posible a través de relaciones sexuales sin protección, ya que el VIH no se contagia ni por el contacto, ni por la saliva como algunas personas creen.

Por otra parte, y tras observar la gráfica 45, podemos decir que existe una minoría de los estudiantes encuestados (1,53%) que están confundidos, ya que el SIDA no se trasmite ni por la saliva, ni por las lágrimas ni por el contacto personal. El 75,31% de estudiantes conoce que la enfermedad se transmite mediante el contacto sexual. Sin embargo, el resto de vías de contagio son bastante desconocidas. Sólo el 14,57% sabe que es posible el contagio por la transfusión sanguínea y únicamente el 2,30% que se puede contraer la infección desde una madre portadora a su hijo durante el embarazo.

Observando esta gráfica podemos apreciar cómo existe una cierta incongruencia en las respuestas de los encuestados. Anteriormente afirmaron tener un nivel medio/alto sobre el conocimiento del SIDA, pero esto no concuerda con las respuestas dadas en esta pregunta, ya que si su nivel de conocimiento e información fuera alto sabrían que el sexo no es la única forma de contagio, sino que el VIH también se puede contraer por transfusiones sanguíneas contaminadas (lo que ocurre rara vez, ya que existe un alto control sanitario), reutilización de jeringuillas afectadas por la enfermedad o de madres portadora de la enfermedad a su hijo durante el embarazo.

**Gráfico 45. Según su información, la enfermedad se transmite a través de...**

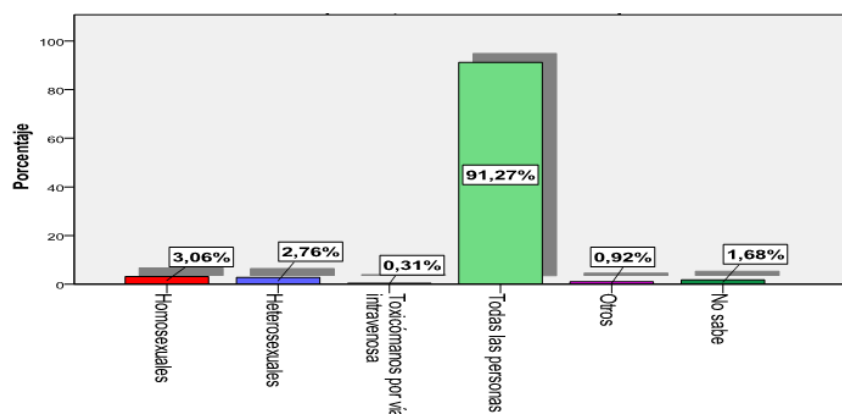


Fuente: elaboración propia.

Un 91,27% de los alumnos entrevistados han contestado que al VIH están expuestas “todas las personas”, sin distinción de orientación sexual o hábitos de drogodependencias. Únicamente un 0,31% de los estudiantes creen que el VIH solo puede afectar a toxicómanos.

Hace años se pensaba que el VIH era una enfermedad a la cual sólo estaban expuestos los homosexuales y los toxicómanos, actualmente esta percepción sobre la exposición a la enfermedad ha cambiado y la sociedad cada vez es más consciente de que todo el mundo está expuesto a poder contagiarse.

**Gráfico 46. En su opinión, al VIH sólo están expuestos**

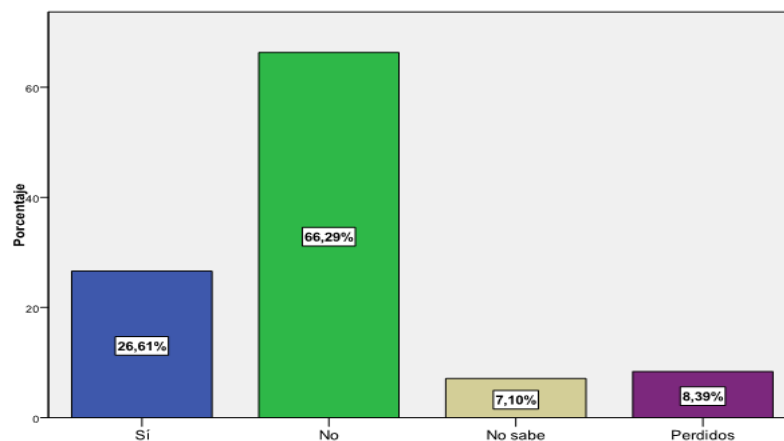


Fuente: elaboración propia.

La pregunta 21 del cuestionario la hemos dividido en diferentes gráficas en función de las respuestas que han dado los estudiantes. De esta manera se puede apreciar qué medios consideran ellos más importantes, dentro de su lógica o su información, para evitar la infección.

En primer lugar, cuando preguntamos por “no beber del mismo vaso que un enfermo”, nos encontramos con una gran diversidad de respuestas. El 66,29% sabe que compartir un vaso de agua con una persona afectada por el VIH no supone ningún riesgo de contagio, sin embargo existe un 26,61% de estudiantes cree todo lo contrario, y piensan que bebiendo del mismo vaso que un enfermo se pueden contagiar, por último observamos cómo el 15,49% no sabe o no ha querido contestar a esta pregunta por diferentes motivos. Esto sigue demostrando que el conocimiento sobre el SIDA no es tan alto como afirman tener.

**Gráfico 47. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, no beber del mismo vaso que un enfermo sería un medio para evitar la infección**

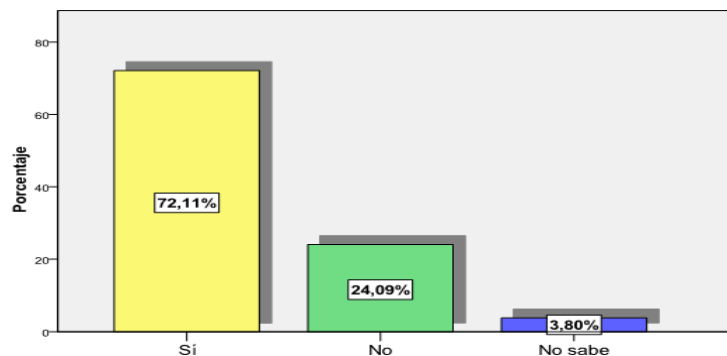


Fuente: elaboración propia.

Con respecto a “usar jeringuillas desechables”, una gran mayoría de los jóvenes (72,11%) saben y entienden que el uso de jeringuillas desechables es un medio preventivo para evitar el contagio del SIDA, sólo un 24,09% de estos chicos no está de acuerdo con la afirmación planteada en esta pregunta, para estos jóvenes no existe relación entre la utilización de las jeringuillas y la prevención del VIH.



**Gráfico 48. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, usar jeringuillas desechables sería un medio para evitar la infección**

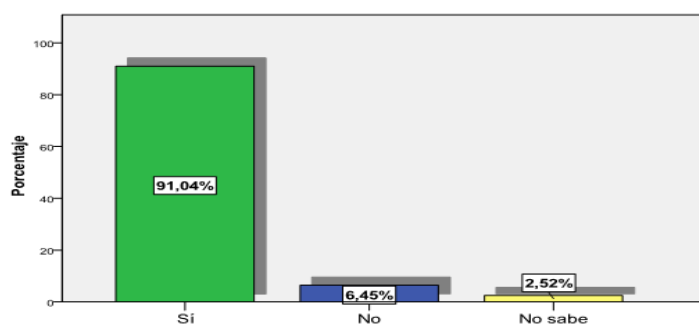


Fuente: elaboración propia.

Con respecto a “*tener una pareja estable*”, la casi totalidad de entrevistados (91,04%) opina que es un buen método para prevenir la enfermedad, únicamente un 6,45% de los entrevistados creen que el hecho de tener una pareja estable no es un medio para evitar esta enfermedad.

El tener una pareja estable no hace que no puedas contagiarte, el método más eficaz contra el contagio es la utilización de métodos anticonceptivos de barrera que son los que verdaderamente evitan el contagio en las relaciones sexuales, ya sea con una pareja estable o con parejas esporádicas

**Gráfico 49. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, tener una pareja estable sería un medio para evitar la infección**

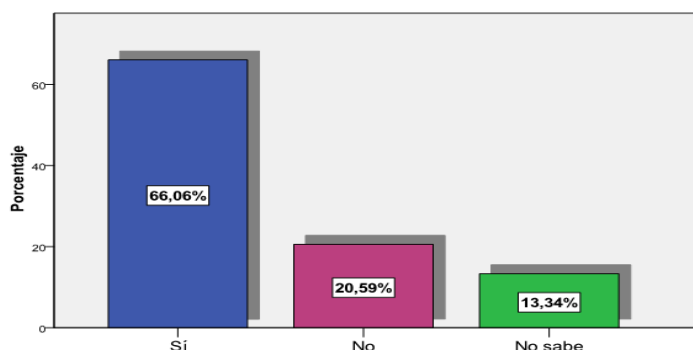


Fuente: elaboración propia.

Por último, en esta pregunta con respecto a “no realizar el coito sin protección”, en la siguiente gráfica observamos cómo el 66,06% de los estudiantes creen que mantener relaciones sexuales con protección puede prevenir el contagio

del SIDA, en cambio vemos como casi un 21% no encuentra relación entre el sexo con protección y la prevención del SIDA.

**Gráfico 50. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, no realizar coito sin protección sería un medio para evitar la infección**

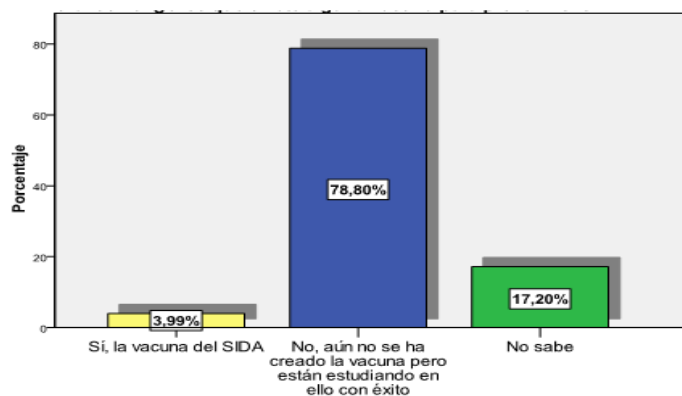


Fuente: elaboración propia.

En la gráfica 51 comprobamos cómo una gran mayoría de los jóvenes (78,80%) sabe que actualmente no existe ninguna vacuna que cure esta enfermedad, en cambio existe un 3,99% de estudiantes que tienen la falsa creencia de que existe una vacuna que cura el VIH, es llamativo el porcentaje de estudiantes que no sabe si existe o no una vacuna contra el SIDA (17,20%).

Es posible que algunos jóvenes hayan contestado que sí existe una vacuna contra el VIH porque estén un poco confundidos. Actualmente no existe ninguna vacuna que cure esta enfermedad, pero sí que existen diferentes tratamientos que mejoran la calidad de vida de estas personas, además hoy en día el SIDA ha dejado de ser una enfermedad mortal, y de ahí puede provenir el error de estas personas.

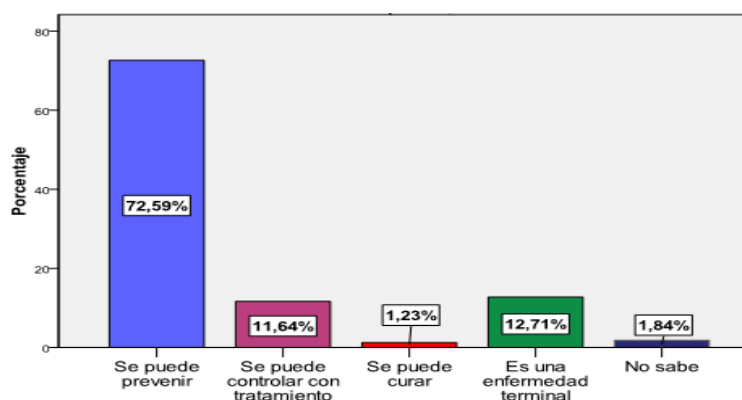
**Gráfico 51. ¿Cree que existe alguna vacuna para prevenir el SIDA?**



Fuente: elaboración propia.

El 72,59% entiende que el SIDA se puede prevenir (utilizando métodos anticonceptivos de barrera, no utilizando jeringuillas usadas, llevando un control en las transfusiones de sangre) el 11,64% opina que se puede controlar con tratamiento (que aunque hoy día es una enfermedad incurable para la que no hay solución, sí que existen diferentes tratamientos que ayudan a controlar y frenar el avance de la enfermedad) pero casi un 13% identifica al SIDA con una enfermedad terminal, y únicamente un 1,23% de los estudiantes está confundidos, ya que creen que el SIDA es una enfermedad que se puede curar.

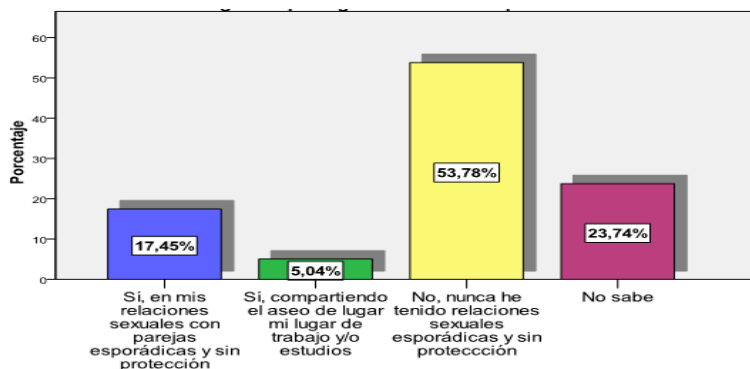
**Gráfico 52. En su opinión, el SIDA...**



Fuente: elaboración propia.

Respecto a la exposición al virus, las respuestas son muy interesantes de comentar, ya que pueden ser un poco contradictorias. Anteriormente estos estudiantes en su gran mayoría habían dicho que todos estamos expuestos a poder contraer el SIDA, sin distinción de tendencias sexuales, en cambio viendo esta gráfica observamos cómo el 58,78% piensan que nunca han estado expuestos a contraer el VIH, ya que afirman no tener relaciones sexuales esporádicas y sin protección. Apreciamos como el 17,45% de los estudiantes son conscientes de que alguna vez han estado expuestos al SIDA, ya que han mantenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección. Vemos como un 5,04% creen que están expuestos a contraer el virus por el simple hecho de compartir aseo, o lugar de trabajo con una persona enferma, por último debemos mencionar que el porcentaje de personas que no han contestado es un porcentaje considerable, ya que se acerca al 24% (23,74%).

**Gráfico 53. ¿Cree que alguna vez se ha expuesto al VIH?**

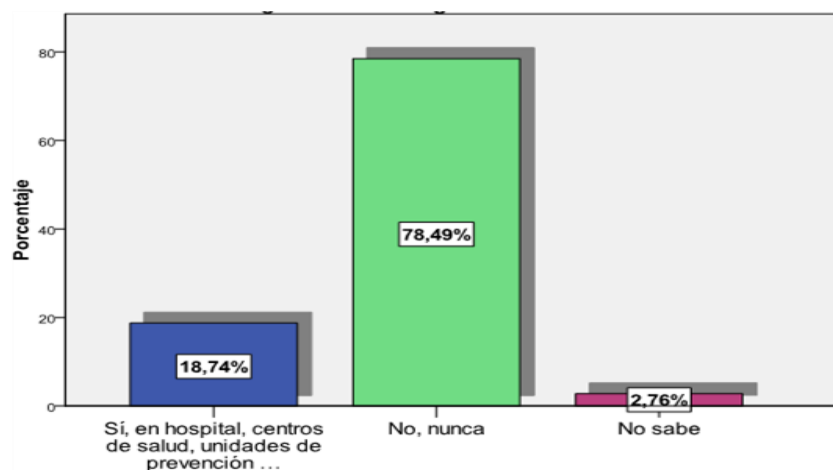


Fuente: elaboración propia.

La gráfica 54 nos muestra el porcentaje de estudiantes que alguna vez se ha realizado una prueba de VIH y el porcentaje de jóvenes que afirman no haberse realizado nunca esta prueba. Podemos observar cómo un 78,49% de estos jóvenes afirma no haberse realizado nunca una prueba de VIH, frente a un 18,74% que admite haberse realizado esta prueba alguna vez en su vida.

Aunque los jóvenes afirman que todos estamos expuestos a contraer la enfermedad, parece que existe un cierto reparo a la hora de hablar del VIH. Por lo que vemos en esta gráfica la mayoría de los encuestados no creen haber estado expuestos al SIDA, ya que si lo pensaran se hubieran realizado alguna vez esta prueba. Aunque la encuesta garantiza el anonimato, es una pregunta muy personal y puede que los jóvenes no sean totalmente sinceros en sus respuestas. Se sigue observando una contradicción ya que, si anteriormente habían afirmado que todos estamos expuesto a contraer el VIH, ¿por qué el porcentaje de personas que se han realizado la prueba es tan bajo?

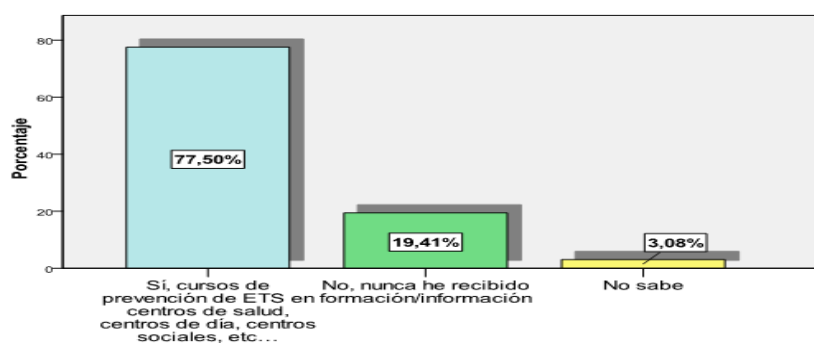
**Gráfico 54. ¿Se ha hecho alguna vez un test de VIH?**



Fuente: elaboración propia.

Aquí aparecen una serie de cuestiones que tienen que ver con la formación, información y educación sanitaria. Un 77,50% afirma haber recibido formación o información específica sobre VIH/SIDA en centros de salud, centros sociales, etc. pero hay más de un 22% que no sabe o directamente afirma no haber recibido nunca información de este tipo. Por tanto, detecta una carencia de información en al menos un quinto de la población estudiantil. Esta proporción es bastante concordante con los resultados a todas las preguntas donde, como ya hemos visto anteriormente, hay un núcleo de alumnos relativamente bien informados junto a un grupo significativo de éstos con bastantes lagunas en este tema.

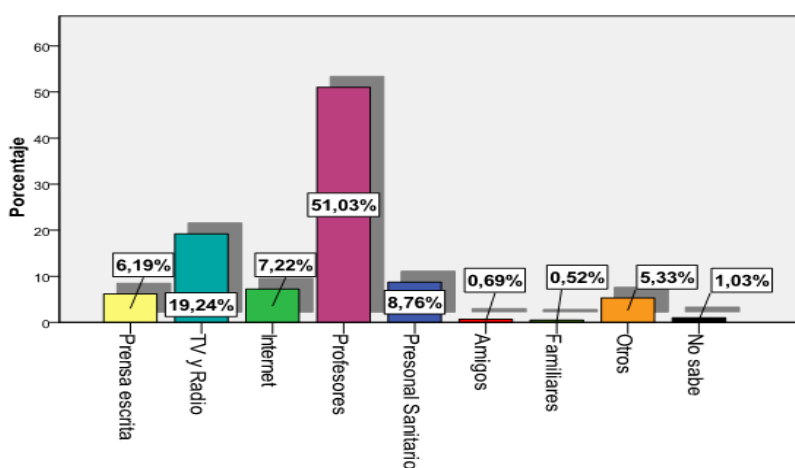
**Gráfico 55. ¿Ha recibido algún tipo de formación/información específica sobre SIDA?**



Fuente: elaboración propia.

Aquellos jóvenes que afirman haber recibido formación e información sobre el VIH, lo hace a través de diferentes diversos medios. El porcentaje más algo, un 51,03%, afirma haber recibido esta información a través de sus profesores, un 32,65% dicen haber recibido esta información mediante algún medio de comunicación (prensa, tv, radio o internet), sólo un 8,76% de los estudiantes han contestado que conocen la enfermedad gracias al personal sanitario. Y un 6,54% de los estudiantes comentan haber recibido la información del SIDA a través de amigos, familiares u otras personas.

**Gráfico 56. En caso afirmativo, esta formación/información proviene de...**



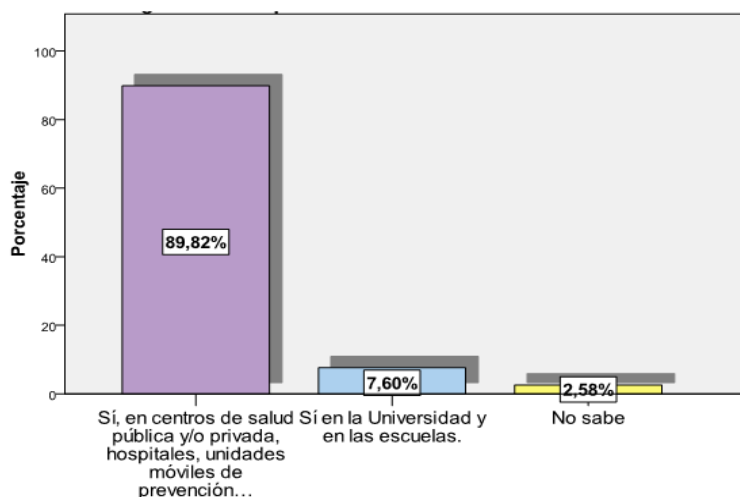
Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con este tema, es interesante comprobar cómo, a pesar de que se acaba de decir que la mayoría de informaciones provenían de los profesores, cuando se les pregunta si saben dónde recabar información sobre el tema sólo el 7,60% dice poder encontrarla en Universidades y escuelas frente a una inmensa mayoría de casi un 90% que entiende que esta información la puede obtener fundamentalmente en centros de salud y hospitales. Estos resultados podrían sugerir que, si bien se identifica a los centros de salud como los lugares idóneos donde encontrar información o formación sobre el tema, al final ésta se obtiene por medios menos sistemáticos, aunque dentro de contextos formales: no es en las Universidades y escuelas el lugar idóneo donde encontrar información actualmente pero, en cambio, es donde finalmente se obtiene.

Esto puede suceder porque las personas que solicitan esta información tienen más confianza con sus profesores que con el personal sanitario de un hospital. Los

colegios y universidades son lugares más informales de conseguir esta información, además es más fácil y cómodo pedir información en un lugar al que acudimos todos los días que tener que desplazarnos a un hospital o centro de salud a recibir este tipo de información.

**Gráfico 57. ¿Sabe dónde puede encontrar información sobre VIH/SIDA?**

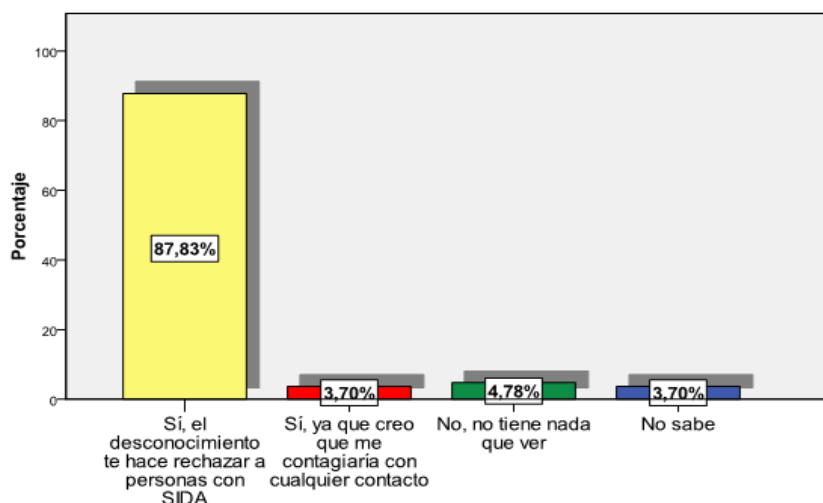


Fuente: elaboración propia.

La gráfica 58 pretende mostrar cómo el desconocimiento sobre el SIDA provoca rechazo hacia las personas que padecen esta enfermedad. Comprobamos cómo un 87,83% de los estudiantes creen que la falta de información conlleva un rechazo hacia estos enfermos, frente a un 4,78% que opinan que el rechazo a estos enfermos no está relacionado con la información que se pueda tener sobre la enfermedad.

La información sería una buena herramienta para evitar prejuicio, discriminación y rechazo hacia las personas contagiadas con el virus del VIH, porque el desconocimiento de muchas personas les hace tener miedo y reparo a la hora de relacionarse con personas contagiadas con el VIH.

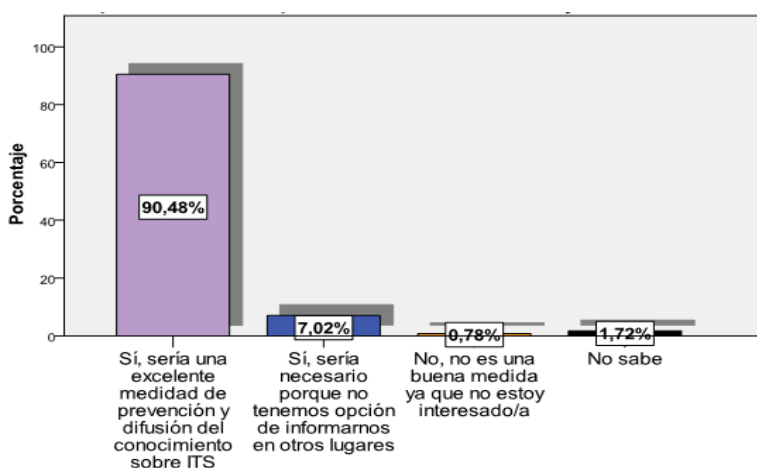
**Gráfico 58. ¿Cree que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA?**



Fuente: elaboración propia.

Esta última gráfica nos muestra cómo un 90,48% de los estudiantes creen que para evitar el rechazo, sería una buena idea la implantación de Educación para la salud en escuelas y Universidades, el 7,02% piensan que recibir información sobre el VIH en las escuelas es una buena idea ya que les resulta complicado acceder a esta información desde otros lugares, únicamente un 0,78% no ve claro la implantación de Educación para la salud en las escuelas, ya que este pequeños porcentaje de jóvenes afirma no estar interesados en este tema.

**Gráfico 59. ¿Considera que para evitar actitudes de rechazo una solución sería implantar educación para la salud en las escuelas y Universidades?**



Fuente: elaboración propia.



## **20. ANÁLISIS DEL COEFICIENTE DE CONTINGENCIA**

Tras el análisis descriptivo de los resultados del cuestionario, en esta ocasión pasamos a realizar el análisis del coeficiente de contingencia, es decir, tratamos de medir el grado de asociación o dependencia entre dos variables.

Las variables de estudio en nuestra investigación han sido: sexo, edad, nivel de estudios terminados y orientación sexual. Cada una de ellas las presentamos a continuación según su frecuencia.

### **20.1. En función del sexo**

La primera variable en analizar es el sexo, siendo también la prioritaria puesto que uno de nuestros objetivos de investigación era detectar si había diferencias en función del género.

#### **- Sexo y estudios actuales**

Resulta evidente que la mayoría de los encuestados que están cursando estudios actuales dicen ser heterosexuales, por ello la mayoría de las respuestas se encuentran en este ítem. Respecto a esto, se encuentran grandes diferencias según el tipo de estudio que se realiza.

Dentro del grupo de personas que se consideran heterosexuales se observan desequilibrios con respecto al tema de estudios. Para comenzar, los porcentajes más altos de los casos estudiados se encuentran en los estudiantes de contaduría pública y finanzas y administración de empresas, con un 16,33% y 13,97% respectivamente. En cambio, las personas heterosexuales que están estudiando actualmente han sido menos representadas en economía agrícola y licenciatura en enfermería orientada a la salud pública, teniendo unos porcentajes sobre el total de 0,18% y 0,54% respectivamente.

Frente al resto de orientaciones sexuales, los encuestados que están cursando estudios actuales son los menos, bastantes dispersos entre las diferentes carrera y encontrando varias carreras en las que no se observa representación alguna según su sexualidad.

**Tabla 84. Tabla de contingencia entre orientación sexual y estudios actuales**

		Estudios actuales*																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	13	4	41	7	16	21	3	20	5	30	14	10	6	8	16	11	23	18	77	19	90	15	1	28	496
	Frecuencia esperada	15,3	3,6	36,9	15,3	17,1	20,7	3,6	19,8	5,4	28,8	12,6	9,0	6,3	9,0	15,3	9,9	23,4	18,9	73,8	18,9	90,9	13,5	,9	27,0	496,0	
	Homosexual	Recuento	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	7
	Frecuencia esperada	,2	,1	,5	,2	,2	,3	,1	,3	,1	,4	,2	,1	,1	,1	,2	,1	,3	,3	1,0	,3	1,3	,2	,0	,4	7,0	
	Bisexual	Recuento	2	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	12
Frecuencia esperada	,4	,1	,9	,4	,4	,5	,1	,5	,1	,7	,3	,2	,2	,2	,4	,2	,6	,5	1,8	,5	2,2	,3	,0	,7	12,0		
Otros	Recuento	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	9	
Frecuencia esperada	,3	,1	,7	,3	,3	,4	,1	,4	,1	,5	,2	,2	,1	,2	,3	,2	,4	,3	1,3	,3	1,6	,2	,0	,5	9,0		
No sabe	Recuento	1	0	0	6	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	2	2	5	0	0	1	27	
Frecuencia esperada	,8	,2	2,0	,8	,9	1,1	,2	1,1	,3	1,6	,7	,5	,3	,5	,8	,5	1,3	1,0	4,0	1,0	4,9	,7	,0	1,5	27,0		
Total	Recuento	17	4	41	17	19	23	4	22	6	32	14	10	7	10	17	11	26	21	82	21	101	15	1	30	551	
Frecuencia esperada	17,0	4,0	41,0	17,0	19,0	23,0	4,0	22,0	6,0	32,0	14,0	10,0	7,0	10,0	17,0	11,0	26,0	21,0	82,0	21,0	101,0	15,0	1,0	30,0	551,0		

Fuente: elaboración propia.

(\*) Estudios actuales

1	Bioanálisis clínico
2	Ciencias Ambientales
3	Computación
4	Enfermería profesional (Téc)
5	Ingeniería Agroindustrial
6	Ingeniería Industrial y de sistemas
7	Lic. Enfermería Orient. Sal. Públ
8	Técnico Superior en Enfermería Profesional
9	Turismo Sostenible
10	Biología
11	Ciencias Sociales
12	Educación Física y Deportes
13	Educación Infantil
14	Filología y Comunicación
15	Física-Matemáticas
16	Informática Educativa
17	Inglés
18	Lengua y Literatura Hispánicas
19	Administración de Empresas
20	Banca y Finanzas
21	Contaduría pública y Finanzas
22	Economía
23	Economía agrícola
24	Mercadotecnia
25	Total

#### - **Sexo y hábitos sexuales actuales**

Existe una relación leve entre ser hombre y la respuesta “Tener relaciones sexuales variadas y ocasionales” y “No sabe”. En el lado femenino, la relación se establece en las respuestas “Relaciones exclusivamente con pareja estable” y “Sin vida sexual activa”.

En este caso, las mujeres han sido mayoría a la hora de seleccionar la muestra, teniendo éstas un 64,73% sobre el total. La mayoría de ellas admitieron “no tener vida sexual activa”, dándose un recuento de 222 y habiendo tenido una frecuencia esperada de 189,7, lo que sorprende ya que se da un 32,3 de residuo, lo que es una cifra bastante elevada.

Respecto a los hombres, la mayoría de ellos también declaran “no tener vida sexual activa” en la actualidad con un porcentaje sobre el total de 34,3%, pero a su vez está muy seguido de aquellos hombres que decían “mantener relaciones

variadas u ocasionales” y/o “relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable” con un porcentaje de 31,88% y 30,91% respectivamente.

**Tabla 85. Tabla de contingencia entre sexo y hábitos sexuales actuales**

		Hábitos sexuales actuales				Total	Valor C	Sig. Aprox
		Relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable (6 ó 9 meses)	Relaciones sexuales variadas u ocasionales	Sin vida sexual activa	No sabe			
Sexo	Masculino	Recuento	64	66	71	6	,383	,000
		Frecuencia esperada	71,6	27,5	103,3	4,6		
	Femenino	Recuento	139	12	222	7		
		Frecuencia esperada	131,4	50,5	189,7	8,4		
Total	Recuento	203	78	293	13	587		
	Frecuencia esperada	203,0	78,0	293,0	13,0	587,0		

Fuente: elaboración propia.

- **Sexo y métodos anticonceptivos actuales**

Un 55% de hombres reconocen usar métodos anticonceptivos frente al 41,5% que no lo utilizan. En el caso de las mujeres estos resultados se invierten siendo notable la mayoría de respuestas negativas (66%) frente a las positivas (30%).

Existe relación leve entre ser hombre y las respuestas “Sí utilizo métodos anticonceptivos” y “No sabe”. En el sexo femenino la relación se establece levemente con la respuesta “No utilizo métodos anticonceptivos”.

La mayoría de los encuestados admiten no utilizar métodos anticonceptivos actuales, con un 58,73% del total. De entre ellos el 44,69% son mujeres y el 14,04%.

De las personas que dijeron que sí utilizaban métodos anticonceptivos en la actualidad, que son 39,04% del total, el 18,83% son hombres y el 20,20% son mujeres.

Un dato curioso es que las frecuencias esperadas, por lo general, suelen ser más alta de los recuentos que finalmente se dan.

Tanto en la tabla 86 como en la 87 surge el siguiente interrogante: Si los hombres dicen que sí utilizan métodos anticonceptivos y las mujeres

mayoritariamente no ¿con quién los utilizan (sobre todo dado la baja frecuencia de homosexuales)? ¿Cómo se explica ambos datos? ¿Puede ser por Deseabilidad Social<sup>59</sup>?

**Tabla 86. Tabla de contingencia entre sexo y métodos anticonceptivos actuales**

		Métodos anticonceptivos actuales			Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí	No	No sabe				
Sexo	Masculino	Recuento	110	82	6	198	,244	,000
		Frecuencia esperada	77,3	116,3	4,4	198,0		
	Femenino	Recuento	118	261	7	386		
		Frecuencia esperada	150,7	226,7	8,6	386,0		
Total		Recuento	228	343	13	584		
		Frecuencia esperada	228,0	343,0	13,0	584,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Sexo y tipos de métodos anticonceptivos que utiliza habitualmente**

Es destacable que mientras que los hombres señalan con mayor frecuencia el uso de métodos de barrera, las mujeres utilizan sin embargo métodos hormonales. Puede ser también destacable que casi el doble de una minoría de mujeres señalen el uso de Otros métodos aparte de los señalados y un 12,75% de mujeres frente a un 3,17% de hombres reconozcan el uso de métodos definitivos (esta pregunta es de respuesta múltiple así que el total no tiene por qué responder al total de personas sino de respuestas dadas).

Existe una relación moderada entre ser hombre y utilizar métodos de barrera. Entre las mujeres la relación se da, con igual intensidad con las respuestas “Métodos hormonales”, “Métodos definitivos”, “Otros” y “No sabe”.

En este caso intentamos saber, de aquellas personas que utilizan métodos anticonceptivos, qué tipos de métodos utilizan. De entre todos los encuestados el

<sup>59</sup> Por deseabilidad social se entiende la tendencia de las personas a presentarse ante los demás de una forma adecuada desde el punto de vista social, es decir, de la forma más valorada socialmente (Crowne, 1979 y Briñol et al., 2001).

38,99% admitieron utilizar métodos de barrera como diafragma, preservativo, etc. A su vez están seguidos de cerca de aquellas personas que dicen utilizar métodos anticonceptivos hormonales como son las píldoras, los parches anticonceptivos, el DIU...que son un total de 34,18%.

Los métodos anticonceptivos menos frecuentes son los definitivos y otros con un 8,36% y un 9,09% respectivamente.

De entre aquellos que admiten utilizar métodos anticonceptivos de barrera son los hombres los que obtienen un mayor recuento, cuando lo esperado era completamente lo contrario. Es decir, se esperaba que fueran las mujeres las que más frecuentaran estos métodos anticonceptivos.

En el resto de métodos anticonceptivos se han dado los resultados más o menos esperados, con algunas diferencias entre lo esperado y lo dado finalmente, pero se dan los hechos de que a mayor frecuencia esperada mayor residuo y viceversa.

**Tabla 87. Tabla de contingencia entre sexo y tipos de métodos que utiliza frecuentemente**

		Tipos de métodos anticonceptivos que utiliza frecuentemente					Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Métodos de barrera: Diafragma, preservativo ...	Métodos hormonales: píldoras o parches anticonceptivos, DIU...	Métodos definitivos: vasectomía, ligadura de trompas...	Otros	No sabe				
Sexo	Masculino	Recuento	84	21	4	8	9	126	,469	,000
	Frecuencia esperada	49,019	43,1	10,5	11,5	11,9	126,0			
Femenino	Recuento	23	73	19	17	17	149			
	Frecuencia esperada	58,0	50,9	12,5	13,5	14,1	149,0			
Total	Recuento	107	94	23	25	26	275			
	Frecuencia esperada	107,0	94,0	23,0	25,0	26,0	275,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Sexo e Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes**

No hay diferencias destacables en cuanto al género y las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. En cambio, existe relación leve entre ser hombre y responder que las infecciones de transmisión sexual más frecuentes son “Clamidia, gonorrea, herpes genital y virus del papiloma genital humano”. La relación leve para el sexo femenino se da con las respuestas “Sífilis, VIH y cancroide” y No sabe.

En este caso se intenta saber si los encuestados saben cuáles son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes.

Para la mayoría de los encuestados las enfermedades de transmisión sexual más frecuente son la clamidia, la gonorrea, el herpes genital y el virus del papiloma genital humano, con un 64,33%.

Como se observa, dentro del cuestionario se ha añadido la respuesta no sabe, para aquellas personas que verdaderamente no sepan cuáles son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes.

De entre todos los encuestados un 16,82% admiten no saber cuál es la infección más frecuente. Seguido muy de cerca de aquellos que piensan que las más frecuentes son el sífilis, el VIH y el chancroide, con un 18.85% del total.

Dentro de los que opinan que las infecciones de transmisión sexual más frecuentes, son las mujeres las que obtienen un mayor recuento, pero no coincide con la frecuencia que se esperaba.

Quizás aquí pueda haber una diferencia sobre el conocimiento del VIH debido al sexo, aunque la relación es muy leve (0,111).

**Tabla 88. Tabla de contingencia entre sexo e infecciones de transmisión sexual más frecuentes**

		Infecciones de transmisión sexual más frecuentes			Total	Valor C	Sig. Aprox
		Sí, clamidia, gonorrea, herpes genital y virus del papiloma genital humano	Sí, sífilis, VIH, chancroide	No sabe			
Sexo	Masculino	Recuento	155	40	25	220	,111
		Frecuencia esperada	141,5	41,5	37,0	220,0	
	Femenino	Recuento	258	81	83	422	
		Frecuencia esperada	271,5	79,5	71,0	422,0	

	Recuento	413	121	108	642		
Total	Frecuencia esperada	413,0	121,0	108,0	642,0		

Fuente: elaboración propia.

- **Sexo y relaciones sexuales con pareja enferma de SIDA**

No existen grandes diferencias en las respuestas con respecto al género y relaciones sexuales con pareja enferma de SIDA. Ambos coinciden en la frecuencia de sus respuestas aunque el porcentaje es ligeramente superior tanto en la respuesta “Sí, únicamente con preservativo” (32% frente a 26%) como para la respuesta “No, no serían posible las relaciones sexuales” (55% frente a 49%). Esto podría explicarse debido a la mayor frecuencia de respuestas NS/NC entre la población femenina (22,5%) que en la masculina (10%).

Existe relación leve entre ser hombre y contestar “Sí únicamente con preservativo”, “Sí, con métodos orales” y “No, no sería posible”. Ser mujer está relacionado con “No sabe”.

En este caso pretendemos saber si las personas encuestadas mantendrían relaciones sexuales en el caso de que tuvieran una pareja enferma de SIDA. La mayoría de ellos admitieron que no sería posible con un 51,29% sobre el total. Existe una diferencia muy pequeña entre hombres y mujeres ante esta respuesta, tan sólo un 11,71% de diferencia. Aún así son las mujeres las que abogan más por esta decisión.

La opción menos considerada ha sido la de aquellas personas que aceptarían mantener relaciones sexuales en el caso que tuvieran una pareja enferma de SIDA tan sólo utilizando métodos anticonceptivos orales como la píldora. Son tan sólo un 2,58% del total.

Este dato resulta interesante ya que un 18,07% de las personas admitieron no saber qué hacer frente a dicha situación. En esta ocasión no se han dado casos donde la frecuencia esperada y el recuento difieran mucho entre sí.

La relación es muy leve. La diferencia de género podría estar en que los hombres contestan y las mujeres prefieren la opción No sabe, no contesta.



**Tabla 89. Tabla de contingencia entre sexo y relaciones sexuales con pareja enferma de SIDA**

		Relaciones sexuales con pareja enferma de SIDA				Total	Valor C	Sig. Aprox
		Sí, únicamente con preservativo	Sí, con métodos anticonceptivos orales (píldora)	No, no sería posible las relaciones sexuales	No sabe			
Sexo	Masculino	Recuento	67	6	115	21	209	,156
	Frecuencia esperada	58,6	5,4	107,2	37,8	209,0		
Femenino	Recuento	96	9	183	84	372		
	Frecuencia esperada	104,4	9,6	190,8	67,2	372,0		
Total	Recuento	163	15	298	105	581		
	Frecuencia esperada	163,0	15,0	298,0	105,0	581,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Sexo y riesgo de exposición al contagio de VIH**

Ambos géneros coinciden en señalar como opción más frecuente “No nunca he tenido...”, sin embargo es porcentualmente más frecuente entre las mujeres (56,7) que en los hombres (48,8). La segunda respuesta más frecuente difiere según el sexo: mientras que para las mujeres es NS, los hombres señalan la respuesta “Sí en mis relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección”, además dicha respuesta presenta grandes diferencias entre géneros (HH=30%, MM=9,7%). Menor aunque también notable es la diferencia de respuestas NS (HH=17,7%, MM=27,3%).

Existe relación leve entre ser hombre y pensar que se está expuesto a VIH por las relaciones con parejas esporádicas y sin protección. Ser mujer está levemente relacionado con pensar que se está expuesto por compartir el aseo del lugar de trabajo o estudios, con no pensar no estar expuesta por no tener relaciones sexuales esporádicas y sin protección y con “No sabe”.

En este caso se intenta saber qué riesgo de exposición han tenido las personas encuestadas frente al contagio de VIH, estando condicionado esto con el uso o no de los métodos anticonceptivos de barrera que se utilizan para no tener un

contagio de SIDA y con precauciones sobre higiene frente a personas con dicha enfermedad.

La mayoría de las personas encuestadas afirman que nunca han tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección por lo que consideran que no han tenido relaciones con riesgo de contagio de VIH. Estas personas forman un 53,78% de las personas, que es un dato interesante ya que es más de la mitad de la población seleccionada.

El dato más bajo se da entre las personas que afirman haber tenido algún motivo de contagio de VIH al compartir aseo en el lugar del trabajo y/o estudios. Las personas que afirman esto conforman tan sólo un 5,03% del total.

Un dato curioso se da entre las personas que afirman haber tenido riesgo de contagio a la hora de mantener relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección, ya que si observamos la frecuencia esperada las mujeres deberían de tener un índice más alto ante esta respuesta que los hombres y a la hora de observar el recuento se da lo contrario. Los hombres obtienen un 11,33% sobre el 6,11% de las mujeres, frente al total de la población ante esta variable.

**Tabla 90. Tabla de contingencia entre sexo y riesgo de exposición al contagio de VIH**

		Riesgo de exposición al contagio de VIH				Total	Valor C	Sig. Aprox
		Sí, en mis relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección	Sí, compartiendo el aseo de lugar mi lugar de trabajo y/o estudios	No, nunca he tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección	No sabe			
Sexo	Masculino	Recuento	63	7	102	37	,258	,000
	Frecuencia esperada	36,5	10,5	112,4	49,6	209,0		
Femenino	Recuento	34	21	197	95	347		
	Frecuencia esperada	60,5	17,5	186,6	82,4	347,0		
Total	Recuento	97	28	299	132	556		
	Frecuencia esperada	97,0	28,0	299,0	132,0	556,0		

Fuente: elaboración propia.

## 20.2. En función de la edad

A continuación exponemos el análisis de contingencias según la variable edad, relacionándola con aquellos ítems que resultaban más significativos.

### - Edad y estudios terminados

Relación de intensidad baja entre la variable edad hasta los 24 años y tener terminado Bachillerato. De la misma manera se da relación entre las edades comprendidas entre los 25 y los 44 años y tener acabado Técnico Superior y/o Licenciatura. Esta relación es fácilmente explicable, cuanto más edad más formación, hasta un límite en este caso la Licenciatura.

Se observa que la mayoría de los encuestados sólo tienen terminados los estudios de bachillerato, con un 85,12% sobre el total, frente a un 0,15% de los encuestados que aseguran haber terminado un doctorado.

Si nos fijamos en los rangos de edad, se ve como la mayoría de los encuestados son menores de 24 años, con un 76,78%, quizá por ello el alto porcentaje en el sector de bachillerato.

Frente a esto vemos que la minoría se encuentra en las personas que tienen entre 45 y 54 años con tan sólo un 0,59% sobre el total, lo que es un dato importante ya que hay muchos jóvenes y muy pocos adultos. Sorprende el dato de que no por ser más mayores en edad tienen mayor nivel de estudios. De hecho el 0,15% de doctorados tan sólo se da en el rango de edad de entre 25 y 29 años.

**Tabla 91. Tabla de contingencia entre edad y estudios terminados**

		Estudios terminados					Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Bachillerato	Técnico superior	Licenciado	Maestría	Doctorado				
Edad	Hasta los 24 años	Recuento	467	31	17	1	0	516	,326	,000
		Frecuencia esperada	439,2	49,1	24,6	2,3	,8	516,0		
	25 - 29 años	Recuento	59	21	6	2	1	89		
		Frecuencia esperada	75,8	8,5	4,2	,4	,1	89,0		
	30 - 34 años	Recuento	21	7	4	0	0	32		
		Frecuencia esperada	27,2	3,0	1,5	,1	,0	32,0		
	35 - 44	Recuento	23	5	3	0	0	31		

años	Frecuencia esperada	26,4	3,0	1,5	,1	,0	31,0		
45 - 54 años	Recuento	2	0	2	0	0	4		
	Frecuencia esperada	3,4	,4	,2	,0	,0	4,0		
Total	Recuento	572	64	32	3	1	672		
	Frecuencia esperada	572,0	64,0	32,0	3,0	1,0	672,0		

Fuente: elaboración propia.

#### - Edad y hábitos sexuales actuales

Relación de intensidad baja entre ser menor de 24 años y las respuestas “tener relaciones sexuales variadas u ocasionales”, “sin vida sexual activa” y “No sabe”. De los 25 a los 54 años la relación se da con la respuesta “Relaciones sexuales con pareja estable”.

Como ya se ha comentado, la mayoría de los encuestados responden al rango más bajo de edad, donde se encuentran a las personas menores de 24 años.

En este caso se trata de estudiar los hábitos sexuales que tienen los encuestados en la actualidad, frente a esto nos encontramos que la mayoría de ellos admiten no tener relaciones sexuales con un 49,91% sobre el total. Están seguidas de cerca aquellas personas que admitieron tener relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable en la actualidad, con un 34,58%.

Se observa que son muy pocas las personas que tienen algún tipo de tabú al hablar sobre sus relaciones sexuales ya que, tan sólo un 2,21% se decide por la opción de no sabe.

Se da el caso de que la mayoría de los jóvenes menores de 24 años admiten no tener vida sexual activa, es un dato curioso ya que en un principio se esperaba una frecuencia entre los jóvenes de 221.6 y realmente se cuantificaron 256, lo que muestra un residuo de 34.4 lo que es un dato bastante elevado.

También se dan casos en los que se esperaba una frecuencia mayor y se recontaron 0 como por ejemplo entre las personas de entre 35 y 44 años, se esperaba una frecuencia de 3.9 y hubo un recuento de 0.

**Tabla 92. Tabla de contingencia entre edad y hábitos sexuales actuales**

		Hábitos sexuales actuales				Total	Valor C	Sig. Aprox
		Relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable (6 ó 9 meses)	Relaciones sexuales variadas u ocasionales	Sin vida sexual activa	No sabe			
Edad	Hasta los 24 años	Recuento	104	71	256	13	444	,391
		Frecuencia esperada	153,5	59,0	221,6	9,8	444,0	
	25 - 29 años	Recuento	51	4	25	0	80	
		Frecuencia esperada	27,7	10,6	39,9	1,8	80,0	
	30 - 34 años	Recuento	23	3	4	0	30	
		Frecuencia esperada	10,4	4,0	15,0	,7	30,0	
	35 - 44 años	Recuento	22	0	7	0	29	
		Frecuencia esperada	10,0	3,9	14,5	,6	29,0	
	45 - 54 años	Recuento	3	0	1	0	4	
		Frecuencia esperada	1,4	,5	2,0	,1	4,0	
Total	Recuento	203	78	293	13	587	,000	
	Frecuencia esperada	203,0	78,0	293,0	13,0	587,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Edad y métodos anticonceptivos actuales**

Hasta los 24 años relación e intensidad baja con las respuestas “No” y “No sabe”. A partir de los 24 y hasta los 54 con la respuesta “Sí”.

En este caso se trata de saber si los encuestados utilizan o no métodos anticonceptivos en la actualidad.

La mayoría de ellos contestaron que no utilizaban métodos anticonceptivos con un 58,73% sobre el total. Las personas que contestaron que si utilizan métodos anticonceptivos datan con un 39,04% sobre el total y tan sólo un 2,23% de personas decidieron no contestar.

Tanto los menores de 24 años como las personas que se encuentran entre 35 y 44 años se muestran en mayoría a la hora de decir que no utilizan métodos anticonceptivos.

Los encuestados que se encuentran entre 25 y 29 años de edad y 45 y 54 años de edad, cuentan con una mayoría en que si utilizan métodos anticonceptivos en la actualidad. Aquí se encuentra una paradoja ya que en ambos rangos de edad se esperaba una frecuencia mayor en la opción de no utilizar métodos anticonceptivos y definitivamente se dio el caso contrario.

**Tabla 93. Tabla de contingencia entre edad y métodos anticonceptivos actuales**

		Métodos anticonceptivos actuales			Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí	No	No sabe				
Edad	Hasta los 24 años	Recuento	155	273	13	441	,163	,045
		Frecuencia esperada	172,2	259,0	9,8	441,0		
	25 - 29 años	Recuento	43	36	0	79		
		Frecuencia esperada	30,8	46,4	1,8	79,0		
	30 - 34 años	Recuento	16	15	0	31		
		Frecuencia esperada	12,1	18,2	,7	31,0		
	35 - 44 años	Recuento	12	17	0	29		
		Frecuencia esperada	11,3	17,0	,6	29,0		
	45 - 54 años	Recuento	2	2	0	4		
		Frecuencia esperada	1,6	2,3	,1	4,0		
Total	Recuento	228	343	13	584			
	Frecuencia esperada	228,0	343,0	13,0	584,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Edad y tipos de métodos anticonceptivos que utiliza frecuentemente**

Relación de intensidad moderada entre edades de hasta 24 años y el uso de métodos de barrera y la respuesta “No sabe”. De 25 a 29 años con Métodos hormonales y “Otros”. Y de 30 a 34 años utilizan métodos hormonales, definitivos y otros.

En este caso se intenta estudiar de entre aquellas personas que admitieron utilizar métodos anticonceptivos en la actualidad, saber qué tipo de método utilizan frecuentemente.

La mayoría de los encuestados dicen utilizar métodos anticonceptivos de barrera tales como: diafragma o preservativos, con un 38,91% sobre el total. Pero están seguidos de cerca entre aquellas personas que dicen utilizar métodos anticonceptivos hormonales tales como píldoras, parches anticonceptivos, DIU...con un 34,18% sobre el total.

Son los menos los que dicen utilizar métodos definitivos como es la vasectomía o la ligadura de trompas, con un 8,36% sobre el total.

Es interesante destacar que las personas que se encuentran entre los 45 y 54 años de edad dicen utilizar métodos anticonceptivos definitivos, recibiendo un 100% en este caso.

En todos los rangos de edad, se muestra que existía una frecuencia esperada mayor entre las opciones de utilizar métodos anticonceptivos de barrera y los métodos anticonceptivos definitivos y en cambio se ha dado un recuento menor en la mayoría de los casos citados.

**Tabla 94. Tabla de contingencia entre edad y métodos anticonceptivos que utiliza frecuentemente**

		Tipos de métodos anticonceptivos que utiliza frecuentemente					Total	Valor C	Sig. Aprox
		Métodos de barrera: Diafragma, preservativo ...	Métodos hormonales: píldoras o parches anticonceptivos, DIU...	Métodos definitivos: vasectomía, ligadura de trompas...	Otros	No sabe			
Edad	Hasta los 24 años	Recuento	88	59	7	13	25	192	,000
	Frecuencia esperada	74,7	65,6	16,1	17,5	18,2	192,0		
	25 - 29 años	Recuento	12	25	3	9	1	50	
	Frecuencia esperada	19,5	17,1	4,2	4,5	4,7	50,0		
	30 - 34 años	Recuento	2	8	3	2	0	15	
	Frecuencia esperada	5,8	5,1	1,3	1,4	1,4	15,0		
	35 - 44 años	Recuento	5	2	8	1	0	16	
	Frecuencia esperada	6,2	5,5	1,3	1,5	1,5	16,0		
	45 - 54 años	Recuento	0	0	2	0	0	2	
	Frecuencia esperada	,8	,7	,2	,2	,2	2,0		
Total	Recuento	107	94	23	25	26	275		
Frecuencia esperada	107,0	94,0	23,0	25,0	26,0	275,0			

Fuente: elaboración propia.

- **Edad y nivel de conocimiento SIDA**

Hasta los 24 años relación leve con conocimiento Nulo, Bajo y Medio. De los 25 a los 29 años la relación es baja y alta; mientras que de 30 a 34 años y de 35 a 44 es alto.

En este caso se intenta averiguar qué nivel de conocimiento tienen los encuestados sobre el SIDA.

Una abundante mayoría dicen tener un nivel medio al respecto con un 63,55% y son los pocos los que admiten tener un nivel nulo sobre esta enfermedad, con un 3,52% sobre el total.

Son las personas entre 45 y 54 años los que muestran tener un nivel más elevado sobre el SIDA. Evidentemente se debería de investigar si los niveles que los encuestados creen que tienen se rigen mediante unos rangos o si son los niveles que ellos creen tener. Además, esta pregunta resulta muy subjetiva ya que no sabemos en realidad si lo conocen o no.

**Tabla 95. Tabla de contingencia entre edad y nivel conocimiento del SIDA**

		Valore su nivel de conocimiento SIDA					Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Nivel Nulo	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	No sabe				
Edad	Hasta los 24 años	Recuento	20	72	332	78	4	506	,202	,034
		Frecuencia esperada	17,8	68,2	321,6	93,8	4,6	506,0		
	25 - 29 años	Recuento	3	12	47	20	2	84		
		Frecuencia esperada	3,0	11,3	53,4	15,6	,8	84,0		
	30 - 34 años	Recuento	0	4	17	9	0	30		
		Frecuencia esperada	1,1	4,0	19,1	5,6	,3	30,0		
	35 - 44 años	Recuento	0	0	17	12	0	29		
		Frecuencia esperada	1,0	3,9	18,4	5,4	,3	29,0		
	45 - 54 años	Recuento	0	0	2	2	0	4		
		Frecuencia esperada	,1	,5	2,5	,7	,0	4,0		
Total	Recuento	23	88	415	121	6	653			
	Frecuencia esperada	23,0	88,0	415,0	121,0	6,0	653,0			

Fuente: elaboración propia.



- **Edad y trabajo o estudio con personas enfermas de SIDA**

Relación leve entre hasta 24 años: Sí con higiene y precaución, y NO, acabaría contagiándome. De 25- 29 años No sabe, mientras que de 30-34: SI restringiendo contacto físico, Si con higiene y prevención y NO, acabaría contagiándome. Entre 35 y 44: SI, restringiendo contacto físico y, por último, de 45-54: SI, con higiene y prevención.

Se intenta saber con esta tabla si las personas encuestadas estarían dispuestas a trabajar o estudiar, si utilizarían medidas de seguridad frente al contagio y cuáles serían en el caso de que la utilizarasen.

Una mayoría abundante dice que sí estaría dispuesto a trabajar y/o estudiar con personas portadoras del SIDA pero teniendo sus correspondientes medidas de higiene y prevención ante el contagio. Son un 80,25% del total frente a 4,46% de personas sobre el total de los encuestados que dijeron que no trabajarían y/o estudiarían con personas portadoras de la enfermedad puesto que creen que se acabarían contagiando. Se observa una clara diferencia.

Añadir que entre las personas que dijeron que sí trabajarían y/o estudiarían con personas portadoras del SIDA pero poniendo en marcha las correspondientes medidas de higiene y prevención, se observa que, en general, la frecuencia esperada es levemente menor que el recuento que finalmente se da. Lo que significa que existen muy pocos residuos y que tiene un nivel de confianza bastante alto.

**Tabla 96. Tabla de contingencia entre edad y trabajo / estudio con personas enfermas de SIDA**

		Trabajo o estudio con personas enfermas de SIDA				Total	Valor C	Sig. Aprox
		Sí, restringiendo el contacto físico	Sí, con sus correspondientes medidas de higiene y prevención	No, me acabaría contagiando	No sabe			
Edad	Hasta los 24 años	Recuento 31	389	23	36	479	,192	,021
		Frecuencia esperada 35,8	384,4	21,4	37,4	479,0		
	25 - 29	Recuento 5	65	3	11	84		

años	Frecuencia esperada	6,3	67,4	3,7	6,6	84,0		
30 - 34 años	Recuento	3	25	2	1	31		
	Frecuencia esperada	2,3	24,9	1,4	2,4	31,0		
35 - 44 años	Recuento	8	21	0	1	30		
	Frecuencia esperada	2,2	24,1	1,3	2,3	30,0		
45 - 54 años	Recuento	0	4	0	0	4		
	Frecuencia esperada	,3	3,2	,2	,3	4,0		
Total	Recuento	47	504	28	49	628		
	Frecuencia esperada	47,0	504,0	28,0	49,0	628,0		

Fuente: elaboración propia.

#### - Edad y prueba de diagnóstico de VIH/SIDA

Relación leve entre hasta los 24: No nunca. De 25-29: Sí en hospital y NO SABE; mientras que de 30-34 y de 35-44: SI en hospital.

Por último dentro de la variable edad, se intenta saber si las personas encuestadas se han realizado alguna vez la prueba del SIDA a lo largo de su vida.

La mayoría de ellos admiten que nunca se han realizado la prueba con un 78,49% sobre el total y un 18,74% dice haberse realizado la prueba en el hospital, centro de salud o unidades de prevención.

De entre todos aquellos que admitieron haberse realizado alguna vez la prueba del SIDA son los jóvenes menores de 24 años los que obtienen la mayoría, con un 11,37% sobre el total de la población. Y a su vez, también son los jóvenes de 24 años con un 82,70% los que dicen no haberse realizado nunca la prueba del SIDA.

Se observa que sólo son cuatro las personas con un rango de edad comprendido entre 45 y 54 años a las que se le ha realizado esta cuestión y dos de ellas admitieron haberse realizado la prueba y dos no. Frente a esto cabe decir que se esperaba que en su mayoría, con una frecuencia esperada de 3.1 dijeran que nunca se habían realizado la prueba del SIDA frente a una frecuencia esperada de 0.7 que dijeran que sí se han realizado la prueba.

**Tabla 97. Tabla de contingencia entre edad y prueba de diagnóstico de VIH/SIDA**

		Prueba de diagnóstico de VIH /SIDA			Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí, en hospital, centros de salud, unidades de prevención ...	No, nunca	No sabe				
Edad	Hasta los 24 años	Recuento	74	416	13	503	,201	,001
		Frecuencia esperada	94,3	394,8	13,9	503,0		
	25 - 29 años	Recuento	27	52	4	83		
		Frecuencia esperada	15,6	65,2	2,3	83,0		
	30 - 34 años	Recuento	9	21	1	31		
		Frecuencia esperada	5,8	24,3	,9	31,0		
	35 - 44 años	Recuento	10	20	0	30		
		Frecuencia esperada	5,6	23,5	,8	30,0		
	45 - 54 años	Recuento	2	2	0	4		
		Frecuencia esperada	,7	3,1	,1	4,0		
	Total	Recuento	122	511	18	651		
		Frecuencia esperada	122,0	511,0	18,0	651,0		

Fuente: elaboración propia.

### 20.3. En función de los estudios terminados

La tercera variable con la que hemos realizado análisis de contingencia ha sido la de nivel de estudios terminados. Al igual que con las variables anteriores, en esta ocasión hemos realizado los cruces con aquellas preguntas que resultaban más significativas para nuestro estudio.

#### - Estudios terminados y edad

Para saber la relación que tienen los estudios terminados con la edad de los encuestados se ha realizado una tabla de contingencia con ambas variables.

De nuevo, como en el resto de las variables independientes, la mayoría de las personas encuestadas son jóvenes menores de 24 años. De entre ellos la mayoría tienen bachillerato terminado con un 69,49% del total y el mínimo se encuentra en que no hay ninguna persona que tenga un doctorado con esa edad.

Resulta interesante decir que solo se da un 100% en las personas que hayan terminado un doctorado en el rango de edad entre 25 y 29 años. Y la mayoría de las personas admiten tener bachillerato terminado, con un 85,12% sobre el total.

En tres de los casos donde se dan un recuento de cero, se esperaba una frecuencia superior, como son las personas entre 30 y 34 años, 35 y 44 años con la variable maestría.

**Tabla 98. Tabla de contingencia entre estudios terminados y edad**

			Edad					Total	Valor C	Sig. Aprox
			Hasta los 24 años	25 - 29 años	30 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años			
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	467	59	21	23	2	572	,326	,000
		Frecuencia esperada	439,2	75,8	27,2	26,4	3,4	572,0		
	Técnico superior	Recuento	31	21	7	5	0	64		
		Frecuencia esperada	49,1	8,5	3,0	3,0	,4	64,0		
	Licenciado	Recuento	17	6	4	3	2	32		
		Frecuencia esperada	24,6	4,2	1,5	1,5	,2	32,0		
	Maestría	Recuento	1	2	0	0	0	3		
		Frecuencia esperada	2,3	,4	,1	,1	,0	3,0		
	Doctorado	Recuento	0	1	0	0	0	1		
		Frecuencia esperada	,8	,1	,0	,0	,0	1,0		
	Total	Recuento	516	89	32	31	4	672		
		Frecuencia esperada	516,0	89,0	32,0	31,0	4,0	6,720		

Fuente: elaboración propia.

**- Estudios terminados y hábitos sexuales actuales**

En este caso se intenta averiguar los hábitos sexuales que tienen las personas entrevistadas según los estudios que tengan terminados.

La mayoría de ellos admiten no tener vida sexual activa con un 49,91% del total. Son sólo el 13,29% del total los que admiten tener relaciones sexuales variadas u ocasionales.

La mayoría de las personas que admiten no tener vida sexual son aquellas personas que admiten tener terminado los estudios de bachillerato, con un 44,63% y las que menos optan por esta opción son las personas que tienen terminada una maestría y un doctorado. Es interesante decir que solamente una persona admite tener terminado un doctorado y que es ella la que afirma no mantener relaciones sexuales en la actualidad.

**Tabla 99. Tabla de contingencia entre estudios terminados y hábitos sexuales actuales**

			Hábitos sexuales actuales				Total	Valor C	Sig. Aprox
			Relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable (6 ó 9 meses)	Relaciones sexuales variadas u ocasionales	Sin vida sexual activa	No sabe			
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	153	68	262	12	495	,242	,000
		Frecuencia esperada	171,2	65,8	247,1	11,0	495,0		
	Técnico superior	Recuento	31	6	20	0	57		
		Frecuencia esperada	19,7	7,6	28,5	1,3	57,0		
	Licenciado	Recuento	18	4	9	0	31		
		Frecuencia esperada	10,7	4,1	15,5	,7	31,0		
	Maestría	Recuento	1	0	1	1	3		
		Frecuencia esperada	1,0	,4	1,5	,1	3,0		
	Doctorado	Recuento	0	0	1	0	1		
		Frecuencia esperada	,3	,1	,5	,0	1,0		
Total	Recuento	203	78	293	13	587			
	Frecuencia esperada	203,0	78,0	293,0	13,0	587,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Estudios terminados y métodos anticonceptivos actuales**

En este caso se intenta establecer una relación entre los estudios terminados que tienen los encuestados y si usan o no métodos anticonceptivos.

El 58,73% del total admiten no utilizar métodos anticonceptivos a la hora de mantener relaciones sexuales, de entre todos la mayoría son personas que tienen terminado los estudios de bachillerato con un 50,51% sobre 58,73% de personas que admiten no utilizarlo.

A su vez las personas que tienen terminado los estudios de bachillerato admiten que sí utilizan métodos con un 31,85% sobre 39,04% que es el total de personas que afirman utilizar métodos anticonceptivos.

Es una paradoja ya que, según se muestra en la tabla son los que obtienen la mayoría tanto en que sí utilizan como que no utilizan métodos anticonceptivos, se da esto porque las personas que tienen terminado los estudios de bachillerato son la mayoría de los encuestado, con un 84,25% sobre el total.

No se observan grandes diferencias entre la frecuencia que se esperaba que se diera y el recuento que finalmente se ha dado.

**Tabla 100. Tabla de contingencia entre estudios terminados y métodos anticonceptivos actuales**

			Métodos anticonceptivos actuales			Total	Valor C	Sig. Aprox
			Sí	No	No sabe			
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	186	295	11	492	,169	,028
		Frecuencia esperada	192,1	289,0	11,0	492,0		
	Técnico superior	Recuento	26	31	1	58		
		Frecuencia esperada	22,6	34,1	1,3	58,0		
	Licenciado	Recuento	15	15	0	30		
		Frecuencia esperada	11,7	17,6	,7	30,0		
	Maestría	Recuento	1	1	1	3		
		Frecuencia esperada	1,2	1,8	,1	3,0		
	Doctorado	Recuento	0	1	0	1		
		Frecuencia esperada	,4	,6	,0	1,0		
Total	Recuento	228	343	13	584			
	Frecuencia esperada	228,0	343,0	13,0	584,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Estudios terminados y nivel de conocimiento SIDA**

Parece interesante saber qué nivel tienen los encuestados sobre el conocimiento del SIDA según su nivel de estudio.

Un 63,55% de la población encuestada admite tener un nivel medio sobre el conocimiento del SIDA y un 0,92% dice que no sabe.

Son las personas que tienen terminado los estudios terminados de bachillerato y de técnico superior las que tienen mayoría a la hora de admitir que tienen un nivel medio sobre el conocimiento del SIDA con un 56,20% y 5,21% respectivamente.

Las personas que tienen terminada una licenciatura admiten tener un nivel alto sobre la enfermedad del SIDA con un 46,66% sobre el 100% de personas que admiten tener licenciatura dentro de los encuestados.

Entre las personas que tienen terminados los estudios de maestría se da un caso de equidad entre aquellas personas que admiten tener nivel nulo, bajo y medio. Con un 0,15% del total, cada uno.

Por último, y como ya se ha comentado en otras tablas, solamente una persona admite tener terminado los estudios de doctorado, esa única persona dice tener un nivel de conocimiento sobre el SIDA bajo.

En otras tablas se ha observado cómo la mayoría de las personas que tienen terminado los estudios de bachillerato son personas jóvenes menores de 24 años, por lo que nos lleva a pensar que las personas jóvenes son las que más concienciadas están con respecto a la enfermedad del SIDA.

**Tabla 101. Tabla de contingencia entre estudios terminados y nivel de conocimiento SIDA**

		Nivel de conocimiento SIDA					Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Nivel Nulo	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	No sabe				
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	20	79	367	88	5	559	,255	,000
		Frecuencia esperada	19,7	75,3	355,3	103,6	5,1	559,0		
	Técnico superior	Recuento	2	5	34	19	0	60		
		Frecuencia esperada	2,1	8,1	38,1	11,1	,6	60,0		
	Licenciado	Recuento	0	2	13	14	1	30		
		Frecuencia esperada	1,1	4,0	19,1	5,6	,3	30,0		
	Maestría	Recuento	1	1	1	0	0	3		
		Frecuencia esperada	,1	,4	1,9	,6	,0	3,0		
	Doctorado	Recuento	0	1	0	0	0	1		
		Frecuencia esperada	,0	,1	,6	,2	,0	1,0		
	Total	Recuento	23	88	415	121	6	653		
		Frecuencia esperada	23,0	88,0	415,0	121,0	6,0	653,0		

Fuente: elaboración propia.

- **Estudios terminados y relación de amistad con persona enferma de SIDA**

Se ha preguntado a los encuestados que si tendrían una relación de amistad con una persona enferma de SIDA y esto a su vez se ha pretendido relacionar con el nivel de estudios terminado que posee cada persona.

Podríamos entender el nivel de estudios terminado como una forma de medir el nivel de cultura que tiene cada encuestado y la relación que tiene con personas con SIDA.

La mayoría de las personas admiten que tendrían una relación de amistad con una persona con SIDA manteniendo unas normas mínimas de precaución y/o prevención, se da un porcentaje de 57,03% sobre el total. Son sólo un 4,58% de personas las que admiten que no tendrían una relación de amistad con una personas enferma de SIDA en ningún caso.

Tanto las personas que tienen terminados los estudios de bachillerato, como de técnico superior y la licenciatura son las únicas que admiten que tendrían una relación de amistad con una persona enferma de SIDA manteniendo unas precauciones y/o prevenciones, es decir, son el grupo que compone el 57,03% del total del que hablábamos antes.

En el caso de las personas que tienen terminados los estudios de maestría, que tienen un recuento de dos, admiten que mantendrían una relación de amistad con una persona enferma de SIDA en cualquier caso.

La persona que tiene una licenciatura terminada admiten que no tendrían una relación de amistad con una persona enferma de SIDA en ningún caso, aunque no es el único, ya que las personas que tienen terminado el bachillerato y el técnico superior también admiten que no tendrían relaciones de amistad con una persona enferma de SIDA en ningún caso, pero son los menos.



**Tabla 102. Tabla de contingencia entre estudios terminados y relación de amistad con persona enferma de SIDA**

	Relación de amistad con persona enferma de SIDA				Total	Valor C	Sig. Aprox		
	Sí, en cualquier caso	Sí, con unas normas mínimas de precaución y/o prevención	No, en ningún caso	No sabe					
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	173	312	23	32	540	,218	,002
		Frecuencia esperada	175,7	308,0	24,7	31,6	540,0		
	Técnico superior	Recuento	21	30	5	5	61		
		Frecuencia esperada	19,9	34,8	2,8	3,6	61,0		
	Licenciado	Recuento	10	19	0	0	29		
		Frecuencia esperada	9,4	16,5	1,3	1,7	29,0		
	Maestría	Recuento	2	0	0	0	2		
		Frecuencia esperada	,7	1,1	,1	,1	2,0		
	Doctorado	Recuento	0	0	1	0	1		
		Frecuencia esperada	,3	,6	,0	,1	1,0		
	Total	Recuento	206	361	29	37	633		
		Frecuencia esperada	206,0	361,0	29,0	37,0	633,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Estudios terminados y medios de transmisión/contagio de SIDA**

Se le han preguntado a los encuestados si saben cuáles son los medios de transmisión/contagio de SIDA, esto de nuevo se ha intentado relacionar con el nivel de estudios terminados que tiene cada encuestado.

Por norma general, la mayoría de las personas piensan que el contagio se da mediante el contacto sexual, se intuye que sin medios de protección de barrera, como el preservativo. Las personas que opinan esto son un 75,31% sobre el total. Además, si observamos qué opinan los encuestados según el nivel de estudios que tengan terminados, se da el caso de que en todos menos la persona que tiene un doctorado, opinan en su mayoría que ésta es la forma más habitual de contacto de SIDA.

La persona que tiene un doctorado terminado opina que el contacto se da mediante la reutilización de jeringuillas usadas.

Estos resultados nos llevan a pensar que la mayoría de las personas que han seleccionado la opción “el contacto sexual” ha sido porque pensaban en el contacto sin métodos anticonceptivos de barrera y que la persona que ha optado por la opción “la reutilización de jeringuillas usadas” ha sido porque ha pensado que a la hora de realizar el acto sexual con una persona portadora de SIDA utilizaría método de protección de barrera como el preservativo, por lo que no podría contagiarse, pero con una jeringuilla usada no existe protección que valga. Esto es tan sólo una hipótesis que surge de la visualización de la tabla.

**Tabla 103. Tabla de contingencia entre estudios terminados y medios de transmisión /contagio de SIDA**

		Medios de transmisión/contagio de SIDA								Total	Val or C	Sig. Apro x	
		La saliv a	Las lágr im as	Las transfusion es de sangre contamina da	La reutiliza ción de jeringu ill as usadas	El contacto personal (acariciar, tocar, besar, etc.)	El con tact o sexual	De madre portadora a su hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia	No sabe				
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	4	2	79	22	1	422	15	10	555	,258	,015
		Frecuencia esperada	4,3	3,4	80,9	25,5	,9	418,0	12,8	9,4	555,0		
	Técnico superior	Recuento	0	2	9	4	0	46	0	1	62		
		Frecuencia esperada	,5	,4	9,0	2,9	,1	46,7	1,4	1,0	62,0		
	Licenciado	Recuento	1	0	7	2	0	22	0	0	32		
		Frecuencia esperada	,2	,2	4,7	1,5	,0	24,1	,7	,5	32,0		
	Maestría	Recuento	0	0	0	1	0	1	0	0	2		
		Frecuencia esperada	,0	,0	,3	,1	,0	1,5	,0	,0	2,0		
	Doctorado	Recuento	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
		Frecuencia esperada	,0	,0	,1	,0	,0	,8	,0	,0	1,0		
Total	Recuento	5	4	95	30	1	491	15	11	652			
	Frecuencia esperada	5,0	4,0	95,0	30,0	1,0	491,0	15,0	11,0	652,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Estudios terminados y personas expuestas al VIH**

En este caso se intenta saber qué creen las personas encuestadas frente a la orientación sexual, es decir, se intenta relacionar el nivel de estudios con el pensamiento de que la orientación sexual influya a la hora de ser portador/a de la enfermedad del SIDA.

La mayoría de los encuestados opinan que todas las personas pueden estar enfermas de SIDA y que no tiene por qué tener relación la orientación sexual en este sentido. Se da una mayoría abrumadora en esta opción ya que es un 91,27% sobre el total de personas encuestadas.

Son los menos los que opinan, con un 0,31% sobre el total, los que creen que las personas que son toxicómanos por vía intravenosa tienen más riesgo de tener SIDA. Resulta interesante decir que la persona que tiene el doctorado en este caso no es la persona que tiene esta opinión a pesar de que es la única que dijo que la transmisión de la enfermedad del SIDA se da mediante la utilización de jeringuillas usadas tal y como hacen los toxicómanos por vía intravenosa. Lo que parece una incongruencia.

Sin embargo, la persona que tiene terminado los estudios de doctorado opina que las personas heterosexuales son las más proclives a portar la enfermedad del SIDA. Se esperaba que esta persona dijera que todas las personas están expuestas a esta enfermedad y no que sólo los heterosexuales, por lo que la frecuencia esperada y el recuento se unen en este caso.

**Tabla 104. Tabla de contingencia entre estudios terminados y personas expuestas al VIH**

		Personas expuestas al VIH						Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Homo-sexuales	Hetero-sexuales	Toxicómanos por vía intravenosa	Todas las personas	Otros	No sabe				
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	17	14	2	510	4	10	557	,237	,007
		Frecuencia esperada	17,1	15,4	1,7	508,4	5,1	9,4	557,0		
	Técnico superior	Recuento	2	2	0	55	1	1	61		
		Frecuencia esperada	1,9	1,7	,2	55,7	,6	1,0	61,0		
	Licenciado	Recuento	1	1	0	29	1	0	32		

	Frecuencia esperada	1,0	,9	,1	29,2	,3	,5	32,0		
Maestría	Recuento	0	0	0	2	0	0	2		
	Frecuencia esperada	,1	,1	,0	1,8	,0	,0	2,0		
Doctorado	Recuento	0	1	0	0	0	0	1		
	Frecuencia esperada	,0	,0	,0	,9	,0	,0	1,0		
Total	Recuento	20	18	2	596	6	11	653		
	Frecuencia esperada	20,0	18,0	2,0	596,0	6,0	11,0	653,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Estudios terminados y no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio**

Se le ha preguntado a los encuestados si creen que no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA es un buen medio para evitar el contagio, relacionándolo con los estudios que dichos encuestados tienen terminados.

La mayoría de ellos afirman que no es una medida para evitar el contagio de SIDA, con un 66,29% sobre el total.

Esto se puede relacionar con la tabla donde se hablaba de los medios de transmisión/contagio de SIDA donde tan sólo un 0,77% del total admitieron que se podía dar por medio de la saliva. Este dato es el segundo más bajo que se da en esa tabla.

El 100% de las personas que tienen terminados los estudios de maestría afirman evitar beber en el mismo vaso que una persona enferma de SIDA pero, sin embargo, no eligieron la opción de “la saliva” en el momento que se les preguntó por los medios de transmisión/contagio de SIDA. De nuevo encontramos aquí una incongruencia.

El 7,09% del total admitieron no saber si era o no una medida para evitar el contagio.

**Tabla 105. Tabla de contingencia entre estudios terminados y no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio**

			No beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio			Total	Valor C	Sig. Aprox
			Sí	No	No sabe			
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	148	350	35	533	,196	,002
		Frecuencia esperada	141,8	353,3	37,8	533,0		
	Técnico superior	Recuento	10	40	7	57		
		Frecuencia esperada	15,2	37,8	4,0	57,0		
	Licenciado	Recuento	5	21	1	27		
		Frecuencia esperada	7,2	17,9	1,9	27,0		
	Maestría	Recuento	2	0	0	2		
		Frecuencia esperada	,5	1,3	,1	2,0		
	Doctorado	Recuento	0	0	1	1		
		Frecuencia esperada	,3	,7	,1	1,0		
Total	Recuento	165	411	44	620			
	Frecuencia esperada	165,0	411,0	44,0	620,0			

Fuente: elaboración propia.

#### - Estudios terminados y vacuna SIDA

En este caso se le ha preguntado a los encuestados si saben si existe una vacuna para el SIDA.

La mayoría de ellos dijeron que no se ha creado pero que están estudiando sobre ello con éxito, conforman el 78,80% sobre el total de la población encuestada.

Tan sólo el 3,99% de personas afirman que sí que existe una vacuna del SIDA. De entre los que opinan esto se encuentran las personas que tienen terminado los estudios de bachillerato y técnico superior pero son los menos. Y la persona que tiene un doctorado opina que ciertamente existe una vacuna del SIDA, aunque esto no era lo esperado, si no que se creía que esta persona iba a opinar que no pero que se está investigando con éxito, como han opinado la mayoría de los encuestados, por lo que el recuento y la frecuencia esperada no están en concordancia.

**Tabla 106. Tabla de contingencia entre estudios terminados y vacuna SIDA**

		Vacuna SIDA			Total	Valor r C	Sig. Aprox
		Sí, la vacuna del SIDA	No, aún no se ha creado la vacuna pero están estudiando en ello con éxito	No sabe			
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	17	441	97	555	,220 ,000
		Frecuencia esperada	22,2	437,4	95,5	555,0	
	Técnico superior	Recuento	4	46	11	61	
		Frecuencia esperada	2,4	48,1	10,5	61,0	
	Licenciado	Recuento	4	24	4	32	
		Frecuencia esperada	1,3	25,2	5,5	32,0	
	Maestría	Recuento	0	2	0	2	
		Frecuencia esperada	,1	1,6	,3	2,0	
	Doctorado	Recuento	1	0	0	1	
		Frecuencia esperada	,0	,8	,2	1,0	
Total	Recuento	26	513	112	651		
	Frecuencia esperada	26,0	513,0	112,0	651,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Estudios terminados y opinión SIDA**

En este caso se le preguntan a los encuestados qué opinión tienen sobre el SIDA. La mayoría, con un 72,59% opinan que se puede prevenir el SIDA, al igual que ocurría en la tabla anterior donde la mayoría de los encuestados afirmaron creer que no existe ninguna vacuna del SIDA pero que se está estudiando con éxito.

Son sólo el 1,22% los que opinan que se puede curar, lo que nos lleva a pensar que los encuestados entendieron la pregunta anterior como el hecho de que existiera una vacuna que curara el SIDA no para prevenirlo.

**Tabla 107. Tabla de contingencia entre estudios terminados y opinión SIDA**

			Opinión SIDA					Total	Valor C	Sig. Aprox
			Se puede prevenir	Se puede controlar con tratamiento	Se puede curar	Es una enfermedad terminal	No sabe			
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	405	63	6	75	10	559	,345	,000
		Frecuencia esperada	405,8	65,1	6,8	71,1	10,3	559,0		
	Técnico superior	Recuento	42	9	0	7	2	60		
		Frecuencia esperada	43,6	7,0	,7	7,6	1,1	60,0		
	Licenciado	Recuento	25	4	1	1	0	31		
		Frecuencia esperada	22,5	3,6	,4	3,9	,6	31,0		
	Maestría	Recuento	2	0	0	0	0	2		
		Frecuencia esperada	1,5	,2	,0	,3	,0	2,0		
	Doctorado	Recuento	0	0	1	0	0	1		
		Frecuencia esperada	,7	,1	,0	,1	,0	1,0		
Total	Recuento	474	76	8	83	12	653			
	Frecuencia esperada	474,0	76,0	8,0	83,0	12,0	653,0			

Fuente: elaboración propia.

#### - Estudios terminados y riesgo de exposición al contagio de VIH

En este caso se les ha preguntado a los encuestados si creen que han tenido riesgo de contagio frente al SIDA y se ha intentado relacionar con el nivel de estudios, aunque el nivel de estudios no es muy relevante frente a esta variable.

La mayoría de los encuestados afirman que nunca han tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección, con un índice de 53,78% sobre el total. Se piensa que las personas que han optado por esta opción piensan que el único riesgo de contagio se da a la hora de mantener relaciones sexuales sin protección.

Es un dato interesante que el 23,75% de las personas han optado por la opción de no sabe, lo que no sabemos si es porque realmente no saben si han estado expuestos al contagio del SIDA o si simplemente no les interesaba contestar. Si optamos por pensar que las personas que afirmaron no saber realmente no saben si han estado expuestos al contagio del SIDA creemos que es un porcentaje bastante alto.

Son los menos los que piensan que han tenido riesgo de contagio compartiendo el aseo en el lugar de trabajo y/o estudio, tan sólo un 5,03% del total se decidieron por esta opción.

Es interesante observar que para la persona que tiene los estudios de doctorado terminados se daba una frecuencia esperada dispersada por todas las opciones de respuesta a la pregunta y donde menos frecuencia se esperaba ha sido donde se ha localizado el recuento o la respuesta de esta persona, que decidió optar por la opción “Si, compartiendo el aseo en mi lugar de trabajo y/o estudios”.

**Tabla 108. Tabla de contingencia entre estudios terminados y riesgo de exposición al contagio de VIH**

		Riesgo de exposición al contagio de VIH				Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí, en mis relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección	Sí, compartiendo el aseo de lugar mi lugar de trabajo y/o estudios	No, nunca he tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección	No sabe				
Estudios terminados	Bachillerato	Recuento	68	26	256	117	467	,266	,000
		Frecuencia esperada	81,5	23,5	251,1	110,9	467,0		
	Técnico superior	Recuento	17	0	28	11	56		
		Frecuencia esperada	9,8	2,8	30,1	13,3	56,0		
	Licenciado	Recuento	11	1	15	3	30		
		Frecuencia esperada	5,2	1,5	16,1	7,1	30,0		
	Maestría	Recuento	1	0	0	1	2		
		Frecuencia esperada	,3	,1	1,1	,5	2,0		
	Doctorado	Recuento	0	1	0	0	1		
		Frecuencia esperada	,2	,1	,5	,2	1,0		
	Total	Recuento	97	28	299	132	556		
		Frecuencia esperada	97,0	28,0	299,0	132,0	556,0		

Fuente: elaboración propia.



## 20.4. En función de la orientación sexual

La última variable que cruzamos fue la orientación sexual. A continuación exponemos los datos interpretados para concluir el análisis cuantitativo a través del cuestionario.

### - Orientación sexual y hábitos sexuales actuales

Para realizar esta tabla hemos seleccionado la orientación sexual que tiene cada persona encuestada y los hábitos sexuales que mantiene en la actualidad.

Un 48,79% admite no tener relaciones sexuales en la actualidad, un 36,14% admite tener relaciones sexuales sólo con pareja estable, un 12,65% sobre el total admite mantener relaciones sexuales variadas u ocasionales.

De entre todos estos, los que más relaciones sexuales admiten tener siendo indiferente que sean con pareja estable o variadas u ocasionales son las personas que se han encasillado dentro de la orientación sexual otros, con un 62,5% sobre el total de personas que consideran que su orientación sexual no es heterosexual, homosexual ni bisexual.

Las personas que tienen el índice más alto a la hora de admitir que no mantienen relaciones sexuales en la actualidad son los que se consideran homosexuales, con un 66,67% sobre el total que tienen esta orientación sexual. Frente a personas heterosexuales con un 49,78%, bisexuales con 41,67% y las que se han encasillado dentro de la orientación sexual otros con un 3,75%.

**Tabla 109. Tabla de contingencia entre orientación sexual y hábitos sexuales actuales**

	Hábitos sexuales en la actuales				Total	Valor C	Sig. Apro x
	Relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable (6 ó 9 meses)	Relaciones sexuales variadas u ocasionales	Sin vida sexual activa	No sabe			
Orientación sexual Heterosexual	Recuento	166	53	224	7	450	,299
	Frecuencia esperada	162,7	56,9	219,6	10,8	450,0	

Homosexual	Recuento	1	1	4	0	6		
	Frecuencia esperada	2,2	,8	2,9	,1	6,0		
Bisexual	Recuento	3	4	5	0	12		
	Frecuencia esperada	4,3	1,5	5,9	,3	12,0		
Otros	Recuento	4	1	3	0	8		
	Frecuencia esperada	2,9	1,0	3,9	,2	8,0		
No sabe	Recuento	6	4	7	5	22		
	Frecuencia esperada	8,0	2,8	10,7	,5	22,0		
Total	Recuento	180	63	243	12	498		
	Frecuencia esperada	180,0	63,0	243,0	12,0	498,0		

Fuente: elaboración propia.

#### - **Orientación sexual e Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes**

Nos resultaba interesante saber entre las personas de orientación sexual diferente si se encontraban divergencias al saber cuáles son las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes.

Un 65,29% sobre el total afirma que las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes son la clamidia, la gonorrea, el herpes genital y el virus del papiloma genital humano. De entre todos ellos los que han considerado más acertada esta opción son las personas heterosexuales con un 67,29%.

El 18,76% sobre el total afirma que las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes son: sífilis, el VIH y la chancroide. De entre todos, la mayoría se da entre las personas que se han encasillado dentro de la opción de orientación sexual “otros” con un 22,22%.

Finalmente el 15,95% sobre el total afirma no saber cuál es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, de entre todos son las personas que no han querido decir cuál es su orientación sexual las que a su vez afirman no saber cuáles son las enfermedades de transmisión sexual más frecuente.

**Tabla 110. Tabla de contingencia entre orientación sexual e infecciones de transmisión sexual más frecuentes**

		Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes			Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí, clamidia, gonorrea, herpes genital y virus del papiloma genital humano	Sí, sífilis, VIH, chancroide	No sabe				
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	323	92	65	480	,221	,001
		Frecuencia esperada	313,4	90,1	76,5	480,0		
	Homosexual	Recuento	3	1	3	7		
		Frecuencia esperada	4,6	1,3	1,1	7,0		
	Bisexual	Recuento	8	2	2	12		
		Frecuencia esperada	7,8	2,3	1,9	12,0		
	Otros	Recuento	4	2	3	9		
		Frecuencia esperada	5,9	1,7	1,4	9,0		
	No sabe	Recuento	10	3	12	25		
		Frecuencia esperada	16,3	4,7	4,0	25,0		
	Total	Recuento	348	100	85	533		
		Frecuencia esperada	348,0	100,0	85,0	533,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y trabajo o estudio con personas enfermas de SIDA**

En este caso nos ha parecido interesante saber si las personas encuestadas estarían dispuestas a trabajar o estudiar con personas enfermas de SIDA según la orientación sexual que tengan.

El 81,10% del total de los encuestados afirma que sí trabajaría y/o estudiaría con personas enfermas de SIDA pero con sus correspondientes medidas de higiene y prevención. De entre todas son el 83,02% de la población heterosexual la que da esta afirmación con más intensidad.

Sin embargo el 4,16% de la población total admite que no podría trabajar ni estudiar con una persona que estuviera enferma de SIDA ya que acabaría contagiándose. Casi el total de este índice lo constituyen las personas de la población heterosexual.

Las personas de la población homosexual consideran también que podrían trabajar y/o estudiar con personas enfermas de SIDA utilizando sus correspondientes medidas y las personas bisexuales también abogan por esta opción.

**Tabla 111. Tabla de contingencia entre orientación sexual y trabajo/estudios con personas enfermas de SIDA**

			Trabajo o estudios con persona enferma de SIDA				Total	Valor C	Sig. Apro x
			Sí, restringiendo el contacto físico	Sí, con sus correspondientes medidas de higiene y prevención	No, me acabaría contagiando	No sabe			
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	34	396	20	27	477	,208	,021
		Frecuencia esperada	37,0	386,8	19,8	33,4	477,0		
	Homosexual	Recuento	0	4	0	2	6		
		Frecuencia esperada	,5	4,9	,2	,4	6,0		
	Bisexual	Recuento	2	8	0	2	12		
		Frecuencia esperada	,9	9,7	,5	,8	12,0		
	Otros	Recuento	2	5	0	2	9		
		Frecuencia esperada	,7	7,3	,4	,6	9,0		
	No sabe	Recuento	3	16	2	4	25		
		Frecuencia esperada	1,9	20,3	1,0	1,7	25,0		
Total	Recuento	41	429	22	37	529			
	Frecuencia esperada	41,0	429,0	22,0	37,0	529,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y medios de transmisión/contagio de SIDA**

En este caso se intenta saber cuáles creen que son los medios de transmisión/contagio de SIDA, frente a la orientación sexual de cada uno.

El 77,96% de la población cree que el contagio se da por medio del contacto sexual, de entre ellos la mayoría que piensa así es la población bisexual.

La variable menos nombrada ha sido “el contacto personal (acariciar, tocar, besar, etc.)” con un 0,18% sobre el total y es que tan sólo una persona homosexual cree que puede darse el caso de contagio mediante esta forma.

Sorprendentemente hay cuatro personas que opinan que la manera de contagio directo del SIDA es mediante las lágrimas y otros cinco que opinan que se puede transmitir mediante la saliva. Esto nos lleva a intuir de nuevo que no hay suficiente información sobre el SIDA.

**Tabla 112. Tabla de contingencia entre orientación sexual y medios de transmisión/contagio de SIDA**

		Medios de transmisión/contagio de SIDA							Total	Val or C	Sig. Apro x	
		La saliva	Las lágrimas	Las transfusiones de sangre contaminada	La reutilización de jeringuillas usadas	El contacto personal (acariciar, tocar, besar, etc.)	El contacto sexual	De madre portadora a su hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia				No sabe
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	4	3	58	19	1	387	10	5	487	,000
		Frecuencia esperada	4,5	3,6	62,2	19,8	,9	379,7	9,0	7,2	487,0	
	Homosexual	Recuento	0	1	1	0	0	5	0	0	7	
		Frecuencia esperada	,1	,1	,9	,3	,0	5,5	,1	,1	7,0	
	Bisexual	Recuento	0	0	0	1	0	10	0	0	11	
		Frecuencia esperada	,1	,1	1,4	,4	,0	8,6	,2	,2	11,0	
	Otros	Recuento	1	0	1	0	0	7	0	0	9	
		Frecuencia esperada	,1	,1	1,2	,4	,0	7,0	,2	,1	9,0	
	No sabe	Recuento	0	0	9	2	0	12	0	3	26	
		Frecuencia esperada	,2	,2	3,3	1,1	,0	20,3	,5	,4	26,0	
Total	Recuento	5	4	69	22	1	421	10	8	540		
	Frecuencia esperada	5,0	4,0	69,0	22,0	1,0	421,0	10,0	8,0	540,0		

Fuente: elaboración propia.

- **Orientación sexual y no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio**

En este caso creemos interesante ver si las personas encuestadas divididas según su orientación sexual, opinan si una medida para evitar el contagio es no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA.

Resulta aún más interesante ver la opinión de los encuestados tras haber realizado el análisis de la tabla anterior.

Es cierto que la mayoría de los encuestados (66,73%) afirman que no es un modo de exposición, pero aún así el 25,77% del total cree que sí es un riesgo de exposición frente al SIDA. En este caso no son 5 personas como en la tabla anterior las que creen esto, sino 134 lo que es un dato interesante ya que podemos llegar a pensar que antes los encuestados eligieron la opción de la saliva por no tener idea de por cual decidirse o simplemente en esta pregunta hay menos opciones de respuesta por lo que se concentran más los recuentos que en la tabla anterior.

**Tabla 113. Tabla de contingencia entre orientación sexual y no beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio**

		No beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA como medio para evitar el contagio			Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí	No	No sabe				
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	122	316	29	467	,236	,000
		Frecuencia esperada	120,3	311,6	35,0	467,0		
	Homosexual	Recuento	1	5	0	6		
		Frecuencia esperada	1,5	4,0	,5	6,0		
	Bisexual	Recuento	3	8	0	11		
		Frecuencia esperada	2,8	7,3	,8	11,0		
	Otros	Recuento	1	7	1	9		
		Frecuencia esperada	2,3	6,0	,7	9,0		
	No sabe	Recuento	7	11	9	27		
		Frecuencia esperada	7,0	18,0	2,0	27,0		
Total	Recuento	134	347	39	520			
	Frecuencia esperada	134,0	347,0	39,0	520,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y usar jeringuillas desechables como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA**

En este caso le hemos preguntado a los encuestados por otra forma de evitar el contagio, esta vez por el hecho de usar jeringuillas desechables, y para el análisis la hemos comparado por orientación sexual.

La mayoría de las personas opinan que sí es un buen medio para evitar el contagio del SIDA con un 71,16% sobre la población total. Este pensamiento está más o menos nivelado entre las diferentes opciones de orientación sexual que se dan en este estudio.

Tan sólo un 25,04% creen que no es una buena medida ante el riesgo de exposición al contagio de SIDA el hecho de no usar jeringuillas desechables. En este caso, de nuevo están las cinco opciones de orientación sexual más o menos en equidad.

**Tabla 114. Tabla de contingencia entre orientación sexual y usar jeringuillas desechables como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA**

			No usar jeringuillas desechables como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA			Total	Valor C	Sig. Aprox
			Sí	No	No sabe			
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	341	119	14	474	,228	,000
		Frecuencia esperada	337,3	118,7	18,0	474,0		
	Homosexual	Recuento	5	2	0	7		
		Frecuencia esperada	5,0	1,8	,3	7,0		
	Bisexual	Recuento	8	3	0	11		
		Frecuencia esperada	7,8	2,8	,4	11,0		
	Otros	Recuento	6	3	0	9		
		Frecuencia esperada	6,4	2,3	,3	9,0		
	No sabe	Recuento	15	5	6	26		
		Frecuencia esperada	18,5	6,5	1,0	26,0		
Total	Recuento	375	132	20	527			
	Frecuencia esperada	375,0	132,0	20,0	527,0			

Fuente: elaboración propia.

- **Orientación sexual y no realizar el coito sin protección como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA**

En este caso le hemos preguntado a los encuestados, diferenciándolos según su orientación sexual, si creen que no realizar el coito sin protección es un medio para evitar el contagio de VIH-SIDA.

Un 66,15% de la población total opina que sí es un buen medio para evitar el contagio de VIH o SIDA. De entre todos los que tienen esta opinión, las personas homosexuales son las que con más intensidad están de acuerdo con ello, obteniendo un índice de 85,71% sobre toda la población homosexual.

El 21,98% del total de las personas encuestadas opinan que no es una buena medida de protección ante el contagio del SIDA. Aquí caben tres opciones: primero, que la persona no haya entendido bien la pregunta; segundo, que no tenga mucha información sobre la enfermedad; y, tercero, que la persona crea firmemente que el hecho de utilizar protección a la hora de practicar el coito no es una buena medida de prevención ante el contagio del SIDA o VIH.

Aún así, las personas que más afirmaron que no era una buena medida de prevención fueron las consideradas bisexuales, con un 36,36% de la población sobre toda la población que se considera bisexual.

Finalmente hay un índice importante sobre aquellas personas que dicen no saber si es una buena medida de protección o no (11,87%). De entre todas, algunas de ellas se consideraron homosexuales y otras decidieron no dar a conocer su orientación sexual.

Lo que nos lleva de nuevo a pensar que no hay suficiente información con respecto a la forma de contagio del SIDA ya que, si las personas tuviesen suficiente información contestarían la opción “sí” o la opción “no” pero no “no sé” a no ser que no le interese contestar a esta pregunta por tabú, ideología o cualquier otra barrera.



**Tabla 115. Tabla de contingencia entre orientación sexual y no realizar el coito sin protección como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA**

			No realizar el coito sin protección como medio para evitar el contagio de VIH-SIDA			Total	Valor C	Asig. Aprox
			Sí	No	No sabe			
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	310	100	51	461	,214	,002
		Frecuencia esperada	304,9	101,3	54,7	461,0		
	Homosexual	Recuento	6	1	0	7		
		Frecuencia esperada	4,6	1,5	,8	7,0		
	Bisexual	Recuento	7	4	0	11		
		Frecuencia esperada	7,3	2,4	1,3	11,0		
	Otros	Recuento	4	4	0	8		
		Frecuencia esperada	5,3	1,8	,9	8,0		
	No sabe	Recuento	13	4	10	27		
		Frecuencia esperada	17,9	5,9	3,2	27,0		
Total	Recuento	340	113	61	514			
	Frecuencia esperada	340,0	113,0	61,0	514,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y vacuna SIDA**

En este caso hemos preguntado a los encuestados si saben o creen que existe una vacuna para prevenir o afrontar el SIDA en el caso de que estuviese expuesto o fuese portador del mismo. A su vez, hemos hecho distinciones dependiendo de la orientación sexual con la que se identifique el encuestado.

El 79,11% de la población opina que aún no se ha creado la vacuna pero están estudiando en ello con éxito. De entre todos los que tienen esta opinión son las personas que han seleccionado la opción “otros” como signo de orientación sexual, un 87,50% de la población considerada “otros”, los que afirman esto.

El 4,44% de la población dice que sí que existe la vacuna del SIDA y de entre ellos los que más de acuerdo están con esta opción son las personas que se han declarado homosexuales, con un 14,28% sobre el total de población homosexual encuestada.

De nuevo hay un índice preocupante entre aquellas personas que dicen no saber. En este caso son un 16,45% de la población total encuestada que afirma que no sabe si han creado una vacuna para prevenir o curar el SIDA.

**Tabla 116. Tabla de contingencia entre orientación sexual y vacuna SIDA**

		Vacuna SIDA			Total	Valor C	Asi. Aprox
		Sí, la vacuna del SIDA	No, aún no se ha creado la vacuna pero están estudiando en ello con éxito	No sabe			
Heterosexual	Recuento	19	393	75	487	,211	,001
	Frecuencia esperada	21,6	385,3	80,1	487,0		
Homosexual	Recuento	1	5	1	7		
	Frecuencia esperada	,3	5,5	1,2	7,0		
Bisexual	Recuento	1	11	0	12		
	Frecuencia esperada	,5	9,5	2,0	12,0		
Otros	Recuento	0	7	1	8		
	Frecuencia esperada	,4	6,3	1,3	8,0		
No sabe	Recuento	3	12	12	27		
	Frecuencia esperada	1,2	21,4	4,4	27,0		
Total	Recuento	24	428	89	541		
	Frecuencia esperada	24,0	428,0	89,0	541,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y opinión sobre el SIDA**

Le hemos preguntado, diferenciando según orientación sexual, qué opinión tienen sobre el SIDA. Ante esto, un 73,85% opina que se puede prevenir, dándose el porcentaje más alto entre los homosexuales. Que a su vez, y si observamos tablas atrás, vemos que son los que mayor índice obtienen frente a la opinión de que el uso de preservativo es una buena medida para evitar el contagio, ya que, como es sabido, la principal fuente de exposición al SIDA es el contacto sexual.

Tan sólo cinco personas heterosexuales opinan que el SIDA se puede curar. Quizás estos mismos se encuentren dentro de aquellas que afirmaron en la tabla anterior que sí existía una vacuna del SIDA.

Frente a las personas que opinan que el SIDA se puede controlar con un tratamiento y los que opinan que es una enfermedad terminal existe bastante igualdad ya que han obtenido índices de 11,6% y 11,97% cada uno.

**Tabla 117. Tabla de contingencia entre orientación sexual y opinión sobre el SIDA**

			Opinión SIDA					Total	Valor C	Sig-Aprox
			Se puede prevenir	Se puede controlar con tratamiento	Se puede curar	Es una enfermedad terminal	No sabe			
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	361	57	5	60	5	488	,218	,041
		Frecuencia esperada	360,4	56,6	4,5	58,4	8,1	488,0		
	Homosexual	Recuento	7	0	0	0	0	7		
		Frecuencia esperada	5,2	,8	,1	,8	,1	7,0		
	Bisexual	Recuento	9	2	0	1	0	12		
		Frecuencia esperada	8,9	1,4	,1	1,4	,2	12,0		
	Otros	Recuento	6	0	0	2	1	9		
		Frecuencia esperada	6,6	1,0	,1	1,1	,1	9,0		
	No sabe	Recuento	18	4	0	2	3	27		
		Frecuencia esperada	19,9	3,1	,2	3,2	,4	27,0		
Total	Recuento	401	63	5	65	9	543			
	Frecuencia esperada	401,0	63,0	5,0	65,0	9,0	543,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y riesgo de exposición al contagio de VIH**

En este caso les hemos preguntado a los encuestados, dependiendo de su orientación sexual, si saben o creen que han tenido riesgo de exposición frente al contagio del SIDA.

El 54,12% afirma que nunca ha mantenido relaciones esporádicas y sin protección. Llama la atención que en este caso son las personas bisexuales las que obtienen mayor índice en esta respuesta con un 60%. Sin embargo, las personas homosexuales que, según han ido mostrando las tablas, son las personas más concienciadas con el sexo seguro y con que el sexo es una medida de contagio bastante directo, han obtenido un 42,86% con respecto al resto de personas homosexuales.

El 16,91% afirma que sí ha mantenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección. De entre ellos, de nuevo son las personas bisexuales las que obtienen un mayor índice en esta respuesta con un 40% sobre el total de población bisexual.

El resto de personas divididas en las diferentes orientaciones sexuales, tienen sus opciones más esparcidas por entre las cuatro variables de respuesta.

Además, de nuevo se observa el riesgo de que un 24,18% de las personas no saben si han estado o no expuestas a dicha enfermedad, lo que es un tema bastante preocupante para la salud pública.

**Tabla 118. Tabla de contingencia entre orientación sexual y riesgo de exposición al contagio de VIH**

			Riesgo de exposición al contagio de VIH				Total	Valor C	Sig. Aprox
			Sí, en mis relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección	Sí, compartiendo el aseo de lugar mi lugar de trabajo y/o estudios	No, nunca he tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección	No sabe			
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	69	22	240	94	425	,254	,001
		Frecuencia esperada	71,9	20,7	230,0	102,4	425,0		
	Homosexual	Recuento	1	0	3	3	7		
		Frecuencia esperada	1,2	,3	3,8	1,7	7,0		
	Bisexual	Recuento	4	0	6	0	10		
		Frecuencia esperada	1,7	,5	5,4	2,4	10,0		
	Otros	Recuento	2	1	2	2	7		
		Frecuencia esperada	1,2	,3	3,8	1,7	7,0		
	No sabe	Recuento	4	0	5	15	24		
		Frecuencia esperada	4,1	1,2	13,0	5,8	24,0		
Total	Recuento	80	23	256	114	473			
	Frecuencia esperada	80,0	23,0	256,0	114,0	473,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y realización prueba de diagnóstico VIH/SIDA**

Les hemos preguntado a las personas encuestadas si se han realizado la prueba de diagnóstico de VIH/SIDA, dependiendo de la orientación sexual.

El 77,49% del total de la población ha admitido que nunca se ha realizado la prueba para saber si es portadora de VIH o si ha sido contagiado por el SIDA.

Tan sólo el 19,56% de la población afirma que sí se ha realizado la prueba ya sea en un hospital, centro de salud, unidades de prevención, etc.

Son las personas homosexuales las que destacan en esta respuesta, obteniendo un 54,54% sobre el total de personas homosexuales encuestadas.

**Tabla 119. Tabla de contingencia entre orientación sexual y prueba de diagnóstico VIH/SIDA**

		Prueba de diagnóstico VIH/SIDA			Total	Valor C	Sig. Aprox
		Sí, en hospital, centros de salud, unidades de prevención ...	No, nunca	No sabe			
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	97	379	12	,202	,003
		Frecuencia esperada	95,4	378,2	14,4		
	Homosexual	Recuento	0	7	0		
		Frecuencia esperada	1,4	5,4	,2		
	Bisexual	Recuento	6	5	0		
		Frecuencia esperada	2,2	8,5	,3		
	Otros	Recuento	2	6	1		
		Frecuencia esperada	1,8	7,0	,3		
	No sabe	Recuento	1	23	3		
		Frecuencia esperada	5,3	20,9	,8		
Total	Recuento	106	420	16			
	Frecuencia esperada	106,0	420,0	16,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y formación/información VIH/SIDA**

Le hemos consultado a los encuestados, dependiendo de la orientación sexual, si han obtenido alguna vez formación y/o información sobre el VIH o SIDA.

La mayoría de los encuestados admitieron que sí habían recibido información, ya fuera en forma de cursos de prevención de ETS, en centros de salud, en centros de día, en centros sociales, etc. De entre todos son las personas que se consideran bisexuales las que tienen un mayor índice en esta respuesta. Habiendo admitido todas ellas, es decir, un 100% afirma que sí han recibido información de algún modo.

El 20,15% sobre el total de la población afirma no haber recibido formación sobre la enfermedad, de entre todos ellos son las personas que han decidido no declarar su orientación sexual las que tienen mayor índice en esta respuesta, seguidos de las personas que se consideran heterosexuales.

**Tabla 120. Tabla de contingencia entre orientación sexual y formación/información VIH/SIDA**

		Formación/información VIH/SIDA			Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí, cursos de prevención de ETS en centros de salud, centros de día, centros sociales, etc....	No, nunca he recibido formación/información	No sabe				
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	384	94	12	490	,258	,000
		Frecuencia esperada	376,8	98,7	14,5	490,0		
	Homosexual	Recuento	5	1	0	6		
		Frecuencia esperada	4,6	1,2	,2	6,0		
	Bisexual	Recuento	11	0	0	11		
		Frecuencia esperada	8,5	2,2	,3	11,0		
	Otros	Recuento	8	1	0	9		
		Frecuencia esperada	6,9	1,8	,3	9,0		
	No sabe	Recuento	8	13	4	25		
		Frecuencia esperada	19,2	5,0	,7	25,0		
	Total	Recuento	416	109	16	541		
		Frecuencia esperada	416,0	109,0	16,0	541,0		

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y lugares de información sobre VIH/SIDA**

En este caso le hemos preguntado a los encuestados si saben cuáles son los lugares donde se da información sobre el VIH y/o SIDA. Además hemos hecho una distinción según la orientación sexual de cada persona encuestada.

Son el 89,54% de la población los que afirman saber que en los centros de salud pública y/o privada, en hospitales, en unidades móviles de prevención, etc., se ofrecen cursos o se da información sobre dicha enfermedad.

El 7,89% sobre el total de la población afirma que sabe que se ofrece información en las universidades y en las escuelas.

Y tan sólo el 2,57% de la población admite no saber dónde se ofrece información sobre el SIDA.

Este dato nos puede llevar a confusión puesto que, si las personas encuestadas saben dónde se ofrece información sobre el VIH/SIDA ¿Porqué hay un 20,15% de personas sobre la población encuestada que no ha obtenido información sobre dicha enfermedad?

**Tabla 121. Tabla de contingencia entre orientación sexual y lugares de información sobre VIH/SIDA**

		Lugares de información sobre VIH/SIDA			Total	Valor C	Sig. Aprox	
		Sí, en centros de salud pública y/o privada, hospitales, unidades móviles de prevención...	Sí en la Universidad y en las escuelas.	No sabe				
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	448	35	10	493	,199	,004
		Frecuencia esperada	441,4	38,9	12,7	493,0		
	Homosexual	Recuento	3	2	1	6		
		Frecuencia esperada	5,4	,5	,2	6,0		
	Bisexual	Recuento	9	3	0	12		
		Frecuencia esperada	10,7	,9	,3	12,0		
	Otros	Recuento	7	1	1	9		
		Frecuencia esperada	8,1	,7	,2	9,0		
	No sabe	Recuento	21	2	2	25		
		Frecuencia esperada	22,4	2,0	,6	25,0		
Total	Recuento	488	43	14	545			
	Frecuencia esperada	488,0	43,0	14,0	545,0			

Fuente: elaboración propia.

**- Orientación sexual y rechazo hacia personas enfermas de SIDA**

Por último, dentro del ámbito de la orientación sexual, hemos preguntado a los encuestados si sienten algún tipo de rechazo hacia las personas que tienen SIDA.

Ante esta cuestión el 86,68% del total afirma que el desconocimiento de la enfermedad hace rechazar a las personas con SIDA. De entre los encuestados, la mayoría que tienen esta opinión son las personas consideradas heterosexuales, contando con un 90,16% sobre el total de la población heterosexual. Los que tienen este pensamiento en menor medida, aunque no son pocos, son las personas homosexuales con un índice de 57,14% sobre el total de personas homosexuales.

Son los menos los que piensan que sí se produce un rechazo por el hecho de que podrían llegar a contagiarse en cualquier manera, contando con un 3,52%, pero seguido de cerca de las personas que piensan que no tiene nada que ver y que por tanto no sienten rechazo hacia las personas enfermas de SIDA, entre ellos el porcentaje es de 4,82%.

Se observa un porcentaje muy elevado entre las personas que afirman que lo que les provoca el rechazo ante personas enfermas de SIDA es el desconocimiento de la enfermedad, lo que, como se ha ido comentando durante todos los análisis de las tablas, es algo bastante importante ya que muchas personas pueden estar en riesgo de exposición ante el VIH por el hecho de no tener información suficiente de cómo evitar el contagio e incluso por tratar con personas infectadas que no sepan ellas mismas que están enfermas.

**Tabla 122. Tabla de contingencia entre orientación sexual y rechazo hacia personas enfermas de SIDA**

			Rechazo hacia personas enfermas de SIDA				Total	Valor C	Sig. Aprox
			Sí, el desconocimiento te hace rechazar a personas con SIDA	Sí, ya que creo que me contagiaría con cualquier contacto	No, no tiene nada que ver	No sabe			
Orientación sexual	Heterosexual	Recuento	440	14	21	13	488	,236	,001
		Frecuencia esperada	432,8	17,2	23,5	14,5	488,0		
	Homosexual	Recuento	4	2	1	0	7		



	Frecuencia esperada	6,2	,2	,3	,2	7,0		
Bisexual	Recuento	8	1	2	0	11		
	Frecuencia esperada	9,8	,4	,5	,3	11,0		
Otros	Recuento	7	1	1	0	9		
	Frecuencia esperada	8,0	,3	,4	,3	9,0		
No sabe	Recuento	19	1	1	3	24		
	Frecuencia esperada	21,3	,8	1,2	,7	24,0		
Total	Recuento	478	19	26	16	539		
	Frecuencia esperada	478,0	19,0	26,0	16,0	539,0		

Fuente: elaboración propia.



# CAPÍTULO VIII

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CUALITATIVO

*Debemos liberar a la mitad de la raza humana, las mujeres,  
para que ellas ayuden a liberar a la otra mitad.*

**Emmeline Pankhurst**



## 21. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Los resultados descriptivos de la investigación se han analizado de forma cualitativa, con un análisis exhaustivo del contenido de las entrevistas y grupos de discusión. Para ello, el uso y manejo del programa informático Atlas.ti ha sido prioritario durante toda la fase cualitativa. Los análisis se han centrado y clasificado por temas, según cada una de las cuestiones relativas a las entrevistas. Seguiremos un orden lógico de aparición en la de especificación de códigos que aparece en el apartado anterior (tabla 79. Códigos de análisis).

### 21.1. Problemática VIH-SIDA

La problemática sobre el VIH-SIDA se ha tratado tanto en las entrevistas como en los grupos de discusión desde tres puntos de vista:

- Desde una problemática o dilema con características de índole cultural y social (Cód. PVSICS)
- Desde la vertiente de salud nacional/local (Cód. PVSSNL)
- Desde la parte educativa (Cód. PVSIE)

A continuación vamos a referir los resultados cualitativos siguiendo el orden de presentación de la tabla siguiente, referida al recuento de Atlas.ti de las veces que se han empleado estos códigos:

**Tabla 123. Códigos de análisis de “Problemática VIH-SIDA”**

Denominación/Especificación	Código	Subcódigo	Código final
<b>Problemática VIH/SIDA</b> (Carencia cultural o ignorancia de conocimiento) (Fobia al contagio) (La Universidad como agente de difusión sobre Educación Sexual)	<b>PVS</b>	<b>ICS</b> (De índole cultural y social)	<b>PVSICS</b>
		<b>SNL</b> (De salud nacional/local)	<b>PVSSNL</b>
		<b>IE</b> (De índole educativa)	<b>PVSIE</b>

Fuente: elaboración propia.

La problemática del VIH-SIDA es considerada en la sociedad chontaleña como un eslabón no resuelto de **índole cultural y social**, una lacra social que no evoluciona a medida que evoluciona la sociedad en su conjunto. En el análisis de las pruebas cualitativas se ha determinado un nivel de confianza cero (por parte de los entrevistados) hacia el sistema como órgano social y como generador de cambio cultural. Desde la opinión de los entrevistados, la población adolece de un nivel educativo adecuado, considerándola vulnerable y/o sujeta a riesgos sobre VIH-SIDA y otras ETS.

*“El tema del VIH aunque ahora se hable mucho más de él, se sepa más de él, sigue siendo un tema con problemas culturales, todavía hay mucha gente que mira el VIH como algo de otro mundo, de otro planeta, y es complicado a veces hablar de eso”.* [E.IC1. p-6]

*“Y el problema cultural es enorme, estamos rechazados culturalmente...”* [E.IC1. p-74]

*“Es un tema que no debería de gastarse nunca, en primer lugar, debido a que el contexto en que nosotros estamos viviendo actualmente como jóvenes y todos los chavalos que vienen... estamos siendo influenciados por una cultura distinta en cuanto a la sexualidad”...* [E.IC2. p-99]

*“En nuestra región básicamente un 80% está influenciado por ámbitos, por culturas rurales”.* [E.IC4. p-383]

De la misma manera, la influencia de una **sociedad machista** crea desconfianza hacia los valores culturales transmitidos de generación en generación, propiciando que los jóvenes no terminen de adquirir una base sólida respecto al VIH-SIDA/ETS. La juventud nicaragüense va avanzando generando un cambio cultural en educación teórica-profesional pero no se acerca a la educación sexual y el respecto a la vida en el sentido más amplio de la palabra.

*“los arraigos del poder patriarcal son enormes y no se pueden quitar de la noche a la mañana entonces la mujer a veces nos ha limitado desde los estudios de primaria secundaria a no hablar de sexualidad en los colegios hasta cuando ya entras en la universidad dependiendo de los algunos grupos como nosotros pues de enfermería que nos abunda plantear esta situación a los estudiantes y por eso desde el punto de vista de la metodología e investigación e investigación aplicada hemos realizado estudios de conocimientos y actitudes y plática, verdad, en los estudiantes y encontramos nuevamente repito en un sector de los estudiantes de economía encontramos deficientes conocimientos del sexo y planificación familiar dentro de la universidad en los estudiantes de cuarto y quinto del departamento de ciencias económicas.”* [E.IC3. p-173]

*“El elemento cultural nuestro, muy rural, todavía como que nos inhibe, verdad, para abordar este tipo de temáticas. No se habla suficiente, lo puedes percibir en las escuelas.”* [E.IC4.p-390]

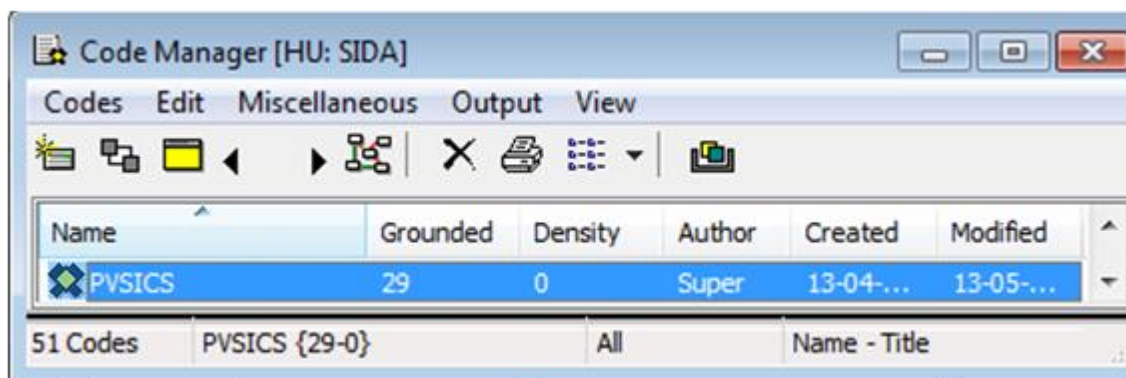
“Considero que es algo prioritario, una problemática que se debe tratar como prioritaria. Porque es la que está atacando principalmente a los adolescentes y a los jóvenes. Entonces como institución, como programa yo creo que siempre se debe incluir este tema y darle, este, un enfoque, hacia la población o hacia el sector vulnerable de la población” [GFConisida.p-9]

“la cultura en sí, nosotros mismos, nos dan información, cuando nos la empiezan a dar no prestamos atención, o nos lo tomamos como que ya lo sabemos todo, que de VIH ya lo sabemos en realidad. Entonces hay que sensibilizar a la sociedad primero”. [GFConisida.p-136]

“Es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas”. [GFMatutino. P-372]

El código que hace referencia a la problemática del VIH/SIDA como de índole cultural-social, ha sido empleado en el curso del análisis cualitativo en 29 ocasiones (ver imagen 23), 26 de las cuales se empleó durante el análisis de las entrevistas y 3 en el análisis de los grupos de discusión (ver tabla 124).

**Imagen 23. Recuento codificación PVSICS**



Fuente: elaboración propia.

**Tabla 124. Recuento de códigos por textos analizados**

Codes-Primary-Documents-Table

CODES	PRIMARY DOCS		Totals
	1	2	
ABPM	17	16	33
AEPDD	6	4	10
ASRPDA	1	0	1
CCSES	0	6	6
CCSFR	0	1	1
DPRU	14	5	19
DPUR	5	2	7

EDMCM	9	5	14
EDPE	8	7	15
EDPS	10	3	13
EEIG	0	7	7
EFISU	23	7	30
EIEF	30	9	39
EISSI	6	2	8
EPF	17	6	23
EPRIPE	10	8	18
EPRIPS	9	3	12
IDME	5	4	9
IDMF	19	11	30
IDMGI	15	4	19
IDMU	3	1	4
IDRE	4	2	6
IDRF	4	1	5
IDRGI	2	0	2
IDRU	0	1	1
IRSTA	5	3	8
IRSTE	7	6	13
IRSTEC	11	15	26
MEXC	13	6	19
MEXF	12	4	16
MEXS	15	2	17
PELGI	8	1	9
PLPEC	10	3	13
PVSICS	26	3	29
PVSIE	37	4	41
PVSSNL	12	12	24
RSD	10	14	24
RSEPE	0	0	0
RSEPNE	7	1	8
RSFPE	7	2	9
RSFPNE	4	7	11
RSIH	4	1	5
RSINC	3	2	5
RSIR	3	1	4
SRPAS	2	3	5
SRPD	0	1	1
SRPDA	3	1	4
SRPFI	17	14	31
SRPI	11	11	22
SRPMC	0	2	2
SRPP	3	4	7
-----			
Totals	447	238	685

Fuente: elaboración propia.

En los análisis cualitativos observamos cómo, en opinión de los participantes, se manifiesta la problemática del VIH-SIDA desde un problema de salud a nivel local/nacional. El escaso nivel educativo ligado con una cultura en su mayoría basada en el patriarcado hace que la salud sexual de la población aparezca sin valor real por parte de la sociedad en su conjunto. En este sentido, los entrevistados (Informantes claves y grupos focales) reconocen que existe un alto factor de riesgo en la población y admiten el VIH-SIDA como un problema a tratar con urgencia social, llevada desde la problemática de Salud. El tratamiento para la mejora de dicha



problemática y de otras enfermedades de transmisión sexual debe estar integrado en acciones conjuntas, desde un giro cultural alejado del machismo y desde una mejora en la forma en que dichos problemas se trabajan, promoviéndose en primer lugar desde el sistema educativo. Según los datos analizados, salud, cultura y educación son, por tanto, tres puntos imprescindibles para que pueda darse un cambio local en la salud.

*“En los jóvenes, por así decirlo mis amigos, con las personas más cercanas a mí, pues hablamos del tema siempre con miedo, de que te lo puedan transmitir, de que lo puedas contraer, pero a la vez las prácticas sexuales suelen no ser las que deberían de ser ¿no? Y muchos de los muchachos, sobre todo en los varones, comenten errores, error fundamental sabiendo las necesidades e importancia del uso del preservativo pues muchas veces no lo hacen, y después andan con el problema de qué va a pasar”.* [E.IC1.p-6]

*“Es una enfermedad de salud pública pues se coge a toda la población y a todos los sectores sociales económico político económico y culturales.”* [E. IC3.p-161]

*“Las Políticas de Salud nos dicen, nos orientan, que debemos de trabajar con los grupos de riesgo. Los grupos CEMAR le llamamos, específicamente dentro de las Políticas de Salud tenemos la atención verdad a la embarazada y que debemos ofertar la prueba a todas las embarazadas en el cien por ciento. A todas nuestras embarazadas que lleguen a las Unidades de Salud de igual manera, otro de los grupos muy importante son los hombres que tienen sexo con hombre, las trabajadoras sexuales. Entonces es una problemática tanto a nivel nacional como departamental. Porque esas nuevas líneas de trabajo ya están específicamente dirigidas.”* [GF.Conisida. P-7]

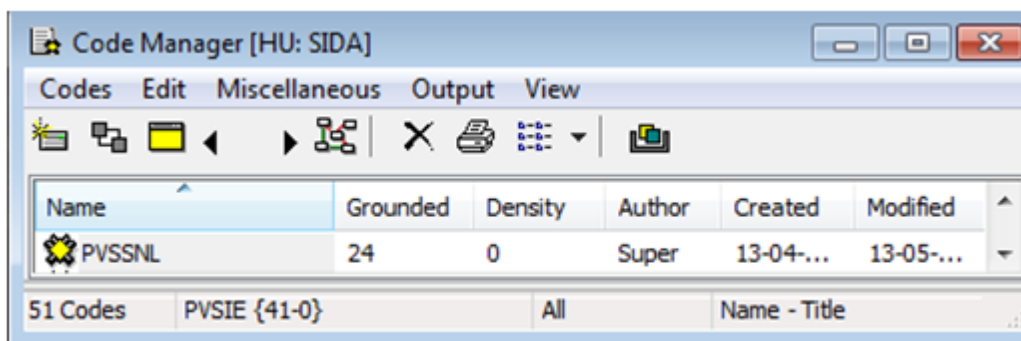
*“El trabajo que se hace en Centro de Salud, en coordinación con las instituciones es muy buena por lo que cuidamos el proyecto es una enfermedad que afecta no solo a nuestro país sino a nivel nacional, a nivel mundial y considero que están muy bien las estrategias de coordinar para las personas, de consejerías, para puedan realizar sus pruebas de VIH, que estén solos o con una sola pareja para que así podamos evitar así seguir propagando lo que es esta enfermedad.”* [GF.Conisida. P-12]

*“Sí, es un problema de salud pública y hay información en los colegios y padres hay información, pero mayormente no toman esa información, no les dan importancia, este, es como si dijeran ellos esto no me va a dar a mí porque yo me cuido, al ser primera vez y ella también entonces no me va a dar a mí, y eso sólo una falta de contacto padre y madre.”* [GF.Encuentro. P-153]

*“Sí es un problema porque tanto el hombre como la mujer si tienen VIH lo que hacen es infectar a los otros para mí si es un problema porque tanto el hombre como la mujer lo que hacen si tienen el VIH no se van a detener de tener relaciones sexuales mucho menos una persona que haya tenido que infectar a la otra persona que estemos sanos. ...* [GF.Matutino. P-253]

En términos cuantitativos, la frecuencia con la que el código PVSSNL ha aparecido en el tratamiento informático de los datos cualitativos ha sido de 24 en total (imagen 24), repartidos de forma igualitaria (tabla 124) entre entrevistas (frecuencia =12) y grupos focales o de discusión (frecuencia =12).

Imagen 24. Frecuencia código PVSSNL



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
PVSSNL	24	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con los análisis cualitativos, el VIH/Sida y las ETS se consideran, además de una problemática cultural y salud, un **problema educativo** tanto a nivel formal como no formal. En tanto que aspecto formal de la educación, en los análisis hemos observado cómo el discurso subyacente de los entrevistados llega a entender a la Universidad como el motor generador del conocimiento en sí, por lo que existe una confianza ciega en ella misma, aunque no llegue a materializarse. Se entiende por ello la Universidad como agente social y educativo con derecho y deber de llegar a todo el público a través de sus medios y fuentes de difusión. La educación sexual, por ello mismo, no debería ser una temática ajena a esta, sino que debería generalizarse en todos sus departamentos y niveles. Se entiende que aún hay mucho camino por recorrer en la Universidad, sobre todo por la lacra cultural y el tabú existente tanto en las aulas como en la vida cotidiana.

*“La universidad se ha preocupado por las charlas, por la información, sobre todo el departamento de salud, es algo que yo siempre he destacado en ello, que estén preocupados por esa parte, pero falta, falta mucho trabajo, falta hacer entender a la gente muchas cosas, y más que todo como dice la democracia una educación sexual es educar a las personas sexualmente. Los tabúes son muy fuertes y muy arraigados en nuestra cultura”. [E.IC1. p-7]*

Otro de los aspectos observados en las respuestas cualitativas pone de manifiesto la idea de la calidad de la formación del profesorado en materia de Salud Sexual y VIH-SIDA. Existe una preocupación real por cómo los docentes se forman y es desde los niveles educativos más bajos donde existe ocultismo sobre la educación sexual y sobre enfermedades de transmisión sexual, repercutiendo en una menor conciencia sobre dicho tema. El conocimiento no llega a los destinatarios como información objetiva, asimilable y procesable, sino todo lo contrario, llega de

forma sesgada y llena de tabús, con lo que la población joven se encuentra vulnerable y puede ser objeto de riesgo al contagio.

El problema de la educación sexual requiere una mejor preparación de los equipos docentes en todos los niveles de educación formal, que lleguen a entender la educación como un motor de avance social en beneficio de la comunidad. Se trata de una apertura hacia la comunicación del VIH/SIDA y hacia la eliminación de barreras culturales e ideológicas que marcan la sociedad chontaleña como una comunidad con escaso nivel educativo en educación sexual.

*“En las escuelas primarias, a nivel de texto está, en 3º, 4º grado, no sé ya quinto ese material que hay, pero si miras los libros de 3º y 4º grado, está, en teoría está, el Ministerio de Educación lo contempla, el problema está entre el texto, el intermediario que es el docente y el receptor que son nuestros niños. Entonces, ¿qué es lo que pasa también? Nuestros docentes de primaria y secundaria todavía no están, no tienen todos los instrumentos para interpretar ese texto. Contradictorio verdad, porque se supone que el texto fue diseñado para que nuestros docentes de primaria y secundaria lo pudieran interpretar y reproducir en consecuencia, pero en este impas, de interpretar lo que el texto te dice y pasarlo al estudiante, hay problema, hay problema. Porque cuando ese docente logre en alguna medida canalizar esa información al joven, y el niño llega al hogar y lo transmite, entonces rebota de manera negativa hacia el docente”. [E.IC4. p-391]*

*“El velo está tapando en la casa y el velo está tapando también en centro de estudio, y te confieso, los docentes no están preparados para tratar esto, somos unos un poco más adentrados si vos querés, desinhibidos si vos querés, pero que demandamos también más herramientas para hacernos frente.” [E.IC4. p-396]*

*“Nunca la educación es demasiada. Siempre falta. Y ese ha sido un factor muy importante y determinante para que nuestros hijos, los hijos de nuestros hijos, puedan en el futuro tratar de ir disminuyendo eso, ese potencial que es prevenir o evitar las enfermedades de transmisión sexual porque creo que en ella está el VIH/sida: en las enfermedades de transmisión sexual.” [E.IC5. p-493]*

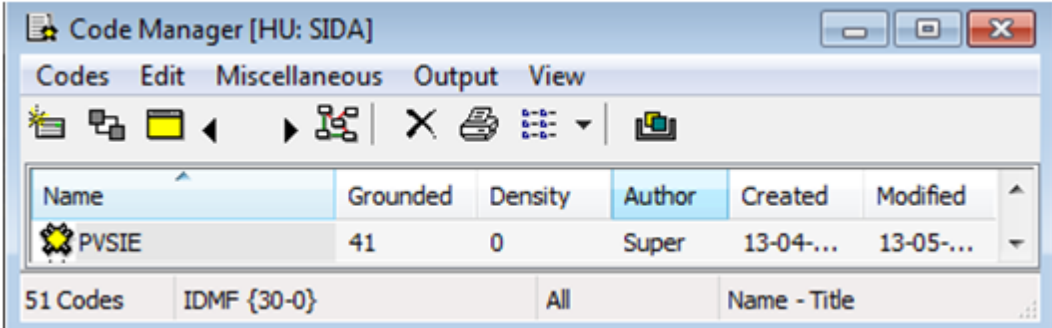
*“Me he dado cuenta que en ciertas comunidades rurales, los maestros o las maestras omiten las unidades de programación del ministerio, todo lo que tiene que ver con la sexualidad, eso no se puede dar, y se tienen cohibidos, qué van a decir de mí...” [GF. Encuentro. P-186]*

*“Si en el instituto varias veces llegaron personas del Silais a darnos la información sobre lo que es sida sino también de las enfermedades de que están ahí pero no le ponen mucha importancia de cómo el VIH porque no sé cómo le dije anteriormente por la falta de educación que tenemos también por la falta de que de amistad o de confianza”. [GF.Matutino. p-267]*

*“Es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas”. [GF.Matutino. p-372]*

Según datos del programa Atlas.ti, el código PVSIE ha sido etiquetado en un total de 41 veces (Imagen 25), 37 de las cuales han sido en las entrevistas a informantes claves y 4 a los grupos de discusión (Tabla 124).

**Imagen 25. Frecuencia etiquetado código PVSIE**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
PVSIE	41	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con los análisis cualitativos, el VIH/Sida y las ETS se consideran, además de una problemática cultural y salud, un **problema educativo** tanto a nivel formal como no formal. En tanto que aspecto formal de la educación, en los análisis hemos observado cómo el discurso subyacente de los entrevistados llega a entender a la Universidad como el motor generador del conocimiento en sí, por lo que existe una confianza ciega en ella misma, aunque no llegue a materializarse. Se entiende por ello la Universidad como agente social y educativo con derecho y deber de llegar a todo el público a través de sus medios y fuentes de difusión. La educación sexual, por ello mismo, no debería ser una temática ajena a esta, sino que debería generalizarse en todos sus departamentos y niveles. Se entiende que aún hay mucho camino por recorrer en la Universidad, sobre todo por la lacra cultural y el tabú existente tanto en las aulas como en la vida cotidiana.

*“La universidad se ha preocupado por las charlas, por la información, sobre todo el departamento de salud, es algo que yo siempre he destacado en ello, que estén preocupados por esa parte, pero falta, falta mucho trabajo, falta hacer entender a la gente muchas cosas, y más que todo como dice la democracia una educación sexual es educar a las personas sexualmente. Los tabúes son muy fuertes y muy arraigados en nuestra cultura”. [E.IC1. p-7]*

Otro de los aspectos observados en las respuestas cualitativas pone de manifiesto la idea de la calidad de la formación del profesorado en materia de Salud Sexual y VIH-SIDA. Existe una preocupación real por cómo los docentes se forman y es desde los niveles educativos más bajos donde existe ocultismo sobre la

educación sexual y sobre enfermedades de transmisión sexual, repercutiendo en una menor conciencia sobre dicho tema. El conocimiento no llega a los destinatarios como información objetiva, asimilable y procesable, sino todo lo contrario, llega de forma sesgada y llena de tabús, con lo que la población joven se encuentra vulnerable y puede ser objeto de riesgo al contagio.

El problema de la educación sexual requiere una mejor preparación de los equipos docentes en todos los niveles de educación formal, que lleguen a entender la educación como un motor de avance social en beneficio de la comunidad. Se trata de una apertura hacia la comunicación del VIH/SIDA y hacia la eliminación de barreras culturales e ideológicas que marcan la sociedad chontaleña como una comunidad con escaso nivel educativo en educación sexual.

*“En las escuelas primarias, a nivel de texto está, en 3º, 4º grado, no sé ya quinto ese material que hay, pero si miras los libros de 3º y 4º grado, está, en teoría está, el Ministerio de Educación lo contempla, el problema está entre el texto, el intermediario que es el docente y el receptor que son nuestros niños. Entonces, ¿qué es lo que pasa también? Nuestros docentes de primaria y secundaria todavía no están, no tienen todos los instrumentos para interpretar ese texto. Contradictorio verdad, porque se supone que el texto fue diseñado para que nuestros docentes de primaria y secundaria lo pudieran interpretar y reproducir en consecuencia, pero en este impas, de interpretar lo que el texto te dice y pasarlo al estudiante, hay problema, hay problema. Porque cuando ese docente logre en alguna medida canalizar esa información al joven, y el niño llega al hogar y lo transmite, entonces rebota de manera negativa hacia el docente”. [E.IC4. p-391]*

*“El velo está tapando en la casa y el velo está tapando también en centro de estudio, y te confieso, los docentes no están preparados para tratar esto, somos unos un poco más adentrados si vos querés, desinhibidos si vos querés, pero que demandamos también más herramientas para hacernos frente.” [E.IC4. p-396]*

*“Nunca la educación es demasiada. Siempre falta. Y ese ha sido un factor muy importante y determinante para que nuestros hijos, los hijos de nuestros hijos, puedan en el futuro tratar de ir disminuyendo eso, ese potencial que es prevenir o evitar las enfermedades de transmisión sexual porque creo que en ella está el VIH/sida: en las enfermedades de transmisión sexual.” [E.IC5. p-493]*

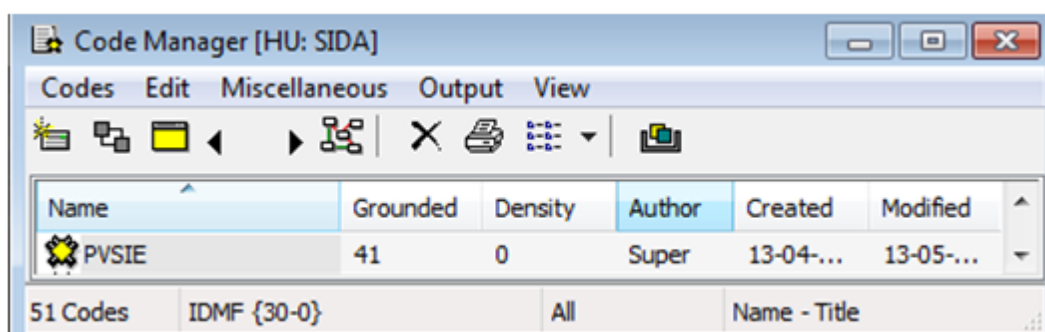
*“Me he dado cuenta que en ciertas comunidades rurales, los maestros o las maestras omiten las unidades de programación del ministerio, todo lo que tiene que ver con la sexualidad, eso no se puede dar, y se tienen cohibidos, qué van a decir de mí...” [GF. Encuentro. P-186]*

*“Si en el instituto varias veces llegaron personas del Silais a darnos la información sobre lo que es sida sino también de las enfermedades de que están ahí pero no le ponen mucha importancia de cómo el VIH porque no sé cómo le dije anteriormente por la falta de educación que tenemos también por la falta de que de amistad o de confianza”. [GF.Matutino. p-267]*

*“Es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas”. [GF.Matutino. p-372]*

Según datos del programa Atlas.ti, el código PVSIE ha sido etiquetado en un total de 41 veces (Imagen 26), 37 de las cuales han sido en las entrevistas a informantes claves y 4 a los grupos de discusión (Tabla 124).

**Imagen 26. Frecuencia etiquetado código PVSIE**



Fuente: elaboración propia.

## 21.2. Procedencia, problemática y factores implicados en la procedencia de la información que reciben los jóvenes en materia de Educación Sexual, ETS y en especial VIH-SIDA

En este apartado nos centraremos en el análisis de la información que se transmite de forma continuada desde el discurso centrado en lo religioso y/o en el machismo (Tabla 125).

**Tabla 125. Especificación códigos sobre el tipo de información en VIH**

Denominación/Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Información y/o comunicación sobre el sexo-VIH	IDR (Discurso tradicional centrado en motivos religiosos)	F (Procedente de la familia)	IDRF
		E (Procedente de la escuela)	IDRE
		GI (Procedente del grupo de Iguales)	IDRGI
		U (procedente de la Universidad)	IDRU
	IDM (Discurso tradicional centrado en el machismo)	F (Procedente de la familia)	IDMF
		E (Procedente de la escuela)	IDME
		GI (Procedente del grupo de Iguales)	IDMGI
		U (procedente de la Universidad)	IDMU

Fuente: elaboración propia.

Los análisis cualitativos de las respuestas dadas por los entrevistados ponen en tela de juicio el **papel que la Iglesia y la religión** poseen como comunicadora y educadora de valores en educación sexual, principalmente en las ideas acerca del VIH. Las familias con un fuerte arraigo a la ideología cristiana terminan usando como escudo los pilares de dicha religión como transmisora de aquellos valores que quieren transmitir a los hijos en cuanto a relaciones sexuales, al uso de preservativo como método anticonceptivo o como método para prevenir enfermedades venéreas. Los jóvenes que se inician o se han iniciado en prácticas sexuales perciben la negativa de sus familias hacia dichas prácticas y por ello lo ocultan. La consecuencia más directamente influenciada por dichos valores religiosos viene a ser jóvenes con deseos de experimentar su sexualidad y sus relaciones sexuales con unas prácticas de riesgo al contagio de enfermedades, de VIH, además de embarazos no planificados o no deseados.

*“La parte, incluso..., religiosa, ha tenido bastante influencia pues, en cuanto a esa situación”. [E.IC2. p-99]*

*“El elemento religioso quizás es determinante para ellos, es fuerte, fuerte”. [E.IC4. p-429]*

*“Parte de la Iglesia tiene, al menos en nuestro país, un grupo pero no nos ayuda. No nos ayuda, es que en ese sentido no nos ayudan, Todavía estamos que si podía ser, estamos entrando de que sí que debemos que tener los mismos.... que está penado, la planificación familia, el uso de los métodos anticonceptivos, del preservativo. Solo un poquito tenemos grandes cosas que.... si hay personas que van a misa, y tratan de cumplir a piel de la letra... Entonces, ¿qué tenemos ahí? Pues una madre, un padre, muchas influyentes, que influyen negativamente hacia los adolescentes. Porque no es lo que les digo,... que tenemos que reproducimos.... Entonces,... la iglesia, no sé de qué corriente, de que razón evangélica o apostólica, de cualquier corriente que sea, que nos ayuden a hablar, porque hay que modernizar ese tema, y hablar de ello, porque son temas prohibidos, igual que las relaciones sexuales, asimismo está prohibido el tema del VIH. Como si no conectaran, integrados en una iglesia, estos adolescentes... [GF.Conisida.p-142]*

La **enseñanza de la educación sexual** (en su concepto más amplio incluido el VIH) en las aulas escolares con orientación religiosa dejan mucho que desear en la sociedad Chontaleña. Los análisis cualitativos realizados a entrevistas y a grupos de discusión permiten esclarecer porqué las familias y las escuelas eluden e incluso ocultan tratar estos temas. Desde la perspectiva religiosa y de acuerdo con lo expresado en el apartador anterior, existe una tendencia a valorar y juzgar como inapropiado todo lo perteneciente a la educación sexual. Por este motivo, sexualidad (e incluso reproducción) y prevención de enfermedades de transmisión sexual quedan

excluidas del currículum académico tanto en centros escolares de primaria como secundaria.

*“Si se suele hablar, pero es más complicado, sobre todo en algunos colegios, donde la parte religiosa tiene mucho que ver. Por ejemplo cuando yo daba clases, y los colegios de acá, católicos, uno de las monjas y otros de los frailes, las dos veces intenté llevar charlas de educación sexual allá y fue bastante complejo, ya cuando yo mostré o hablé sobre lo que eran las charlas aquí, entonces las monjas miraban saltando los ojos por qué iban a decir los padres, que estábamos promoviendo la promiscuidad o qué se yo, entonces ya fue más difícil”. [E.IC1. p-11]*

*“Tenemos una población que por las leyes y la iglesia no nos permite hablar mucho del sexo en los grados de primaria y secundaria y de planificación familiar mucho menos porque ellos creen que estamos induciendo nosotros a que la paciente tenga sexo, verdad, y garantizándoles a qué método planificar”. [E. IC3.p-174]*

*“En los colegios sí, sí se da cierta apertura pero no por completo para hablar del tema. Principalmente en los colegios que son de tendencia religiosa religiosas, casi que no permiten de que se hable de estos temas”. [GF. Conisida. P-34]*

*“Todavía existen ciertos tabúes y creencias y los jóvenes lógicamente que se forman en sus escuelas y sus universidades y esto verdad como forma de que están incluido en algún momento en el censum académico. Y esto ellos lo pueden llegar a decir a los padres que para qué es bueno usar preservativo no tienen ese grado de confianza”. [GF. Conisida. P-30]*

Según los datos cualitativos que hemos analizado, **el grupo de iguales** es considerando como un factor influyente en las relaciones que los jóvenes establecen entre sí, y por ende, de las relaciones sexuales que pueden darse entre ellos. Son los propios círculos amistosos los que en numerosas ocasiones empujan a la juventud a llevar prácticas sexuales de riesgo, ya sea de riesgo al contagio del VIH o de otras enfermedades venéreas.

*“Es que incluso a veces tu amigo o tu grupo con el que estás te motiva a que tengas relaciones para que des el paso de niño a hombre”. [E.IC1. p-39]*

*“Nos metemos en el tema de la religión. Cuando hemos sido criado bajo una formación cristiana, bien fuerte”. [E. IC5. P-520]*

Respecto al discurso empleado por las familias para informar a los jóvenes sobre VIH/Sida, podríamos decir que viene marcado por un carácter machista. Son los resultados extraídos de los análisis cualitativos realizados a las entrevistas y grupos focales durante el periodo de investigación. Tal como más adelante se explicará, el machismo es una lacra en la sociedad chontaleña, anclada tan fuertemente a su idiosincrasia que es imposible que sus ciudadanos conciban una sociedad libre de ello. Este hecho impide que la comunicación sea fluida dentro de la unidad familiar sobre temas relacionados con el VIH, el Sida, las relaciones sexuales, los medios de anticoncepción y las formas de evitar riesgos al contagio de



enfermedades. Los padres y madres de familias no conceden valor alguno a tratar abiertamente los temas sobre sexualidad, sexo y riesgo, provocando que sean los jóvenes los más afectados en esta cadena de omisiones de educación. En este sentido, cuando la familia no ejerce íntegramente el papel sociabilizador que le pertenece, otras instituciones o factores vienen a ocupar su lugar, ya sean los medios de comunicación, el grupo de iguales e incluso otros. Según los datos recogidos en las entrevistas, las familias se excusan en que dicha carencia comunicativa viene arrastrada por la idea de que al hablar abiertamente y sin tabús sobre estos temas, en lugar de inculcar valores de prevención, estarían promoviendo o alimentando la curiosidad de los jóvenes sobre el sexo.

*“En la familia no te lo van a tocar nunca, un padre que una hija le pregunte algo sobre unas relaciones, sobre el preservativo, sobre el VIH, no son temas comunes en nosotros, son muy pocos los padres que logran hacer eso, las familias que logran tener una comunicación muy fuerte con sus hijos”. [E. IC1. P-11]*

*“En las familias, sobre todo las más arraigadas a sus raíces, valga la redundancia, no se habla, no se habla por miedo, no se habla por tabú, no se habla en algunos casos creo que porque los padres piensen que si hablan con sus hijos sobre eso, en lugar de orientarlas las van a inducir a hacerlo. Igual con los hijos, el machismo es bastante fuerte aquí, si un padre te va a dar un consejo es “mirá tened tantas mujeres que así vas a tener respeto de tus amigos”, y ahí te vas quedando, tus amigos te dicen lo mismo, tus compañeros te dicen lo mismo, las personas mayores con las que puedes tener confianza de preguntarle igual te hablan de lo mismo, que cuantas más mujeres tengas mejor. Para los varones, para las mujeres es como más inhibido hablar sobre esto, ni en la familia, con sus amigas, incluso entre mujeres, siento que les cuesta hablar sobre estos temas”. [E. IC1. P-15]*

*“Mi familia igual me criaron de esa manera ya, que si tienes un novio, que si tienes otro novio, pero nada de relaciones que eso es hasta el matrimonio, entonces, te crían de una manera pero vos vas aprendiendo [...] la información no te viene directamente desde tu casa, porque los padres tienen mucho miedo de hablar sobre la sexualidad con los hijos, porque ellos mismos tampoco fueron educados en un momento o nadie les dijo y entonces es ahí donde se vuelve un ciclo de falta de información en todos los niveles”. [E. IC2. P-99]*

*“En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho”. [E. IC4. P-383]*

*“Los padres en alguna medida que autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no con el nivel de responsabilidad que se requiere”. [E. IC4. P-390]*

*“La familia hay cierto temor de preguntar porque los padres no, no son abiertos, a conversar sobre este tema, principalmente con adolescentes. Es más bien, hay mucho tabú en las familias. [...]. En las casas, casi que es un tema prohibido, creo que, que, no creo que en la casa, al menos, los padres hablen con sus hijos acerca del sexo. En primer instante, en segundo instante, sí, como dicen mis compañeras, hay mucha información de otras fuentes y también de se le han ofrecido un preservativo llegan a la casa, si un padre llega a encontrar un preservativo, en el bolso de su hijo o de su hija*

*inmediatamente se lleva una carta, porque se piensa de que ya inició una vida sexual, y ni siquiera los demás como, como manera de estar preparada, ante cualquier situación que se presente”. [GF. Conisida. P-32-34]*

*“Si se le pregunta a cualquier persona que vive aquí si habla con sus padres es mas hoy en día los jóvenes tenemos más confianza en el novio los amiguitos que a sus propios padres por la edad.” [GF. Matutino. P-158]*

Los análisis cualitativos evidencian la posición de los entrevistados respecto a la **información de índole machista que desde la propia escuela** y educación se trasmite a la sociedad. Las familias en numerosas ocasiones no aprueban que los temas de educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, medios anticonceptivos, etc. sean tratados como currículum académico. En relación con el apartado anterior existe un miedo latente a que se despierten deseos de libertinaje sexual en los jóvenes. Hemos encontrado cierto cuestionamiento a la propia labor docente, pues son los mismos profesores los que en ocasiones no se encuentran preparados para desarrollar una temática de dicha índole y aunque existen ciertos cursos sobre promoción de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, aún queda un amplio camino por recorrer.

*“Los padres en alguna medida que autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no con el nivel de responsabilidad que se requiere”. [E. IC4. P-390]*

*“Ni yo misma a veces acepto el sexo como algo tan normal, tan natural. Fijate, que es una traba a veces. Que nosotros lo que queremos es formar. Y digo yo ¿será que les estoy transmitiendo a los muchachos el mensaje real de mi yo misma?”. [E. IC5. P-497]*

*“Si nos vamos las estadísticas estamos viendo verdad y cuando hacemos el análisis de las tomas de muestra, el grupo de quince a diecinueve años hay una alta embarazos en adolescentes. Todo esto viene a la confirmar que la información, que la información queda ahí, nada más en los colegios pero que va a llegar hasta los hogares no”. [GF. Conisida. P-38]*

*“En la primaria y secundaria a uno le hablan y aquí en la universidad también hablan del VIH sida incluso vienen a dar charla”. [GF. Matutino. P-261]*

*“En el instituto varias veces llegaron personas del Silais a darnos la información sobre lo que es sida sino también de las enfermedades de que están ahí pero no le ponen mucha importancia de cómo el VIH porque no sé cómo le dije anteriormente por la falta de educación que tenemos también por la falta de que de amistad o de confianza. [GF. Matutino. P- 267]*

La **influencia que el grupo de iguales** ejerce en la juventud nicaragüense respecto a los ideales y concepciones en temas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, VIH, etc.... es tan fuerte que en muchas ocasiones se presta

mayor atención a este que a la familia o a la escuela-universidad. Según los datos cualitativos (Entrevistas y grupos de discusión), el grupo de iguales ejerce un poder dominante hacia todos los miembros que lo componen, por lo que si uno de sus miembros carece de información fiable y válida, la transmitirá al resto de compañero sin contrastarla. En el momento en el que alguno comparte alguna experiencia o algún riesgo de contagio de VIH lo hará saber al resto, pudiendo ser beneficioso o contraproducente.

*“A veces el resto de tu grupo tampoco ha tenido relaciones y te inducen a vos a que las tengas, es bastante chistoso por un lado pero es interesante cómo te pueden inducir a hacer algo que tal vez no estás preparado, no manejas nada el tema, te inducen de la misma forma y ellos no lo han hecho”. [E. IC1. P-43]*

*“Sí te digo influyen, los grupos influyen en la parte sexual incluso más de lo que deberían, sobre todo cuando sos de las personas que acostumbras a andar con bastantes amigos”. [E. IC1. P-52]*

*“Los jóvenes, ellos buscan cómo informarse con los amigos, a través de internet u otras cosas”. [GF. Conisida. P- 32]*

*“Las amistades, las malas amistades, y comienzan en cuanto ellos ya se sienten hombrecitos, y tienen oportunidad. [GF. Encuentro. P-180]*

*“Hoy en día los jóvenes tenemos más confianza en el novio, los amiguitos, que a sus propios padres por la edad” [GF. Matutino. P- 297]*

*“En mi grupo sí somos de 6 a 7 que nos ponemos hablar de cosas así entonces las personas que han tenido experiencia nos empiezan a decir cosas y nos empiezan a aconsejar entre los mismos jóvenes claro porque ya con adultos es más diferente” [GF. Matutino. P-300]*

El número de frecuencia de etiquetado de cada uno de los códigos aparece en la imagen 27. Puede observarse cómo la transmisión de la información centrada en un discurso machista tiene una mayor proporción que aquella centrada en motivos religiosos. En la Tabla 124 puede apreciarse con mayor detalle la frecuencia de codificación para cada código por entrevistas y grupos de discusión.

**Imagen 27. Frecuencia etiquetado**

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
IDME	9	0	Super	13-04-...	13-05-...
IDMF	30	0	Super	13-04-...	13-05-...
IDMG	19	0	Super	13-04-...	13-05-...
IDMU	4	0	Super	13-04-...	13-05-...
IDRE	6	0	Super	13-04-...	13-04-...
IDRF	5	0	Super	13-04-...	13-04-...
IDRGI	2	0	Super	13-04-...	13-04-...
IDRU	1	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

### 21.3. El machismo como sesgo cultural/familiar/social en Chontales

El tema abordado en el siguiente apartado cobra mucha importancia dentro de la sociedad chontaleña. Es el machismo visto desde tres perspectivas enlazadas entre sí lo que dan lugar a una cultura marcada por las expectativas sociales, familiares y culturales (Tabla 126).

**Tabla 126. Especificación códigos machismo**

Denominación/ Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Machismo	M (Machismo)	EXS (Expectativas sociales)	MEXS
		EXF (Expectativas familiares)	MEXF
		EXC (Expectativas culturales)	MEXC

Fuente: elaboración propia.

Desde la opinión de los participantes de la investigación, en la sociedad chontaleña, las **expectativas sociales del machismo** acarrea un lastre social a todos los ciudadanos en materia de educación sexual y en conocimiento sobre el VIH/Sida en particular. Existe una clara diferenciación de género en el discurso dado sobre el sexo en su conjunto y sobre las ETS. Como datos relevantes a esta investigación hemos observado en los análisis cualitativos cómo las mujeres, influenciadas por una cultura y sociedad básicamente fundada en el machismo, actúan de forma recatada, inhibida y selectiva a la hora de mantener relaciones

sexuales. Por el contrario, a los hombres se les permite socialmente poder elegir cuándo y cómo quieren, tener relaciones sexuales, teniendo ante nosotros una sociedad machista en el sentido más amplio de la palabra. Como patrón social y culturalmente establecido encontramos la figura del hombre, cuyo número de relaciones sexuales significa mayor poder entre el grupo de iguales, un mayor prestigio social y una identidad de género mucho más segura, aunque ello suponga poseer un mayor riesgo al contagio al VIH/ETS. En cambio, desde la perspectiva machista de la mujer, la virginidad se considera como signo de reputación social y como valía personal. Dentro de dicho mundo, solo en el caso de que la mujer comience una pareja como “novio” se les permite socialmente tener cierto nivel de relaciones sexuales. Ante el panorama observado en los análisis, un 90% de la población nicaragüense se ve influenciada por el machismo y, es más, es la misma población la que perpetúa que dichos valores se sigan transmitiendo.

*“Claro que sí, hay una gran diferencia. Las mujeres Chontaleñas y Juigalpinas por excelencia, son súper más reservadas sólo para el hecho de tener relaciones, el hombre no, el chavalito anda buscando con mujeres, sabe que puede contraer, lo sabe y puede estar claro de eso, pero su meta es tener relaciones con mujeres y va a seguir ahí, y si no lo puede con ella va a intentarlo con otra, y aunque pueda con ella va a intentarlo con otra. Mientras que las mujeres no, es lo que te digo la parte machista influye mucho, es la parte cultural, las mujeres son, por la misma fuerza de la familia o inducción de la familia en que no lo debe hacer. [...]. La diferencia es muy abismal, la forma en que la mujer mira el acto sexual es hacer el amor, la forma en la que lo mira el hombre, hablo en su mayoría verdad, no en su totalidad, la manera en la que la mira el hombre “es un trofeo más”, un punto más a favor, al menos que realmente sucediera el hecho de enamorarse o querer estar con alguien.” [E.IC1. p-27]*

*“El caso de los hombres es un poco diferente, aquí el hombre que..., que tiene más mujeres es más hombre, mientras que la mujer, si tiene más hombres, es otra cosa, es una prostitutas, o es una cualquiera pues, o sea que anda con cualquiera, es la fácil. Si, si pero como la sociedad de nosotros es más machista, es más marcada y no los haces cambiar de idea, al hombre que piensa así, muy difícilmente lo haces cambiar de idea y entonces por eso yo considero que es muy importante que se hable de estos temas.” [E.IC2. p-99]*

*“La mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no todos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan”. [E.IC2. p-111]*

*“El grado cultural defecto que tiene esta población baja hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alta el machismo es alto en esta población”. [E.IC3. p-173]*

Como propuesta de sensibilización social ante las relaciones sexuales de riesgo al contagio VIH se propone una campaña de actuación desde la perspectiva

del poder de la mujer. En esta propuesta, es la mujer la que debe rechazar tener relaciones sexuales de riesgo, propiciando una cierta sensibilización por parte del hombre, quienes ante la negativa de dichas mujeres, podrán ser capaces de ponerse en marcha hacia el cambio en salud sexual.

*“Dentro de nuestra cultura machista, el chico, dice, bueno, vos me rechazás, lo voy a aceptar, y yo puedo buscarme otra, pero esa chica .....pero viene otro detrás de vos, y ahora esa chica le sale con la misma respuesta que la anterior ya tenemos dos chicas . Entonces en la medida que él encuentre obstáculos por cada chica que busque, entonces, el qué pasa aquí, yo tengo también que sensibilizarme”. [E.IC4. p-473]*

Según los análisis cualitativos, existe un obvio matiz de **diferenciación del machismo según hablemos de entornos rurales o urbanos**. Como una consecuencia más del machismo social en el contexto rural, el grado de emancipación alcanzado por parte de las chicas es alto, considerándose “normal” que desde los 12 – 13 años de edad comience a permitirse socialmente la unión matrimonial de hombre – mujer. El trasfondo social y cultural de dichas uniones radica en un deseo de independencia de la mujer, cuyo núcleo familiar basado en el machismo crean y potencian el deseo de independencia tanto de actividad vital como de sexualidad. La problemática emerge cuando dichas jóvenes encuentran en el nuevo núcleo familiar creado más signos machistas, en ocasiones con motivos y valores más severos que los de la familia de procedencia. Junto a la nueva vida matrimonial, la rueda machista se reproduce crudamente pues es el esposo el que, en lugar del padre, tiene sujeta a voluntad y disposición a la joven.

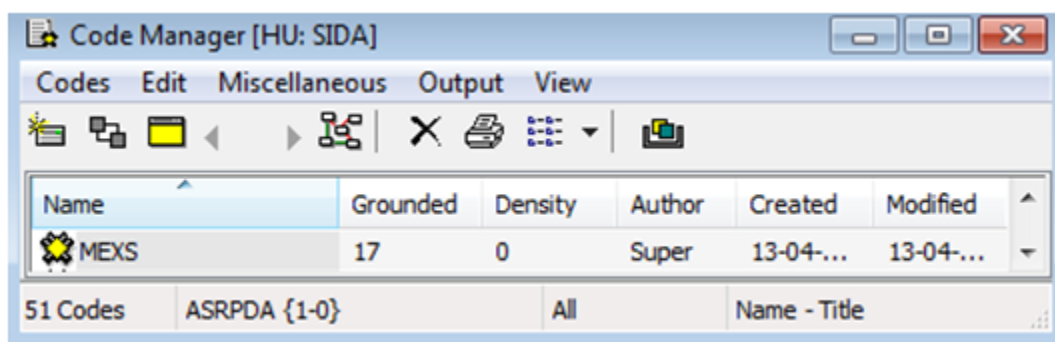
*“En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida. Las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, [...] ¡ay ay ay!, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración, de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. [...]”. [E.IC5. p-552]*

Los datos cualitativos son esclarecedores, la predominancia de una cultura machista considera al hombre como figura dominante, ejercida de forma permanente hacia la mujer, respecto a las relaciones sexuales y otros temas vinculados.

*“En las comarcas de las fiestas patronales....a las personas y....con la misma ideología que tienen de machista, yo soy muy hombre, y cuantas más mujeres soy más hombre”. [GF. Encuentro. P- 163]*

De forma cuantitativa, el código empleado (MEXS) para el análisis del machismo en su versión más social (Imagen 28) tiene una frecuencia de etiquetado de 17 veces. En los análisis cualitativos de las entrevistas ha aparecido un total de 15 veces y en los grupos focales 2 (Tabla 124).

**Imagen 28. Frecuencia etiquetado código MEXS**



The screenshot shows a software window titled 'Code Manager [HU: SIDA]'. It features a menu bar with 'Codes', 'Edit', 'Miscellaneous', 'Output', and 'View'. Below the menu is a toolbar with various icons. A table displays the following data:

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
MEXS	17	0	Super	13-04-...	13-04-...

At the bottom of the window, there are summary statistics: '51 Codes', 'ASRPDA {1-0}', 'All', and 'Name - Title'.

Fuente: elaboración propia.

El machismo, enfocado desde el punto de vista de la **familia como institución trasmisora de conocimientos, valores y actitudes** es el elemento responsable de la herencia cultural transmitida de generación en generación. En los análisis cualitativos hemos observado una tendencia a considerar la familia como encargada de enseñar a los descendientes todo lo relacionado sobre las enfermedades de transmisión sexual, sobre las relaciones sexuales en general y sobre los riesgos que entrañan. Los análisis han destacado la importancia de dicha comunicación en la familia ya que cuando dicha comunicación es una carencia, los jóvenes son más proclives a la promiscuidad y a poner en prácticas relaciones sexuales de alto riesgo al contagio de VIH y ETS. Se hace hincapié en la importancia de la demostración del afecto por parte de padres y madres recíprocamente, así como a los hijos/as. Dicha demostración de afecto permite tratar de forma natural el fondo amoroso de las relaciones sentimentales y los lazos de unión paternofamiliar en

la familia, además, es desde el propio núcleo familiar donde se potencia una mayor apertura al entendimiento y comunicación de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH. Desde este punto de vista, el clima familiar se aleja de posturas machistas basadas en el arraigo cultural y permiten progresar hacia la evolución de dichos conceptos.

*“Mi familia igual, me criaron de esa manera ya, que si tienes un novio, que si tienes otro novio, pero nada de relaciones que eso es hasta el matrimonio, entonces, te crían de una manera pero vos vas aprendiendo [...] lo que te dice tu madre, andas con uno, andas con otro, andas jugado de segua, o sea que una mano paso sobre vos, otra mano paso sobre vos y eso tiene que ver sobre los valores que tu familia te inculca, pero si tu familia no te inculca eso y vos te dejás influenciar por el resto del mundo, vos vas a hacer lo que el resto del mundo hace y en ese sentido, pues, las mujeres más que todo, cometemos el error de a lo mejor andar o tener relaciones sexuales”. [E.IC2. p-99]*

*“Eso que usted plantea de los Padres es bueno porque los Padres en cierta forma, hay familias enteras que el Padre no recibe amor, la Madre nunca recibió amor y cuando nace en sus hijos nacen nothing y cuando el hijo le da el primer beso a la madre ella se siente incómoda porque fue un hombre el que le dio un beso pero lo miran desde el punto de vista del sexo masculino y femenino o sea cómo voy a permitir que un hombre me dé un beso si sólo mi marido me puede dar un beso pero sí lo mira desde el punto de vista del nacimiento del que es su hijo le está dando un beso con amor, afecto y cariño entonces el afecto es diferente entonces ya tienen que comprender los padres de familia actualmente que todo lo que los niños pregunten no preguntan por hacer daño si no porque quieren saber entonces los Padres se están dando cuenta en estos momentos cómo ellos fueron criados de otra forma. En la actualidad los padres tienen que darse cuenta o se están dando cuenta que preguntas por los niños sobre este tema no es ningún daño más bien están alimentando a ellos a investigar y a preguntar como padre de familia dentro del grupo de padres de familia y así poder darle cuenta a sus hijos”. [E.IC3. p-178]*

*“Hay otras familias que he escuchado que no les hablan para nada a los hijos de sexo y te digo que no les hablan de nada porque cuando tú le tocas eso se ponen rojos, rojos, rojos, y te cambian completamente de tema. Ay qué vulgar el sexo, te dicen porque eso es tan vulgar, y te estoy hablando de la misma familia, que son hijos de mi madre, imagínate, tienen ese gran tabú, que no les hablan a los hijos de sexo.” [E.IC5. p-511]*

*“Para mí que tiene que ver mucho el medio en su hogar. A veces su madre, su padre, cómo ha visto, fijate que, por eso a veces, considero de que la relación sexual no puede ser tan abierta, hay padres y madres que no les importa que sus hijos los vean haciendo el sexo, ellos dicen que eso es normal, o que los vean desnudos, eso es normal. Entonces la niña se va creando con esa formación, que es normal desnudarse o tener una relación con alguien y al día siguiente qué bien, mañana no te conozco.” [E.IC5. p-528]*

*“Si estamos con adolescentes, lo primero es el miedo de que si mi mamá me descubre que estoy usando un método, me va a regañar, me va a tratar mal, me va a sacar de clase. Entonces, no usan o si no le bajan la menstruación, lo primero que le preguntan es ¿por qué? Porque hay madres que están pendientes de sus hijas. Entonces, algo que influyan que no han de hacer, pues no lo usan, para que no la descubran”. [GF.Conisida. p- 93]*

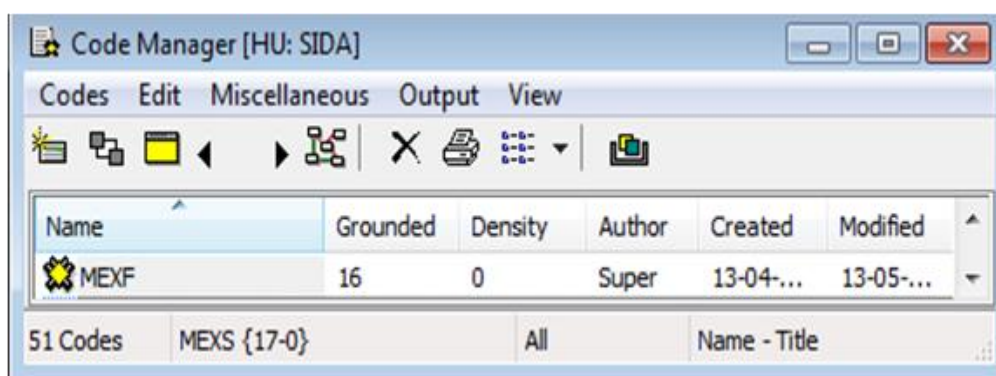
*“El padre de familia se preocupe y cuide de las amistades que tiene, que muchas veces las amistades importa... ahora lo miran la virginidad lo miran como algo que hay que perderlo lo más pronto posible”. [GF. Encuentro. P-167]*



*“Tal vez no queda embarazada por el tipo de familia en que venga si sus padres si el padre es muy estricto que sea el hijo, es más, este... es más, aventado o tiene demasiada libertad entonces él hace lo que él quiere para retar a sus padres entonces ya les dicen los papas de que si salen embarazadas este la mayoría aquí hacen de que por parte de los padres verdad le dice que se vaya de la casa que si ya tiene pues alguien que responda por ella entonces creo que es por eso solo son conscientes de que no vayan a salir embarazada ese es su miedo”. [GF. Matutino. P- 331]*

La frecuencia de etiquetado del código MEXF ha sido de 16 en su totalidad (imagen 29). En las entrevistas se ha empleado dicho código en 12 ocasiones y en los grupos de discusión en 4 (Tabla 124).

**Imagen 29. Frecuencia etiquetado código MEXF**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
MEXF	16	0	Super	13-04-...	13-05-...

51 Codes    MEXS {17-0}    All    Name - Title

Fuente: elaboración propia.

La forma en la que la cultura invade nuestro alrededor se aprecia en todo cuanto vivimos. En este sentido, **la cultura es otro elemento más de trasmisión de valores machistas** hacia la sociedad respecto a las enfermedades de trasmisión sexual como el VIH. De cómo nos enfrentamos ante las relaciones sexuales desde sus inicios depende en gran medida de ello. Durante en análisis cualitativo nos llamó especialmente la atención la percepción que tienen los entrevistados sobre la cultura, entendida como elemento inamovible de la evolución de la sociedad chontaleña. Las relaciones sexuales y el conocimiento sobre el VIH y las ETS están aún en fase de desarrollo y no terminan de explotarse los recursos disponibles para ello, quedando la cultura estancada. En las zonas rurales esta situación es mucho más acuciante si cabe ya que existe poca o nula protección ante los riesgos de infecciones y las enfermedades de trasmisión sexual, mientras que los embarazos no deseados llegan a estar un poco más controlados que lo anterior. Es decir, cuando los jóvenes se protegen con un preservativo en sus relaciones sexuales lo

hacen pensando más en evitar un embarazo no planificado/deseado que en evitar el contagio de una enfermedad venérea. Los análisis cualitativos han determinado que aún sigue existiendo una sociedad machista en Chontales, aunque se aprecia cierto atisbo de cambio de roles. Las chicas comienzan a ser un poco más libre en los grupos de iguales y a comportarse de manera similar que los chicos ante las relaciones sexuales, camuflándose en una falsa igualdad de género.

*“[...] a los veinte años, ya la mujer, ya esta vieja, ya no sirve para él, ahí hay una diversidad en la manera en como nosotros entendemos la sexualidad como tal o el inicio de las relaciones sexuales”. [E.IC2. p-99]*

*“Debe haber una gran mayoría obviamente que usan protección pero lo ven más desde el punto de vista de evitar el embarazo en lugar de protegerse de tal enfermedad, no en si voy a usar un preservativo por, no valla ser que me dé algo, ¿ah? sino que voy a usar el preservativo para no dejar a esta chavala embarazada, o la chavala: - ponte el condón que no quiero quedar embarazada”. [E.IC2. p-115]*

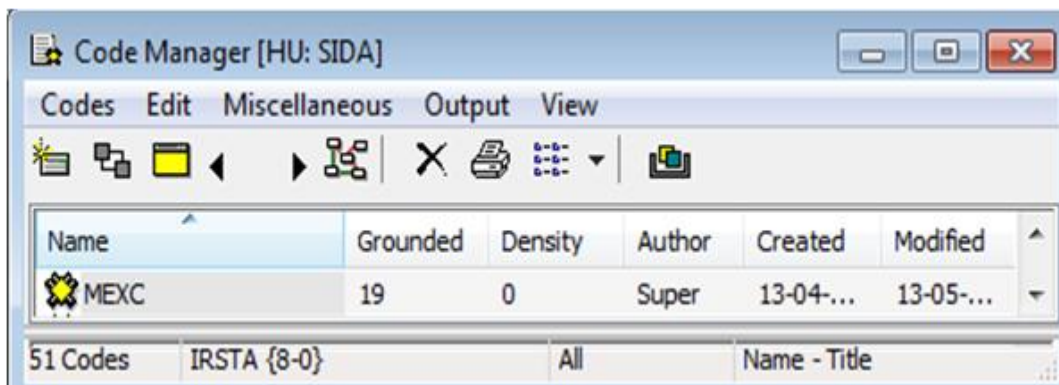
*“Que las personas que habitan en la ciudad o tienen un pariente en el campo o emigraron en algún momento de su vida del campo a la ciudad. ¿Eso qué significa? Que información o datos sobre enfermedades son demasiado nuevos para nosotros, como es el VIH. Entonces, ¿cuál es la estructura en el campo? En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual. Entonces qué pasa, se traslada esa información cultural del campo a la ciudad. [...] esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales”. [E.IC4. p- 383-384]*

*“Es que ahora se han cambiado los roles bastante, porque antes éramos los varones que nos hacíamos un grupito, mira, yo con este, yo con esta, vamos...vamos mitad y mitad, ahora son ellas, mira este me gusta, ahora cambiaron los roles totalmente”. [GF. Encuentro. P-206]*

*“Sí pero no para evitarlo si no para hacernos conciencia a nosotros mismo de que esto es algo que estamos viviendo día a día no lo podemos dejar atrás pero especialmente en los varones que son más rudos machistas hacer conciencia en ellos que vayan viendo que va a ver un momento de que tal vez les va pasar y no van a querer que otra persona que no sepan de esa información les hagan lo mismo que ellos están haciendo con otras personas entonces para mi estaría bien”. [GF. Matutino. P-369]*

El recuento cuantitativo del programa Atlas.ti para el código MEXC detalla una frecuencia de codificación de 19 veces (Imagen 30). De ellas un total de 13 se ha empleado en las entrevistas y 6 en los grupos focales (Tabla 124).

**Imagen 30. Frecuencia etiquetado código MEXC**



Fuente: elaboración propia.

#### 21.4. Datos y estadísticas nacionales fieles a la realidad o subregistro

Los siguientes códigos hacen mención a las estadísticas públicas sobre el número de personas con VIH o SIDA (Tabla 127).

**Tabla 127. Códigos sobre las cifras del VIH**

Denominación/ Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Cifras sobre conocimiento del VIH-SIDA (ETS en general)	CCS (Cifras conocimiento o SIDA)	FR (Fieles a la realidad)	CCSFR
		ES (Existencia subregistro)	CCSES

Fuente: elaboración propia.

En opinión de los entrevistados, se dispone de poca **información real y verídica** sobre la incidencia de contagio por VIH. La idea es unánime al considerarse que existe cierto nivel de registro oculto o *subregistro* en el cómputo de las estadísticas nacionales. Detrás de ello parecen existir intereses políticos o de salud nacional por lo que se tenga que ocultar.

*“Tendríamos que hacer estudios diarios para poder saber cuáles son las cifras reales”.* [GF. Encuentro. P-160]

*“Yo diría que son más de los oficiales”.* [GF. Encuentro. P-159]

*“Es más oculto”.* [GF. Conisida. P-20]

*“Es un hecho que en su registro se ve, lo recoge constantemente.”* [GF. Conisida. P-24]

*“Existe un subregistro por la misma ley docente. Hay personas que son portadoras y que totalmente no le quitamos nuestra, a nivel de departamento, sino que viajan hacia otros departamentos igualmente otras gentes de los otros departamentos vienen aquí. Aquí se hacen las pruebas y aquí se registran. [...] Hay problemas y hay problemas de subregistro, lógicamente, algunos en clínicas privadas”. [GF. Conisida. P-26]*

*“Los datos oficiales no son los de la realidad [...]”. [GF. Encuentro. P-247]*

El número de etiquetados de los códigos CCSES y CCSFR han sido de 6 y 1, respectivamente (Imagen 31). En la tabla 124 aparecen desglosadas la frecuencia de ambos códigos para entrevistas y grupos de discusión.

**Imagen 31. Frecuencia etiquetado códigos CCSES y CCSFR**

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
CCSES	6	0	Super	13-04-...	13-04-...
CCSFR	1	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

### 21.5. Edad de inicio en las relaciones sexuales. Diferenciación de género

En el siguiente apartado analizamos cualitativamente las opiniones de profesorado y grupos focales respecto a las edades de iniciación a las relaciones sexuales. La tabla 128 muestra las áreas analizadas y los códigos utilizados en el procesamiento informático del análisis cualitativo.

**Tabla 128. Iniciación de las relaciones sexuales**

Denominación/ Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Iniciación relaciones sexuales	IRS (Iniciación Relaciones Sexuales)	TA Tardías en chicas (desde 15 años)	IRSTA
		TEC (Tempranas en chicas. 13 años)	IRSTEC
		TE Tempranas en chicos (desde los 12 años)	IRSTE

Fuente: elaboración propia.

De los análisis cualitativos realizados a entrevistas y grupos focales observamos una tendencia generalizada en la sociedad chontaleña opinar que las chicas comienzan sus **primeras relaciones sexuales** en torno a los 14-15 años de edad como promedio. El número de embarazos no deseados en chicas de edades comprendidas en dicho rango avalan la idea de un comienzo precoz en las relaciones sexuales.

*“Y las muchachas aunque no lo digan, tal vez a veces puede ser un poco más tarde, pero también hay muchas que lo pierden a esa edad, en promedio yo te diría que los 15 años las mujeres”. [E. IC1. P-39]*

*“Entre la mujer estamos hablando de catorce años para adelante jóvenes adolescentes”. [E.IC3. p- 203]*

*“Hay una tendencia que se está más iniciando un poco antes en edad en las chicas, si estamos hablando de 14 o 15 años. [...] No se establece ningún tipo de relación estable entre la otra persona y es mucho más preocupante porque significa que nos atrevemos a pronosticar, significa que esta joven que tiene 15, 14 años cuando tenga 20, cuántas relaciones y con cuántos mantendrá y que conste a veces se tiene como clasificado, ah! es que las niñas de los sectores pobres, de la periferia de la ciudad son las que inician a más temprana edad”. [E. IC4. P-408]*

*“De doce a catorce o más”. [GF. Conisida. P-48]*

*“Y eso será alrededor de los catorce, quince, dieciséis años”. [GF. Encuentro. P-181]*

*“Por la cantidad de embarazo sí, porque la mayoría están entre los 13 a los 19 años”. [GF. Matutino. P- 311]*

Según los datos cualitativos analizados, nos encontramos ante una juventud femenina que inicia sus *relaciones sexuales* cada vez más tempranamente, es ya desde los 12 años de edad cuando las relaciones sexuales podrían considerarse completas. En opinión de los entrevistados, en cierta medida, el grupo de iguales ejerce presión al estar incitándose permanente y mutuamente entre ellos al inicio de dichas relaciones. Podemos observar (según los datos cualitativos) que la gran mayoría de relaciones sexuales se realizan sin ningún tipo de protección ante el riesgo de contagio al VIH u otras ETS. Existe, sin embargo, una mayor preocupación a evitar los embarazos no deseados, aunque no siempre se consigue. En este sentido, el alto porcentaje de jóvenes de 12 -16 años embarazadas vienen a ratificar el poco o escaso control que tienen sobre la situación. Durante el trascurso del análisis cualitativo nos llamó especialmente la atención las opiniones de los entrevistados respecto a la problemática del uso de medios de protección frente a

enfermedades venéreas. La sociedad está un poco más concienciada en el control de los embarazos no planificados que del control del contagio del VIH. Además, hemos encontrado interesante la idea que poseen sobre la igualdad de género en temas de sexo y VIH. En la sociedad chontaleña, que las jóvenes inicien sus relaciones sexuales de pareja, ya sean esporádicas o permanentes, es un indicio de igualdad frente al hombre y un distanciamiento del estereotipo de mujer reprimida sexualmente. Otros de los factores destacados en los análisis son el poder que la ingesta de alcohol, drogas y la asiduidad a fiestas (donde estas sustancias son fácilmente asequibles) tienen sobre la juventud, favoreciendo la iniciación a las relaciones sexuales tempranas, en su mayoría esporádicas y sin protección frente al VIH, a otras ETS o a embarazos.

*“Estás bombardeado todo el tiempo a que te estén impulsando a tener relaciones tempranas”. [E. IC2. P-99]*

*“Te estoy hablando de muchachas de 15 años que han venido con sus niños chineándolos verdad Y apenas tienen 15 años, estos son niños criando niños y entonces es ahí donde se rompe esa secuencia de esa información”. [E.IC2. p-107]*

*“La cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años”. [E. IC4. P- 390]*

*“Sí, es un hecho inevitable. Se ha propagado las relaciones sexuales a corta edad, a los doce años. Ya los jovencitos ya anda teniendo relaciones con doce o trece años, ya andan teniendo relaciones con sus novias”. [E.IC5. p- 522]*

*“Las niñas más jóvenes, niñas de doce años.” [E. IC5. P- 524]*

*“Me quedé asustada una niña de doce años, embarazada. Pregunto, ¿Hasta dónde el Ministerio de Salud investigó como fue ese embarazo? Normal, un joven como de catorce años la embarazó, catorce o quince años, entonces ella está embarazada, normal. [...] Entonces, esas son partes de las costumbres y creencias de nuestras gentes en algunas comunidades. Lógicamente, el embarazo en adolescentes, los jóvenes a temprana edad, están teniendo relaciones sexuales y no están haciendo uso del preservativo. Digamos los embarazos de quince, de catorce, de doce a diecinueve, de doce a diecinueve. Y cada día miro en las estadísticas y reportes, que estamos realizando los registros, cada día hay un aumento. Y en realidad nos preguntamos el porqué. Si el Ministerio de Educación da salud sexual reproductiva a estos jóvenes, de la edad de tercero y cuarto grado que empiezan a dar, sin embargo las jóvenes, tenemos más compañeros, se embarazan”. [GF. Conisida. P-42]*

*“Favorece el hecho de que estén en contacto con otras sustancias, por ejemplo con el alcohol, porque ya los chavalos con doce o trece años están con el cubata, con cerveza, cigarros, y cuando ya están bajo los efectos del alcohol, la situación cambia. Entonces eso incentiva también a mantener una relación más abierta”. [GF. Conisida. P-58]*

*“Doce años y ya han tenido relaciones”. [GF. Encuentro. P- 177]*

*“Hablamos de que habíamos tomado la equidad de género de manera equivocada, las niñas están comenzadas antes, conozco niñas de once años que ya han tenido relaciones con hombres mayores”. [GF. Encuentro. P- 179]*

*“Ahora, la relación de salir a una fiesta, la mujer y el varón nos vamos a la fiesta y tuvimos relaciones sexuales, se salen de las fiestas, a las aceras, a los baños de la discoteca”. [GF. Encuentro. P-199]*

*“En la mayoría de los casos suelen ser relaciones sexuales tempranas, pero también está relacionado con relación esporádica”. [GF. Encuentro. P- 201]*

*“A los 12 ya comienzan a tener relaciones sexuales”. [GF. Matutino. P-312]*

*“Si la muchacha es muy joven el varón es ya mayor suelen de que por el pretexto de que a el condón que puede prevenir hasta un embarazo una enfermedad hay no, no suele lo mismo mejor no y a lo mejor no son estable y de ahí puede venir y en veces entre los dos experimentan entre los dos y les gusta sin protección viene la segunda por el miedo especialmente de la mujer se le dicen que se protejan lo hacen y entonces prueban u no les gusta entonces mejor se regresan a tener relación sin protección”. [GF: Matutino. P-321]*

Las **relaciones sexuales en los chicos** se inician, en opinión de los entrevistados, entre una media de edad de los 12 a 14 años. La diferencia de género en este aspecto es uno de los problemas principales en la sociedad chontaleña, pues nos encontramos con una juventud con escasa información sobre educación sexual, sobre enfermedades como el VIH o sobre cómo tomar precauciones para evitar embarazos. La diferencia entre chicos y chicas en este aspecto refleja dos patrones conductuales diferenciados. Por un lado, las chicas, con deseos de libertinaje camuflados como igualdad de género frente a los chicos, comienzan sus relaciones sexuales en una media de 14 años, normalmente con jóvenes mucho más mayores que ellas, encaminándose en un ciclo de relaciones esporádicas o bien permanentes llegando al matrimonio. Por otro lado, los chicos desean iniciar sus relaciones sexuales más como deseo o curiosidad biológica, como un deber social, como una expectativa que cumplir. Es de alguna manera el ansia de poder frente al grupo de iguales lo que le motiva a iniciar tempranamente las relaciones.

*“Los muchachos que conozco han perdido su o han tenido su primera relación sexual a los 12 ó 14 años”. [E. IC1. P-39]*

*“Es más frecuente en varones, verdad, que tengan una relación sexual precoz, doce años de edad, trece años, catorce”. [E. IC3. P- 203]*

*“Las amistades, las malas amistades, y comienzan en cuanto ellos ya se sienten hombrecitos, y tienen oportunidad. [GF. Encuentro. P-180]*

*“De los doce en adelante”. [GF. Encuentro. P- 182]*

“A los 12 ya comienzan a tener relaciones sexuales”. [GF. Matutino. P-312]

Durante el tratamiento informático del análisis de datos el código IRSTA ha sido empleado en 8 ocasiones, el IRSTE el 13 e IRSTEC en 26 (Imagen 32). En la tabla 124 puede apreciarse la diferenciación por entrevistas y grupos de discusión.

**Imagen 32. Frecuencia etiquetado códigos IRSTA, IRSTE, IRSTEC**

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
IRSTA	8	0	Super	13-04-...	13-05-...
IRSTE	13	0	Super	13-04-...	13-05-...
IRSTEC	26	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

### 21.6. Frecuencia en las relaciones sexuales (relaciones sexuales esporádicas y/o frecuentes) y mantenimiento en el tiempo de la pareja (pareja estable/esporádica)

La tabla 129 recoge los cuatro códigos creados para el análisis cualitativo perteneciente a la frecuencia que los entrevistados creen que tienen la juventud chontaleña. Hemos diferenciado entre relaciones sexuales esporádicas o frecuentes y entre parejas estables o no estables.

**Tabla 129. Códigos de “Frecuencia relaciones sexuales”**

Denominación/ Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Frecuencia relaciones Sexuales	RS (Relaciones Sexuales)	EPE (Esporádicas con pareja estable)	RSEPE
		EPNE (Esporádicas con parejas no estable)	RSEPNE
		FPE (Frecuentes con pareja estable)	RSFPE
		FPNE (Frecuentes con parejas no estable)	RSFPNE

Fuente: elaboración propia.



En relación a los resultados cualitativos obtenidos de las entrevistas y los grupos de discusión, hemos analizado la opinión generalizada por todos los participantes sobre **la frecuencia en la que tienen lugar las relaciones sexuales y la duración en el tiempo de las parejas**. En el momento del diseño de los códigos de análisis incluimos uno referente a las relaciones esporádicas con parejas estables (RSEPE), cuya frecuencia de codificación ha sido de cero (imagen 33), determinando así que no existe (desde la opinión de los participantes de la investigación) pareja alguna que se abstengan totalmente de mantener relaciones sexuales.

En el segundo de los casos observamos que se dan relaciones sexuales de forma esporádica con parejas no estables, es decir, aquí estaría el grupo de personas que no suelen tener mucha práctica sexual, bien porque no tienen parejas o porque no las quieren tener. En ocasiones argumentan que la familia tiene un poder bastante notorio respecto a cómo los hijos afrontan las relaciones sexuales. Según esta idea, cuando padre y madre mantienen relaciones abiertamente con presencia en el hogar de hijos e hijas se incita a que éstos no valoren la intimidad sexual y se expongan con mayor probabilidad a mantener relaciones de forma esporádica con parejas cada cierto tiempo. El acusado desfase en igualdad de género en esta perspectiva pone en manifiesto cómo las jóvenes tienen un trato diferente a como lo tendría en chico que mantienen relaciones sexuales frecuentemente.

*“En una gran mayoría es esporádica”. [E. IC1. P-56]*

*“El sexo masculino ha dicho que la mujer que quiera con ellos sexo, pero así tan rápidamente poder decir fluidamente, yo soy hombre, entonces el machismo viene presentándose”. [E.IC3.P-211]*

*“Son parejas esporádicas, no son estables, se conocieron es lo que nosotros llamamos a veces, sale embarazada y la muchacha, bueno, se quedó sola”. [E. IC3. P-259]*

*“No se establece ningún tipo de relación estable entre la otra persona y es mucho más preocupante porque significa que nos atrevemos a pronosticar, significa que esta joven que tiene 15, 14 años cuando tenga 20, cuántas relaciones y con cuántos mantendrá y que conste a veces se tiene como clasificado, ah! es que las niñas de los sectores pobres, de la periferia de la ciudad son las que inician a más temprana edad”. [E. IC4. P-408]*

*“Para mí que tiene que ver mucho el medio en su hogar. A veces su madre, su padre, cómo ha visto, fíjate que, por eso a veces, considero de que la relación sexual no puede ser tan abierta, hay padres y madres que no les importa que sus hijos los vean haciendo el sexo, ellos dicen que eso es normal, o que los vean desnudos, eso es normal. Entonces la niña se va creando con esa formación, que es normal desnudarse o*

*tener una relación con alguien y al día siguiente qué bien, mañana no te conozco. [...] ¿Amigo con derecho? Pues que usted es amigo de alguien, y cuando usted le dé ganas de relajarse, ya lo llama y ya lo hacen y ya está tranquilo. Así piensan las jóvenes, chavalitas de quince- dieciséis años te hablan de si amigo con derecho". [E. IC5. P-528]*

*"La mayoría son novios y son temporales". [GF. Matutino. P-318]*

En el caso de **parejas estables** en el tiempo las relaciones sexuales se dan con regularidad (frecuencia), aunque ello no implica fidelidad exclusiva por parte de ambos a mantener otras relaciones esporádicas fuera de lo considerado como pareja. Se vuelve a dar desigualdad de género en el momento en que el joven que tiene pareja mantiene otro tipo de relaciones con parejas esporádicas, en cambio a las jóvenes se las adjudica ideológicamente un "novio" y ha de mantenerlo durante su vida hasta que pasen al matrimonio.

*"Las relaciones estables se dan, y se dan bastante entre novios. [...] En universidad sí el chavalito puede estar, si le gusta alguien puede estar con esa persona teniendo relaciones estables, aunque al mismo tiempo, aunque al mismo tiempo si no tiene una relación puede andar viendo qué caza, viendo qué encuentra por ahí". [E. IC1. P-56]*

*"La muchacha ha tenido un solo novio y relaciones ese sólo novio". [E. IC1. P-64]*

*"La mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no tos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan". [E. IC2. P-111]*

*"Muy difícil te vas a encontrar parejitas que hayan tenido relación a los doce años y que se conserven hasta los veinte. Muy poquitas". [E. IC5. P-531]*

Según los datos cualitativos observamos una mayoría de opiniones centradas en las relaciones sexuales frecuentes con parejas no estables, es decir, chicos y chicas de Chontales que haciendo uno de su libertad sexual, mantienen relaciones de este tipo con otras personas. La influencia de la promiscuidad en las relaciones sexuales entre los jóvenes hace que asistan a fiestas y no tengan conciencia del riesgo que entraña para la salud mantener relaciones sin protección, en ambientes poco higiénicos y con frecuencia dando lugar a embarazos no deseados.

*"Cuando miras a una niña de 18 años ya ha tenido diez o veinte aventuras". [E. IC5. P528]*

*"Son relaciones demasiado esporádicas, tan esporádicas que las repiten y las repiten, a pesar de que salgan embarazos no deseados". [E. IC5. P-533]*

*"Algo esporádico totalmente, porque, ya cuando, o sea, el joven o la joven ya despiertan un poco más, ya hay una separación, ya entra en un núcleo de, donde se va desarrollando lo que es la violencia física intrafamiliar. Sí hay una separación y esos después tienen su otra pareja tanto en la mujer como en el hombre". [GF. Conisida. P-62]*

“Eso viene a repercutir en cuando a los problemas con el VIH también, porque se está haciendo una práctica sexual desordenada, para eso se necesita la pubertad, la adolescencia, cual es el tiempo más lógico para tener relaciones”. [GF. Encuentro. P-184]

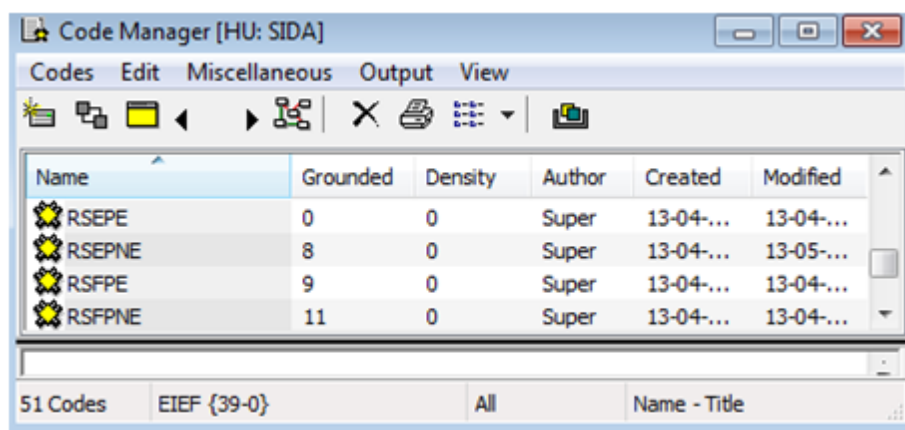
“Ahora, la relación de salir a una fiesta, la mujer y el varón nos vamos a la fiesta y tuvimos relaciones sexuales, se salen de las fiestas, a las aceras, a los baños de la discoteca...”. [GF. Encuentro. P-199]

“En la mayoría de los casos suelen ser relaciones sexuales tempranas, pero también está relacionado con relación esporádica”. [GF. Encuentro. P-201]

“O sea las que andan en la fiesta, y encuentran algún hombre, y tienen algo y “follaran” hoy”. [GF. Encuentro. P-203]

Las codificaciones para cada una de los códigos que aparecen en la imagen 33 han sido de 8 para el código referido a relaciones sexuales esporádicas con pareja no estable (RSEPNE), de 9 para el código RSFPE o relaciones sexuales frecuentes con pareja estable y de 11 para RSFPNE para las relaciones sexuales frecuentes con parejas no estables. Para el primero de los códigos (RSEPE) no se han encontrado codificaciones. La diferenciación por entrevistas y grupos focales aparecen en la tabla 124.

### Imagen 33. Frecuencia etiquetado códigos “Frecuencia relaciones sexuales”



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
RSEPE	0	0	Super	13-04-...	13-04-...
RSEPNE	8	0	Super	13-04-...	13-05-...
RSFPE	9	0	Super	13-04-...	13-04-...
RSFPNE	11	0	Super	13-04-...	13-04-...

51 Codes    EIEF {39-0}    All    Name - Title

Fuente: elaboración propia.

## 21.7. Embarazos no deseados y su problemática

A continuación (tabla 130) se clasifica la temática sobre embarazos no deseados en un total de cuatro códigos repartidos en dos categorías: Desconocimiento y percepción del no riesgo.

**Tabla 130. Especificación de códigos sobre embarazos no deseados**

Denominación/Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Embarazos no deseados	ED (Por desconocimiento)	PS (Parejas estable)	EDPS
		PE (Pareja esporádica)	EDPE
	EPRI (Percepción del no riesgo)	PS (Parejas estable)	EPRIPS
		PE (Pareja esporádica)	EPRIFE

Fuente: elaboración propia.

Los embarazos no deseados son actualmente uno de los grandes problemas de la sociedad chontaleña, estos son los resultados observados en los análisis cualitativos realizados a las transcripciones de entrevistas y grupos focales. **El desconocimiento** de los jóvenes sobre la negativa a emplear medios anticonceptivos o su mal uso hacen que exista un riesgo muy alto a contraer embarazos no deseados. En muchas ocasiones ocurre dentro de una relación de pareja estable aunque, según la opinión de los participantes, dichos embarazos se dan con mayor frecuencia en parejas esporádicas. Alarmante nos parece las edades en las que los embarazos no deseados tienen lugar en las jóvenes, desde 12 a los 16 años. La diferencia de género en este terreno es muy acusada pues cuando un embarazo no deseado tiene lugar, es en la mujer sobre la que recae todo el peso de la responsabilidad y las decisiones a tomar. El joven sin responsabilidad tiende a relegar su papel de padre a la abuela, tías, hermanas o primas y en opinión de los profesores y estudiantes de la FAREM, los casos de abortos voluntarios dados en la juventud chontaleña son frecuentes entre la juventud como remedio a la irresponsabilidad de un embarazo no deseado. Durante los análisis cualitativos hemos observado que la educación en la familia es un factor muy valorado tanto en chicas como en chicos, no siendo la desigualdad de género en educación muy acusada, pues las familias intentan educar a ambos sexos respecto a los embarazos. Es cierto que dicha educación se da en diferentes direcciones, por un lado a las chicas se las educa para que sean precavidas y no se queden

embarazadas sin desearlo y a los chicos radica en hacerlos cargar con la responsabilidad en caso de haber embarazado a una joven y su deber de proveer a la madre y al bebe las necesidades básicas para su desarrollo (alimentación, vivienda, educación, salud y afecto). Son dos posturas igualmente basadas en la responsabilidad de tener un bebé, pero en direcciones, si se quiere, con cierta distancia entre ellos.

*“Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población”. [E. IC3. P-168]*

*“La cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años”. [E. IC4. P- 390]*

*“La joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo , si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos”. [E. IC4. P-473]*

*“El grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable. [GF. Conisida. P-44]*

*“La mayoría salen embarazadas de las Escuelas. Y no tienen ni idea de lo que es un embarazo, de a lo que se mete, que ya no es mantener relaciones, que ya ha pasado de tener un hijo o no, sino ya es prepararse para la vida, para tener un beber. Entonces es importante, eso que no, que por lo menos la... en las escuelas, o en las Chontanas para que hablan sobre eso, para que se vayan retirando esos mitos esos tabús en la sociedad”. [GF.Conisida. P- 114]*

*“Y es más la embarazada de los doce o los treces años, los muchachitos no se hacen responsables. Es un hecho, el niño es criado por los abuelos, lo apartan de la madre y ella sigue como si no hubiera parido”. [E. IC5. P-531]*

*“Abortan, esta muchachita va a encontrar a uno, no superan ese trauma, y siguen las relaciones esporádicas. Y viene otro aborto. Y después cuando miran a esa niña se convirtió en una abortiva, en una niña que la perdió aquella concepción de que la vida es*

*sagrada, de que un hijo es sagrado, que un marido y que una mujer es lo mejor que pueden traer al mundo. Eso se va perdiendo entonces se va viendo a una persona más lejos, y a una persona vacía. El sexo es solamente una satisfacción momentánea. No va pensando. Y eso, fíjate que lo que te voy a decir, es bastante eh, pudiéramos decir difícil de probar, pero, eh, es lo que se observa. Puede haber hombres con la gran o igual intención de estar con aquella persona pero cuando te ve y se da cuenta de todo el pasado que tuviste, se trauma el hombre y se cortó la relación. Porque la persona no ha presentado madurez a ese nivel. Entonces son irresponsables, los padres por no haber hecho que la muchachita de trece años no haya asumido la responsabilidad o por haberle llevado a un aborto. Porque muchas veces los padres, y a veces no los padres, sino los amigos, las amigas o ellas mismas, para ocultar el padre lo que ha sucedido. Pero yo considero que ahí, hay un, pudiéramos decir, un triángulo en el que no se conservó una buena conversación.” [E. IC5. P-533]*

*“Si nos vamos las estadísticas estamos viendo verdad y cuando hacemos el análisis de las tomas de muestra, el grupo de quince a diecinueve años hay una alta embarazos en adolescentes. Todo esto viene a la confirmar que la información, que la información queda ahí, nada más en los colegios pero que va a llegar hasta los hogares no”. [GF. Conisida. P-38]*

Los análisis cualitativos realizados sobre la población objeto de estudio aborda la temática de los **embarazos no deseados desde una percepción negativa del riesgo**. Estamos ante una juventud chontaleña donde el riesgo al embarazo es escasamente percibido y donde no existe responsabilidad alguna en las relaciones sexuales completas en pareja (esporádica o permanente) sin protección frente a ello. Podemos decir que la percepción de la sexualidad y el sexo que poseen los jóvenes (desde la opinión dada en las entrevistas y grupos de discusión) está desvirtuada de su concepto real. Lejos de un acto de madurez y de sensibilidad, lo toman como sexo vacío de cualquier atisbo de sentimiento. En esta polémica se ha observado cierta diferenciación de género pues las chicas parecen ser más conscientes de lo que entraña cualquier tipo de relación sexual. Además son más proclives a pensar en el riesgo de embarazo cuando no ponen métodos de anticoncepción. Volvemos sobre la idea de la mujer joven con mayor conciencia que el chico (sobre relaciones sexuales) poniendo los medios a su alcance para evitar un embarazo no deseado. En ocasiones ocurre que las jóvenes se hacen cargo del embarazo de forma independiente porque el chico no ha sido suficientemente responsable y maduro para aceptar algo así y se han marchado, dejándolas a solas con el embarazo. La información que hoy en día disponen los jóvenes respecto a métodos anticonceptivos es adecuada y amplia, desde la secundaria tardía se comienzan con las campañas, la cuestión es que esa información se queda en el cuaderno, no traspasa la conciencia de los jóvenes, siendo una minoría de estudiantes los que hacen uso en la práctica de esa información.

*“Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población”. [E. IC3. P168]*

*“La joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo , si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos”. [E. IC4. P-473]*

*“Son parejas esporádicas, no son estables, se conocieron y (quiero) es lo que nosotros llamamos a veces, sale embarazada y la muchacha, bueno, se quedó sola”. [E. IC3. P-259]*

*“Son relaciones demasiado esporádicas, tan esporádicas que las repiten y las repiten, a pesar de que salgan embarazos no deseados”. [E. IC5. P-533]*

*“Hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar”. [GF. Encuentro. P- 214]*

En el recuento cuantitativo de codificación podemos ver los códigos EDPE y EDPS, referido a embarazos no deseado por desconocimiento, con un número de etiquetado muy similar, 15 y 13 veces respectivamente (Imagen34). En el caso de los códigos referidos a embarazos no deseados por percepción del no riesgo (EPRIFE y EPRIPS) han variado un poco más que en los anteriores, siendo de 18 y 12 en cada caso y respectivamente (Imagen 35). Para localizar la diferenciación por entrevistas y grupos de discusión es necesario dirigirse a la Tabla 124.

**Imagen 34. Frecuencia etiquetado códigos EDPS y EDPE**

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EDPE	15	0	Super	13-04-...	13-05-...
EDPS	13	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

**Imagen 35. Frecuencia etiquetado códigos EPRIFE y EPRIPS**

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EPRIFE	18	0	Super	13-04-...	13-05-...
EPRIPS	12	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

### 21.8. Métodos de contracepción de enfermedades y de embarazos no deseados. Diferenciación entre conceptos

En el siguiente apartado tratamos desde un punto de vista cualitativo los métodos anticonceptivos más empleados. Contrariamente a su propia definición, la píldora del día siguiente o *píldora del día después* se emplea como método habitual, aun cuando se prescriba extraordinariamente como un método anticonceptivo de urgencia. Por el contrario, el preservativo masculino es mucho más usado por las parejas (tabla 131).

**Tabla 131. Métodos anticonceptivos**

Denominación/Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Métodos anticonceptivos	AB (Anticonceptivo de barrera)	PM (Preservativo Masculino)	ABPM
	AE (Anticonceptivo de Emergencia)	PDD (Píldora del día después)	AEPDD

Fuente: elaboración propia.



Respecto al **uso del preservativo**, en los análisis cualitativos hemos observado una concepción tradicional sobre la idea de su uso respecto a la prevención de embarazos no deseados, no desde la prevención de enfermedades como el VIH, de ITS u otras ETS. En este contexto es la chica la responsable en última instancia del uso de dicho elemento durante el transcurso de las relaciones sexuales. Los hombres son más selectivos en cuanto a su uso atendiendo a razones basadas en la satisfacción del placer y la poca sensibilidad que sienten. Por otra parte la idea generalizada es que al tener una pareja estable no es necesario usar el preservativo pues se confía en que la otra persona no tenga relaciones fuera de la pareja, es decir, existe tal confianza en este sentido que pueden poner en riesgo la salud de alguno e incluso de los dos miembros de la pareja. Jugando con un papel estereotipado del preservativo es entendido como medio de prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual exclusivamente cuando se circunscribe a la prostitución y a las prácticas homosexuales entre hombres. Existe, en opinión de los entrevistados, un fuerte sesgo y estereotipo cultural importante respecto a la diferencia del porqué se usa el preservativo: para evitar embarazos no deseados entre parejas, ya sean esporádicas o permanentes o para evitar contagio de enfermedades como VIH, entre otras, en relaciones dadas con mujeres u hombres dedicados al trabajo sexual o entre relaciones homosexuales masculinas.

*“Debe haber una gran mayoría obviamente que usan protección pero lo ven más desde el punto de vista de evitar el embarazo en lugar de protegerse de tal enfermedad, no en si voy a usar un preservativo por, no valla ser que me dé algo, sino que voy a usar el preservativo para no dejar a esta chavala embarazada, o la chavala: - ponte el condón que no quiero quedar embarazada”. [E.IC 2. P- 115]*

*“Desde el punto de vista de la educación sexual, la mujer es más la que previene, en adolescentes como desde el punto de vista de la educación sexual tal vez, no se logra como colocar el condón, no quieren mostrar debilidad, no lo utiliza. Pero la chica sí, a la hora del sexo está más dispuesta a prevenir que el hombre. La propaganda desde ese punto de vista más... más ágil, sin condón no hay sexo”. [E. IC3. P-291]*

*“La mayor preocupación es que no quede embarazada no se protegen con condones”. [GF. Matutino. P- 329]*

*“Para la mujer, la percepción de la mujer, es ¿para qué se ponen preservativo si yo no tengo enfermedad, no tengo? [GF. Conisida. P-79]*

*“Esos son los mitos que se han creado en torno a eso del preservativo, que no se siente lo mismo, que vos sos loco o loca, que no logras llegar al orgasmo y ellos mismos ven y se las creen”. [GF. Encuentro. P- 210]*

*“No, no usan...siempre hemos tenido bastante confianza y yo le preguntaba a los maestros, realmente los varones dicen que no lo usan porque no se siente igual, tal vez uno de diez dicen no, porque tienen alergia al condón, pero la mayormente, las mismas amigas mías mujeres, que ha salido embarazada por eso, es porque no les gusta...no les gusta usarlo, no les gusta cómo se siente”. [GF: Encuentro. P.208]*

*“Entonces claro que hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar”. [GF. Encuentro. P- 214]*

*“Si la muchacha es muy joven el varón es ya mayor suelen de que por el pretexto de que a el condón que puede prevenir hasta un embarazo una enfermedad ahí no, no suele lo mismo mejor no y a lo mejor no son estable y de ahí puede venir y en veces entre los dos experimentan entre los dos y les gusta sin protección viene la segunda por el miedo especialmente de la mujer se le dicen que se protejan lo hacen y entonces prueban u no les gusta entonces mejor se regresan a tener relación sin protección. [GF. Matutino. P- 321]*

*“[...] El VIH solamente lo tienen las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexos con hombres. Eso era verdad, la basa que se tenía. Y ahora nos damos cuenta que eso no es así. Que hay heterosexuales mínimo, el porcentaje de las trabajadoras sexuales y el de los hombres que tienen sexo con hombres. Entonces, ahí han venido surgiendo ciertas cosas, ciertos factores, en que la misma creencia que tienen en el uso del preservativo. Sin embargo, pues cada día más se hace promoción en educación sobre el uso del preservativo, pero sí es cierto”. [GF. Conisida. P-87]*

En la Universidad se han dado campañas informativas sobre el uso del preservativo como método de protección ante enfermedades tales como el SIDA, se ha distribuido gratuitamente a toda la población joven de los campus universitarios pero en opinión de los entrevistados, no es suficiente, pues algunos de estos preservativos quedan en las mochilas escolares, en las casas o tirados a la basura. El factor educación y cultura sexual aún está, en la cultura nicaragüense, en vías de desarrollo de tal forma que incluso conociéndose casos de SIDA en las mismas comunidades, las parejas siguen optando por no usar el preservativo. Por otra parte, en las escuelas se comienza a hablar con un poco de más naturalidad el sexo y los métodos de prevención de enfermedades e infecciones, en muchas ocasiones con la negativa de las familias a que ello forme parte del currículum escolar.

*“Aquí en la Universidad estamos promoviendo mucho lo que es este, la prevención de esas enfermedades, a través de charlas comunitarias a los alumnos, se les ha estado regalando el condón en sí. Pero es lo que vengo y te digo, le tapina tomar el condón. Se lo regalamos, se los damos, “no a mí no, a mí no”, le digo: “toma esto es salud, ¿lo vas a ocupar en cualquier momento?” y se lo tengo en la mano del asiento. Entonces es como esa formación que tenemos que nos da como pena. Imagínate que aunque le digamos que es la vida de ellos, ese condón, no lo toman. Lo dejamos ahí, me imagino que después lo toman con reserva y lo guardan. Igual es, si te pones en una esquina a regalar condones, no los toman. Aunque lo necesiten, en un momento determinado ellos*

*piensan que el condón es un elemento importante para prevenir el sida. No lo toman, fíjate que no los toman. Entonces es parte de la cultura de la formación del individuo y de la educación que debemos nosotros de propagar, de promover. Y crear esa conciencia. En los mismos hospitales, no sé si en algún momento has tenido la oportunidad de hablar con los directores o con los doctores. Han habido casos muy específicos de sida” [E. IC5. P- 493]*

*“Es aquí en el colegio donde pasan la mayor parte de las horas los niños, ¿por qué no darles también formación integral? A los niños, entonces para que veas que hay cierto grado de discrecionalidad en los colegios en relación a esa parte del sexo, por qué, porque ellos dicen que algunos padres les han acusado de que les están abriendo los sentidos a los muchachos o los instintos para que ellos hagan sexo. No sé si te has dado cuenta que en algunos institutos o algunos colegios no permiten que les den condón, o que les regalen condón. Más bien si se encuentran a un joven con un condón es un problema grave y van a llamar al papá. Sí, lo mandan a llamar al papá y lo empiezan a decir que qué barbaridad que el muchachito andaba con condones en su mochila”. [E. IC5. P- 508]*

*“En las escuelas educan a los adolescentes a que usen preservativos para evitar enfermedades de transmisión sexual”. [GF. Conisida. P-36]*

Son los preservativos masculinos los más usados aunque existen femeninos pero que apenas lo conocen, no saben el aspecto que tienen, ni cómo se coloca y ni si se puede comprar en los lugares habituales de provisión de estos.

*“El anticonceptivo que más se ha usado en estas jovencitas son los condones. Pero que pastillas, yo no, el condón. En casos particulares, no, no muy frecuentes, no muy frecuentes. Pero sí, el único que considero que en algunas ocasiones usan son los anticonceptivos, como anticonceptivo, el condón”. [E. IC5. P-538]*

*“El masculino, el femenino no lo conozco ni yo. [...]El masculino es el que más se usa, el condón masculino”. [E.IC5. P- 540-542]*

Respecto al **anticonceptivo de emergencia oral para la mujer**, “píldora del día después”, el uso indiscriminado ha hecho de esta un recurso al alcance de las personas que se hayan expuesto a un riesgo de embarazo sin ser deseado, llegando a ser tratada más como un método anticonceptivo que como un método de emergencia en casos extremos o excepcionales. Los análisis cualitativos ponen sobre la mesa la problemática existente en la población nicaragüense sobre dicho medicamento, entendido como recurso con cierta facilidad en su adquisición y gran eficacia para evitar embarazos. Aunque existe información sobre la PDD (al igual que del preservativo), las jóvenes siguen recurriendo a ella como método normalizado.

*“A veces salen con una pareja, lo encuentran, quizás están un mes con ella y en el mes le meten 25 ppms. A veces es más importante para el joven el que la mujer no quede embarazada a que contraigan enfermedades. [...] Pues para no tener problemas con el embarazo le doy una pastilla para la mañana siguiente y evito los niños, está solucionado todo y no pasa nada. Así lo mira, el hecho como de tener confianza con*

alguien para tener relaciones sin preservativos y luego un anticonceptivos para evitar embarazo”. [E. IC 1. P-60]

“A tal punto que en un departamento de economía los estudiantes no sabían cómo colocarse un condón ni lo que era un condón femenino, ni tampoco sabían fecha el método de planificación de demás mente sólo compraban la Ppls en la farmacia y la utilizaban lo cual no se le indica los efectos ni las contraindicaciones ni las complicaciones que pueda tener el uso del condón ni del preservativo o preservativos”. [E. IC 3. P- 164]

“Vamos a una farmacia de las PMS (pastilla de la mañana siguiente), pero nosotros dejamos muy claro de que cada vez que usan eso como un método anticonceptivo al final no lo van a hacer. Más bien es para situaciones de emergencia”. [GF. Conisida. P-75]

“Hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar” [GF. Encuentro. P- 214]

“La mayoría de las mujeres también beben una pastilla las ppms”. [GF. Matutino. P-322]

“La píldora o la pastilla para la mañana siguiente”. [GF. Matutino. P-325]

En términos cuantitativos observamos (Imagen 36) una frecuencia de codificación de 33 veces para el código ABPM y 10 para AEPDD. La distribución diferenciada por códigos según entrevistas o grupos focales aparece en la Tabla 124.

**Imagen 36. Frecuencia etiquetado códigos ABPM y AEPDD**

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
ABPM	33	0	Super	13-04-...	13-05-...
AEPDD	10	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

## 21.9. Mantenimiento y reiteración de relaciones sexuales de riesgo

El apartado siguiente lo dedicamos al análisis cualitativo de las prácticas sexuales de riesgos entre los jóvenes de la FARES-Chontales dada desde la opinión de entrevistas y grupos de discusión, creándose para ello siete códigos (Tabla 132).

**Tabla 132. Códigos para “Prácticas sexuales de riesgo”**

Denominación/Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Prácticas sexuales de riesgo (para transmisión de enfermedades o embarazos no deseados)	SRP (Sin protección de barrera: el preservativo)	FI (Falta Información)	SRPFI
		I (Impunidad)	SRPI
		P (Pudor)	SRPP
		AS (Ausencia de estimulación)	SRPAS
		DA (Dificultad de adquisición)	SRPDA
		MCM (Medios de comunicación de masas: Internet, TV...)	SRPMC
		D (Combinación con drogas: alcohol, marihuana...)	SRPD

Fuente: elaboración propia.

El estudio cualitativo realizado a las transcripciones de las entrevistas y grupos de discusión nos ha llevado a observar cómo la falta de información provoca en la juventud chontaleña una falta de responsabilidad en las prácticas sexuales que mantienen, exponiéndose a un riesgo innecesario frente al contagio de enfermedades como VIH entre otras o a embarazos no deseados. Al ser entendido el sexo como un tema tabú en las familias, el mutismo, la ocultación y el miedo hacen que esa falta de información sea aún mayor. El machismo y las desigualdades de género suponen otra lacra social en relación al tema que venimos tratando así, los hombres, cuantas más relaciones sexuales tenga, más “hombre” se siente. En cambio si la mujer tiene relaciones esporádicas con hombres diversos se las etiqueta con adjetivos deshonrosos estando la mujer más cohibida a mantener libremente relaciones sexuales y exponiéndose a un menor riesgo. En este conjunto de desigualdades son los hombres los que creen que las mujeres tienen mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y ante ello se muestran tajantes a la hora de tener que usar preservativos, con una respuesta negativa en la mayoría de ocasiones. La diferenciación sobre la falta de conocimiento entre el pueblo y la

ciudad respecto a métodos anticonceptivos es acusada, percibiéndose el machismo que impera la sociedad chontaleña.

*“Y en el caso de las mujeres es falta de conocimiento, falta de apertura para hablar del tema y miedo, miedo de hablar del mismo”. [E. IC1. P-27]*

*“La falta de información sigue siendo un problema serio en una gran mayoría, el tabú de la sociedad y las familias como tal también influye mucho. [...] pasa porque tengan relaciones en estado de ebriedad y el mismo estado de ebriedad se les olvida o no les importa y tienen más relaciones así por así. No son mayoría pero he conocido a muchas personas que les ha pasado esto, o a otros que por la pasión, tal vez primera vez que están con su novia juntos y no quieren matar el instante, y sucede todo tan rápido [...]”. [E. IC1. P-69]*

*“El caso de los hombres es un poco diferente, aquí el hombre que..., que tiene más mujeres es más hombre, mientras que la mujer, si tiene más hombres, es otra cosa, es una prostitutas, o es una cualquiera pues, o sea que anda con cualquiera, es la fácil. Si, si pero como la sociedad de nosotros es más machista, es más marcada y no los haces cambiar de idea, al hombre que piensa así, muy difícilmente lo haces cambiar de idea y entonces por eso yo considero que es muy importante que se hable de estos temas”. [E. IC2. P-99]*

*“En el caso del hombre, ¡el hombre te dice no! Que no quiere usar preservativo, pero, eso es de las mujeres ¿verdad? que ya realmente están informada entonces que es lo que te dice el hombre, -¡es que con condón no siento nada!, y entonces vos te quedas ahí, como no siento nada, -¡dale pues y accedes a tener una relación sexual sin preservativo”. [E. IC2. P-123]*

*“En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. [...] Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual”. [E. IC4. P-383]*

*“La parte cultural cuenta mucho, porque nosotros somos muy dadas a creer en cuestiones de este tipo. Y entonces como que le damos más importancia, o lo damos por verdadero lo que digan de ti. Entonces hay veces que no se sienten igual teniendo relaciones sexuales con preservativo. Sólo con eso, ya se da por hecho que una relación sexual con preservativo va a ser como algo fracasado, o que no va a tener las mismas sensaciones”. [E. IC1. P- 96]*

*“También hay miedo a la montaña, a la finca porque ahí es donde se infectan más las personas, al no tener ningún tipo de información que le digan, para las fiestas patronales de las comarcas, además es que son jóvenes”. [GF. Encuentro. P-161]*

*“También el factor género, ¿no? que a lo mejor los chicos, que el tema sea igual en las chicas y se preocupen o que ya más o menos...”. [GF. Encuentro. P-211]*

Según los análisis cualitativos, *la impunidad* a la que la juventud chontaleña cree estar inmersa marca la línea entre lo que son las prácticas sexuales de riesgo y las que no lo son. Son los datos observados en las entrevistas y grupos de discusión sobre la falta de responsabilidad, sobre la rutina mental y práctica con la que los jóvenes mantienen sus relaciones sexuales. Esta falta de impunidad hace que el preservativo sea considerado más que un método de prevención de enfermedades venéreas y de embarazos, como un elemento de estorbo durante el transcurso de la

relación. Así pues son numerosos los chicos y chicas que ante dicha impunidad reniegan el uso de dicho método.

*“El chavalito de acá está acostumbrado, por ponerte un ejemplo, viene una chavala, le conozco su historia, sé que no ha tenido muchos novios, que no es alguien que anda con uno y con otro y con otro, entonces me confío en eso y puedo tener relaciones con ella sin preservativos”. [E. IC1. P-60]*

*“Sí existe todavía algunos que creen que no les puede pasar, son muy pocos pienso porque ya han visto que les puede dar a cualquiera, pues no es, no selecciona ni razas, ni credos políticos, ni estatus social ni nada por el estilo, le puede dar a cualquiera pero sí todavía hay sus cuantos que se creen los inmortales”. [E. IC1. P-69]*

*“No se pone el condón, no se acuerdan de la PPMS, no se previenen lo que había que prevenirse [...]”. [E. IC3. P-287]*

*“La otra situación es, yo tengo algo siempre también, uno puede tomar tranquilamente, ese hombre está tomando socialmente, se puede tomar su juguito, su cerveza y bailar, disfrutar, que tú disfrutes del licor y no que el licor disfrute de usted, ya ha conseguido que el licor disfrute de usted, usted ya ha pasado a otro estado y a otra vida porque no sabes lo que estás haciendo y no sabes después de la fiesta dónde vas a caer. Por eso usted disfrute de su licor todos somos..... Y nos divertimos como sea y si vamos a hacer tal cosa, sabemos que lo vamos a ser consciente porque en un momento dado también está demostrado que 3, 4 copitas o 4 o 6 cervecitas te inducen a un erótico y te desinhibes, es normal.... Pero no te vas a tomar dos Cajillas, y decir que después de dos cajillas vas a hacer el amor cuatro veces después en la casa, en la casa después va a roncar..... El licor, es una situación que puede acomodar a relaciones sexuales, y el cigarro, la droga, son cosas que podemos tomar en la educación de salud” [E. IC3. P-368]*

*“Empiezan a ver el método del ritmo, su menstruación. Entonces ellas dicen no, no quedo embarazada. Y algunas ni siquiera se percatan de eso. Simplemente se dejan llevar por la emoción y dicen “ni que fuera”. [E. IC5. P-548]*

*“Como es mi única pareja, no tengo otra es la única, no voy a usar preservativo”. [GF. Conisida. P-91]*

*“Hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar”. [GF. Encuentro. P-214]*

*“Si la muchacha es muy joven el varón es ya mayor suelen de que por el pretexto de que a el condón que puede prevenir hasta un embarazo una enfermedad hay no, no suele lo mismo mejor no y a lo mejor no son estable y de ahí puede venir y en veces entre los dos experimentan entre los dos y les gusta sin protección viene la segunda por el miedo especialmente de la mujer se le dicen que se protejan lo hacen y entonces prueban u no les gusta entonces mejor se regresan a tener relación sin protección”. [GF. Matutino. P- 321]*

Además de la impunidad, otro de las respuestas más debatidas durante las entrevistas y grupos focales ha sido el pudor, la vergüenza a llevar consigo preservativos. Desde la perspectiva familiar aquí se da una clara desigualdad hacia

la mujer teñida de machismo ya que son las propias madres las que con sus prejuicios juzgan a las hijas que tengan preservativos. En este sentido observamos que el miedo de las chicas a que las madres las descubran, las encamina hacia prácticas sexuales de riesgo.

*“Nos hace falta todavía ese tipo de respuesta que en un... No se da por la vergüenza ¿Sí o no haber?”. [E.IC3. P-220]*

*“Si estamos con adolescentes, lo primero es el miedo de que si mi mamá me descubre que estoy usando un método, me va a regañar, me va a tratar mal, me va a sacar de clase. Entonces, no usan o si no le bajan la menstruación, lo primero que le preguntan es ¿por qué? Porque hay madres que están pendientes de sus hijas. Entonces, algo que influyan que no han de hacer, pues no lo usan, para que no la descubran. [...] Las mujeres específicamente los cambios que se vayan notando a través del uso del preservativo, es por eso el miedo que de la mamá la vea”. [GF. Conisida. P-93, 94]*

*“Por el mismo tabú de la vergüenza”. [GF.Encuentro. P-216]*

En la misma línea, el factor **ausencia de estimulación** cobra en sí mismo un poder estereotipado. Según las opiniones dadas en las entrevistas y grupos focales, la diferencia de género en este punto también es marcada ya que se centra exclusivamente la cuestión del placer sexual en torno a la satisfacción masculina. Es por ello que ante la negativa del hombre a usar preservativo con motivo de la sensibilidad que pierde, la mujer tiene dos opciones: acceder a mantener esas relaciones aun a sabiendas que entraña riesgos o negarse a tener prácticas sexuales.

*“En el caso de los que tienen información no lo usan porque pienso que muchos de ellos es por la sensación, la pérdida de sensibilidad, el preservativo o porque se sienten mejor hacerlo por tener relaciones sin preservativo”. [E. IC1. P-69]*

*“En el caso del hombre, ¡el hombre te dice no! Que no quiere usar preservativo, pero, eso es de las mujeres ¿verdad? que ya realmente están informada entonces que es lo que te dice el hombre, -¡es que con condón no siento nada!, y entonces vos te quedas ahí, como no siente nada, -¡dale pues y accedes a tener una relación sexual sin preservativo”. [E. IC2. P-123]*

*“Los varones dicen que no lo usan porque no se siente igual, tal vez uno de diez dicen no, porque tienen alergia al condón, pero la mayormente, las mismas amigas mías mujeres, que ha salido embarazada por eso, es porque no les gusta...no les gusta usarlo, no les gusta cómo se siente”. [GF. Encuentro. P-208]*

*“Esos son los mitos que se han creado en torno a eso del preservativo, que no se siente lo mismo, que vos sos loco o loca, que no logras llegar al orgasmo y ellos mismos ven y se las creen”. [GF. Encuentro. P-210]*

*“No lo hacen por eso de que no se siente lo mismo o sea que porque ellos quieren, no porque no se les haya dado la información necesaria”. [GF. Encuentro. P-217]*



El papel que juega la **disponibilidad de preservativos** en el momento en el que las relaciones sexuales tienen lugar, o la influencia de los medios de comunicación como Internet, televisión o música, la influencia de sustancias como el alcohol, promueven las relaciones sexuales de riesgo, tanto al contagio de enfermedades venéreas, como a embarazos no deseados.

*“Van sin idea de practicar sexo, pero la situación obligó a tener sexo. Y no tenían en ese momento nada de que ponerse”.* [E. IC3. P-279]

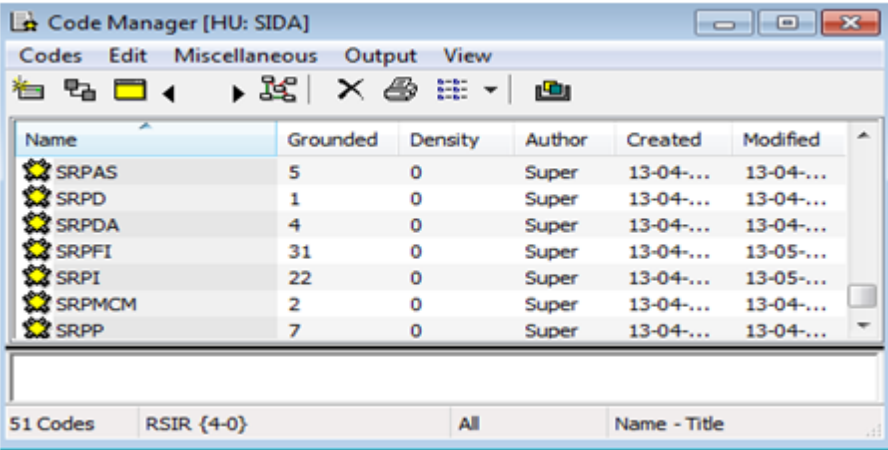
*“El Internet ha jugado un papel demasiado terrible”.* [GF. Encuentro. P-189]

*“Todos los programas que hay en la televisión tienen que ver con sexo, la música también”.* [GF. Encuentro. P- 190]

*“La alcoholemia aunque sea una botella de ron plata, pero siempre sale una mujer desnuda, entonces, lo promueven el sexo”.* [GF. Encuentro. P- 191]

En la imagen 37 puede observarse cuantitativamente la frecuencia de etiquetado para cada código. Los códigos con mayor frecuencia han sido los relacionados con la falta de impunidad (SRPI, frec=22) y los de falta de información (SRPFI, frec=31). Los demás códigos han estado entre 1 y 7 codificaciones. Para comprobar la distribución por entrevistas y grupos de discusión volvemos sobre la Tabla 124.

**Imagen 37. Frecuencia etiquetado códigos “Prácticas Sexuales de Riesgo”**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
SRPAS	5	0	Super	13-04-...	13-04-...
SRPD	1	0	Super	13-04-...	13-04-...
SRPDA	4	0	Super	13-04-...	13-04-...
SRPFI	31	0	Super	13-04-...	13-05-...
SRPI	22	0	Super	13-04-...	13-05-...
SRPMM	2	0	Super	13-04-...	13-04-...
SRPP	7	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

### 21.10. Diferencias educativas entre el pueblo y la ciudad sobre Educación Sexual (ETS-SIDA-VIH, etc.)

El siguiente apartado hace mención de las diferencias ciudad-pueblo respecto al nivel de conocimiento que posee la sociedad sobre VIH, Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. La investigación cualitativa de esta sección marca una diferenciación dispar, por ello se han empleado dos códigos, uno para analizar los puntos importantes en el entorno rural (DPRU) y otro en el entorno urbano (PRUR).

**Tabla 133. Códigos para “diferencias ámbito rural/ urbanos”**

Denominación/Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Diferencias ámbito rural – urbano (ETS, VIH-SIDA, relaciones sexuales)	DP (Procedencia)	RU (Rural)	DPRU
		UR (Urbana)	DPUR

Fuente: elaboración propia.

Las **diferencias educativas entre entornos rurales y urbanos** respecto al conocimiento general de sexualidad, VIH., Sida, ETS, ITS, etc. son grandes. En opinión de los participantes de esta investigación, la sociedad rural desconoce mucha de la información que poseen los jóvenes de la urbe, dándose un desfase cuando los movimientos migratorios del pueblo a la ciudad tienen lugar. En el momento en que la juventud pasa a estudiar a la Universidad (ciudad) las diferencias se hacen más notorias. Si bien debería tomarse como un motivo para aprender más sobre el tema, los/las jóvenes de la urbe, en ocasiones, lo utilizan como una ventaja pues caen en una dinámica de prácticas sexuales de riesgo debido su ignorancia. De forma contraria, cuando el movimiento se da desde la urbe hacia el pueblo, lo que se entiende como conocimiento en métodos anticonceptivos, VIH, Sida, enfermedades venéreas, etc., queda en entredicho por el escepticismo que los habitantes del pueblo tienen sobre ello. Es el escepticismo en educación sexual en dichos ambientes lo que viene a justificar la necesidad de formación. En las entrevistas observamos el papel destacado que ocupan los medios de comunicación en los entornos urbanos, en especial el acceso a Internet. Dicho medio permite que los jóvenes puedan tener acceso a la información sobre sexo, ETS e ITS y además

graduarla, es decir, medir cuánto desean aprender. Es un recurso que según los participantes se emplea en menor proporción en las zonas rurales ya que el acceso a Internet es deficiente o no se tiene conocimiento de su uso apropiado. El manejo de los medios de comunicación con cierto nivel de soltura se relaciona con la educación desde la escuela. Incluso desde las escuelas de las ciudades comienzan a hablar de reproducción sexual en humanos pero en los pueblos dicha información se omite o no se explica con naturalidad.

*“El joven del campo conoce una octava parte de lo que conoce el joven de la ciudad. [...] La mujer del campo conoce una dieciseisava parte de lo que conoce alguien de la ciudad. [...] En el campo que hay mucha gente que no terminó la primaria o la secundaria, el tema se vuelve todavía más extraordinario, es hablar de extraterrestres, de fantasmas, de cosas que no existen, cómo le llaman, leyendas, leyendas urbanas y cosas por el estilo. Sí hay una diferencia enorme [...] Alguien que ha vivido en Juigalpa tiene mejores oportunidades de escuchar a alguien hablar del tema, quiera o no, estudie donde estudie, ha hablado con sus amigas y tiene más conocimientos sobre el tema”.* [E. IC1. P-31]

*“El joven de Juigalpa, es lo que te digo, está informando de internet, de esto, de lo otro y bueno, se dan sus cosas, está un poco más informado que el muchacho del campo, en el campo es diferente porque la cultura es diferente y el modo de ver la sexualidad es un poco, incluso hasta mal intencionada porque son un poco más mal pensados verdad Y su, su estilo de... de entender la sexualidad que el resto de nosotros y..., y también existe una desinformación a nivel rural que es increíble”.* [E. IC2. P-131]

*“Que las personas que habitan en la ciudad o tienen un pariente en el campo o emigraron en algún momento de su vida del campo a la ciudad. ¿Eso qué significa? Que información o datos sobre enfermedades son demasiado nuevos para nosotros, como es el VIH. Entonces, ¿cuál es la estructura en el campo? En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual. Entonces qué pasa, se traslada esa información cultural del campo a la ciudad. Esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales. [...] Nos toca, pienso, trabajar con la población joven pero empezar de campo a ciudad, aunque estos jóvenes estén incursionando en centros universitarios continúan teniendo influencia del campo”.* [E. IC. P- 383 - 384]

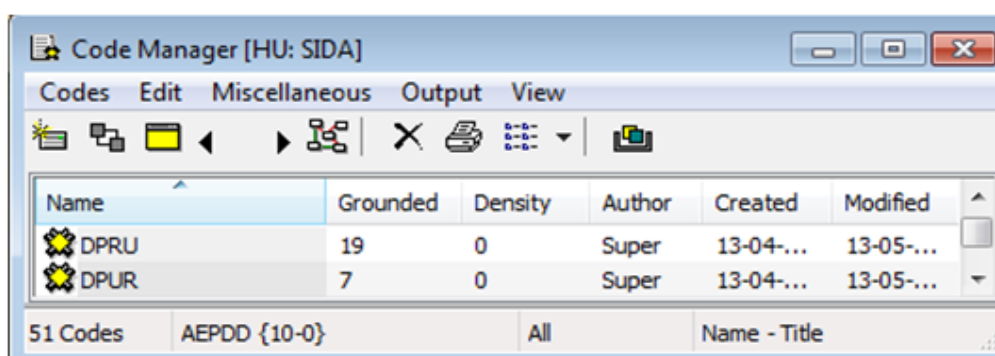
*“La movilización que han tenido las comunidades, las poblaciones, del campo a la ciudad o viceversa, el incremento también del comercio en algunos sectores, o como algunos municipios como por ejemplo El Ayote, aquí en Chontales, entonces eso ha incrementado el número de casos en esta, en esta zona. Pero también ha contribuido eh, digamos las estrategias de captación o de identificación de, de personas que están infectadas con el VIH a través de las pruebas rápidas que se hacen entorno, los diferentes métodos de tamizaje. Entonces esto ha hecho de que, no que se incrementen los casos, pero, por lo menos, que se estén identificando o detectando mayoritariamente los casos, mediante estas técnicas y estrategias”.* [GF. Conisida. P-11]

*“En las comarcas de las fiestas patronales....a las personas y....con la misma ideología que tienen de machista, yo soy muy hombre, y cuantas más mujeres soy más hombre”.* [GF. Encuentro. P-163]

*“Me he dado cuenta que en ciertas comunidades rurales, los maestros o las maestras omiten las unidades de programación del ministerio, todo lo que tiene que ver con la sexualidad, eso no se puede dar, y se tienen cohibidos, qué van a decir de mí...”*  
[GF. Encuentro. P- 186]

En términos cuantitativos, el código DPRU ha sido etiquetado en 19 ocasiones y el código referido a los entornos urbanos (DPUR) ha sido de 7 (Imagen 38). La distribución por entrevistas y grupos focales pueden consultarse en la Tabla 124.

**Imagen 38. Frecuencia etiquetado códigos DPRU y DPUR**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
DPRU	19	0	Super	13-04-...	13-05-...
DPUR	7	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

### **21.11. Prejuicios sobre personas con VIH-SIDA. Sesgo cultural, desinformación, fobia al contagio**

La tabla 134 muestra el conjunto de códigos creados para el análisis cualitativo respecto a los prejuicios existentes hacia personas con VIH. Durante el procesamiento informático de los datos en el programa Atlas. Ti se crearon cuatro códigos: RSD referido a la posible desinformación de la población respecto a las ideas preconcebidas del VIH, RSINC, sobre la información que posee la sociedad de forma no canalizada, RSIH o la influencia de la homofobia de la zona que dificulta en entendimiento de personas que sufren la enfermedad y, finalmente RSIR, la influencia de la religión en los mismos temas.

**Tabla 134. Especificación códigos sobre prejuicios a personas con VIH/SIDA**

Denominación/ Especificación	Código	Subcódigo	Código final
<b>Rechazo/Discriminación hacia personas con VIH/SIDA</b>	<b>RS (Rechazo Social)</b>	<b>D (Desinformación)</b>	<b>RSD</b>
		<b>INC (Información no Canalizada)</b>	<b>RSINC</b>
		<b>IH (Influencia Homofobia)</b>	<b>RSIH</b>
		<b>IR (Influencia Religión)</b>	<b>RSIR</b>

Fuente: elaboración propia.

Durante los análisis cualitativos hemos observado el papel predominante que ejerce **la desinformación en torno a la temática del VIH-SIDA** en la sociedad chontaleña como barrera para la aceptación de las personas que sufren dicha enfermedad. Los prejuicios, el rechazo, la discriminación y el miedo al contagio se deben en gran parte al escaso conocimiento que la población (en opinión de los entrevistados) posee sobre la enfermedad. Existen dudas respecto a los medios de contagio de la enfermedad, creando una especie de barrera para no entrar en contacto, ni siquiera verbalmente, con personas que puedan padecer el virus, de ahí también que muchas personas oculten su estado para evitar ser rechazados. Estamos hablando incluso de familias que rechazan a sus propios hijos/as cuando la noticia del contagio por VIH se hace pública entre sus miembros. La vasta información que posee la sociedad chontaleña respecto a las formas de contagio de la enfermedad les hace pensar que sólo por el contacto sexual (con relaciones sexuales completas y sin protección de barrera como es el preservativo) se produce dicho contagio. Es por ello que los casos conocidos entre comunidades crean un estigma social encasillado en personas que han abusado de las relaciones sexuales indiscriminadamente, sin protección, incluso relacionándolo con el mundo de la prostitución y con la homosexualidad masculina.

*“Sí existe, el rechazo todavía existe, lo miro menos que antes, pero todavía existe, rechazo o miedo en acercarse a las personas. [...] Aún existe el rechazo, la no aceptación o mejor me alejo o qué se yo. Sí que existe miedo todavía de la gente, y el miedo que existe es por falta de información”. [E.IC1. P-78]*

*“Si porque por lo general la gente cree en los mitos y leyendas que, o sea nosotros tenemos un pensamiento bastante fantasioso y, y, y..., y si vos supieras por lo menos de que por ver a una persona, o por tocar a una persona con SIDA no te vas a contagiar, por lo menos si no tenés relación con ellos, relación social con ellos, por lo menos lo respetas y te da igual pues, que este ahí o que no este, pero si no tienes la información: - jah, este tiene SIDA o ah, mira, no, ni te le acerques, por casualidad no sabes, a lo que, a lo que se refiere”. [E. IC2. P-144]*

*“Si la población desconoce esta información o lo toma muy a la ligera, vamos a ser un rechazo de todos los pacientes con VIH. Lo que hay personas que creen que con salvar a un paciente con VIH, o darle un beso en la mejilla ya se descontaminación con VIH, lo que creemos que no debe ser así, la información tenemos que darla más fluida y a todo el resto de la población”. [E. IC3. P- 349]*

*“Muchos a lo mejor el no estar bien informados de VIH/SIDA; creemos que con solo tocar a la persona se nos va a pasar. O con solo estar atendiendo en su lecho nos vamos a contagiar. Entonces eso hace que la persona fallezca más pronto. Le disminuimos su probabilidad de vida. [...] Muchas personas no creemos que algún individuo se pudo de haber infectado de otra manera, no. Discriminan. “Ay que era muy mujeriego y de forma pochorno... No podemos pensar que a lo mejor pudo haberse infectado por otro medio. ¿Por qué? Porque desconocemos la diferencia que tiene, de infectarse”. [E. IC5. P-565]*

*“Lógicamente hay problemas de comunicación y hay estigmatización aquí, en todo Nicaragua. Entonces es por eso que sí se han dado en familias, e incluso las mismas familias rechazan a sus hijos.....lo rechazan si tienen VIH lo sacan de la casa, hay un abandono.... Entonces hay rechazo por parte de las familias”. [GF. Conisida. P-122]*

*“Existe mucho rechazo, y se ve como una enfermedad ajena que no puedo estar en riesgo de contraer,... Lo primero que se pregunta cuando una persona se dice que tiene VIH, lo que preguntan es cómo te infectaste no va a haber el apoyo a esa persona. No la van a ver como una persona que necesita apoyo, que hay que luchar para que ella se integre en su tratamiento, si no se ve cómo ya comenzamos a decir que por qué se produjo porque tenía una vida desordenada, porque era esto...Y no lo estamos viendo como un ser humano, que se merece un respeto por lo que ha de tener”. [GF. Conisida. P- 124]*

*“Es un problema grande que proviene de las familias, principalmente. Porque en vez de ser la que nos apoya que no vayamos a integrar en un programa de salud, a que sigamos el tratamiento, nos discriminan.... Entonces debería de hacer uso de eso, de hablar con las familias para que nos apoyen para seguir adelante que sepan lo que es tratar con el VIH, como cuidar como seguir un tratamiento adecuado”. [GF. Conisida. P-126]*

*“Sí, acarrea porque comúnmente la gente cree que dentro de la falta de información que tienen, la gente se cree que solo se acerca a alguien que tiene sida si hace lo contrario, que tal vez que porque estornude cerca, ahí ya, entonces ahí se confunde VIH con sida y de ahí sale el miedo de que no quieren hacerse la prueba, porque se van a sentir discriminadas si alguien se da cuenta que es seropositiva, comienza la discriminación por la falta de información”. [GF. Encuentro. P- 225]*

*“La primera actitud es si rechazo porque dicen hay solo porque me junto con él me va a contagiar o si tal vez me estoy bebiendo una gaseosa me pide me va a contagiar o algo así por el estilo entonces ase que aquella persona se sienta menos y envés de ayudarla a salir adelante la deprimen “. [GF. Matutino. P- 363]*

La **información mal canalizada** se refiere a la existencia de algún tipo de información respecto al VIH y al SIDA pero que no ha sido asimilada correspondientemente. Son los resultados obtenidos de los análisis cualitativos a entrevistas y a grupos de discusión. Se pone de manifiesto que el rechazo existe preferentemente en áreas rurales, donde la información además de ser mucho más escasa que en la ciudad, se malinterpreta, no se asimila o es indiferente, es

entonces cuando entendemos que la educación en estos entornos ocupa un papel importante. La información mal conducida lleva a la persona a desvalorar el nivel de entendimiento sobre el VIH a su extremo más bajo, pues en lugar de prestar empatía y comprensión hacia la persona que se ha contagiado, se limitan a encasillar e indagar cómo ocurrió dicho contagio.

*“Sí, sí, la información está, pero está mal manejada, mal canalizada, en esas áreas rurales, ¿verdad? Si hay cantidad, de clichés, hay cantidad de pero sí, si genera rechazo”. [E IC4. P- 479]*

*“Existe mucho rechazo, y se ve como una enfermedad ajena que no puedo estar en riesgo de contraer, de ver qué aquí que... Lo primero que se preguntan cuándo una persona se dice que tiene VIH, lo que preguntan es cómo te infectaste no va a haber el apoyo a esa persona. No la van a ver como una persona que necesita apoyo, que hay que luchar para que ella se integre en su tratamiento, si no se ve cómo ya comenzamos a decir que por qué se produjo porque tenía una vida desordenada, porque era esto...Y no lo estamos viendo como un ser humano, que se merece un respeto por lo que ha de tener”. [GF. Conisida. P-124]*

Otro de los resultados cualitativos más alarmantes ha sido la conexión que establece la sociedad chontaleña entre **VIH-SIDA, homosexualidad y religión**. Relacionado con el legado e influencia cultural transmitidos por la Iglesia a lo largo del tiempo sobre el rechazo de las relaciones homosexuales, la realidad es que ha sido una parte influyente de la concepción del Sida como una enfermedad que se da exclusivamente entre parejas del mismo sexo (masculinas). Tradicionalmente entendidas como antinaturales, a dichas relaciones sexuales se las emparejan más con VIH que las uniones heterosexuales aunque sean esporádicas.

*“Ya no es la enfermedad de los homosexuales, eso sí, nuestros jóvenes ya manejan eso, ya no están etiquetado como la enfermedad de las prostitutas o la enfermedad de los homosexuales. Y eso ha sido gracias a cómo se ha difundido”. [E. IC4. P-385]*

*“Todavía la homosexualidad no somos maduros para manejarla, aquí te confieso que hay tres o cuatro docentes, que he tenido que desatar una guerra con cuartel con ellos, para que procesen, para que filtren lo de las tendencias sexuales. [...] Sí hay rechazo, que esa homofobia, si se le puede llamar así, no se ha desencadenado en agresiones”. [E. IC 4. P-479]*

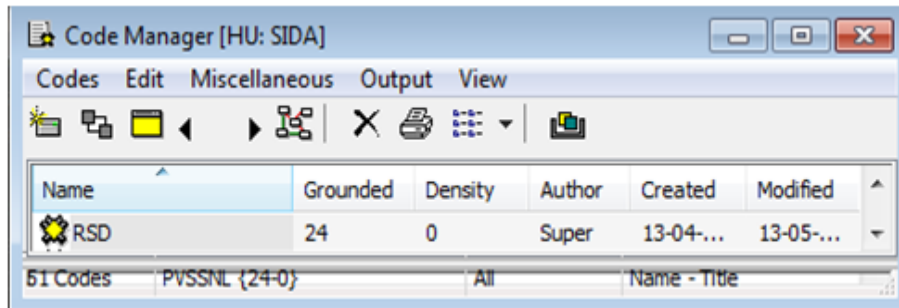
*“Claro, claro que sí. Mira, vamos a regresar como habíamos dicho a la religión. A veces la religión juega un papel importantísimo en el trato que le podemos dar a una persona con VIH/SIDA. Porque nos acercan más a ellos. Nos acerca a hacerlos sentir persona importante. A hacerlos sentir que son personas a la que no le tenemos asco, miedo. [...] Cuando son un poco religiosos, tenemos supuestamente un mayor grado de humanismo, de calor humano. Entonces nos permite, este, estar en mayor contacto con estas personas”. [E. IC5. P-565]*

Respecto a la parte cuantitativa de las codificaciones realizadas, los códigos RSINC (Imagen 40). Información no canalizada), RSIH (Imagen 41 Homosexualidad)

y RSIR (Imagen 42). Opinión de religiosa) han sido empleados en 5, 5 y 4 veces respectivamente. En el caso del código sobre la desinformación (RSD) ha sido etiquetado en un total de 24 veces (Imagen 39).

La diferenciación por entrevistas o grupos focales aparecen en la Tabla 124.

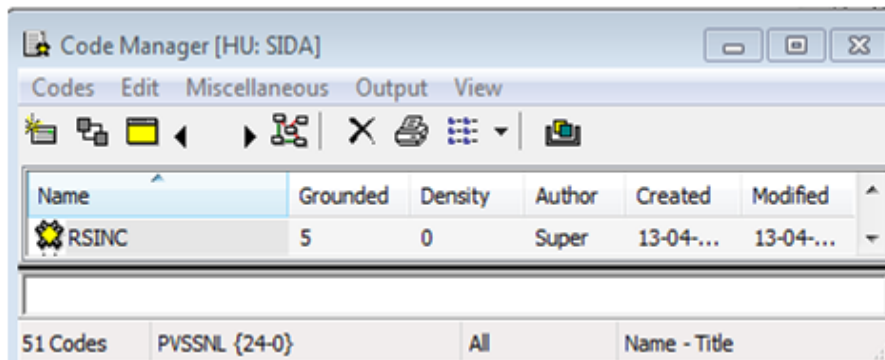
**Imagen 39. Frecuencia etiquetado código RSD**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
RSD	24	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

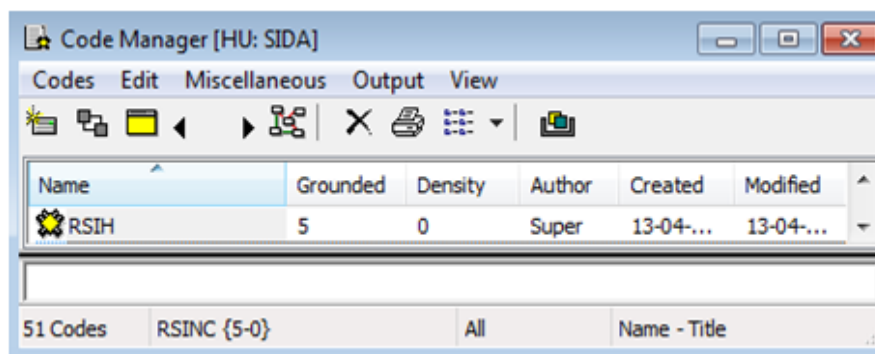
**Imagen 40. Frecuencia etiquetado código RSINC**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
RSINC	5	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

**Imagen 41. Frecuencia etiquetado código RSIH**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
RSIH	5	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.



**Imagen 42. Frecuencia etiquetado código RSIR**

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
RSIR	4	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

### 21.12. Propuestas y medidas de prevención para el contagio del VIH-SIDA

Siguiendo con la línea de análisis cualitativo, las propuestas y medidas de prevención del VIH se estudiaron conforme a seis códigos. En la Tabla 135 resumimos la organización de estos.

**Tabla 135. Códigos creados para analizar propuestas de prevención del VIH**

Denominación/ Especificación	Código	Subcódigo	Código final
<b>Propuestas prevención VIH/SIDA</b>	PEL (Propuesta Educación del Líder)	GI (Grupo de Iguales)	PELGI
	EI (Educación e influencia)	EF (Educación Formal)	EIEF
	EP (Educación primaria)	F (Familia)	EPF
	ED (Educación divulgada)	MCM (Medios de comunicación de masas)	EDMCM
	PLP (Propuesta legal Prosida)	EC (Ética del contagio)	PLPEC
	E (Educación general)	EIG (Educación e Igualdad de Género)	EEIG

Fuente: elaboración propia.

Una de las propuestas más interesantes extraídas de los análisis cualitativos viene a destacar la importancia de la **formación del líder estudiantil** como cabeza motora e influyente de la difusión de la información respecto a campañas de prevención. El análisis cualitativo del discurso de entrevistados ponen de manifiesto la idea de un grupo de estudiantes o jóvenes líderes donde ejerzan involucradamente de mentores de todos los demás jóvenes. La idea de campañas

de prevención aisladas, sin perdurabilidad y sin programación, se quedan en meras actividades puntuales que escasamente logran cumplir con éxito los objetivos para las que son formuladas. En todo sentido, son los jóvenes con un nivel de formación en VIH alto los que podrían formar a sus grupos de iguales y promover auténticas campañas más coloquiales sobre prevención de VIH.

*“Sí te encontrás con amigos que tienen información igual o mejor que la tuya”. [E. IC1. P-72]*

*“Podría ser un ejercicio que te puede llevar 4, 5, 6 horas un promedio, y luego captar un grupito muy pequeño y que ese grupito pequeño sea multiplicador de otro mismo y que al final puedas tener uno de 20, 25 que se puede lograr, se logra, pero es como un trabajito de hormiga, y que él pueda reclutar a otro compañero y un ambiente fuera del salón de clase”. [E. IC4. P-422]*

*“Trabajo comunitario ligado al voluntariado, que pudiéramos identificar 5 o 6 jóvenes por sector y a manera desinteresada y este voluntariado juntado al trabajo comunitario estaría bien...”. [E. IC4. P445]*

*“Reclutar jóvenes líderes, en el aula de clase, siempre hay dos o tres jóvenes líderes, y vos sabes que eso del liderazgo es algo innato, es decir, no te voy a dar el título del líder, en el hogar, en la comunidad, en el centro de estudio, lograrán captar por ahí, haríamos, haríamos, haríamos bastante”. [E. IC4. P475]*

*“Considero de que una campaña masiva. Lo que pasa es que en algún momento comenzamos en épocas puntuales. Por ejemplo el día mundial de lucha contra el SIDA. Entonces sería comenzar a hacer la huella del uso de... ya después. Luego vienen las fiestas patronales y vamos a hacer, vamos a hacer. Pero esto debería de hacerse de forma permanente. Ya aquí se han capacitado los grupos juveniles, en VIH para que ellos trabajen con otros grupos de jóvenes en otros sectores, parte de todo eso es hacer una campaña de información, educación y comunicación, el seguimiento, el monitoreo de actividades y talleres, y medir el impacto que tuvo la campaña y que es lo que no se hace.” [GF. Conisida. P-104]*

Las medidas de prevención del VIH, analizadas tanto en las entrevistas como en los grupos de discusión, vienen a ser la educación, especialmente la *educación formal y la educación familiar*. Desde la educación formal la vía más apropiada es mediante cursos, programas, asignaturas, talleres, en definitiva, cualquier tipo de actividad que se desarrolle en el centro educativo ya sea desde nivel de primaria, secundaria o universidad. Ciertamente es que desde la educación primaria se debe abordar la temática de la reproducción humana, siendo ahí donde comienza a tener cabida la impartición de ciertas nociones sobre enfermedades venéreas a un nivel de profundización superficial. Los análisis observados han demostrado la percepción y la alta expectativa que poseen por la Educación para la Salud Sexual. Para ello, los equipos docentes deben estar adecuadamente formados en dicha materia y hacer llegar el mensaje de la prevención de VIH y otras ITS.

*“Hacer un foro sobre VIH, van todos al auditorio pero pasaron tres meses hasta que los volviste a llevar o solo hiciste dos al año, entonces que le va a quedar al joven, o sea, por lo general, ideay... por un lado les entra y por otro lado le salió y a lo mejor dentro de la, de la, de la mejora ¿verdad? Para esta situación sería tener dentro de esa clase que dan de seminario de formación integral”. [E. IC2. P119]*

*“Integrar a un sin número de personas dedicadas al conocimiento o a capacitar a toda la población femenina y varones no sólo mujeres también a los varones porque dependiendo de esa capacitación a los varones nosotros vamos ayudarles a las mujeres y ayudando la mujer también vamos ayudar al hombre porque es algo que tiene que ser multidireccional transversal vertical de arriba debajo de abajo arriba y a los lado esa información de la sexualidad humana y sexo tenemos que ir cambiando la poco a poco”. [E. IC3. P- 1763]*

*“La educación sexual que es algo importantísimo para nosotros desde la primaria y la secundaria y en la universidad”. [E. IC3. P-307]*

*“Yo estoy de acuerdo en una educación para la salud permanente, permanente y no esporádica o de momentos, sino educación de salud permanente y debemos nosotros determinar los temas para la educación primaria, la educación secundaria y la educación universitaria”. [E. IC4. P-359]*

*“Lo ideal sería empezar desde la primaria, es decir, que cada centro, o por lo menos centros pilotos, 3 o 4 centros de estudio, direccionar un área con 3 o 4 profesionales, que el docente se conecte con esos 3 o 4 profesionales a través de situaciones concretas de su aula de clase y formar un equipo, sería lo ideal, y llevarlo hasta la universidad...”. [E. IC4. P-409]*

*“Trabajando con un grupo de docentes, no con todos, no con todos, porque para empezar tendríamos que captar aquellos docentes, que estén abiertos, muy comunicativos, que tengan el perfil de ser un docente divulgador, en el área de salud, ¿verdad? No estamos excluyendo al resto de los docentes, pero empezar con un grupo, un pilotaje que se yo, un grupo de docente y sí en todas las direcciones”. [E. IC4. P-483]*

*“En las escuelas educan a los adolescentes a que usen preservativos para evitar enfermedades de transmisión sexual”. [GF. Conisida. P-36]*

*“Dándole a los jóvenes la educación sexual apropiada, la forma correcta de protegerse, porque son tendencias únicas infalibles, porque de cien parejas, una serán fieles, o de cien jóvenes uno o dos serán los que se abstienen, por miedo o porque piensan, entonces sería la forma más adecuada darles una información sexual amplia, para que ellos traten de hacer las cosas correctamente, y sobre todo hacerles saber que hay otras maneras de contagiar y no solo por contacto sexual”. [GF. Encuentro. P-166]*

*“Se pueden dar más mas este como le digiera yo más información abierta porque aquí incluso dentro de la universidad dentro de las escuelas si una alumna le empieza a preguntar al profesor sobre esto sobre lo otro están otras personas escuchando entonces que es lo primero que dicen esa ya quiere querer o ya quiere tener o algo así por el estilo”. [GF. Matutino. P-348]*

Respecto a la educación desde **la familia como forma de prevención de VIH** se hace sumamente importante en tanto que es desde los padres y madres desde donde se debería aprender sobre educación para la Salud sexual. Son las opiniones destacadas de los análisis cualitativos realizados a entrevistas y grupos

focales. En sus opiniones se deduce la importancia de la familia como agente comunicador y promotor de prevención de enfermedades de transmisión sexual ya que por lo general en una misma vivienda suelen convivir varias generaciones, así pues, no solo el padre estaría educando a los más jóvenes con edad de iniciar relaciones sexuales, sino que además, haría recordar a los más veteranos la importancia de una adecuada prevención con métodos anticonceptivos. Opinan además que a las generaciones más jóvenes en edad escolar primaria escuchar este contenido le harían ir entendiendo la magnitud que las relaciones sexuales tienen sobre la salud.

*“La transmisión de información, uno de los aspectos más importantes sería tener que educar a los padres o que la información llegue a los padres de familia para que el padre de familia, pues, tenga suficiencia directamente sobre los hijos”. [E.IC2. P-136]*

*“En este lado, tenemos que tener muy importante la capacitaciones desde el punto de vista de los Padres que viven en las casas comunales, en los consejos de barrio, aun así los mismos cabecillas, los mismos dirigentes de la población, se conozca como es el virus y como se transmite y como se manifiesta para que así el resto de la población de cada barrio, de cada poblado, de cada ciudad, verdad, municipio tengan conocimiento de la problemática del VIH. Lo que sucede es que a veces sólo hemos aterrizado los colegios nada más y no en la población como tal, educación comunitaria, pero eso sí es una debilidad”. [E. IC3. P-350]*

*“Los puntos medulares son, las casas, la familia, cómo incidir en la familia y cómo incidir paralelamente en el centro de estudio. Poder diseñar algo que pueda, paralelo en las dos direcciones y en el contexto que hay el 80% de esas familias que tiene influencia rural, influencia rural significa religión y significa una serie de tabúes”. [E. IC4. P-396]*

*“Empecemos por papá y mamá, el hogar, nuestros jóvenes no han visto en carne propia, cinco o seis casos, de muerte por el SIDA, han oído, han leído los diarios, pero en carne propia, que en el barrio se haya muerto alguien por sida, esos son casos muy esporádicos, por lo pronto si no tenemos en carne propia esa experiencia, podemos atacarlo por casas y atacarlo como te decía anteriormente. [E. IC4. P-475]*

*“Cuando te dicen incidir en la familia, a lo mejor estamos incidiendo como en cinco familias en un mismo espacio geográfico, entonces, toda esta teoría loca, que si yo llego a esa casa, va a ser a más de dos familias a las que voy incidir y de ese hogar está saliendo el niño a la escuela, y que atacamos a la maestra, la preparamos, y atacamos al padre de familia, y entonces el niño está en un juego cruzado de educación y salud”. [E. IC4. P-477]*

*“Es un problema grande que proviene de las familias, principalmente. Porque en vez de ser la que nos apoya que no vayamos a integrar en un programa de salud, a que sigamos el tratamiento, nos discriminan.... Entonces debería de hacer uso de eso, de hablar con las familias para que nos apoyen para seguir adelante que sepan lo que es tratar con el VIH, como cuidar como seguir un tratamiento adecuado”. [GF. Conisida. P-126]*

*“El padre de familia se preocupe y cuide de las amistades que tiene, que muchas veces las amistades importan... ahora lo miran la virginidad lo miran como algo que hay que perderlo lo más pronto posible”. [GF. Encuentro. P- 167]*

Respecto a la influencia de **los medios de comunicación** como agentes facilitadores para la prevención de VIH en la población Chontaleña, tienen mucho que decir y hacer todavía. Según nuestros análisis cualitativos basados en las opiniones de profesorado y grupos de discusión, se podrían explotar mucho más los recursos audiovisuales de propaganda para dicho objetivo. La influencia que estos sistemas de comunicación tienen sobre la población hace que por su envergadura y alcance la prevención pueda ser más eficiente.

*“Y vas por la calle y mirás un cartel diciendo “usa un preservativo” y encendés la tele y mirás otro anuncio que te está diciendo que puedes contraer VIH o una ETS. [...] La información te llegara de todos lados, que incluso en los cigarrillos apareciera “fumar es dañino para la salud y usa preservativos”, que se atacara de todas las formas posibles”. [E. IC1. P-72]*

*“Entonces el problema del VIH no es un día, llegado diciembre es Día Mundial del VIH, todo se reporta hasta el día que no le hace falta, el VIH constantemente tenemos que agotarlo día y noche, en la madrugada, todo.... La cuesta. El costo de esta propaganda están como medidas de capacitación, cuesta es un Valor que no se ha medido; por todo lo que se ha invertido todavía es caro pero tomando en cuenta un trabajo, de todos unidos “. [E. IC3. P-341]*

*“Los medios de comunicación en nuestra región han abordado temáticas aquí; tenemos canales locales que no se explotan, no explotan esas temáticas en nuestros canales locales. Yo pienso que los medios de comunicación son decisivos, independientemente de que en las aulas universitarias podamos abordarlos, verdad, pero si bombardeáramos esas temáticas por tres o cuatro francos, como te digo, sería mucho más fructífero”. [E. IC4. P- 390]*

Según las entrevistas y los grupos de discusión, la **barrera entre lo que ético y lo no ético respecto al VIH y al SIDA** tiene sus bases en la ley Provida como propuesta a la prevención del VIH. Los análisis cualitativos han abierto un debate sobre la necesidad social de controlar legal y éticamente los casos de personas con infección por VIH o con desarrollo de la enfermedad (SIDA). Las relaciones sexuales son hasta cierto punto libres desde el momento en que tienen lugar, sin necesidad de comunicar a la pareja si padeces alguna enfermedad venérea o no. Dentro de este marco, lo más importante para los entrevistados es el derecho que una persona posee a saber si la pareja con la que va a tener relaciones sexuales padece dichas enfermedades o no. Nos encontramos con un dilema dicotómico: la persona con VIH en su pleno derecho de no tener que comunicar su estado de salud, quizás para evitar ser rechazado, y su deber de hacerlo para evitar contagiar a otra persona libre del virus. Por otra parte, la persona libre de ETS también tiene el derecho de conocer el estado de salud de la persona con VIH y de ejercer libremente su derecho a rechazar relaciones sexuales con esta. Según los datos

cualitativos que hemos manejado existen personas con VIH que se sumen en una depresión y egoísmo tan nocivo como para tener prácticas sexuales a sabiendas de que van a contagiar el virus a la otra persona.

En todas las respuestas hemos observado la idea unánime de un mayor control de la salud por parte del Gobierno Chontaleño. Las personas por si solas no pueden tener control sobre el estado del país conforme a las estadísticas de VIH, pero el Gobierno sí puede actuar y determinar bases legales que regulen el Sistema de Salud de dichas personas. Respecto al tema que nos concierne, el motivo principal de la creación, implantación y evaluación de una política de Salud y ley Prosida tiene sus bases en el control de embarazos no deseados y en una campaña de prevención fuerte. Las relaciones sexuales con personas portadoras del VIH que no usan preservativos tiene doble riesgo: tener un embarazo no deseado y correr el riesgo de que el futuro bebé quede también contagiado por la madre. Es en este punto donde hay que prestar especialmente atención pues es la única forma de prevención y control para que no nazcan más personas que sigan perpetuando el virus de generación a generación.

*“Todo paciente con VIH ha sido sancionado por mentir porque no puede aplicar al resto de la población, al mucho ejemplo hay, la ley que dice que no puedes, que no puedes hacer esto... Entonces quien tenga VIH podrá contaminar a uno a otro. ¿Sí o no? ... La ley que diga, es cierto que no puedes decir, pero sí que la gente diga: paciente como VIH... Si se le investiga y se confirma que ella es culpable por contaminar al muchacho, es posible que el que le obliga a tener VIH, es posible que por su mentira ustedes sea VIH”. [E. IC3. P-307]*

*“Pero aquel paciente que tiene el virus, yo estoy de acuerdo que sí tiene el virus, concretamente tiene el VIH y él es feliz y contento, pero se saben cuidar. Si... Magnífico, pero también use condón,... Su condón, a protegerse y todo eso ¿verdad? [...] Pero hay personas, que tienen el pene así y no actúan desgraciadamente, no actuar con responsabilidad si no con irresponsabilidad. Entonces ante esa situación, la ley no toma ninguna medida”. [E. IC3. P316]*

*“En otro caso, de otra paciente que sabe que tiene VIH, se le dice que tiene VIH, no se quede embarazada, porque al tener VIH en estos momentos están tratamientos que espere tres meses, bla bla bla. Y qué dice...sexual, a los seis meses ya tiene su barriga, está embarazada de un Señor que mide nuevo Toyota y la hernia digital. Y salí embarazada y usted cree que pudo coger con él. Entonces eso es una irresponsabilidad. Independientemente de la relación sexual que tengas se respeta, coge, oye y acéptalo, pero que lo sepas que tiene VIH, que lo puedes transmitir a otros... ¿Cómo te metes?, cómo..., pues todo lo que hemos hablado pero tiene que haber una... Que o sea, el mismo que sea portador sepa que tiene que prevenir, o decir que el VIH va y quien está transmitiendo además de lo que algo tiene también, que generalmente se sabe que también hay personas que saben que lo tienen. Y por cada VIH, ¿cuántos contactos tiene? No vamos a aprender, por la vía ilegal y por la vía legal porque ya sabe que enfermó por la vía y no lo podemos detener, pero sí con la consejería y con la propaganda de planificación y enfermedades de transmisión sexual podemos detenerlo un poco, pero por la vía legal es fácil. ¿Tú qué harías con todo esto?”. [E. IC3. P-324]*

*“El gobierno con una ley que obligue a los exportadores no seguir estableciéndose, verdad, no sé cómo porque desde el punto de vista, bueno, jurídico estamos nosotros..... Pertenece a otro campo, bueno al final tiene concurrir algo, que es algo que a mí no me gusta, no me gusta, no es que no me gusta tratar con él, no, no, tratamos cada sexo verdad, yo trato y le doy buena atención al paciente con VIH, hombre o mujer, lo que no me gusta es la actitud del agente portador del VIH que sabe que tiene VIH y contamine a otro que no tiene nada”. [E. IC3. P-341]*

*“Ley ProSida, donde se les dan muchos derechos y se les dan deberes también a las personas. El Gobierno ha asumido mucho, mucho, mucho este, compromiso con las personas con sida. Porque una cosa es tener el virus y otra cosa es manifestarlo”. [E. IC5. P566]*

*“Una falta de educación a nosotros mismos porque hay personas como dice ella por maldad lo hacen sabiendo que están infectados lo hacen no quieren morir ellos solos porque aunque este hay tratamiento para el que pueda uno pueda durar más tiempo siempre de todas formas todo mundo nos vamos a morir pero ellos se quieren morir así pero así empiezan y empiezan pero esto no es justo para las demás personas porque uno sin querer pues hace lo que se va hacer y no piensa que esa persona lo está haciendo por maldad también porque aquí tal vez no hablamos de eso por vergüenza porque hay personas que discriminan a los demás solo por tener algún tipo de enfermedad he o sea ya no se le acercan se pierden los amigos hasta los familiares cosas así. [GF. Matutino. P-255]*

La prevención del VIH/SIDA vista desde la perspectiva de la **Educación y la Igualdad de Género** interpretado en su forma más objetiva, no trata de que las mujeres imiten las conductas y actitudes de los hombres en las relaciones sexuales, sino en un trabajo conjunto de equidad e igualdad de oportunidades. Son los resultados destacados de los análisis cualitativos realizados al profesorado y grupos de discusión de la FARES-Chontales. Desde su opinión, en el momento en que una joven queda embarazada por ignorancia, no percepción de riesgo, por miedo, etc., la sociedad va a mirar a chico y a chica de diferente forma. A la joven por no haber controlado sus deseos sexuales, al chico por no haber sino precavido y utilizar un preservativo. Los estereotipos siguen la tónica de una sociedad machista en cuanto a las relaciones sexuales y los embarazos no deseados.

*“Se habla bastante sobre la igual de género”. [GF. Encuentro]*

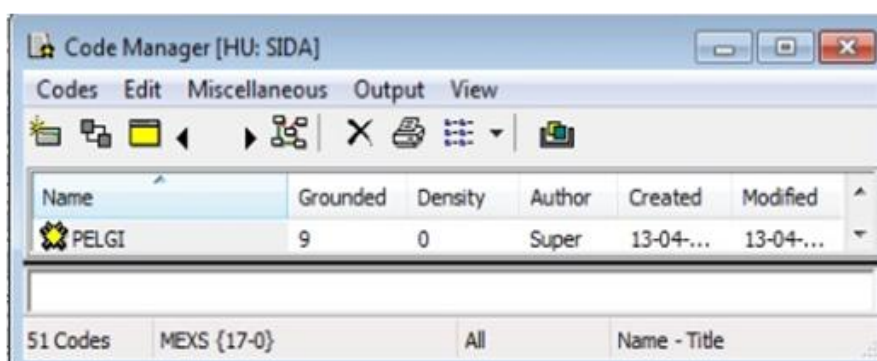
*“Equidad del hombre, trabajo, igualdad oportunidades, pero no en una vida sexual desordenada”. [GF. Encuentro. P- 173]*

*“No se trata de que la mujer imite lo malo del varón, no se trata de eso, que la mujer quiere imitar lo del varón, puede tomar, puede andarse vaga, puede hacer todo lo que quiera, imita lo malo. [...]Debíamos de empezar porque ellos se controlen, que cambien su manera de actuar, en lugar de tratar de ser nosotras como ellos, porque entonces estamos ampliando los roles, y arriesgándonos más a cosas peores, por esa parte está pésima la equidad de género, lo siento mucho, pero seguimos diciendo que la mujer que depende de un hombre, difícil de cambiar esa manera de pensar en este siglo, entonces no sé qué ha cambiado, si ha cambiado para mal o para bien”. [GF. Encuentro. P-174, 175]*

*“También el factor género, ¿no? que a lo mejor los chicos, que el tema sea igual en las chicas y se preocupen o que ya más o menos”. [GF. Encuentro. P-211]*

La frecuencia cuantitativa de las codificaciones para los códigos PELGI (Imagen 43 Grupo Iguales), EIEF (Imagen 44. Educación Formal), EPF (Imagen 45. Educación Familia) EDMCM (Imagen 46. Medios de Comunicación) han sido de 9, 39, 23 y 14 respectivamente. Los casos para los códigos PLPEC y EEIG (Propuesta Ley Prosida y Educación e Igualdad de Género) las codificaciones han sido de 13 (Imagen 47) y 7 en cada caso (Imagen 48). La distribución diferenciada por entrevistas y grupos de discusión aparece en la Tabla 124.

**Imagen 43. Frecuencia etiquetado código PELGI**

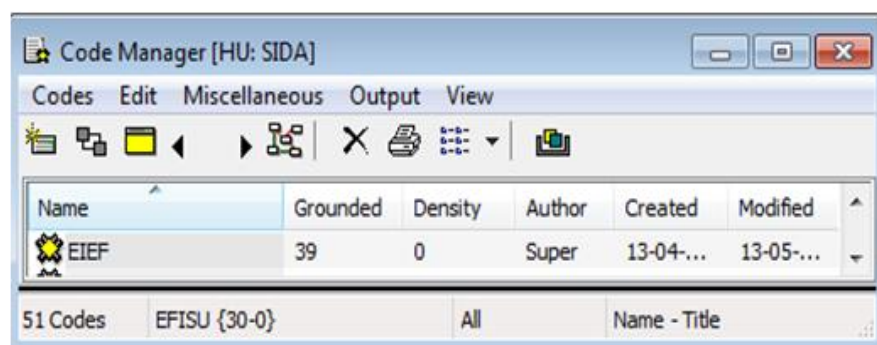


The screenshot shows the 'Code Manager' window with a table of code statistics. The table has columns for Name, Grounded, Density, Author, Created, and Modified. The row for 'PELGI' shows a frequency of 9, a density of 0, and is attributed to 'Super'.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
PELGI	9	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

**Imagen 44. Frecuencia etiquetado código EIEF**



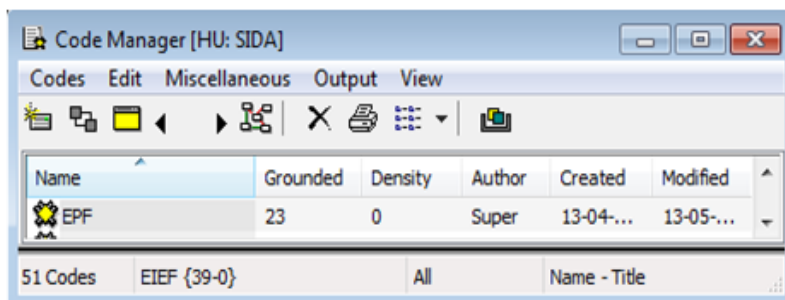
The screenshot shows the 'Code Manager' window with a table of code statistics. The table has columns for Name, Grounded, Density, Author, Created, and Modified. The row for 'EIEF' shows a frequency of 39, a density of 0, and is attributed to 'Super'.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EIEF	39	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.



**Imagen 45. Frecuencia etiquetado código F**

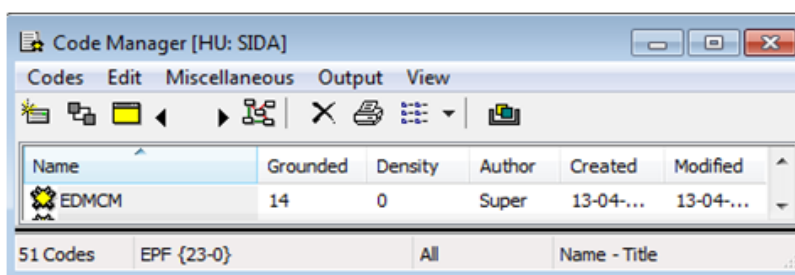


The screenshot shows the Code Manager interface with a table of code statistics. The table has columns for Name, Grounded, Density, Author, Created, and Modified. The code EPF is highlighted with 23 grounded items and a density of 0. The status bar at the bottom shows 51 Codes, EIEF {39-0}, All, and Name - Title.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EPF	23	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

**Imagen 46. Frecuencia etiquetado código EDMCM**

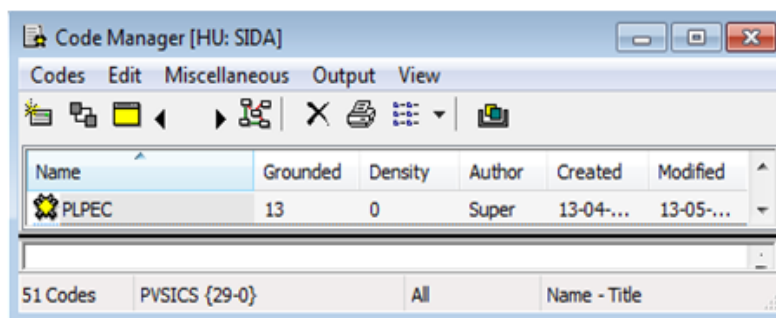


The screenshot shows the Code Manager interface with a table of code statistics. The table has columns for Name, Grounded, Density, Author, Created, and Modified. The code EDMCM is highlighted with 14 grounded items and a density of 0. The status bar at the bottom shows 51 Codes, EPF {23-0}, All, and Name - Title.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EDMCM	14	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

**Imagen 47. Frecuencia etiquetado código PLPEC**

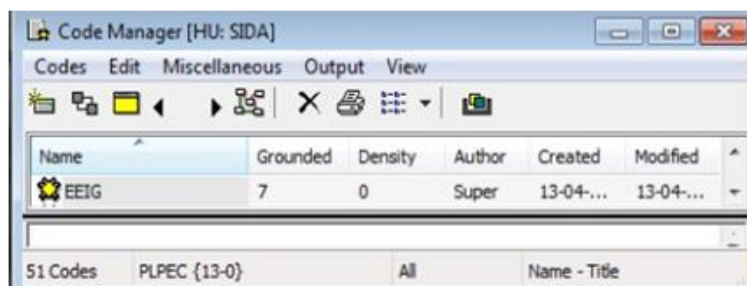


The screenshot shows the Code Manager interface with a table of code statistics. The table has columns for Name, Grounded, Density, Author, Created, and Modified. The code PLPEC is highlighted with 13 grounded items and a density of 0. The status bar at the bottom shows 51 Codes, PVSICS {29-0}, All, and Name - Title.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
PLPEC	13	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.

**Imagen 48. Frecuencia etiquetado código EEIG**



The screenshot shows the Code Manager interface with a table of code statistics. The table has columns for Name, Grounded, Density, Author, Created, and Modified. The code EEIG is highlighted with 7 grounded items and a density of 0. The status bar at the bottom shows 51 Codes, PLPEC {13-0}, All, and Name - Title.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EEIG	7	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

### 21.13. La Educación Sexual integral en la Universidad como asignatura en el plan de estudios. Importancia de su mantenimiento en el tiempo

En la sección que presentamos a continuación abordamos el tema de posibilidad de tener la Educación sexual como parte integrante de la Universidad, como una materia más a tratar en currículum. Para ello, en el programa Atlas.ti hemos creado dos códigos: EFISU, referido a la educación sexual de forma integrada desde la Universidad y EISSI, como una educación de orden más informal, trabajada desde la iglesia (Tabla 136).

**Tabla 136. Códigos Educación para la salud Universidad**

Denominación/ Especificación	Código	Subcódigo	Código final
Educación para la salud en la Universidad	EFIS (Educación Formal Integral en Salud Sexual)	U (Universidad)	EFISU
	EISS (Educación Informal en Salud Sexual)	I (Iglesia)	EISSI

Fuente: elaboración propia.

La **Educación Sexual tratada de forma integral** en el plan de estudios universitario tiene sus bases en la continuidad y permanencia temporal de actividades, cursos, asignaturas, jornadas, programas, etc., desplegados durante todo el curso escolar. Estos son los resultados cualitativos obtenidos de las entrevistas y los grupos de discusión donde se recalca en primer lugar, la importancia de una formación adecuada a los docentes, ya que, al considerarse líderes educativos, deben ser capaces de utilizar las vías comunicativas más adecuadas para transmitir el mensaje al alumnado. Se considera también importante la educación sexual trabajada desde su forma más simple en las escuelas, aumentando el nivel progresivamente hasta llegar a la Universidad. La importancia del ambiente donde dicha programación pudiera tener lugar ejercería un papel fundamental, ya que en muchas ocasiones el contexto ambiental donde se ejecutan programas de cualquier índole se ven beneficiados o perjudicados por este. En este sentido los entrevistados opinan que si bien dentro de las aulas universitarias sería muy beneficioso tener una asignatura basada en educación sexual, mejor sería aún tener charlas de una forma más informal, en un contexto menos académico, más

coloquial, donde se transmita confianza a los jóvenes. Para poder hacer llegar el mensaje a un número de estudiantes mayor proponen una forma de mentorado, donde se forme con una alta capacitación a un grupo de líderes estudiantiles y sean éstos los que por apego al grupo de iguales, informen en charlas informales a sus compañeros.

*“Un curso, diplomado o meterla como una asignatura, creo que sí serviría. [...] Pienso que si fuera algo más formal, más serio y de mayor continuidad claro que serviría y sería una buena forma de iniciar en la facultad”. [E.IC1. p-82]*

*“Yo estoy de acuerdo en una educación para la salud permanente, permanente y no esporádica o de momentos, sino educación de salud permanente y debemos nosotros determinar los temas para la educación primaria, la educación secundaria y la educación universitaria”. [E. IC3. P- 359]*

*“Lo ideal sería empezar desde la primaria, es decir, que cada centro, o por lo menos centros pilotos, 3 o 4 centros de estudio, direccionar un área con 3 o 4 profesionales, que el docente se conecte con esos 3 o 4 profesionales a través de situaciones concretas de su aula de clase y formar un equipo, sería lo ideal, y llevarlo hasta la universidad”. [E. IC4. P- 409]*

*“Lo que habría que hacer es pulir, pulir el canal de comunicación para llegar a ellos, encontrar 3 o 4 docentes idóneos para poder llegar a ellos y luego abordar a los chicos por un lado, y a las chicas por otro lado, y depende del nivel, es decir, hablamos con chicas de primer año es un poco difícil pero no sé qué tipo de grupo estuviste tratando”. [E. IC4. P- 414]*

*“Hay elementos culturales que hay que tomar en cuenta, no estamos habituados a abordar temáticas como esta en un ambiente, inclusive el ambiente en el salón de clase no es recomendable, sacarlos del salón de clase, un ambiente donde estuviéramos de partir, tomarnos un refresco. [...]Podría ser un ejercicio que te puede llevar 4, 5, 6 horas un promedio, y luego captar un grupito muy pequeño y que ese grupito pequeño sea multiplicador de otro mismo y que al final puedas tener uno de 20, 25 que se puede lograr, se logra, pero es como un trabajito de hormiga, y que él pueda reclutar a otro compañero y un ambiente fuera del salón de clase”. [E. IC. P 422]*

*“Trabajando con un grupo de docentes, no con todos, no con todos, porque para empezar tendríamos que captar aquellos docentes, que estén abiertos, muy comunicativos, que tengan el perfil de ser un docente divulgador, en el área de salud, ¿verdad? No estamos excluyendo al resto de los docentes, pero empezar con un grupo, un pilotaje que se yo, un grupo de docente y sí en todas las direcciones”. [E. IC4. P- 483]*

*“Formación integral” creo que hay aquí que se les da a los muchachos. Para mí que en esa formación integral se les debe dar un tema o dos, tres temas relativos o entender mejor dicho esta clase porque solamente se miran dos horas o son tres horas a la semana por lo que no es probable darle cinco horas a la semana. De tal manera que involucren toda la información que tiene que ver con la vida sexual reproductiva, derechos y deberes de los ciudadanos fíjate que eso es bien importante. Los derechos y deberes. La sexualidad como tal. Y cuando hablamos de sexualidad involucremosle todo lo que puede traer la sexualidad. Que son las enfermedades de transmisión sexual y en ella lleva todo lo que es el VIH. Lo considero importantísimo. Importantísimo. También tendríamos menos muchachas embarazadas, que ya se le troncan sus carreras porque en el transcurso salieron embarazadas y se marcharon. Me encantaría”. [E. IC5. P- 571]*

*“Sería bueno enfocarlo desde la universidad porque puede ser también de que tal vez el docente, no dominan mucha información, entonces no le dan datos claros al joven o al adolescente, porque es un tema muy agrio que también el adolescente tiene muchas preguntas y el docente no está preparado en conocimientos y no domina bien para explicarle hablarle ampliamente. Porque puede ser necesario de que el niño, el adolescente tiene muchas preguntas y no tiene capacidad de responder claramente. Entonces ahí, este, no se da información como debería de ser. Entonces es importante que desde la Universidad, porque ya cuando salga esa persona, ese profesional que va a ser que guiar la sociedad de la población”. [GF. Conisida. P- 132]*

La percepción de los entrevistados sobre **la iglesia como fuente de conocimiento** y como transformadora de la sociedad chontaleña posee una fuerza legitimada por la propia cultura. En el transcurso de los análisis cualitativos hemos observado una confianza hacia el poder que esta institución podría ejercer entre la ciudadanía respecto a la sexualidad, a las enfermedades de transmisión sexual, a las infecciones venéreas etc. La comunidad cristiana en caso de implicarse en la difusión de programas, cursos, charlas y jornadas debatiendo en torno a estos temas, acercaría posturas, aumentarían la confianza en la Iglesia y pondrían a disposición de la sociedad un sinfín de recursos para evitar la propagación del VIH, para minimizar el SIDA, para evitar otras ETS y para controlar de alguna manera los embarazos no deseados entre los más jóvenes.

*“Aprovechar al cura del barrio, que es un cura joven. [...] La comunidad lo tiene calificado al padre Enrique como un cura para jóvenes, porque los adultos no logran engancharse con ese entusiasmo, los jóvenes sí, entonces, cuando logras caracterizar a tres o cuatro curas con esa tendencia, ¿por qué no explotarlos también? y después del sermón del padre Enrique, hablar cinco cinco o seis minutos sobre condones y sobre problemas de VIH te apuesto a que se logra, se puede y dentro de la iglesia y el cura se prestaría para ello, por supuesto, porque entonces el joven está alimentando su espíritu y también sus conocimientos sobre sexualidad y sobre salud, se puede, pero detectando este tipo de elementos”. [E.IC4. P- 485 - 487]*

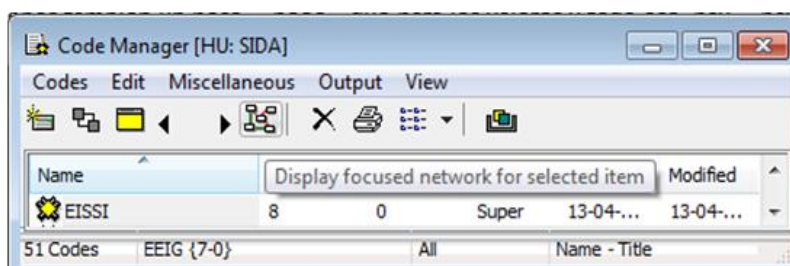
*“Parte de la Iglesia tiene, al menos en nuestro país, un grupo pero no nos ayuda. No nos ayuda, es que en ese sentido no nos ayudan, Todavía estamos que si podía ser, estamos entrando de que sí que debemos que tener los mismos.... que está penado, la planificación familia, el uso de los métodos anticonceptivos, del preservativo. Solo un poquito tenemos grandes cosas que.... si hay personas que van a misa, y tratan de cumplir a piel de la letra... Entonces, ¿qué tenemos ahí? Pues una madre, un padre, muchas influyentes, que influyen negativamente hacia los adolescentes. Porque no es lo que les digo,... que tenemos que reproducimos.... Entonces,... la iglesia, no sé de qué corriente, de que razón evangélica o apostólica, de cualquier corriente que sea, que nos ayuden a hablar, porque hay que modernizar ese tema, y hablar de ello, porque son temas prohibidos, igual que las relaciones sexuales, asimismo está prohibido el tema del VIH. Como si no conectaran, integrados en una iglesia, estos adolescentes....”. [GF. Conisida. P- 142]*

*“Las organizaciones de la Iglesia Católica, y, se ha trabajado mucho en ese tema. Nosotras no trabajamos, en la promoción de tal vez del preservativo, pero sí trabajamos en la parte de prevención en la formación en valores, sí vemos pues, este. Para poner un ejemplo, hace muchos años que existe el preservativo, si cada año se expande más. Vemos que el índice es mayoritario. Entonces vemos que no es la falta, tal vez, del uso o mal uso del preservativo, sino está en la actitud de las personas. Porque puede existir*

lo... del preservativo pero si la persona no cambia su actitud, no lo usa. Pero quizás este, de que no, a grandes rasgos, no se vea el trabajo que está haciendo la Iglesia". [GF. Conisida. P-144]

Las imágenes presentadas a continuación representan el total de codificaciones empleadas en casa caso (Imagen 49 y 50). Para el código referido a la Educación sexual como parte integrante del currículo universitario (EFISU), ha sido codificado 30 veces y para el código referido a la Iglesia como elemento importante en la creación de programas informativos sobre VIH, ETS, educación sexual, etc., ha sido de 8. La frecuencia según se haya tratado de entrevistas a informantes clave o a grupos de discusión pueden encontrarse en la Tabla 124.

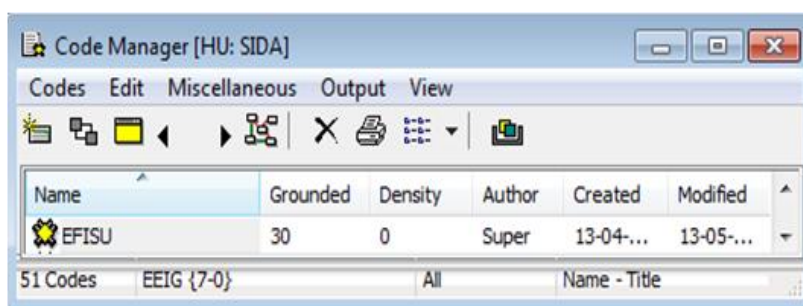
**Imagen 49. Frecuencia etiquetado código EFISU**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EISSI	8	0	Super	13-04-...	13-04-...

Fuente: elaboración propia.

**Imagen 50. Frecuencia etiquetado código EFISU**



Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
EFISU	30	0	Super	13-04-...	13-05-...

Fuente: elaboración propia.



# CUARTA PARTE: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

## CAPÍTULO IX CONCLUSIONES

*Da tu primer paso ahora. No es necesario que veas el camino completo,  
pero da tu primer paso.  
El resto irá apareciendo a medida que camines.*  
**Martin Luther, Jr.**





## **22. PERFIL DEL ALUMNADO DE LA FAREM-CHONTALES**

Tras el análisis y la interpretación de los datos, tanto de los cuestionarios como las entrevistas que se realizaron a personajes claves y expertos en VIH/SIDA, así como los grupos de discusión a estudiantes, presentamos un perfil del alumnado de la FAREM-Chontales a partir del análisis cuantitativo realizado.

Debemos recordar que nuestro objetivo no era sólo describir una situación concreta sino que explicarla, analizar, interpretarla y buscar vías de mejora a través de la concienciación y pensamiento crítico de la ciudadanía.

Por ello, a continuación presentamos los perfiles de los jóvenes teniendo en cuenta las variables: sexo, edad, nivel de estudios y orientación sexual. Además, elaboramos un perfil general del alumnado de la FAREM-chontales, haciendo referencia tan sólo a los aspectos más significativos del análisis descriptivo.

En la siguiente tabla sobre el perfil del estudiante de la FAREM-Chontales, entendido como si hiciésemos un retrato robot, nos encontramos que la población es eminentemente femenina, al igual que ocurre con la población total de Juigalpa. La mayoría son menores de 24 años, heterosexuales.

En líneas generales afirman no tener una vida sexual activa, y los que sí la tienen dicen ser con parejas estables “únicamente”. En esta línea es normal que más de la mitad afirmen que no utilizan métodos anticonceptivos, aunque el porcentaje de los que no tienen vida sexual activa es un 10% inferior que los que dicen no usar métodos anticonceptivos, por lo que suponemos que los que tienen relaciones con parejas estables seguramente tampoco los utilicen.

En líneas generales afirman y parecen demostrar que sí conocen y tienen información sobre el VIH/SIDA (siglas, métodos, etc.) aunque llama la atención que no les importe relacionarse de manera preventiva con personas que tengan la enfermedad (en trabajo, estudios o amistades) con más del 80%, pero cuando hablamos de convivir el porcentaje baja a un 60% y al plantearles si su pareja tuviese SIDA, sólo la mitad dice que no seguirían manteniendo relaciones sexuales con su pareja. Es decir, o falta información, porque se pueden mantener relaciones con preservativo sin riesgo de contagio, o podemos estar hablando de prejuicios hacia la enfermedad. Sin embargo, después un 90% afirma que tener pareja estable es un medio para evitar el contagio, pero si no usan preservativo no se evita, y si han

contestado pensando en el preservativo, no tendría sentido que en la anterior contesten que no mantendrían relaciones sexuales con una pareja que tuviese SIDA.

Otro dato destacable de falta de información es que alrededor de un 26% afirman que no beber del mismo vaso es una forma de prevenir el contagio.

Por otra parte, si un 34% afirmaban tener relaciones sexuales únicamente con pareja estable y el 60% no utiliza métodos anticonceptivos, es interesante que el 60% afirme que no existe riesgo de contagio porque no han tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección.

Con respecto a la información y/o formación que han podido tener sobre VIH/SIDA un 20% responden que no la han tenido nunca o no saben, cuando la pregunta es bastante comprensible de saber si se ha recibido o no. Un 50% dicen que sí la han recibido a través de los profesores. Teniendo en cuenta que la FAREM-Chontales lleva desde 2005 aproximadamente sensibilizando al alumnado sobre VIH/SIDA, entendemos que la información no llega a toda la población universitaria y que, teniendo en cuenta que la mayoría son menores de 24 años con nivel de bachillerato, en las enseñanzas primarias y medias, no se está informando y formando en esta línea.

Los últimos datos son importantes puesto que un 80% es consciente que la falta de información puede acarrear prejuicios (lo que se ha visto reflejado en las relaciones con parejas enfermas) y el 90% considera importante introducir una asignatura de educación para la salud en escuelas y universidades.

**Tabla 137. Perfil del estudiante de la FAREM-Chontales**

Dimensiones	Variables	Respuestas	Porcentajes
<b>Identificación</b>	Sexo	Mujer	65´5%
	Edad	Menor de 24 años	76´79%
	Nivel de estudios	Bachillerato	85´12%
	Orientación sexual	Heterosexual	90,02%
	Carrera que cursa	Contaduría pública y finanzas	18´75%
<b>Prácticas de riesgo</b>	Hábitos sexuales	Sin una vida sexual activa	49´91%
		o con relaciones sexuales únicamente con parejas estables	34´58%
	Métodos que utiliza habitualmente	No utiliza métodos anticonceptivos,  Cuando los utilizan son anticonceptivos de barreras (preservativo, diafragma,...)	58´73%  38´91%
<b>Conocimiento</b>	Nivel de conocimiento	Nivel medio	63´55%

	sobre el SIDA		
	Significado de las siglas SIDA	Sí las conoce	77'73%
	Toda persona con VIH tiene SIDA	Tener VIH no significa tener SIDA	52'07%
	El SIDA se cura	No, es una enfermedad incurable y terminal	78%
	ITS más frecuentes	Clamidia, gonorrea, herpes genital y virus genital del papiloma humano	
<b>Percepciones</b>	Conviviría con una persona con SIDA	Sí, aunque con prevención	58%
	Trabajaría o estudiaría con una persona con SIDA	Sí aunque con prevención	88%
	Seguiría manteniendo relaciones sexuales si su pareja tuviese SIDA	No	51'09%
	Tendría amistad con una persona con SIDA	Sí	89%
<b>Conocimiento</b>	Medios de transmisión del SIDA	A través de contacto sexual	73%
		Sólo creen que en el embarazo se transmite al feto	2'30%
	Sólo están expuesto	Todas las personas	91'27%
	Medios para evitar la infección	No beber del mismo vaso	26'62%
		Usar jeringuillas desechables	24'09%
		Tener una pareja estable	91'04%
	No realizar el coito sin protección	20'59%	
Existe vacuna para prevenir el SIDA	No existe aunque se está estudiando con éxito	78'80%	
El SIDA...	Se puede prevenir	72'59%	
<b>Percepción</b>	Exposición al VIH	No porque no ha tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección	58,78%
<b>Conocimiento</b>	Realización del test de VIH	No, nunca	78,49%
		Sí	19%
	Información/ formación sobre VIH/SIDA	No nunca y no sabe Sí, a través de profesores	22% 51'03%
	Dónde encontrar información VIH/SIDA	Centros de salud pública y privada, hospitales, unidades móviles de prevención, etc.	89'82%
<b>Opinión</b>	Falta información puede provocar rechazo	Sí	87,83%
	Solución: asignatura EpS en escuelas y universidades	Sí, sería una buena idea	90,48%

Fuente: elaboración propia.

En la siguiente tabla exponemos los datos más relevantes del perfil del estudiante de la FAREM-Chontales según la variable sexo.

La mayoría de los encuestados, como decíamos anteriormente, son heterosexuales. Ambos declaran no tener una vida sexual activa aunque, en segundo lugar, los hombres manifiestan tener relaciones sexuales variadas y ocasionales y, las mujeres, con parejas estables. Aquí ya aparece reflejado una de las grandes diferencias que existe en la cultura nicaragüense, donde los hombres suelen tener relaciones sexuales variadas e incluso extramatrimoniales.

Con respecto a los métodos de prevención, el 60% de las mujeres afirman no utilizar métodos, mientras que en los hombres es un 40%. Entre aquellas personas que sí los utilizan, los hombres se decantan por métodos de barrera y las mujeres por hormonales o definitivos. Esto es muy preocupante puesto que el único método que previene el VIH/SIDA es el preservativo. Los hormonales y de definitivos están bien para evitar el embarazo, que suele ser la mayor preocupación de las chicas, adolescentes y jóvenes, pero no para evitar el contagio por VIH.

De entre aquellos que admiten utilizar métodos anticonceptivos de barrera son los hombres los que obtienen un mayor recuento, cuando lo esperado era completamente lo contrario. Es decir, se esperaba que fueran las mujeres las que más frecuentaran estos métodos anticonceptivos.

Por otra parte, si los hombres dicen que sí utilizan métodos anticonceptivos y las mujeres mayoritariamente no ¿con quién los utilizan (sobre todo dado la baja frecuencia de homosexuales)? ¿Cómo se explican ambos datos? ¿Puede ser por Deseabilidad Social?

Es curioso que si generalmente no utilizan métodos de prevención, cuando se les pregunta por la posibilidad de haber estado expuestos a la enfermedad, ambos afirman que no. Esto se puede deber a falta de información y concienciación sobre la infección, su contagio, etc.

Con respecto a las ITS más frecuentes, no hay diferencias destacables según sexo ya que los dos coinciden que son la clamidia, gonorrea, herpes y virus del papiloma genital humano, aunque sí es importante el número de persona que no lo saben (16%).

Por último, al preguntarles si tendrían relaciones sexuales en el caso de que su pareja tuviese el SIDA, no hay diferencias destacables según sexo. La mayoría dicen que no sería posible, dato muy importante porque puede reflejar, como ocurría

con la edad, que les falta información sobre los modos de prevención sexual en este caso. Un 19% admiten no saber qué hacer ante esta situación sobre todo las mujeres, lo que se podría relacionar con prejuicios hacia las personas que tienen el SIDA.

Aunque la mayoría afirma que no consideran que tengan riesgo de contagio debido a que no han tenido relaciones esporádicas y sin protección, este hecho no es definitorio para confirmar que no haya habido riesgo. Ya hemos comentado que con parejas estables, si no se previene o no se han hecho las pruebas para evitar el contagio, puede haber riesgo. No obstante, como segunda opción de respuesta, sí hay diferencias puesto que las mujeres no saben si pueden tener riesgo de contagio mientras que los hombres afirman que sí debido a las relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección.

**Tabla 138. Perfil del estudiante según sexo**

<b>Variables</b>	<b>Respuestas</b>
Sexo y Estudios actuales	Mayoría heterosexuales independientemente de los estudios actuales
Sexo y Hábitos sexuales	Hombre sin vida sexual activa y, en segundo lugar, con relaciones sexuales variadas y ocasionales  Mujer sin vida sexual activa y, en segundo lugar, relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable
Sexo y Métodos de prevención	55% hombres sí los utilizan (aunque aún un 41% dice que no) 66% mujeres no los utilizan
Sexo y tipos de métodos anticonceptivos	Hombres y métodos de barreras (diafragma, preservativos, etc.)  Mujeres y métodos hormonales y métodos definitivos después
Sexo y riesgo de exposición al contagio	Ambos coinciden en “no nunca he tenido...”  Porcentualmente es más frecuente en las mujeres que en los hombres.  La mayoría coinciden que no han tenido relaciones esporádicas y sin protección por lo que no han tenido relaciones con riesgo de contagio

Fuente: elaboración propia.

En la siguiente tabla observamos el perfil del alumnado de la FAREM-Chontales según la variable edad.

Como ya hemos mencionado, la mayoría de la población es menor de 24 años y afirman no tener una vida sexual activa y si la tienen es con parejas estables, independientemente de la edad. En este sentido, se entiende que al preguntarles por si utilizan métodos anticonceptivos habitualmente la mayoría ha dicho que no.

Sin embargo, es preocupante porque en el caso de utilizarlos, los que tienen entre 25 y 34 años utilizan métodos hormonales, que no previenen el contagio por VIH, al igual que les ocurre a los que tienen entre 45 y 54 años que utilizan los definitivos. Como decíamos anteriormente, esto se relaciona por su preocupación de evitar embarazos no deseados, pero no están concienciados en la infección del virus o de cualquier otra ETS.

Por otra parte, observamos que no por ser mayores en edad tienen mayor nivel de estudios (el 0,15% de doctorados se da entre 25 y 29 años) ni mayor conocimiento del SIDA puesto que, independientemente de la edad, todos afirman tener un nivel medio. Asimismo, un 80'25%, independientemente de la edad, sí tendrían relaciones en trabajo o estudio con sus correspondientes medidas de seguridad.

Por último, con respecto a la realización de la prueba de VIH, la mayoría no se la ha realizado, independientemente de la edad.

**Tabla 139. Perfil del estudiante según edad**

<b>Variables</b>	<b>Respuestas</b>
Edad y nivel de estudios	Menores de 24 años y bachillerato
Edad y Hábitos sexuales	25 a 54 años relaciones sexuales exclusivamente con parejas estables  Menores de 24 años que son la mayoría de los encuestados no tienen vida sexual activa y después exclusivamente con parejas estables.
Edad y Métodos que utiliza habitualmente	Menores de 24 años la inmensa mayoría no los utiliza actualmente  25 a 54 años sí
Edad y tipo de métodos anticonceptivos	Menores de 24 años y de 35 a 44 métodos de barrera  25 a 34 métodos hormonales  45 a 54 métodos definitivos

Fuente: elaboración propia.

En esta ocasión el perfil del alumnado de la FAREM-Chontales lo planteamos en base a la variable nivel de estudios.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre el SIDA, los que tienen Bachillerato y Técnico superior afirman tener un nivel medio, mientras que los Licenciados se consideran con un nivel alto. Quizás podríamos plantearnos el hecho

de que las nuevas generaciones estén más formadas, aunque en la tabla anterior observamos que había falta de información y/o formación en escuelas y profesores.

Sólo un 57% de los encuestados, con nivel de Bachillerato, Técnico Superior y Licenciatura, afirman que sí tendrían relación de amistad con las medidas oportunas. El resto, que es un poco menos de la mitad, dicen que sí las tendrían, se supone que al no marcar la primera opción, es que sí las tendrían independientemente de las medidas de prevención, dato muy importante y significativo.

Un 90% afirma que cualquier persona puede estar expuesta al VIH, independientemente del nivel de estudios, dato muy positivo. En este sentido, independientemente del nivel de formación, la mayoría afirma no utilizar actualmente métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta que salvo los que tienen bachillerato, el resto sí tenían relaciones sexuales en la actualidad.

Con respecto al nivel de estudios y los medios de transmisión del SIDA, todos salvo el que tiene doctorado afirman que el contacto sexual es la forma más habitual de contagio. Estos resultados nos llevan a pensar que la mayoría de las personas que han seleccionado la opción “el contacto sexual” ha sido porque pensaban en el contacto sin métodos anticonceptivos de barrera y que la persona que ha optado por la opción “la reutilización de jeringuillas usadas” ha sido porque ha pensado que a la hora de realizar el acto sexual con una persona portadora de SIDA utilizaría método de protección de barrera como el preservativo, por lo que no podría contagiarse, pero con una jeringuilla usada no existe protección que valga. Esto es tan sólo una hipótesis que surge de la visualización de la tabla.

Por otra parte, en relación a si existe vacuna del SIDA, es incongruente con el nivel de formación que tiene el de doctorado que haya contestado que sí existe la vacuna, aunque como sólo es una persona tampoco se puede generalizar. Al preguntarle si se puede curar, esta misma persona afirma que sí, lo que vuelve a reflejar falta de conocimiento en cuanto a la enfermedad.

Con respecto a si consideran que han estado en riesgo de contagio, existe un dato importante de personas que no lo saben (23%). Asimismo, podemos observar que cuanto mayor formación no existe mayor nivel de conocimiento en cuanto a la prevención por VIH/SIDA ya que los de maestría afirman que sí pueden haber estado expuestos debido a las relaciones esporádicas, aunque algunos tampoco lo saben. En cambio, los de bachillerato, técnico superior y licenciatura afirman que

nunca han tenido relaciones sexuales sin protección. En esta ocasión, podemos volver a pensar que las nuevas generaciones pueden llegar a estar más informados.

Nuevamente, en el caso de la persona que tiene doctorado, es preocupante que afirma poder haber estado expuesto al compartir aseo, lo que vislumbra que no tiene información sobre el contagio y la enfermedad.

**Tabla 140. Perfil del estudiante según nivel de estudios**

<b>Variables</b>	<b>Respuestas</b>
Nivel de estudios y Hábitos sexuales	Bachillerato sin vida sexual activa Técnico superior, licenciado y maestría relaciones sexuales exclusivamente con parejas estables
Nivel de estudios y Nivel de conocimiento sobre el SIDA	Bachillerato y técnico superior los que tienen un nivel medio Licenciado nivel alto
Nivel de estudios y Tendría amistad con una persona con SIDA	57% que son de bachillerato, técnico superior y licenciatura afirman que sí tendrían relación con las medidas oportunas El resto, sí en cualquier caso
Nivel de estudios y Personas expuestas al SIDA	Mayoría 91% afirman que todos pueden tener SIDA, independientemente de la orientación sexual
Nivel de estudios y No beber del mismo vaso	Mayoría afirman que no es una medida para prevenir Bachillerato a licenciado la mayoría dicen que no es una medida Maestría dicen que sí y doctorado no sabe
Nivel de estudios y Existe vacuna para prevenir el SIDA	De bachillerato a maestría dicen que no aunque se está estudiando con éxito El de doctorado dice que sí
Nivel de estudios y Opinión del SIDA...	Bachillerato a maestría dicen que sí se puede prevenir Nuevamente el de doctorado dice que se puede curar
Nivel de estudios y Riesgo de exposición al VIH	Bachillerato, técnico superior y licenciado nunca ha tenido relaciones sexuales sin protección Maestría sí con relaciones esporádicas y no sabe Doctorado dice que sí compartiendo el aseo, lo que vislumbra que no tiene tanto información

Fuente: elaboración propia.

Por último en cuanto a los perfiles del alumnado, se expone a continuación según su orientación sexual y, al igual que en las tablas anteriores, se han seleccionado los datos más relevantes del análisis inferencial.

En primer lugar, con respecto a los medios de transmisión del SIDA, los heterosexuales que eran la mayoría de la población encuestada, afirman que primero son las transfusiones y en segundo lugar el contacto sexual. Esto es muy importante porque le están quitando importancia a una de las vías de mayor



contagio, como son las relaciones sexuales sin protección. Afortunadamente, con los avances tecnológicos y médicos, los controles sanitarios han sido claves para disminuir el contagio por transfusión sanguínea. En cambio, los homosexuales, bisexuales, los que se encasillaron en otros como orientación sexual y los que no sabían qué orientación tienen, afirmaron que es el contacto sexual el medio de contagio.

Hay que señalar que hay un porcentaje que se han encasillado en “otros” con respecto a su orientación sexual, por lo que se entiende que no son heterosexuales, ni bisexuales, ni homosexuales. Surge la duda entonces de ¿qué son? Quizás esto es reflejo del pudor o vergüenza de contestar sobre su orientación, aunque el cuestionario era anónimo.

Con respecto a los medios de transmisión, sorprendentemente hay cuatro personas que opinan que la manera de contagio directo del SIDA es mediante las lágrimas y otros cinco que opinan que se puede transmitir mediante la saliva. Esto nos lleva a intuir de nuevo que no hay suficiente información sobre el SIDA, aunque son minoría (9 personas en total).

En cuanto a no beber del mismo vaso para prevenir el contagio la mayoría, independientemente de la edad, afirma que no es un medio de contagio. Sin embargo, aún un 26% afirma que sí es un medio de prevención, lo que vislumbra que no tienen tan buena información del SIDA. En esta ocasión no son 5 personas como ocurría en la anterior sino 134 personas, lo que se traduce ya en números importantes.

Al preguntarles por si no realizar el coito sin protección lo consideran un medio para evitar el contagio, todos opinan que sí es un buen medio, aunque los homosexuales son los que con más intensidad lo afirman. Aún así hay un 22% que no lo considera una buena medida de protección y las que más consideraron que no era una buena medida fueron los bisexuales. En esta ocasión caben tres opciones o hipótesis: primero, que la persona no haya entendido bien la pregunta; segundo, que no tenga mucha información sobre la enfermedad; y, tercero, que la persona crea firmemente que el hecho de utilizar protección a la hora de practicar el coito no es una buena medida de prevención ante el contagio del SIDA o VIH. Asimismo, casi un 12% no supieron contestar a esta pregunta, lo que se puede traducir en falta de conocimiento.

Estos datos nos llevan de nuevo a pensar que no hay suficiente información con respecto a la forma de contagio del SIDA ya que, si las personas tuviesen suficiente información contestarían la opción “sí” o la opción “no” pero no “no sé” a no ser que no les interese contestar a esta pregunta por tabú, ideología o cualquier otra barrera.

Por otra parte, la mayoría considera que se puede prevenir el SIDA aunque son los homosexuales los que mayor índice tienen, al igual que ocurría cuando afirmaban que el uso de preservativo era una buena medida para evitar el contagio. Sólo 5 personas heterosexuales creen que se puede curar, quizás son los mismos que contestaron antes que sí existía una vacuna.

En cuanto al riesgo de exposición al contagio VIH, casi la mitad de los encuestados afirman que nunca han mantenido relaciones esporádicas y sin protección. Importante que un 24% no sabe si ha estado expuesto o no al VIH, aspecto muy importante para la salud pública. Es importante también que 114 personas no han sabido contestar a la pregunta y 80 dicen que sí han tenido relaciones esporádicas y sin protección, por lo que cobra fuerza la importancia de la información y concientización en la prevención del VIH/SIDA (estamos en torno ya a las casi 200 personas en posible riesgo).

Con respecto a la información y/o formación sobre VIH/SIDA, la mayoría dicen que sí la han recibido, siendo los bisexuales y heterosexuales, según su proporción dentro de los totales de cada orientación. No obstante, es destacable que de 541 encuestados, aún 109 no han recibido información y/o formación. Otro dato curioso es que 16 personas no sepan si han recibido o no información/formación lo que puede transmitirse en desinterés a la hora de contestar a la pregunta, al considerarse comprensible su lectura.

En este sentido, los lugares de información afirman que, casi el 90%, es en centros de salud pública o privada, hospitales, unidades móviles de prevención, etc. Sólo un 7% sabe que se ofrece información o formación en universidades y escuelas lo que nos lleva a una profunda reflexión sobre nuestra labor: si realmente se está informando o formando y, si ese trabajo se está visualizando entre los alumnos, jóvenes y población en general.

De esta manera, si los encuestados saben dónde se ofrece información o formación, ¿porqué todavía un 20% dice que no ha obtenido información? ¿Quizás falta de conciencia? ¿De sensibilidad?

Sí es importante, que un 86% afirma que el desconocimiento de la enfermedad hace rechazar a las personas con SIDA. Entre los que eligen esta opción, la mayoría son heterosexuales, mientras que los que menos piensan así son los homosexuales. Todavía 19 personas creen que se infectarían con cualquier contacto, 26 personas creen que no tiene nada que ver y 16 no saben (en total 61 personas tienen dudas o no saben) lo que reafirma que no conocen o no tienen tanta información sobre el VIH/SIDA.

Por último, se observa un porcentaje muy elevado entre las personas que afirman que lo que les provoca el rechazo ante personas enfermas de SIDA es el desconocimiento de la enfermedad, lo que, como se ha ido comentando durante todos los análisis de las tablas, es algo bastante importante ya que muchas personas pueden estar en riesgo de exposición ante el VIH por el hecho de no tener información suficiente de cómo evitar el contagio e incluso por tratar con personas infectadas que no sepan ellas mismas que están enfermas.

**Tabla 141. Perfil del estudiante según orientación sexual**

Variables	Respuestas
Orientación sexual y Hábitos sexuales	Heterosexuales, homosexuales y bisexuales afirman que no tienen vida sexual activa "Otros" son los que más contestaron que sí tenían relaciones exclusivamente con parejas estables
Orientación sexual e ITS más frecuentes	Todos coinciden en que es clamidia, gonorrea, herpes y virus del papiloma genital humano las más frecuentes
Orientación sexual y Trabajaría o estudiaría con una persona con SIDA	Todos coinciden en su mayoría en que sí podrían con las medidas de prevención
Orientación sexual y Medios de transmisión del SIDA	Heterosexual primero las transfusiones y después el contacto sexual Homosexual, bisexual, otros o no sabe, afirman el contacto sexual
Orientación sexual y usar jeringuillas desechables para prevenir	71%, independientemente de la orientación, afirman que sí es un buen medio de protección 25% afirman que no, por lo que cual falta aún información sobre las formas de contagio
Orientación sexual y Existe vacuna para prevenir el SIDA	Independientemente de la orientación, la mayoría afirma que no se ha inventado pero están estudiando en ello 16% no saben contestar
Orientación sexual y Realización de la prueba diagnóstico de VIH	Más del 70% afirma que nunca se ha realizado la prueba para saber si es portadora o si ha sido contagiada por el SIDA 19% afirma que sí se la ha hecho destacando las personas homosexuales

Fuente: elaboración propia.

## 22.1. Perfil de la juventud chontaleña

Tras la recogida de datos y su posterior análisis, aparte de toda la información que se recogió indirectamente en las observaciones realizadas entre los meses de junio y julio de 2012, hemos realizado un esquema de la juventud chontaleña. Debemos recordar que las preguntas que se plantearon tanto en los grupos focales como en las entrevistas siempre iban dirigidas a la juventud chontaleña en general, y juigalpina en particular, aunque todos los entrevistados nos comentaron que las características eran prácticamente las mismas en todo el departamento, salvo a excepción de algunos matices cuando nos referimos a familias que viven en zonas rurales o zonas urbanas.

Podemos destacar tres niveles importantes de estudio: el sexo o la sexualidad, los conocimientos, el contexto, VIH/SIDA/ETS, grupo de iguales y Sociedad /entorno.

En primer lugar, con respecto al **sexo o sexualidad**, destaca la diferencia de roles según el género lo que deriva en diferentes vivencias. En cuanto a los métodos de prevención en líneas generales los conocen pero no los usan, bien por pérdida de placer (falso mito que está muy extendido entre la población chontaleña y nicaragüense en general) como por no llevarlos incluso a veces se relaciona por hábitos de alcohol, fiestas, etc. (ellos dicen el “aquí te pillo” y no voy a pensar en el preservativo). Una de las consecuencias de estas situaciones es que se produce un uso abusivo de la píldora, siendo el método más usado entre los jóvenes.

Por otra parte, hay una sensación de haber vulgarizar el sexo, es decir, los jóvenes no lo hablan como el acto bonito, sincero, de cariño, de amistad y, como resaltan en uno de los grupos *“cuando la persona vulgariza el sexo, se hace un nido de consecuencias”*. Muchas veces los jóvenes se lo ponen como un reto *“cogerse a”* (sinónimo de “follarse a”). Hasta que no lo miren como algo natural, según una de las entrevistadas *“tendremos muchas limitaciones”*.

En segundo lugar, con respecto a los **conocimientos sobre los métodos anticonceptivos**, la verdadera preocupación de la juventud chontaleña es *“no quedarse embarazada”*, en el caso de las chicas pero también en los chicos *“no dejarla embarazada”*. Por ello, el método más usado es la píldora, aunque es un riesgo importante porque no previene el VIH/SIDA. Este dato se contrapone

radicalmente con los resultados del cuestionario, ya que los jóvenes decían que cuando lo utilizaban era el preservativo.

En tercer lugar, tenemos el papel de la **adolescencia precoz**. Esto quiere decir que las relaciones sexuales se producen a edades muy tempranas. El inicio en estas relaciones está en torno a los 12 años aproximadamente, donde han coincidido todos los entrevistados, y se confirma con los datos del Ministerio de Salud. De esta manera, el riesgo de contraer enfermedades es aún mayor porque no son conscientes del peligro (esto se relaciona con las características biológicas de los adolescentes) y existe mayor promiscuidad.

Los jóvenes universitarios tienen una ventaja con respecto al resto de la zona, y es que generalmente están más informados y algo concienciados, más en el caso de las mujeres y menos en el de los hombres. Por el contrario, los jóvenes no universitarios están más desinformados y en muchas ocasiones tienen familias desestructuradas.

En esta línea destaca el **grupo de iguales** que es la verdadera influencia social. Los conocen o denominan como “educadores experimentados de aquello que no lo son”, y que en ocasiones por curiosidad y animados por el grupo, se atreven a realizar el acto sexual para lograr la aceptación del grupo. En ocasiones, nos cuentan, muchos jóvenes hablan de las relaciones sexuales e incitan a algunos amigos para que se lancen con alguna chavala, cuando ni siquiera ellos mismos lo han hecho. Por otra parte, se detecta una fuerte carga de roles a la hora de entender el acto sexual: las mujeres lo relacionan con el amor mientras que para los hombres está unido al desahogo y el placer.

En quinto lugar nos encontramos el **contexto**. Podemos establecer diferentes niveles: el educativo, el religioso, el familiar y la sociedad o el entorno en el que se desenvuelven. Con respecto al *educativo*, existen diversas campañas de prevención y sensibilización hacia la prevención de enfermedades, no tanto centradas en sexualidad o hábitos saludables. También existe acercamiento de profesionales jóvenes lo que ayuda a que los chavalos (o chavales) se sientan más identificados. Por otra parte, la *religión* posee un valor arraigado muy importante en Nicaragua y Chontales, en particular. Hay mucha devoción por diversos santos, existe una fuerte creencia católica pero también hay un sinnúmero de iglesias evangélicas que atrae a muchos adolescentes. En este contexto, la religión se convierte en un claro

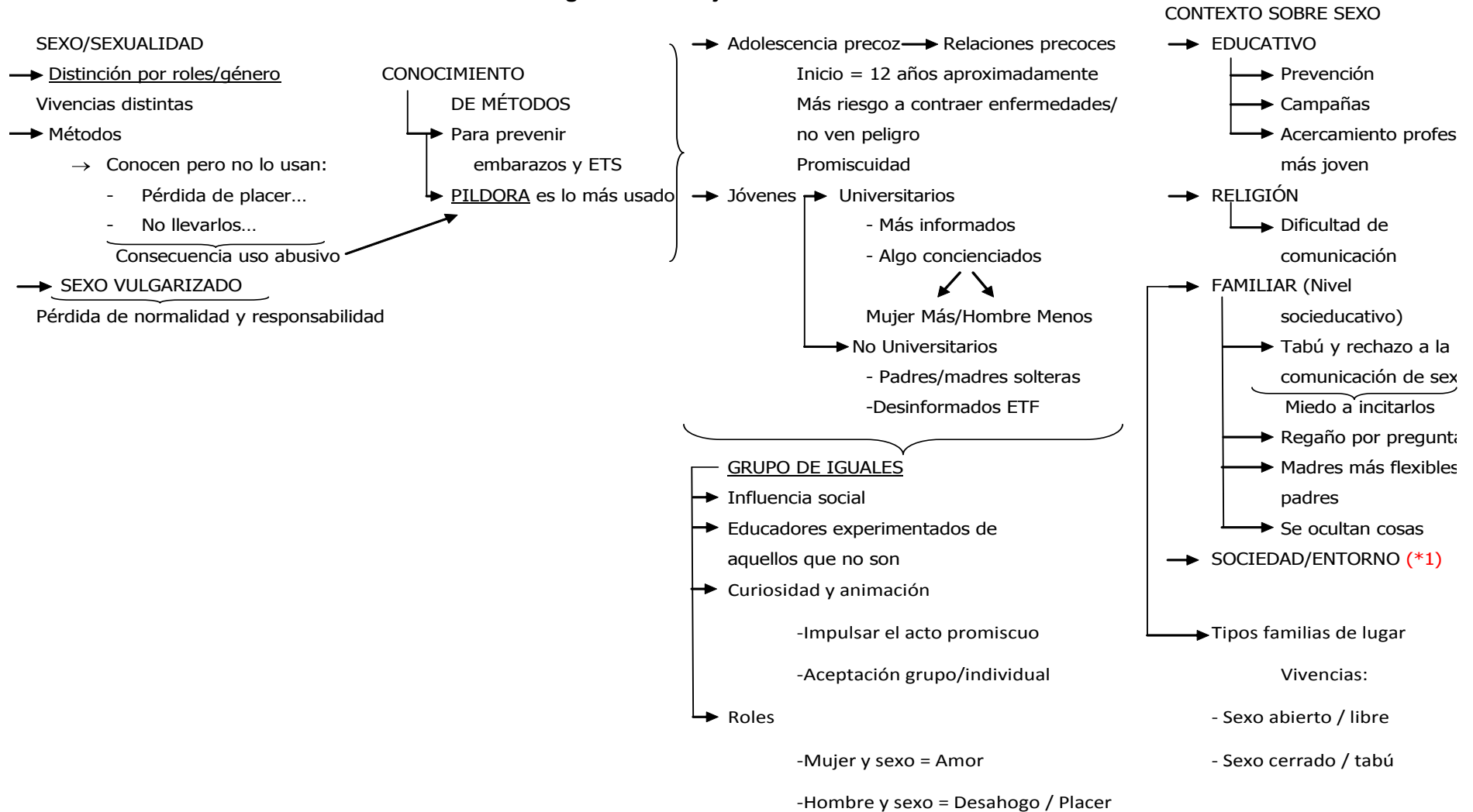
obstáculo debido a la dificultad de comunicación. Sin embargo, nuestra idea de prevención comunitaria y a través de líderes, precisamente pretende aprovechar esa fuerza que tienen diferentes sectores de la población, incluida precisamente la religiosa, para llegar a un mayor número de población y concienciarles desde diferentes perspectivas y enfoques.

Con respecto al *contexto familiar*, existe un claro tabú y rechazo a hablar de sexo o sexualidad. Esto es debido en gran parte a la falta de costumbre, a la crianza que han tenido los padres, y a un miedo que hay en las familias de que *“hablando de sexo y diciéndole cómo prevenir las enfermedades se pueda incitar a los hijos a mantener relaciones sexuales”*. Por ello, los hijos no suelen preguntar a los padres nada sobre estos temas, y en los pocos casos que se preguntan, la respuesta es una regañina. En cuanto a los roles de los padres, las madres son las más flexibles en la comunicación con sus hijos que los padres. En este sentido, los tipos de familias determinarán la comunicación con sus hijos: familias más modernas o abiertas hablando de sexo abiertamente y de manera libre, mientras que familias más tradicionales no hablarán de sexo al considerarlo un tema tabú.

Con respecto al **VIH/SIDA y las ETS**, al igual que ocurría con los métodos de prevención, los jóvenes no valoran los riesgos, están informados pero no son consecuentes, lo que se traduce en que no han interiorizado esa información y no son conscientes de los riesgos que corren. Entre las personas infectadas, cada vez la población es más joven y el mayor problema que existe en el contagio es que, las personas que saben que tienen el virus, sienten miedo de que al contarlo le puedan rechazar, por lo que en ocasiones deciden no contarlo; en cambio, aquellas personas que han sido infectadas y no lo saben, lo siguen contagiando. Ambas posturas son importantes y bastante graves para la salud pública.

Por último, la otra variable que influye en la juventud chontaleña es la **sociedad o entorno** en el que se desarrollan. En líneas generales es una sociedad muy cerrada, con valores culturales arraigados, desde un punto de vista con fuerte superioridad del hombre hacia la mujer, y donde existen diferencias sustanciales según las vivencias que hayan tenido en el sexo. En las zonas urbanas suele haber más información, mientras que las zonas rurales tienen una mentalidad más cerrada, más arraigada a esos valores tradicionales y es mucho más difícil hablar de sexualidad.

**Imagen 51. Perfil juventud chontaleña**



VIH – SIDA – ETS

- Informados no consecuentes
- No valoran riesgos
- PERSONAS INFECTADAS: Cada vez más población joven
  - LOS QUE SE CONOCEN: rechazo o miedo a que le contagien
  - LOS QUE NO SE CONOCEN: contagian
- Suelen tratarse lejos de su zona

Fuente: elaboración propia.

SOCIEDAD/ENTORNO (\*1)

- Menos cerrada en hablar
- Diferencias sustanciales entre vivencia de sexo
  - Ciudad = más información
  - Pueblo = más cerrado
- Se recriminan al menor por usar condón (por haber practicado sexo), en vez de reforzarlo.
- Control y privación "No tienen edad"



## **22.2. Bloques de análisis**

Para finalizar hemos diseñado unos bloques de análisis sobre aquellos aspectos que influyen más en la prevención o prácticas de riesgo acerca del VIH/SIDA. Estos se han extraído de la primera lectura del análisis cualitativo, externo al procesamiento del Atlas-ti, donde pretendíamos elaborar unas primeras categorías sobre aquellos aspectos que más salieron a relucir en las entrevistas y las relaciones que podía haber entre ellos.

En líneas generales, tras toda la información recopilada en el análisis cualitativo, hemos seleccionado cuatro grandes bloques de análisis: sexo o sexualidad, métodos anticonceptivos, VIH/SIDA/ETS y estrategias o propuestas para prevenir e intervenir. Estos bloques sintetizan aquellos aspectos más relevantes y que han aparecido reflejados en el perfil de la juventud chontaleña.

Con respecto al primer bloque, **sexo o sexualidad**, las características más importantes son: edad de inicio en las relaciones sexuales muy tempranas, diferente percepción del sexo según género, influencia del grupo de iguales, distintas percepciones de la prevención y de las relaciones sexuales según los diferentes contextos: educativo, familiar, socio-político, sociosanitario, religioso y, muy importante también, la incidencia de los medios de comunicación. Siendo la televisión y la radio una fuente de gran riqueza en la transmisión de la información, se podría aprovechar precisamente para prevenir y educar. Sin embargo, los mensajes que se mandan muchas veces es la promiscuidad en las relaciones (telenovelas), sexo gratis (mensajes eróticos), etc.

Por otra parte, el contexto familiar es clave en la educación de los jóvenes ya que se puede convertir, o debería serlo, en los verdaderos formadores. Por ello, es importante que el profesorado se implique y forme a los formadores.

Otro aspecto importante y donde es necesario que empecemos a intervenir es en erradicar los tabúes que existen con respecto a la sexualidad, trabajar para que se minimicen las diferencias entre el contexto rural y el urbano y erradicación del machismo tan imperante que existe.

El segundo bloque son los **métodos anticonceptivos**. Tanto con los cuestionarios como con los grupos focales se ha confirmado que existe cierto conocimiento sobre la infección y la enfermedad pero también un gran

desconocimiento al respecto. Los motivos por los que no usan los métodos anticonceptivos son, principalmente: ausencia de conciencia de riesgo, porque es un momento mágico, por miedo a perder la sensibilidad y las sensaciones y, en algunos casos, porque un posible embarazo es una forma de emanciparse y salir del núcleo familiar.

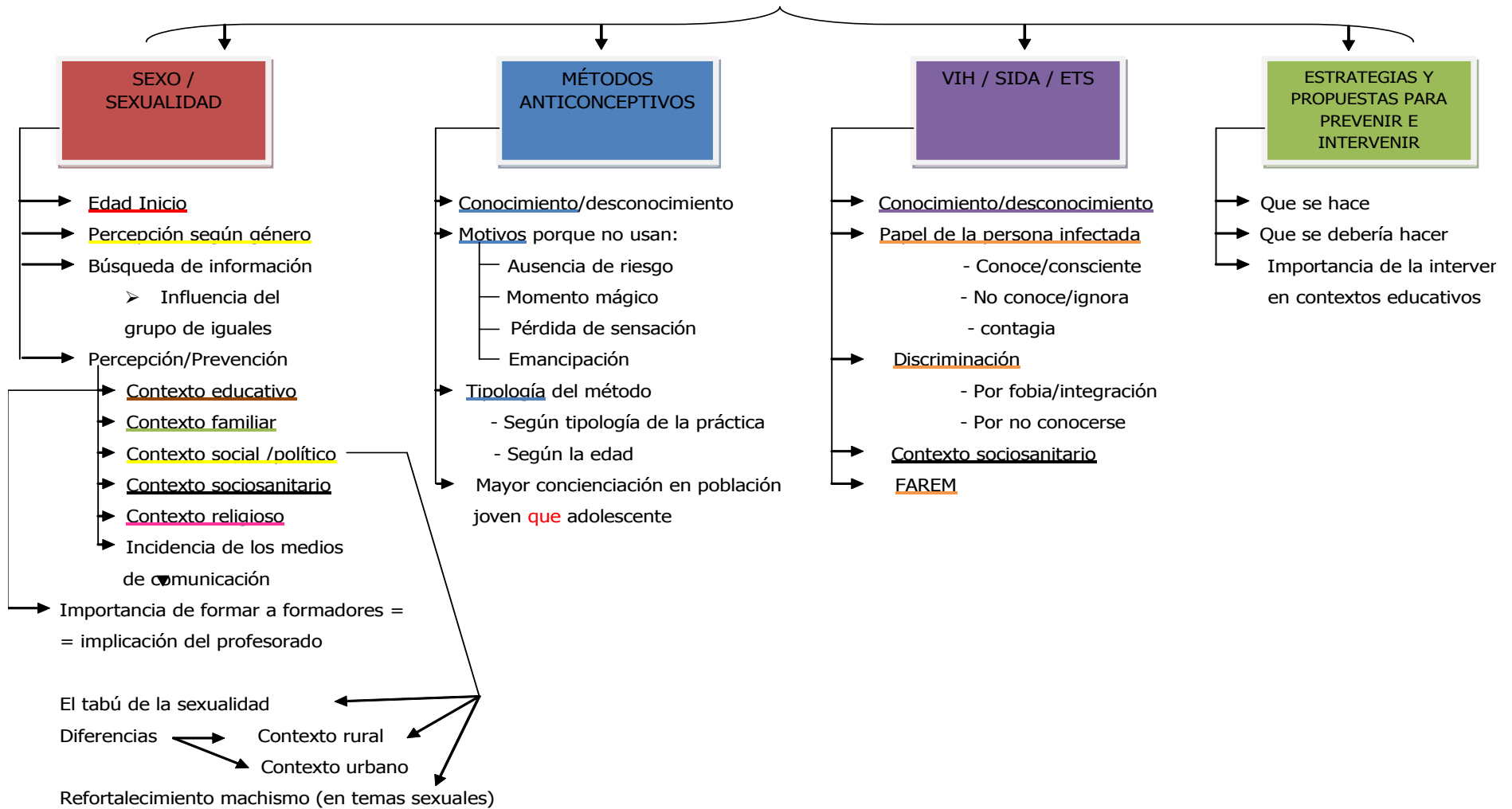
En tercer lugar nos encontramos con el **VIH/SIDA y las ETS**. Al igual que ocurre con el bloque anterior, aquí también se ha reflejado la mezcla de cierto conocimiento sobre todo con respecto a la definición, características, pero un gran desconocimiento con respecto al contagio, lo que se traduce en rechazo a personas con SIDA.

El papel de la persona infectada es muy importante ya que, como señalamos anteriormente, hay una parte que conoce que está infectada y es consciente de los riesgos, por lo cual lo cuenta y asume las consecuencias. Sin embargo, también hay una parte que sabe que está contagiada y por miedo al rechazo no lo dice, lo que provoca que se sigan infectando más personas. En cambio, están también aquellas personas que no saben que están infectados y por ignorancia sigue contagiando.

Por ello, es muy importante seguir no solo informando sino que formando a la población sobre las formas de prevención y de contagio, haciéndoles conscientes de los riesgos que corren y las consecuencias de esas prácticas sexuales de riesgo. Asimismo, surge la necesidad de formar para prevenir actitudes de rechazo y/o discriminación a las personas que viven con el virus del SIDA. Esto nos lo afirmaba una chica de alrededor unos 30 años que estaba enferma y nos contó su propia historia personal. Las actitudes de rechazo a las que se ha visto sometida le obligan a trasladarse, sin prácticamente recursos económicos, en autobús desde Juigalpa a Managua (aproximadamente una hora) para comprar en la farmacia el TAR. En este sentido, se reafirma la necesidad inexcusable de trabajar coordinadamente la universidad con resto de instituciones educativas y el ministerio de salud porque el problema es socioeducativo.

En esta última línea es donde se reafirma el cuarto bloque, relativo a las **estrategias y propuestas para prevenir e intervenir**. En este sentido, es importante determinar qué se está haciendo en la actualidad y qué se debería hacer para cambiar la situación y mejorarla. Y esto sólo puede pasar por la intervención en contextos educativos y comunitarios, donde se impliquen diferentes sectores para que la formación sea integral.

Imagen 52. Bloques de análisis en los perfiles



Fuente: elaboración propia.

## **23. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO**

Una vez realizado el trabajo de campo, y según las aportaciones de diferentes profesionales y miembros de CONSIDA, se confirma que existe un subregistro en los casos de Personas que Viven con el Virus del SIDA (PVVS). Debido a los prejuicios que existen y la desinformación entorno al VIH/SIDA, todavía hay mucha gente que tiene miedo a acudir a la farmacia o llevar el registro sanitario en su municipio por lo que acuden a la capital (Managua) u otro municipio cercano lo que dificulta el registro. Además, están también las personas que no llevan tratamiento o, incluso, aquellos que aún no saben que tienen el virus.

No obstante, los datos registrados por el SILAIS Departamental de Chontales (Ministerio de Salud) muestran su preocupación por el progresivo aumento en el número de casos. Así, en 2007 se registraron 14 casos (9 hombres y 5 mujeres), con edades comprendidas entre los 17 y 34 años, de los cuales 3 fallecieron en el mismo año. En 2008, la cifra se disparó hasta registrarse 37 casos (26 hombres y 11 mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y 55 años (aunque la mayoría está en torno a los 20-35), de los cuales fallecen 9 personas en el mismo año y una persona en 2009. Este año aparecen nuevos casos de menores, al detectarse el virus en niños/as de dos de 3 años y un bebé de 9 meses.

En 2009 la cifra se reduce a 18 casos, de los cuales fallecen 4 personas. De estos 18 casos, 14 se producen en hombre y 4 son sólo mujeres, con edades comprendidas ambos entre los 18 y 38 años, salvo un caso de 67 años y otro de 8 años.

Un año más tarde, en 2010, estas cifras subieron hasta los 21 casos registrados (13 hombres y 8 mujeres), de los cuales fallecieron 3 personas. La franja de edad fue este año más amplia, desde los 16 hasta los 52 años.

En 2011, vuelven a subir las cifras hasta los 26 casos registrados (17 hombres y 9 mujeres) y fallecieron 6 personas, con edades comprendidas entre los 17 y los 53 años.

En el año 2012, desde enero hasta el mes de junio que es el último actualizado, se han registrado 18 casos, bastante alarmante al estar en la mitad del año. De estos casos (13 hombres y 5 mujeres), ya han fallecido dos personas a principio de año y la franja de edad es de 17 a 38 años.

Con esta evolución en los casos de VIH se confirma que la población a la que está afectando más esta epidemia es a la juventud, dándose casos esporádicos en mayores de 36 años y empezando a aflorar en niños menores de 16 años.

Por otra parte, es importante destacar que los casos mayoritarios son hombres, muy por encima de las mujeres, y tienen lugar en población heterosexual, desmitificando el mito de que “era una enfermedad de drogadictos y homosexuales”.

Según la información extraída de los grupos focales de estudiantes y entrevistas a informantes claves, coinciden en que el principal factor del contagio del VIH no es la falta de información, porque

*“información sí hay pero el problema es que no llega a la población, y si llega, no prevalece”. “Hay un gran problema y es que cuando una persona se acostumbra a actuar de una determinada manera, de manera continua, se termina convirtiendo en una costumbre que difícilmente se puede cambiar”. “La información se la llevan todos pero no todos la utilizan”.*

Es decir, no basta con campañas en el Día Mundial contra el SIDA, sino que se necesita un esfuerzo mayor para mantener y convertirse en un constante.

*“Para poder combatirlo de manera eficiente tiene que ser una guerra informativa, una guerra en la cual todas las partes implicadas participen: medios de comunicación, los colegios de secundaria, la universidad, la familia. Pero el problema es que en Nicaragua en sí, hacer cambiar de pensamiento a la gente no es tan fácil, a los viejos, a las personas mayores, incluso a profesionales que nosotros les llamamos de la vieja escuela, a los que se formaron en otra etapa en Nicaragua no los vas a hacer hablar de un tema así porque así” (Informante clave).*

Otro factor que influye en gran medida, y también es unánime en los diferentes grupos estudiados, es la cultura machista. *“A los niños se les incita a tener relaciones con cuantas más mujeres mejor, en cambio, a las niñas es más inhibido hablar de sexo”.*

En las familias no se habla de sexo por diversos motivos, sobre todo por tabú, por miedo a que la información se convierta en un aliciente para iniciarse en la sexualidad.

Por otra parte, se han detectado diferencias cualitativas entre jóvenes del campo y de la ciudad. Generalmente, *“el joven del campo conoce una octava parte de lo que conoce el joven de la ciudad, y la mujer del campo conoce una dieciseava parte de lo que conoce una chica de la ciudad”.* Independientemente de lo que se pueda impartir en las escuelas, los jóvenes de Juigalpa tienen más oportunidades de informarse con respecto a los del campo. Además, la educación y cultura de los

padres influye *“si en Juigalpa, todavía en familias profesionales, con estudios superiores, es difícil hablar del tema por esa cuestión cultural tan arraigada, en el campo que hay mucha gente que no terminó la primaria o secundaria, el tema se vuelve todavía más extraordinario”*.

En definitiva, los tabúes, la religión y el machismo están muy arraigados en la cultura nicaragüense, por lo que la prevención del VIH/SIDA pasa por una educación para la salud, consciente, continua y constante, donde la universidad tiene un gran reto como institución docente e investigadora de la sociedad.

Para finalizar resaltamos algunos comentarios a modo de notas finales:

- La sociedad nicaragüense está marcada mayoritariamente por el machismo, creando desconfianzas y malinterpretaciones sobre cualquier evolución de conceptos relacionados al VIH/Sida, relaciones sexuales y métodos de protección.
- El VIH es considerado como un problema de Salud a nivel local y a nivel nacional, siendo necesario tomar medidas y nuevas propuestas de prevención desarrolladas desde la educación, la familia, los medios de comunicación y los centros de salud comarcales.
- La religión católica junto con la influencia de la iglesia y el machismo forman dos de los grandes impedimentos de la evolución de la sociedad chontaleña en términos de salud y Educación sexual.
- Las relaciones sexuales se inician cada vez más tempranamente, con ciertas diferencias de género. Las chicas suelen comenzar sus primeras experiencias antes que los chicos, con hombres algo mayores que ellas. Relacionado con el machismo, muchas de estas chicas acabarán con un matrimonio precoz para huir del núcleo familiar machista, aunque en la mayoría de los casos el esposo volverá a ejercer la superioridad machista que cree poseer. Los chicos son más libres al iniciar sus primeras relaciones sexuales ya que no se les juzga negativamente por eso, todo lo contrario, cuantas más relaciones consiga tener, más estima personal tiene y mayor reconocimiento social como “hombre”. En el caso de la frecuencia de las relaciones sexuales o la durabilidad de las parejas suelen ser parejas un poco más estables al estilo “novio” por parte de las chicas, y por parte de los chicos algo más esporádicas con aquellas chicas que no deciden o no pueden tener parejas estables.

- Los embarazos no deseados se producen por varias razones ligadas al desconocimiento o a los tabús que existen sobre los métodos anticonceptivos, a las ideas erróneas sobre los ciclos naturales de la mujer y a la impunidad con la que los chicos manipulan a las chicas que desconocen el tema.
- El preservativo masculino es el método más usado por la juventud, desconocen (en su mayoría) la existencia del preservativo femenino y utilizan la píldora del día después como método habitual de prevención de embarazo, no como método de emergencia.
- Existen diferencias culturales-educativas respecto al nivel que posee el pueblo o la ciudad en cuanto a métodos anticonceptivos y de protección contra enfermedades.
- La desinformación, la información mal canalizada o mal entendida, la relación con la homosexualidad y la prostitución crean culturalmente mitos y estereotipos que dificultan la aceptación social de la persona con VIH. Realmente la comunidad tiene prejuicios sobre las formas de contagio de la enfermedad, motivo principal por el que se aparta, desplaza y reniega de personas con el virus.
- La formación de grupos líderes como mentores, la educación en edad escolar primaria y universitaria, la familia como agente sociabilizador principal, los medios de comunicación, una Ley Provida y la Igualdad de género real serían propuestas para la mejora de la consideración de personas con VIH y para la prevención de casos nuevos.
- La formación integral en la Universidad como asignatura continua, como programa anual, los debates constantes, las charlas, los grupos estudiantiles sería una propuesta educativa desde la que promover un mayor conocimiento de la enfermedad, una mejor aceptación y prevención de esta, lo que beneficiaría a todo el país.

### **23.1. Conclusiones análisis cuantitativo descriptivo**

En el cuestionario participaron 65'48% de mujeres frente al 34'52% de los hombres, va en sintonía con los datos totales del alumnado de la FAREM-Chontales que en 2010/2011 habían 1812 alumnos -548 hombres y 1264 mujeres- (muestra del

cuestionario). No obstante, estos datos han aumentado considerablemente en 2012 aunque se mantiene la proporción de mujeres superior a los hombres. En 2012 estudiaron 2610 alumnos de los cuales 1849 son mujeres y 761 son hombres, con una media de menos de 24 años (1363 alumnos), seguido de 235 alumnos con edades comprendidas entre 25-29 años, y el resto se distribuye entre los 30 y 54 años, no existiendo alumnado mayor de 65 años en ninguna titulación.

En Juigalpa el 52.4% de la población son mujeres, con un 54% en la zona urbana y un 46% en la rural. El promedio de miembros en la familia en el área rural es de 7 personas. El 55.5% de la población es menor de 20 años, o sea, que es una población joven, que en los próximos años presionará por viviendas, salud, educación y otros servicios.

En cuanto a los porcentaje según género, tenemos que en el casco urbano son hombres unos 31.500 (45%) y 38.500 / 55%) mujeres, siendo la población femenina mayoritaria en la ciudad en relación a los hombres. Esta situación es inversa en el área rural, ya que la población masculina es mayoritaria.

Para conocer la percepción que tienen los estudiantes de la FAREM sobre el VIH/SIDA y, en general, sobre la sexualidad, primero debemos de conocer la cultura sexual nicaragüense. Como señalamos en capítulos anteriores (Montenegro, 2000) podemos resaltar:

La sexualidad y su vínculo con la violencia: los factores que explican el ejercicio de la violencia están relacionados con el control del cuerpo femenino y con valores relativos a la virginidad, fidelidad, placer y autonomía de las mujeres. La violencia sexual para las mujeres representa, aparte de violación y maltrato físico, inhibición y censura del placer femenino.

La relación entre sexualidad y reproducción: ambos aspectos están vinculados al equilibrio psicocorporal de las personas, al relacionamiento humano en distintos planos, a las políticas de población y a la capacidad de las familias para el propio sustento y reproducción en lo material, físico y afectivo.

El ejercicio interventor de los adultos sobre la sexualidad infantil: relacionado con la socialización de la niñez y los roles de género, la preinscripción de normas para niños y niñas, el incesto, los embarazos en adolescentes y el abuso sexual, violación y maltrato a menores.

El imaginario sexual de la población: está configurado con las ideas, creencias y valores que sustentan las prácticas sexuales de la gente así como con



las percepciones y deseos más auténticos sobre la vivencia o construcción de una nueva sexualidad para hombres, mujeres y adultos mayores.

Se considera que en el ámbito de la sexualidad existen restricciones que pasan por la carga de valores y normas que la cultura nicaragüense tiene sobre la sexualidad, dando origen a un tipo de cultura sexual propia.

Con respecto a nuestro cuestionario, podemos observar que existe un gran número de casos perdidos pudiéndose deber a que los encuestados tienen cierto reparo a la hora de hablar de su orientación y de su vida sexual. Puede existir la posibilidad de que muchos jóvenes hayan mentido en su respuesta, y en su lugar hayan contestado con la respuesta más legítima, es decir, que no han sido capaces de admitir su homosexualidad, o bisexualidad y hayan contestado que son heterosexuales. En relación a la vida sexual ha podido suceder lo mismo, los chicos tal vez han contestado que no tienen una vida sexual activa o que únicamente mantiene relaciones con parejas estables porque piensan que es la mejor opción, la que está mejor vista por la sociedad, tal vez el porcentaje de las demás opciones es menor porque piensan que son opciones menos aceptadas por la sociedad.

Es significativo el porcentaje de encuestados que afirman no utilizar métodos anticonceptivos, la mayoría de estos encuestados tienen un cierto nivel de estudios, por lo que se presupone que conocen los riesgos que puede conllevar el mantener relaciones sexuales sin la utilización de estos métodos. Si este porcentaje estuviera dividido por franjas de edades nos sería más fácil de analizar, ya que podríamos conocer si son los más jóvenes los que dicen que no utilizan anticonceptivos o si por el contrario gran parte de este porcentaje corresponde a personas de mayor edad (las cuales pueden estar casadas, intentando tener hijos etc., por lo que se entendería que no utilizaran ningún método anticonceptivo)

De las personas que utilizan métodos anticonceptivos, la mayoría utilizan métodos de barrera, los cuales no sólo evitan embarazos no deseados, sino que también evitan el contagio de enfermedades de transmisión sexual, en cambio, el resto de estos métodos lo único que evitan son los embarazos, pero no nos libra de poder contraer algún tipo de enfermedad. El alto número de casos perdidos en esta pregunta es significativo ya que la utilización de métodos anticonceptivos no está mal vista por la sociedad chontaleña, salvo en determinadas religiones, que pudiese ser el caso.

Hoy día el conocimiento y difusión sobre la enfermedad del SIDA es mayor que hace unos años, esto se debe a que actualmente se conoce más y mejor esta enfermedad. Asimismo la difusión de la información puede ayudar a prevenir la enfermedad e intentar evitar su contagio, por lo que la gente se interesa más por saber diferentes aspectos sobre el SIDA, además actualmente el VIH no es un tema tabú, por lo que la sociedad habla con más libertad sobre ella.

Para ser jóvenes con un cierto nivel educativo, y haber afirmado que tienen un nivel medio o alto sobre el SIDA, no es muy alto el porcentaje de encuestados que saben que se puede ser portador de la enfermedad pero que eso no tiene porqué significar que se tenga el SIDA. Aquí nos encontramos con una contradicción, ya que si verdaderamente el nivel de conocimiento fuera el que dicen tener el porcentaje de estudiantes que conocen que se puede tener el VIH pero no desarrollar la enfermedad debería de ser más alto. Esta incongruencia puede venir porque los jóvenes han querido “quedar bien” diciendo que tienen un conocimiento alto sobre la enfermedad cuando con las siguientes preguntas se demuestra que tal conocimiento no es tan alto como ellos afirman tener.

Hay que recordar que el contagio del SIDA no es tan fácil, que nadie se contagia de esta enfermedad por vivir, relacionarse o tratar a una persona enferma, que en este caso el contagio sólo sería posible a través de relaciones sexuales sin protección (aparte del embarazo, uso de jeringuillas no desechables, o transfusiones aunque este caso afortunadamente es ya menos frecuente), ya que el VIH no se contagia ni por el contacto, ni por la saliva como algunas personas creen.

Con estos datos se observa cómo la sociedad no tiene muchos problemas a la hora de mantener relaciones de amistad con personas con SIDA, pero cuando ya entramos en un ámbito más personal, más íntimo como son las relaciones sexuales, aparecen más reparos a la hora de mantener relaciones sexuales con estos enfermos. Cuando es nuestra pareja la que está infectada por el SIDA es cuando aparecen los problemas, muchas personas dejarían de mantener relaciones sexuales (incluso utilizando preservativo) por miedo al contagio, ya que estos métodos en raras ocasiones pueden fallar. Este aspecto refleja claramente falta de conocimiento ante el contagio y la enfermedad y, por supuesto, actitudes de rechazo, discriminación y prejuicios.

Por otra parte, resulta también llamativa la existencia de personas que seguirían manteniendo relaciones sexuales sin protección si sus parejas estuvieran

afectadas por el VIH, (se vuelve a demostrar que el conocimiento sobre esta enfermedad no es tan alto como afirman tener). Es una manera “absurda” de exponerse a una enfermedad, y resulta complicado entender cómo hacen esto, sabiendo que existen otros métodos que pueden evitar el contagio.

Se puede apreciar cómo existe una cierta incongruencia en las respuestas de los encuestados. Anteriormente afirmaron tener un nivel medio/alto sobre el conocimiento del SIDA, pero con las respuestas dadas en algunas preguntas se aprecia que ese nivel no es el más adecuado, ya que si su nivel de conocimiento e información fuera alto sabrían que el sexo no es la única forma de contagio, sino que el VIH también se puede contraer por transfusiones sanguíneas contaminadas (lo que ocurre rara vez, ya que existe un alto control sanitario), reutilización de jeringuillas afectadas por la enfermedad o de madres portadora de la enfermedad a su hijo durante el embarazo.

Hace años se pensaba que el VIH era una enfermedad a la cual sólo estaban expuesto los homosexuales y los toxicómanos, actualmente esta percepción sobre la exposición a la enfermedad ha cambiado y la sociedad cada vez es más consciente de todo el mundo está expuesto a poder contagiarse.

El tener una pareja estable no hace que no puedas contagiarte, el método más eficaz contra el contagio es la utilización de métodos anticonceptivos de barrera que son los que verdaderamente evitan el contagio en las relaciones sexuales, ya sea con una pareja estable o con parejas esporádicas

Es posible que algunos jóvenes hayan contestado que sí existe una vacuna contra el VIH porque estén un poco confundidos. Actualmente no existe ninguna vacuna que cure esta enfermedad, pero sí que se está estudiando y en el marco teórico aportamos los últimos datos sobre nuevas investigaciones al respecto. Además, existen diferentes tratamientos que mejoran la calidad de vida de estas personas, lo que ha dejado de ser una enfermedad mortal, y de ahí la confusión de estas personas.

Aunque los jóvenes afirman que todos estamos expuestos a contraer la enfermedad, parece que existe un cierto reparo a la hora de hablar del VIH. Por lo que vemos en la encuesta, la mayoría de los encuestados no creen haber estado expuestos al SIDA, ya que si lo pensaran se hubieran realizado alguna vez esta prueba. Aunque la encuesta garantiza el anonimato, es una pregunta muy personal y

puede que los jóvenes no sean totalmente sinceros en sus respuestas. Se sigue observando una contradicción, ya que si anteriormente habían afirmado que todos estamos expuestos a contraer el VIH, ¿por qué el porcentaje de personas que se han realizado la prueba es tan bajo? Puede que existan personas que no se la hayan realizado por miedo, vergüenza etc. También cabe la posibilidad que el porcentaje de estudiantes que se han realizado la prueba sea más alto, pero que no lo digan por miedo a que puedan pensar mal de él.

Consideramos por tanto que la información y, sobre todo, la formación, es una buena herramienta para evitar prejuicios, discriminación y rechazo hacia las personas contagiadas con el virus del VIH, porque el desconocimiento de muchas personas les hace tener miedo y reparo a la hora de relacionarse con personas contagiadas con el VIH. Además, de prevenir o incluso evitar las prácticas sexuales de riesgo y, por tanto, disminuir los datos de contagio.

### **23.2. Conclusiones análisis cuantitativo inferencial**

A modo de conclusión, y después de haber estudiado cuatro grandes variables (sexo, edad, nivel de estudios y orientación sexual), se observan diferentes aspectos a destacar.

Con respecto a la variable **sexo**, en ella encontramos distinciones entre hombres y mujeres. Los *hombres* son los que más han admitido tener sexo variado u ocasional y, a su vez, hacen mayor uso de los métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos que dicen utilizar son de barrera, es decir, la mayoría de los métodos anticonceptivos de barrera, tales como preservativo para el hombre o preservativo vaginal, son métodos que a su vez disminuyen el riesgo de contagio de SIDA. Además, siendo conscientes de ello, admiten que si tuvieran sexo con una persona que estuviera enferma de SIDA utilizarían en todo momento preservativo.

Las *mujeres* han admitido que la mayoría de veces que mantienen sexo es con parejas estables y que, a su vez, utilizan menos métodos anticonceptivos. Las que utilizan métodos anticonceptivos, son en su mayoría métodos hormonales, que en ningún caso ofrecen protección ante el contagio del SIDA, aunque sí previenen embarazos que es lo más preocupante para la mayoría. Aún así, admiten que en el caso de que tuvieran sexo con una persona enferma de SIDA lo realizarían con preservativo.

Se puede apreciar a simple vista, cómo los hombres tienen más conciencia y menos riesgo de exposición frente al contagio del SIDA puesto que en su mayoría, a pesar de mantener relaciones sexuales variadas u ocasionales, utilizan métodos anticonceptivos de barreras que ofrecen una mayor protección contra el contagio.

Enlazamos la variable sexo con la variable **edad**, de la cual hay que decir que se han hecho distinciones entre cinco grupos de edad, con rangos como: menos de 24 años, de 25-29 años, 30-34 años, 35-44 años y de 45-54 años.

Son todas las personas encuestadas, sin importar el rango de edad, las que afirma que cuando tienen sexo lo tienen mayormente con pareja estable. A partir de ahí comienzan a encontrarse diferencia en los métodos anticonceptivos que utilizan. Son las personas menores de 24 años y las personas con edades comprendidas entre los 35 y 44 años las que admiten que por lo general no utilizan métodos anticonceptivos, pero cuando lo utilizan en su mayoría son métodos de barrera, es decir, aquellos que más protegen contra el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, entre ellos el SIDA. El resto de encuestados que no responden a estos rangos de edad admiten que sí utilizan por lo general métodos anticonceptivos, pero estas personas normalmente utilizan métodos anticonceptivos hormonales, que no protegen contra el contagio de enfermedades. Las personas con un rango de edad de entre 45 y 54 años, algunos admiten utilizar métodos anticonceptivos y otros no, de aquellos que sí los utilizan, en su totalidad, utilizan métodos anticonceptivos definitivos, es decir, métodos en los que se utiliza cirugía para impedir la procreación, pero esto no evita el riesgo de contagio.

En el momento de hablar del SIDA, todas las personas encuestadas admiten tener un nivel medio de conocimiento sobre la enfermedad, todos admiten que trabajarían y/o estudiarían con personas enfermas de SIDA utilizando medidas de higiene y prevención y además admiten que nunca se han realizado pruebas para saber si se son o no portadoras de SIDA.

Resulta extraño que todos admitan tener un nivel medio de conocimiento sobre la enfermedad del SIDA y sean muy pocos los que utilizan métodos anticonceptivos de barrera que te permitan estar más protegido frente al contagio mediante el acto sexual. Además, ninguno de ellos, en su mayoría, admiten haberse realizado las pruebas para saber si se son portadores o no de la enfermedad del

SIDA. Esto nos plantea el interrogante de si realmente tienen tal nivel de conocimiento como admiten tener, según la variable edad.

A la hora de abarcar la variable **nivel de estudios**, se analizan dos sectores, el primero son los estudios terminados de los encuestados y el segundo los estudios que están realizando en la actualidad. Decir que a las mismas preguntas se dan las mismas respuestas, tanto para las personas que tienen estudios terminados como para los que están cursando estudios en la actualidad.

Tras esto añadir que, la mayoría de las personas encuestadas con estudios terminados son personas que tienen bachillerato, técnico superior y licenciatura y una minoría tienen maestría y doctorado, por lo que para las conclusiones tan sólo se han analizado las personas que tienen bachillerato, técnico superior y/o licenciatura, en su mayoría.

Las personas que tienen bachillerato terminado afirman no tener vida sexual activa en la actualidad por lo que admiten utilizar menos métodos anticonceptivos a pesar de tener un nivel medio sobre la enfermedad del SIDA.

Las personas que tienen los estudios de técnico superior terminados admiten tener sexo sólo con pareja estable y que por lo general no utilizan métodos anticonceptivos, a pesar de tener un nivel medio sobre el SIDA.

Las personas que tienen terminada una licenciatura admiten también tener en su mayoría sexo con pareja estable y existe una equidad entre personas que usan o no métodos anticonceptivos. Además admiten tener un nivel alto sobre el SIDA.

Todas ellas admiten que sí tendrían una relación de amistad con una persona portadora del SIDA pero con un nivel de precaución y prevención frente al contagio, ya que afirman que el SIDA es una enfermedad que se puede prevenir. Afirman que todas las personas están expuestas de igual forma al SIDA y que la forma más fácil de contagiarse o transmitirse la enfermedad es mediante el contacto sexual. Sabiendo esto, se presenta una duda, si la mayoría de las personas encuestadas afirman que la forma más directa de contagio de la enfermedad es mediante las relaciones sexuales ¿por qué la mayoría afirma no utilizar métodos anticonceptivos? Es más, ¿por qué a estas personas que dicen sí utilizar métodos anticonceptivos no se les ha preguntado cuáles? Quizás sea interesante saber si aquellas personas que utilizan métodos anticonceptivos son de barrera, es decir, los que maximizan la protección frente a la enfermedad.

En último lugar, se analizan a las personas según su **orientación sexual**. A pesar de ofrecer diversas opciones, las más nombradas son homosexuales, heterosexuales y bisexuales.

Todas ellas tienen en común la mayoría de los ítems por los que han sido preguntados. Afirman que la enfermedad sexual más frecuente no es el SIDA, que se puede prevenir y que el contagio más frecuente se da por medio del contacto sexual. Lo que resulta extraño que no hayan sido preguntados sobre qué métodos anticonceptivos utilizan y ni si quiera si utilizan o no métodos anticonceptivos. Todos afirman que trabajarían y/o estudiarían con personas enfermas de SIDA pero con sus correspondientes medidas de higiene y prevención. No beber del mismo vaso que una persona enferma de SIDA no es una fuente de prevención frente al contagio, pero no usar jeringuillas utilizadas o realizar el coito sin medios para evitar el contagio sí son medidas para evitar el contagio. Además todos afirman, en líneas generales, haber recibido información frente a la enfermedad, aunque sólo la mayoría de las personas bisexuales se han realizado las pruebas pertinentes. Lo más interesante podríamos decir que es cuando afirman que el desconocimiento sobre la enfermedad hace rechazar a las personas enfermas de SIDA.

Parecen ser personas muy conscientes sobre la enfermedad del VIH/SIDA pero sigue pareciendo interesante haber preguntado sobre los métodos anticonceptivos.

A la hora de analizar las encuestas se observó, que las personas con más información y que más medidas ponen frente al contagio de la enfermedad son aquellas que se han declarado heterosexuales.

Por lo general, se considera que, por norma general, existe muy poca información sobre la enfermedad del SIDA y que eso es una fuente de conflicto para la sociedad y un riesgo constante ya que existe gran población mundial que es portadora de esta enfermedad, y concretamente en Nicaragua también, y que muchas de ellas no lo saben ya que no se sigue un control necesario y/u obligatorio sobre dicha enfermedad y no están concienciados sobre los riesgos.

### 23.3. Conclusiones análisis cualitativo

En esta ocasión centramos nuestras conclusiones en la parte cualitativa de esta investigación. La misma se apoyaba en tres hipótesis que se formularon una vez obtenidos los resultados de los cuestionarios. Estas hipótesis recordamos que eran:

- (H1) “La superioridad manifiesta del hombre sobre la mujer influye en las relaciones sexuales en cuanto a la utilización de métodos de protección”.
- (H2) “La cultura tradicional nicaragüense dificulta hablar abiertamente de la sexualidad (en las familias, entre iguales, etc.)”.
- (H3) “Las prácticas de riesgo no se producen por la falta de información sino falta de conciencia en los jóvenes chontaleños”.

Dada la hipótesis de trabajo relacionada con el ***machismo o la superioridad manifiesta del hombre sobre la mujer*** en métodos de protección frente a ETS, ITS o embarazos no deseados, las conclusiones nos llevan a ratificar dicha afirmación. En el caso de los hombres, la sensación de ausencia de placer, el poder de los medios de comunicación, la influencia del grupo de iguales y la impunidad son algunos de los factores responsables de las conductas de riesgo frente a la utilización de métodos de protección. En el caso de la mujer son el miedo y el pudor ante la familia los factores más destacados que ponen en entredicho la protección en salud sexual.

La forma en que hombres y mujeres se expresan ante las relaciones sexuales son diferentes, cada uno siguiendo las expectativas sociales marcadas culturalmente bajo la sombra del machismo. Según esta idea, el hombre ocupa un papel de superioridad frente a la mujer, manteniendo relaciones sexuales sin ningún tipo de conciencia sobre la protección y siendo alabado entre el grupo de iguales. Las mujeres parecen tener más conciencia en métodos de protección aunque más enfocado hacia la prevención de embarazos no deseados que hacia la protección frente a enfermedades.

La diferenciación entre métodos anticonceptivos o de protección difiere según hablemos de hombres o mujeres. Para el hombre un método de protección puede ser el preservativo como medio para evitar el embarazo no deseado de la mujer, pero no llega a ser entendido como un método que usándose de forma adecuada,



previene contra enfermedades de transmisión sexual tan graves como el VIH. La mujer entiende el preservativo de la misma forma pero con un nivel mayor de conciencia hacia la importancia de su uso y, en todo caso, siempre relegada a los deseos del hombre, es decir, arriesgándose y cediendo a mantener relaciones sexuales sin protección en caso de que el hombre no decida usarlo. Por otro lado, nos ha parecido enormemente alarmante cómo los hombres consideran la píldora del día después como método de prevención de embarazo, no como un método de urgencia, sino de elección. Aunque la mujer es un poco más reacia a dicha píldora, no tiene mayor solución que aceptar para prevenir dicho embarazo.

La juventud femenina nicaragüense maneja la información sobre los métodos anticonceptivos a su antojo, por un lado piensan que cuando mantienen una relación estable con una única pareja no es necesario usar preservativos porque en cierta forma “confían” en que la pareja no mantiene relaciones sexuales con otras personas. Por otro lado, cuando las relaciones se dan con parejas esporádicas siguen sin usarlo porque el chico da razones basadas en la disminución del placer o sería una herida para su ego machista. Es decir, en todo caso y dentro del contexto social nicaragüense, la mujer pierde capacidad de decisión y no libre de manipulaciones culturalmente aprehendidas. Por contrapartida, los chicos relacionan en mayor medida que las jóvenes el uso de preservativos en los casos de mantener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con parejas del mismo sexo (homosexuales masculinos).

Dentro de este contexto, la hipótesis de trabajo relacionada con **la cultura tradicional que impera en la sociedad nicaragüense** es un factor que influye negativamente a tratar con naturalidad la sexualidad dentro de las familias, la escuela o el grupo de amigos. Podemos corroborar la hipótesis de partida de la investigación. La cultura hermética, machista, con diferencias educativas entre el pueblo y la ciudad, la escasa preparación del profesorado, los tabús y el miedo a la comunicación son los elementos perturbadores de la educación sobre Salud Sexual.

Las familias no hablan abiertamente de sexo ni de ETS ni VIH por miedo a provocar respuestas de curiosidad en los hijos más que de prevención, el grupo de iguales mantiene una cultura centrada en el machismo, a costa de poner en riesgo la salud, la escuela con escasa preparación docente y los jóvenes con escasa concienciación sobre la problemática. Las conclusiones son alarmantes, un país con

un alto machismo, con una educación poco adecuada y con un sistema de salud que podría mejorar muchísimo respecto a la prevención del VIH. Dentro de este panorama cobra también especial importancia la Iglesia, cuyo papel religioso modifica las percepciones y conductas de los padres de familia, de profesores y de jóvenes para evita las relaciones sexuales antes del matrimonio. Existe un deseo por parte de la comunidad a que la iglesia se implique más abiertamente en este dilema social, pero no todas las hermandades religiosas están de acuerdo.

Podemos confirmar la hipótesis de trabajo relacionada con las **prácticas de riesgo y la falta de conciencia de los jóvenes chontaleños**. A pesar de ser una sociedad con marcada corriente machista y católica, la información que se transmite en las universidades y escuelas comienza a ser de cierta relevancia. Cursos, jornadas, programas, debates, etc. son algunas de las actividades que se realizan de tiempo en tiempo. Realmente, una de las propuestas más significativas fue la idea de mantener en el tiempo las actividades en forma de asignatura dentro de la universidad y no tratarlo como actividades esporádicas o con motivo del Día Internacional del Sida.

Con todo ello, la falta de conciencia a pesar de la información que se ofrece es nula, pues los jóvenes reciben información no solo de la escuela sino por múltiples vías como los amigos, Internet, la escuela, la familia, etc., lo que ocurre es que no toda esa información es verídica, ni fiable, ni puesta en común. Cada una de dichas fuentes poseen sus propias ideas y, entre tanta explicación sin acuerdo, los jóvenes deciden hacer lo que aprendieron por imitación, por inercia.

#### **23.4. Conclusiones finales**

En este capítulo exponemos las conclusiones a las que hemos llegado, teniendo en cuenta el marco teórico previo, que rige la base de todo el estudio posterior.

Con objeto de estructurar la presentación del mismo lo hemos dividido en cuatro apartados: el primero consiste en la elaboración de diferentes perfiles del alumnado estudiado, y la juventud chontaleña en general; este apartado se subdivide a su vez en tres subapartados, uno de ellos dedicado al perfil que hemos configurado del estudiante tipo de la FAREM-Chontales, el siguiente se centra en el perfil de la juventud chontaleña, y en el último presentamos los bloques de análisis o

categorías en las que se engloba toda la información recogida. El segundo apartado aborda las conclusiones del análisis cuantitativo descriptivo. El tercero se basa en las variables independientes y el análisis inferencial y, el último, el análisis cualitativo a partir de la codificación del atlas.ti. Para terminar exponemos unas notas finales que sintetizan las líneas más importantes del estudio.

Las conclusiones del estudio se han elaborado a partir de las diferentes metodologías empleadas (cuantitativa y cualitativa), prestando atención a los conocimientos y prácticas de riesgo en VIH/SIDA, de tal manera que se pueda caracterizar mejor a los estudiantes de la FAREM-Chontales y juventud chontaleña en general.

Nuestra finalidad era conocer cuál es la situación actual de los estudiantes universitarios de la FAREM-Chontales, y más concretamente su población juvenil. Nos propusimos acercarnos a sus conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo en relación al VIH/SIDA así como identificar diferencias con respecto al género. En definitiva, con los resultados de esta investigación generamos evidencia científica de la situación de la juventud chontaleña que nos permitan diseñar intervenciones dirigidas a mejorar estas situaciones.

La pregunta de investigación que formulamos era “¿Qué piensan los estudiantes de la FAREM-Chontales acerca del VIH/SIDA?”. A partir de ella se diseñan los objetivos de estudio generales que recordamos a continuación:

- Identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo de los estudiantes universitarios de la FAREM-Chontales ante el contagio y la convivencia con personas que tengan VIH/SIDA.
- Establecer las percepciones que tiene la población estudiantil de la FAREM-Chontales sobre el VIH/SIDA con respecto al género.

Una vez obtenidos los resultados del cuestionario, nos surgen varios interrogantes debido a algunas incongruencias detectadas, contradicciones entre el nivel de conocimiento de los estudiantes, con los medios de prevención, sus prácticas de riesgo, etc. Además, al conocer la realidad “*in situ*” nos acercamos a una cultura y unos valores tan arraigados en la sociedad chontaleña, y por ende en la juigalpina, que nos sugiere plantearnos las siguientes hipótesis de investigación:

- “La superioridad manifiesta del hombre sobre la mujer influye en las relaciones sexuales en cuanto a la utilización de métodos de protección”.
- “La cultura tradicional nicaragüense dificulta hablar abiertamente de la sexualidad (en las familias, entre iguales, etc.)”.
- “Las prácticas de riesgo no se producen por la falta de información sino por falta de conciencia en los jóvenes chontaleños”.

Para intentar verificar estas hipótesis realizamos el análisis cualitativo. De esta manera, respondemos a nuestro planteamiento metodológico basado en el multimétodo, con énfasis en la triangulación intermétodo.

Nuestro paradigma científico ha sido el sociocrítico debido a que, aparte de conjugar ambas técnicas metodológicas, plantea el supuesto teórico de abrir conciencias. A partir de aquí nos centramos en conocer y comprender la realidad como praxis, unir teoría y práctica, orientar el conocimiento a emancipar y liberar al hombre, y fomentar la autorreflexión. No queremos quedarnos en un estudio descriptivo, sino que pretendemos transformar la estructura de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas. De ahí que nos propusiésemos analizar las diferencias en cuanto al género e incidir en las hipótesis expuestas anteriormente con el fin de ahondar en la cultura, ideología, creencias y valores de la sociedad chontaleña.

Una de las principales características de la presente investigación ha sido hacerla lo más partícipe posible. Por ello, desde el diseño del cuestionario, las entrevistas y los grupos de discusión, pasando por la selección de la muestra, el análisis de los resultados y las conclusiones, contamos con la participación y validación de diferentes docentes de la FAREM-Chontales con fin de que fuese lo más fiel posible a la realidad y no resultase un proyecto externo a la entidad. A todo ello hay que recordar que el origen de esta investigación parte de un estudio exploratorio que se lleva a cabo a partir de la necesidad detectada por el profesorado de la mencionada facultad. Estas características diferencian este estudio de cualquier otro que se ha podido realizar en la zona, y en otros contextos, donde generalmente el investigador es un agente externo y el proyecto no parte de las necesidades del colectivo.

El diseño de investigación se puede definir como dialéctico ya que se va generando a través del diálogo y consenso del investigador y el grupo de

colaboradores, convirtiéndose en un proceso en espiral. De hecho, a partir de los resultados del cuestionario y las incongruencias o aspectos que se identificaron se diseñaron las entrevistas a informantes claves. A partir de las demandas que nos hacían los entrevistados se configuraron los grupos de discusión para intentar incluir todos aquellos aspectos que nos habían mencionado y considerábamos importantes para romper algunos tabúes e incidir en los valores de la cultura chontaleña.

En nuestra investigación no pretendemos hacer generalizaciones que abarquen a toda la población nicaragüense debido, entre otras cosas, a la heterogeneidad y diversidad cultural que existe en el país, aunque sí nos atrevemos a generalizar al departamento de chontales ya que la población estudiantil de la FAREM-Chontales procede de diferentes municipios de dicho departamento, y los grupos focales y entrevistas se orientaron a la juventud juigalpina y chontaleña en general.

Por otra parte, enmarcamos nuestro estudio en la educación para el desarrollo y la educación para la salud. Para entender el contexto que estudiamos (dónde estamos, por qué estamos aquí y dónde queremos llegar) es necesario remontarnos a los desequilibrios sociales, parte primera de nuestro marco teórico. Éstos son la clave de las posteriores desigualdades, de la Sociedad del Desarrollo y del ansiado Estado de Bienestar.

En el caso de Nicaragua, debemos resaltar que posee uno de los más altos índices de desigualdad a nivel latinoamericano, concretamente un 54 (en escala de 1 a 100) según el índice de Gini, aunque levemente mejor que Guatemala, Colombia, Honduras o Paraguay, que alcanzan el índice de 55.

Las comparaciones del IDH se realizan entre los países del Norte y del Sur y, desde esta perspectiva, el mundo es cada vez menos desigual aunque los promedios nacionales ocultan grandes variaciones en la vivencia humana. Tanto en los países del Norte como del Sur, siguen existiendo fuertes disparidades.

*“Sólo quien tiene puesto el zapato puede saber dónde le duele, por lo que sólo podremos evitar los dolores si damos a los demás la posibilidad de opinar y participar ampliamente en el debate público. Sólo podrá apreciarse y valorarse correctamente la relevancia de diversos aspectos de la evaluación del bienestar y la libertad de las personas si se mantiene un diálogo constante con la población, que luego se vea reflejado en la formulación de políticas públicas” (PNUD, 2013: 36).*

En el caso de América Latina la desigualdad de ingreso se ha reducido a través de programas de transferencia en efectivo. *“La creciente desigualdad,*

*especialmente entre grupos, puede provocar inestabilidad social y poner en riesgo el progreso a largo plazo en desarrollo humano. La perpetuación de las desigualdades suele ocasionar falta de movilidad social intergeneracional, lo que también puede causar malestar social” (PNUD, 2013: 43-44).*

En cuestión de género, el Informe de Desarrollo Humano 2013 señala que “las mujeres sufren discriminación en el campo de la salud y la educación o en el mercado laboral, lo cual restringe sus libertades” (PNUD, 2013: 43). Esta discriminación se mide mediante el Índice de Desigualdad de Género (IDG) que recoge la pérdida de logros a causa de la desigualdad de género en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y participación en el mercado laboral. Cuanto más elevado sea el valor del IDG mayor será la discriminación.

*“La reducción de la desigualdad tanto en salud como en educación podría deberse a prioridades e innovaciones gubernamentales en materia de política social. La salud y la educación están relacionadas. Brindar una mejora educación a las mujeres suele redundar en más salud para ellas y para la siguiente generación. Por lo tanto, la esperanza de vida y la educación están interrelacionadas” (PNUD, 2013: 43).*

La desigualdad, como fenómeno, en América Latina es compleja debido, como señala el PNUD, en gran parte a la “herencia generacional” y al mal diseño de políticas públicas que, en su mayoría, se han limitado al combate de la pobreza.

En el caso del VIH/ SIDA, debemos resaltar que de acuerdo a los Informes de ONUSIDA, existen unos 35 millones de personas afectadas en el mundo. Cada año se registran más de 2,5 millones de nuevos casos de infección y se producen alrededor de dos millones de fallecimientos relacionados con el SIDA. Según las mismas fuentes, en América Latina, el número de personas que conviven con el VIH asciende a 2 millones. Según las mismas estimaciones, aproximadamente 77.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA durante los últimos años.

Las encuestas de América Central han detectado una prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo del 4,3% en Guatemala y del 3,2% en El Salvador. En el comportamiento de la epidemia en Nicaragua se identifican dos poblaciones claves que requieren intervenciones adecuadas para lograr cambios importantes: población más expuesta debido a prácticas de mayor riesgo y población vulnerable a la epidemia debido a factores externos a su control. En este grupo se encuentran los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Condiciones sociales como la pobreza, inequidad de género, la falta de acceso a información, la alta proporción de

adolescentes fuera del sistema educativo, y las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones rurales y étnicas, explican el aumento de la vulnerabilidad a la epidemia en este grupo poblacional.

En América Latina y el Caribe, la epidemia está bien consolidada y existe el peligro de que se propague de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces. En la región se combinan los factores de desarrollo socioeconómico desigual (en función de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de analfabetismo y concentración de la riqueza y de la tierra en pocas manos) con la gran movilidad de la población para favorecer la propagación del VIH.

Estos datos deben animarnos a seguir trabajando en esta línea, en la prevención y tratamiento de VIH/SIDA para mejorar los datos de prevalencia y, transversalmente, mejorar los datos de desarrollo humano en el área de la salud.

Hay que destacar los avances más recientes en la prevención, tratamiento y atención de las personas con VIH/SIDA. Centrarse en los retos actuales y futuros de la prevención y atención del VIH en poblaciones de riesgo y explorar los nuevos retos surgidos como consecuencia de los cambios económicos y científicos a nivel mundial, deben de ser nuestros objetivos y de cualquier profesional que trabaje en este campo.

En este año, 2013, se celebra el 30 aniversario del descubrimiento del VIH como el agente causante de la infección por VIH/SIDA. Todavía estamos lejos de poder controlar la progresión de la epidemia, de ahí que las nuevas infecciones, el diagnóstico precoz, el acceso universal a los tratamientos, la estigmatización, las limitaciones físicas y la calidad de vida de las personas con VIH, sean aspectos que necesitan de una respuesta sostenida (SESIDA, 2013) y con amplitud de miras, no sólo en nuestro ámbito, sino también a nivel mundial.

Según ONUSIDA (IrsiCaixa, 2012), en 25 países de ingresos bajos y medios (la mitad en el África Subsahariana), se ha logrado una reducción de más del 50% en los casos de nuevas infecciones por el VIH. En cuanto a la inversión nacional, entre 2001 y 2011 más de 81 países aumentaron en un 50% su inversión nacional. Por otra parte, la terapia antirretroviral se está consolidando, aumentando en los últimos 24 meses el número de personas con acceso al TAR en un 63% a escala mundial. A pesar de que se va avanzando por acabar con nuevas infecciones, los datos siguen siendo elevados.

Este mismo año 2013 ha sido uno de los más relevantes de los últimos en lo que al tratamiento del VIH se refiere. Primero fue la noticia presentada en la pasada Conferencia de Retrovirus celebrada en EE.UU. en la que se documentó el caso del bebé curado después de que recibiera tratamiento triple para el VIH. En el mismo congreso, algunas investigaciones sugerían que tratar lo más precozmente posible (a los 2 o 3 días de la infección), podría lograr la “cura funcional” del VIH. Y la última noticia: un equipo de investigadores de la Universidad y del Hospital Necker de París han tratado muy precozmente a 14 personas con VIH, que se interrumpió, incluso en algunos casos durante más de 7 años, sin que hoy día haya presencia del VIH.

En este sentido, vivimos en un mundo global e interconectado. El Informe de Desarrollo Humano del PNUD, desde el primero en 1990, plantea una visión de progreso económico y social que trataba fundamentalmente sobre la posibilidad de las personas de ampliar sus oportunidades y capacidades.

*“El progreso ha sido sustancial: muchos países en desarrollo siguen creciendo rápidamente y elevando los estándares de desarrollo humano. El ascenso del Sur es una de las características de este mundo en constante cambio. Actualmente, el Sur es responsable de prácticamente un tercio de la producción y el consumo mundial” (PNUD, 2013: 33).*

La crisis económica mundial, por ejemplo, ha afectado a todas las regiones, tanto del Sur como del Norte. Relacionado con el Informe de 2013 sobre el ascenso del Sur, por esta interconexión y por necesitar el apoyo de la fuerza política y de la ciudadanía global es necesario la participación, la cohesión, la conciencia de grupo, de comunidad. *“Los recortes en salud, educación y otros servicios públicos podrían deteriorar la salud de la población, la calidad de la fuerza de trabajo y el nivel de la investigación científica y la innovación durante los próximos años” (PNUD, 2013: 33).*

Por ello nuestro planteamiento parte desde una educación y promoción de la salud donde la participación y la conciencia son claves para el proceso educativo y de transformación. Si no hay conciencia no hay cambio.

En la actualidad y a pesar de los cambios producidos, la educación sigue basándose en los principios tradicionales, donde no se propicia una reflexión o debate crítico de las realidades que se exponen como verdades absolutas. En líneas generales, consideramos que la escuela sigue potenciando unos patrones de autoridad donde el docente (activo) enseña y el alumnado (pasivo) aprende, a pesar de que teóricamente se hable de llevar a la práctica una interacción entre el educando y el educador.





más adecuada consideramos que es, tanto en ámbito formal como no formal, la animación sociocultural.

En definitiva, consideramos que un modelo de enseñanza basado en la Educación para el Desarrollo debería, de manera participativa y adaptada al contexto en el que estemos trabajando, formar y concienciar mentes críticas a través de los contenidos actuales. Fomentando valores y actitudes acordes con los principios fundamentales y operativos de la EpD se pretende alcanzar la autonomía de los sujetos, convirtiéndolos en protagonistas de su propio desarrollo, a la vez que se optimizan los recursos humanos y materiales disponibles. Para lograr lo planteado es necesaria una coordinación entre los diferentes agentes y actores.

Antes de empezar a formar es prioritario sensibilizarles. Según la Cátedra de la UNESCO (Febrero, 2008), por sensibilizar entendemos *“ayudar a comprender las interrelaciones y las desigualdades existentes hoy, sus consecuencias y las estructuras o instituciones que las hacen posibles”*, es decir, *“ayudar a no ser indiferentes”*.

Debemos concienciarles en conseguir una vida más justa para el conjunto de la sociedad y en la lucha contra las injusticias y las desigualdades sociales. Según Ortega Carpio (2007) *“una acción a corto plazo, que alerta sobre las causas de la pobreza y las estructuras que la perpetúan...no permite profundizar en las causas de las injusticias ni en las propuestas, pero constituye el primer paso para la concienciación, pues rompe el círculo vicioso ignorancia-indiferencia-ignorancia”*.

A lo largo de este estudio, y de cara a las conclusiones y líneas de futuro nos surgieron una serie de interrogantes, como por ejemplo: ¿Qué hacer si comunidades, grupos de personas y/o individuos no tienen esos recursos y metodologías?, ¿Qué hacemos si esas necesidades de desarrollo humano (vida saludable y prolongada, educación y recursos de subsistencia) brillan por su ausencia? Ahí es donde es necesario introducir la animación sociocultural como esa herramienta, metodología o instrumento, necesaria para conseguir el fin del desarrollo humano: *“una vida mejor para todos”*.

Para finalizar, resaltamos algunos párrafos y citas que expusimos en el marco teórico pero consideramos importante recordar por la relevancia de sus palabras.

Podemos afirmar que tanto para la ASC como en el DC o la EpD el elemento fundamental es la participación como eje del desarrollo y la comunidad. Lo mismo ocurre con la educación y promoción de la salud, que ya abordamos anteriormente.

Sin embargo, no se trata de una participación puntual, esporádica, sino que es un proceso continuo donde exista una colaboración y cooperación de todos los interesados –profesionales y destinatarios- (Pérez-Pérez, 2009). De hecho, la participación se entiende como un “derecho” y un “deber” del ciudadano, tal y como recoge el artículo 9 de la Constitución Española, donde especifica:

*“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificultan su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.*

Según García Roca “sólo las relaciones sinérgicas están en condiciones de acreditar una intervención adecuada..., significa incrementar la coordinación entre los distintos actores y entre las distintas dimensiones de la necesidad, con la participación de todos” (García Roca, 1999: 52).

Nosotros hemos analizado y descrito la realidad para cambiar las estructuras, terminar con el machismo, con el patriarcado, la independencia de la mujer, terminar con los prejuicios y estereotipos hacia PVVS, los tabúes sobre la sexualidad, y si no podemos terminar, al menos minimizarlos a la mínima expresión.

A partir de ahí, pretendemos trabajar en pro de concienciar a la comunidad de la educación para la salud y, concretamente, la sexualidad, derribar mitos y prejuicios hacia las PVVS, implicar a los diferentes colectivos en un trabajo comunitario con el fin de lograr un mayor desarrollo de la ciudadanía.

Y consideramos que la universidad es un lugar de creación y transmisión de conocimiento donde se presupone que debemos de encontrar los mayores niveles de formación en materia de Educación para la Salud. Por ello debemos formar a docentes implicados en el ámbito socioeducativo, y que de manera transversal se imparta una asignatura sobre educación para la salud, siendo una de nuestras principales propuestas de futuro.



# CAPÍTULO X

## PROPUESTAS

*Para ser realmente grande hay que estar con la gente,  
no por encima de ella.*

**Montesquieu**



## **24. PROPUESTAS DE MEJORA Y FUTURAS LÍNEAS**

A partir de las conclusiones expuestas en el apartado anterior, vamos a definir las propuestas de mejora que consideramos necesarias y oportunas para mejorar la situación en la FAREM-Chontales y en la juventud chontaleña en general. No obstante, nuestras acciones van en beneficio de la comunidad por lo que en ocasiones identificaremos entre destinatarios directos e indirectos.

En primer lugar, consideramos que hay que formar a los **docentes de la UNAN-FAREM-Chontales** para que sean ellos, los que en el primer momento pusieron de relieve esta necesidad, los encargados de seguir formando a otros profesionales, a empresas públicas y privadas, otras universidades y centros docentes, líderes, etc. Se ha empezado por formar, de momento, a 6 docentes de la mencionada facultad en nuestro Especialista Universitario en Prevención de Riesgos Psicosociales en jóvenes y adolescentes. Esto es un primer paso, pero realmente deberíamos identificar a aquellos docentes **comprometidos** con la causa, **sensibilizados** ante la problemática, **cercanos** a los estudiantes, a la población juvenil, y que se formen en **educación para la salud**, para que ellos sean los **formadores de formadores**.

Se ha detectado una **falta de información** por parte del alumnado sobre VIH/SIDA, medios de prevención y prácticas de riesgo. Sin embargo, no sólo es falta de información sino que en la teoría lo saben pero en la práctica es donde erran debido a un aspecto **cultural** y de **falta de conciencia**. Por ello, no sólo podemos informar sino que se hace imprescindible la formación y **participación activa**.

Asimismo, consideramos que nuestra acción no debe focalizarse sólo y exclusivamente en la prevención del VIH/SIDA sino que debemos de centrarnos en una **educación y promoción de la salud** más amplia, donde intervengan los diferentes **factores de riesgo y de protección**: alcohol y otras drogas, ocio y tiempo libre, proyecto de vida, embarazos no deseados, sexualidad, tabús, mitos, estereotipos y prejuicios, etc.

Asimismo, al haberse detectado que en algunas ocasiones el hecho de quedarse embarazadas es una vía de escape del núcleo familiar, al igual que muchos padres no hablan de prevención o relaciones sexuales por miedo a que en

lugar de prevenir vayan a incitarles, es necesario una **educación a padres y madres**.

Como se ha recogido en el análisis cualitativo, hay un fuerte componente de **prejuicios y estereotipos** hacia las personas enfermas de SIDA. Por ello debemos de intervenir con las personas enfermas pero también con la sociedad en general para **derribar los mitos y prejuicios** e integrarles de pleno derecho, sin que se sientan excluidos.

Una de nuestras propuestas más fehacientes es crear una **red de líderes juveniles y/o comunitarios**. Esta idea va en la línea de una de las propuestas que planteó ONUSIDA (2011), en su Informe del Día Mundial del SIDA de 2011, donde señala que hay que invertir en líderes juveniles. De esta manera, pidió a todos los países que respaldaran y promovieran la participación activa y el liderazgo de los jóvenes en las respuestas globales, regionales y nacionales.

Para que la formación sea más efectiva, primero debemos sensibilizarles, motivarles y hacerles participe en todo momento de su situación y de sus necesidades. A partir de ahí, se debe implicar a los **diferentes sectores** de la sociedad: iglesia católica, iglesia evangélica, maestros de escuela, profesores de universidad, técnicos del ministerio de salud, ministerio de defensa, procuraduría de los derechos humanos, centros juveniles, asociaciones diversas, padres y madres, tendero o comerciante de la pulpería, televisión, radio y prensa, lugares de trabajo, etc.

Aunque ya la hemos mencionado, queremos resaltar la importancia de implicar a la **iglesia**. En Juigalpa, y Chontales, muchos centros educativos religiosos, sobre todo católicos, no permiten hablar de VIH/SIDA ni de sexualidad. Esto es un verdadero hándicap en la formación y acarrea consecuencias muy importantes en los jóvenes y adolescentes. En cambio, si se logra la **implicación de la iglesia, católica y evangélica** que también atrae a muchos feligreses, y se crea un referente podríamos acceder a todos esos centros y multitud de personas. Además, se rompería muchos tabúes y, sobre todo, lograríamos una educación para la salud en su amplio sentido, desde el punto de vista de la prevención, información y formación, sin objetivo de incentivar, que es lo que suelen “alegar” en algunos centros o algunos profesionales más creyentes, para los que la sexualidad es un tema íntimo y casi tabú. Debemos abogar por una educación en, desde y para todos, sin distinción de creencias religiosas o de otro tipo.



El Fondo de **jóvenes líderes sobre el VIH** desde 2010 ha ofrecido 23 subvenciones a proyectos comunitarios en 18 países comunitarios y está facilitando iniciativas de promoción, servicios inter pares y movilización comunitaria dirigidos por jóvenes. Esta es una oportunidad excelente para que nuestro proyecto cobre fuerza.

Otra de las propuestas que planteamos, y recogían en su capítulo Pasquau Liaño, Valera Bestard y García López (2003), es establecer un **código de buenas prácticas o conductas de riesgo/protección** que permitiese cuantificar la variable susceptibilidad a la infección y, con ello, delimitar mejor a los grupos sociales más vulnerables (“Grupos de riesgo”).

Nuestro ideal de trabajar de manera comunitaria parte de nuestro interés en el **desarrollo comunitario**, la **animación sociocultural** y las consecuencias que tiene trabajar partiendo de las necesidades del propio colectivo y donde éste es el verdadero protagonista de la acción. Además, ONUSIDA apoya la prevención y actuación en la lucha contra el VIH/SIDA a través del **ámbito comunitario**, siendo consciente de los resultados óptimos que se suelen obtener.

La similitud del desarrollo comunitario con la educación y promoción de la salud es más que evidente, ya que el DC lleva implícitas la promoción y movilización de recursos humanos, a través de un proceso educativo de toma de conciencia. Por tanto, la **participación popular** es el elemento fundamental en los programas de desarrollo de la comunidad. Por ello cobra importancia la participación comunitaria en educación y promoción de la salud, además que otorga valor añadido al implicarse los miembros de la comunidad, los propios destinatarios en su proceso de aprendizaje.

La participación es un instrumento que puede y debe contribuir a elevar los niveles de salud de la población; de ahí que propuestas estratégicas tales como la promoción de la salud o la atención primaria de salud, dan un importante papel a la participación comunitaria.

En el caso del VIH/SIDA, uno de los aspectos claves para luchar contra esta epidemia es **empoderar a la población**, y concretamente a las mujeres, a través de la educación sobre el SIDA. Algunos datos corroboran la importancia de esta implicación y participación ya que, por ejemplo, en 18 de los 49 países de los cuales se poseen datos de tendencias, (por ejemplo: Camboya, Guyana, Namibia, Ruanda y Trinidad y Tobago) el conocimiento correcto e integral sobre VIH aumentó 10

puntos porcentuales o más entre mujeres de 15 a 24 años; ocurriendo lo mismo con hombres jóvenes de 8 a 16 países.

Con objeto de hilvanar los conceptos desarrollados anteriormente, concluimos que la **participación comunitaria** y **educación para la salud** son estrategias metodológicas en la promoción de la salud. Estas estrategias facilitan la difusión de mensajes culturalmente adaptados a las necesidades de los distintos colectivos, promoviendo comportamientos saludables que disminuyan la vulnerabilidad, aumenten la prevención, analizando críticamente los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud y desarrollen sus capacidades organizativas para conseguir cambios no sólo en sus comunidades sino en las políticas que repercuten en la salud y bienestar (Mazarrasa, Blázquez, Martínez, Castillo y Llacer, 2006).

En definitiva, se trata de una participación **permanente, activa, consciente y mayoritaria** de la ciudadanía para lograr un verdadero **cambio o transformación social**.

Aquí resaltamos la *Primera Encuesta Nacional de Juventud*<sup>61</sup> realizado por el Instituto Nicaragüense de la Juventud, donde los mismos jóvenes señalan los motivos por los que no continúan sus estudios: los problemas económicos, la preferencia de trabajar frente a estudiar o la falta de interés por el colegio. En cuanto al tiempo libre, las principales actividades que realizan son escuchar música, estar con la familia, ver la televisión o salir con los amigos. Y resaltamos un dato curioso e importante en nuestra propuesta de realizar trabajos comunitarios y trabajar hacia una participación activa: **uno de cada tres jóvenes dice querer participar pero acaba optando por no hacerlo**. Aquí debemos de incidir nosotros y, primero, conocer las causas de por qué no participar y ofrecerles oportunidades, oferta adecuada a su demanda, motivarles, sensibilizarles, hacerles partícipes porque sólo así serán parte activa del proyecto.

En el libro de Elisabeth Iborra “Sex mentiras”, se plantea una visión holística de cómo se ha ido tratando el tema de la sexualidad en cada contexto así como la relevancia del factor género. Algunas de las ideas que ella plantea se asemejan a la realidad que hemos estudiado, por ejemplo: visiones distintas del sexo según el género (ellas por amor y reproducción, ellos por penetración y desahogo), visión de

---

<sup>61</sup> Se puede consultar la encuesta al completo en <http://www.laconvencion.org/index.php?descargas/index/encuestajoven.pdf>.

la población sobre el acto sexual entre heterosexuales (ella será una ligerita de cascós, una cualquiera, mientras que a él se le aplaudirá y se le premiará su acción). Asimismo, plantea el **analfabetismo oculto** a la hora de tratar la sexualidad, las ETS y el VIH/SIDA, es decir, saben qué es el VIH/SIDA, saben que es malo pero ese conocimiento no llegan a practicarlo mediante una actitud consecuente o madura del riesgo al contagio. Por ello es necesario, tal y como nos comentado una informante clave, una “**responsabilidad activa**” de lo que hacemos.

A pesar de tantas campañas, ofrecimientos del preservativo, reeducación sexual, etc., siguen habiendo ruidos que dificultan finalmente el aprendizaje. Ni el miedo ni la represión harán que los jóvenes dejen de practicarlo, es más, concebirán la sexualidad como algo negativo que deben hacer en privado y en la “oscuridad”, tal y como también señala Iborra (2010). Además, la educación hay que adaptarla a las diferentes edades y contextos, un reto que pasa inexcusablemente por los docentes y educadores sociales (niños, jóvenes, adolescentes, preadolescente, posadolescente, adultos, adultos mayores, estudiantes, no estudiantes, trabajadores, amas de casa, familias, etc.).

Deben **aprender y aprehender**<sup>62</sup> la sexualidad en general, el tratamiento de las relaciones socioafectivas, el respeto y la seguridad sexual, donde se refuercen positivamente las buenas prácticas saludables.

Hay que destacar, en uno de los estudios que relacionamos en el marco teórico, el de la Fundación Xochiquetzal (2011), que las razones vinculadas a los **roles o actitudes de dominación o subordinación** propias de las relaciones de poder entre género predominante, están presentes y son la principal razón de no uso del condón en las relaciones, aunque también evidencia que las relaciones con pareja ocasional favorecen la mayor vulnerabilidad de los jóvenes en tanto su carácter de eventual hace que no puedan incidir en las condiciones en que se da la relación y se parte de un grado variable de desconocimiento de la pareja, que terminan por favorecer la **desigualdad de género**.

Por otra parte, en las empresas debemos intervenir desde la **responsabilidad social empresarial**. Según el estudio del Banco Mundial (2006), gran parte de las PVVS, funcionarios públicos y población en general, no conocen la **existencia de la**

---

<sup>62</sup> Por aprender entendemos asimilar o adquirir conocimiento de algo por el estudio o la experiencia, mientras que aprehender es asimilarlos e internalizarlos.

**ley** ni tampoco los **derechos humanos** que ésta protege. Estas situaciones de desinformación y desconocimiento provocan comportamientos discriminatorios por los que es imprescindible intervenir desde la prevención y la educación para la salud.

Otro aspecto en el que debemos de trabajar, es en prevenir **embarazos no deseados**, siendo ésta una línea más a la hora de abordar la sexualidad y la educación para la salud. En nuestro estudio se ha visto cómo el mayor problema para muchos adolescentes, por encima de un posible contagio, era no quedarse embarazados. Esto les lleva a no utilizar condones pero sí existen altos índice de la píldora para la mañana siguiente (PPMS) tras relaciones sexuales sin protección. En Nicaragua, la **maternidad** y la **unión temprana** son la norma, aunque cada vez se está alargando un poco más. Por lo general, seis de cada diez mujeres se unen antes de llegar a los 20 años, aunque esto depende del lugar de residencia y de la educación. En general, los jóvenes nicaragüenses comienzan su actividad sexual antes de los 20 y un alto porcentaje está teniendo relaciones sexuales desprotegidas por lo que se exponen a embarazos no deseados y/o a enfermedades de transmisión sexual.

A partir de una entrevista realizada a una PVVS, que por razones logísticas no se ha podido transcribir y analizar (tono de voz bajo, ruidos en el local, etc., que aunque se previnieron no se pudo realizar con éxito), planteamos algunos interrogantes para intervenir:

- ¿Qué prejuicios y estereotipos presentan los jóvenes chontaleños ante las personas infectadas por el VIH?
- ¿Conocen realmente los estudiantes de la FAREM-Chontales la situación actual del VIH/SIDA en su país, o departamento?
- ¿Son conscientes que contraer ETS o VIH/SIDA está al alcance de cualquier persona, sobre todo si no se toman las medidas oportunas?
- ¿Cómo te sentirías si tu entorno te rechaza por tener una enfermedad?

Para finalizar, creemos que se podría crear un centro de formación en el cual se desarrollen planes siguiendo la estructura de la formación profesional ocupacional, y donde se pueden impartir los siguientes cursos:

- Monitor de Educación Sexual.
- Monitor de tiempo libre.

- Monográficos: juegos alternativos, gestión recursos, educación en valores, etc.

Estos cursos darían lugar a la creación de una **bolsa de trabajo** en la cual participarán todas aquellas personas que hayan completado los ciclos formativos. Además, también se crearía un **banco del tiempo**, donde no se trabaja por dinero sino es un recurso alternativo donde las personas ofrecen su trabajo a cambio de tiempo. En Sevilla existen diversas iniciativas entendidas como un sistema de ayuda mutua, a través del intercambio de tiempo, de habilidades y conocimiento, de forma gratuita. Este banco consiste en ofrecerse para realizar la tarea que se considere: hacer la compra, enseñar a planchar, poner una bombilla, arreglar algún electrodoméstico, pasear al perro, dar clases particulares, acompañar a una persona mayor, etc. A cambio, esa persona recibirá o disfrutará de los servicios de otro participante.

Todo nuestro trabajo se basa en el empoderamiento de los individuos y de la comunidad, es decir, tenemos que invertir nuestro trabajo en hacernos “prescindibles” y que aprendan a convivir responsablemente. Para ello tenemos que darles las herramientas necesarias para seguir aprendiendo, o como decía Jacques Delors, que “**aprendan a aprender**” y no dependan del “especialista”.

En definitiva, con todo ello nos encaminamos a una educación para el desarrollo, a través de la educación para la salud, a través de un análisis crítico del desequilibrio, una consolidación de actitudes y valores con el fin de movilizar las conciencias y comprometernos hacia el fomento de un mayor equilibrio mundial.



**QUINTA PARTE: REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**





## 25. LIBROS, ARTÍCULOS Y CAPÍTULOS DE LIBROS

- AA.VV. (2004). *Actas del Congreso New Strategies for HIV/AIDS Surveillance in Resource-Constrained Countries*. Addis Ababa, Ethiopia: Unites States Department of Health and Prevention. Global AIDS Program. United States Agency for International Development. World Health Organization. HIV/AIDS Bureau. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. European Commission.
- Abraham, C. et al (1991). Young people learning about AIDS: A study of beliefs and information sources. *Health Education Research*, vol. 6, nº 1, pp. 19-29.
- Adan, G; Almao, M; Barrios, M; Gutiérrez, C; Vargas, M. (2009). *Crear servicios de información para la comunidad de Bobare parroquia Aguedo Felipe Alvarado del municipio iribarren del estado Lara*. Barquisimeto: Ministerio del Poder Popular para la educación superior de la República Bolivariana de Venezuela.
- AECID (2009). Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
- Aggleton, P. y Homan, H. (1988). *Social aspects of AIDS*. Londres: The Falmer Press.
- Alfonso García, M. R. (2001). Aproximaciones a la polémica entre lo cuantitativo y lo cualitativo en la investigación científica, en *Antología de temas de investigación*. México: Centro de Estudios de Opinión, Universidad de Antioquía.
- Alonso, C. et al (2005). *Prevenir para vivir: Guía Didáctica*. Madrid: FAD.
- Alonso, L. E, & Benito, L. E.A. (1998). *La mirada cualitativa en Sociología: una aproximación interpretativa* (Vol. 218). Editorial Fundamentos.
- Álvarez, J. M. (1986). Investigación cuantitativa / investigación cualitativa: ¿Una falsa disyuntiva? En Cook, T.D. y Reichardt, CH.S (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, pp. 9-23.

- Álvarez-Domínguez, P; Yanes-Cabrera, C. M. (2011). Derechos humanos y movimientos sociales. Experiencia participativa en la universidad. En *REXE: Revista de estudios y experiencias en educación*, nº 19, vol. 10, pp. 153-175.
- Álvarez-Domínguez, P; Yanes-Cabrera, C. M. (2011). Los movimientos sociales y la construcción de los derechos humanos: educación desde la participación en el contexto académico universitario. En *Participación, empleo y género*, pp. 127-146. Sevilla: Diputación provincial de Sevilla.
- Amigo, M. et al (1991). *O VIH/SIDA na comunidade escolar: educar para prevenir*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.
- Ander-Egg, E. (1978). *Hacia una pedagogía autogestionaria*. Alicante.
- Ander-Egg, E. (1980). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: El Cid editor.
- Ander-Egg, E. (1987). *Metodología y práctica del Desarrollo Comunitario*. México: El Ateneo.
- Ander-Egg, E. (1987). *Política cultural a nivel municipal*. Buenos Aires: Humanitas.
- Ander Egg, E. (1990). *Evaluación de programas de trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Alvarado, L; García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma sociocrítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. En *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*, año 9, nº 2.
- Álvarez, R. (2005). *Educación para la salud*. Madrid: Díaz Santos.
- Amín, S. (2001). Capitalismo, Imperialismo, Mundialización. En Seoane, J. y Taddei, E., *Resistencias mundiales (De Seattle a Porto Alegre)*. Buenos Aires: Clacso, 15.
- Amín, S. (1990). *Maldevelopment. Anatomy of a Global Failure*. London: Zed Books.
- Amín, S. (1976). *Imperialismo y desarrollo desigual*. Barcelona: Fontanella, 157.
- Anguera, M.T. (1985). Posibilidades de la metodología cualitativa vs. cuantitativa. *Revista de Investigación Educativa*. Vol. 3, 6, 127-144.
- Anguera, M. (1995). *Metodología cualitativa*. Madrid: Cátedra.

- Argibay, M. et al. (1997). Educación para el Desarrollo. El espacio olvidado de la cooperación, en *Cuadernos de Trabajo Hegoa*, nº 19, Bilbao.
- Argibay, M. y Celorio, G. (2005). *La Educación para el Desarrollo*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Arenal, L. (2006). *La paz en el cumplimiento de los ODM*. Sevilla: Centro Andaluz del libro.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2000). Declaración del Milenio. Organización de las Naciones Unidas, Nueva York.
- Atkinson, R. (1981). *The use of model in experimental psychology*. New York: Reidel Publishing Company.
- Avery, L., y Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? En *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008, 13(1), 58 –70.
- Baer, R. Weller, S. et al (1999). Beliefs about AIDS in Five Latin and Anglo-American populations: The Role of the Biomedical Model. *Anthropology and Medicine*, 6 (1):13-29.
- Baer, R. Weller, S. et al (2004). A Comparaison fo Community and Physician Explanatory Models of AIDS in Mexico and U.S. *Medical Anthropology Quarterly*, 18 (1): 3-22.
- Baggaley, J. (1992). Las campañas en los medios de comunicación: no sólo lo que se dice, sino cómo se dice. En OMS (1992). *Prevención del SIDA mediante el fomento de la salud. Cuestiones delicadas*. Ginebra.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH / SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 10 (1): 53–69.
- Banco Mundial (2006). *Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Nicaragua: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia*. Washington: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento del Banco Mundial.
- Bandura, A. y Walters, R. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.

- Barboza Norbis, L. (2008). Investigación educativa básica, aplicada y evaluativa: cuestiones de campo e implicancias para Uruguay, en *Revista Páginas de Educación*, UCUDAL, Año 1, nº 1, pp. 35-54.
- Barboza Norbis, L. (2008). *Proyecto software educativo: su potencialidad e impacto en los procesos de enseñanza y aprendizaje*. Investigación en un Liceo de Ciclo Básico en Uruguay. Montevideo: Unidad de Investigación del Instituto Universitario BIOS.
- Barboza Norbis, L. (2007). Planificación Estratégica: bases conceptuales y metodológicas para una resignificación de la Planificación Educativa en el Uruguay. *Reflexiones iniciales, publicación nº 1*. Montevideo: Papeles de trabajo, FHCE-UdelaR.
- Barquín, J; Fernández Sierra, J. (1992). *Investigación e Intervención en el ámbito sociocultural*. Málaga. Aynadamar.
- Bartolomé, M. (1992). Investigación cualitativa en educación. ¿Comprender o transformar? *Revista Investigación Educativa*, nº 20, 2º semestre, pp. 7-36.
- Bas Peña, E. (2002). El grupo de discusión. En López Noguero, F. y Pozo Llorente, T. (Coord.). (2002). *Investigar en educación social*. Sevilla: *Consejería de Relaciones Institucionales*. Junta de Andalucía, pp. 147-160.
- Basabe, N. et al (1996). *El desafío social del SIDA*. Madrid: Fundamentos.
- Baselga, P; Ferrero, G; Boni, A; Ortega, M.L; Mesa, M; Nebreda, A; CELORIO, J.J y Monterde, R. (2004). *La Educación para el Desarrollo en el Ámbito Formal, Espacio Común de la Cooperación y la Educación. Propuestas para una Estrategia de Acción Integrada*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.
- Barquín, J. y Fernández, J. (1992). *Investigación e intervención en el ámbito sociocultural*. Málaga: ANCYSA.
- Barragán, F (1995). *La Educación Sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona. Paidós.
- Barrantes, R. (2004). *Investigación un Camino al Conocimiento*. Costa Rica: EUDED.
- Barrantes, R. (2006). *Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo*. Costa Rica: EUNED.
- Barriga Jiménez, S. (1988). *Salud y Comunidad*. Sevilla: Diputación de Sevilla.

- Bartolomé Pina, M. (1992). Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar? En *Innovación e investigación educativa*, 20, 7-36.
- Battles, H., Wiener, L. (2002). From adolescence through young adulthood: Psychosocial adjustment associated with long-term survival of HIV. *Journal of Adolescent Health*, 30: 161–168.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becker H.S. y Waax, R.H. (1979). Observación social y estudios de casos sociales. En Sills, D. L. (Dir.) (1979). *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar, vol. 7, pp. 384-389.
- Beltrán, M. (1990). Cinco vías de acceso a la realidad social. En García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (1990). *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beltrán, M. (2002). El diseño de la investigación social, en Alvira, F; Ferrando, M.G; Ibañez, J. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beltrán, M. (2010). Cinco vías de acceso a la realidad social. En García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, pp. 15-56.
- Bericat Alastuey, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bernalte, A. y Miret, M. T. (2003). *Una guía de educación para la salud desde la mirada antropológica*. Universidad de Cádiz, [CD-Rom].
- Bender, M. P. (1981). *Psicología de la Comunidad*. Barcelona: CEAC.
- Berger, P. y Luckman, T. H. (1978). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 4ª Ed.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bimbela, J. L. (2005). *Cuidando al profesional de la salud: habilidades emocionales y de comunicación*, 5ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Bird, S.T., Bogart, L.M. y Delahanty, D.L. (2003). Health-Related Correlates of Perceived Discrimination in HIV Care. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(1): 19-26.
- Bisquerra Alzina, R. (1987). *Introducción a la Estadística aplicada a la investigación educativa. Un enfoque informático con los paquetes BMDP y SPSSX*. Barcelona: PPU.
- Bisquerra Alzina, R. (1989). *Métodos de investigación Educativa*. México: CEAC.
- Bisquerra Alzina, R. (1989). *Métodos de investigación educativa. Guía Práctica*. Barcelona: CEAC.
- Bisquerra Alzina, R. (1996). *Métodos de investigación educativa. Guía Práctica (Edición revisada)*. Barcelona: CEAC.
- Bisquerra Alzina, R. (coord.). (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Bogdan, R. y Biklen, S. (1982). *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bogdan, R; Taylor, S. J. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Bosio, C. (1993). *Giovani e AIDS*. Milano: Angeli.
- Bradley-Stevenson, C. (2007). Adolescent sexual health. En *Paediatrics and child health*. 17/12, 474-479.
- Branden, N. (1985). *Honoring the Self: The Psychology of Confidence and Respect*. New York: Bantam Books.
- Briñol, P; Corte, L; Becerra, A. (2001). *Qué es persuasión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Briones, G. (1996). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Colombia: ICFES (Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior).
- Brown, W. (1910). Some experimental results in the correlation of mental abilities. En *British Journal of Psychology*, 3, pp. 296-322.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6 (1), 97-113.

- Buendía, L. (1993). *Análisis de la Investigación Educativa*. Granada: Universidad de Granada.
- Bueno Abad, J. R; Madrigal Vilches, A. y Mestre Luján, F. (2005). El SIDA como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación, *Cuadernos de Trabajo Social*, 18: 33-55.
- Bunge, M. (1973). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- Bunge, M. (1980). *Epistemología*. Barcelona: Ariel.
- Bunge, M. (1985). *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. Barcelona: Ariel. 2ª Edición.
- Bunge, M. (1992). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Caballero, G. (2004). *Conocimientos y actitudes sexuales de los géneros en la salud reproductivas de los adultos jóvenes*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 1 (1), 31-38.
- Caballero hoyos, R. y Villaseñor sierra, A. (2004). *Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres*. Salud Pública de México, 45 (Supl. 1), 108-114.
- Cahn, P. et al (1992). *SIDA. Un enfoque integral*. Barcelona: Paidós.
- Calvo, S. (1992). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Díaz de Santos.
- Calvo Fernández, J. R. et al. (1996). *Educación para la Salud. Conceptos y Métodos*. En Macías, B. E. y Arocha, J. L., *Salud pública y educación para la salud*. Las Palmas: ICEPSS, 371-380.
- Campbell, D. (1986). Grados de libertad y el estudio de casos. En Cook T. D. y Reichardt, Ch. S. (Eds.), *Métodos cuantitativos y cualitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, pp. 80-104.
- Campbell, D; Stanley, J. (1982). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu.
- Campbell, C. (2003). *Letting Them Die: Why HIV/AIDS Prevention Programs Fail*. Bloomington: Indiana University Press.
- Canales, M. y Peinado, A. (1994). Grupos de discusión. En Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis, pp. 287-316.

- Caride, J. A. y Rouco, J. (1990). A educación nos contextos asociáis: a súa caracterización nos medios rural e urbano. En Caride, J. A. (Ed.), *A educación en Galicia. Informe Cero. Problemas e perspectivas*. Santiago: Instituto de Ciencia da Educación. Universidad de Santiago.
- Caride, J. A. (2003). El pluralismo teórico como argumento epistemológico en el quehacer pedagógico-social, *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, Nº 10, segunda época. Madrid: UNED, 123-159.
- Caride Gómez, J. A. (2005). La animación sociocultural y el desarrollo comunitario como educación social, en *Revista de Educación*, núm. 336, pp. 73-88.
- Carr, W. (1983). Can educational research be scientific? *Journal of Philosophy of education*, vol. 17, nº 1, pp. 35-43.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carr, W. (1990). *Hacia una ciencia crítica de la educación*. Barcelona: Laertes.
- Carr, W. (1996). *Una teoría para la educación: hacia una investigación educativa crítica*. Madrid: Morata-Fundación Paideia.
- Cascón Soriano, P. y Martín Beristain, C. (1995). *La alternativa del juego I: juegos y dinámicas de educación para la paz*. Madrid: Cyan.
- Castilla, J. y De la Fuente, L. (2000). *Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de SIDA en España: 1980-1998*. Barcelona: Med Clin. Pp. 115: 85-9.
- Castillo, E. y Vázquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombiana Medica*, Vol. 34, No. 3, pp. 164-167.
- Castillo Manzano, A. J; Morón Marchena, J. A. y Pedrero García, E. (2009). *Estudio sobre prevalencias, actitudes, patrones y motivaciones de la población universitaria en relación al consumo de drogas*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y el Vicerrectorado de Participación Social de la Universidad Pablo de Olavide. Sevilla: Digital @tres.
- Castro, W. F. y Godino, J. D. (2011). Métodos mixtos de investigación en las contribuciones a los simposios de la SEIEM (1997-2010). En, M. Marín et al (Eds.), *Investigación en Educación Matemática XV* (pp. 99). Ciudad Real: SEIEM.



- Castro Nogueira, L.A. y Castro Nogueira, M.A. (2001). Cuestiones de metodología cualitativa, *Empiria*, 4, 165-192.
- Cassuto, J.P., Pesce, A. y Quaranta, J.F. (1994). *Le SIDA*. París: PUF.
- Cea D'Ancona, M. A. (1996). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Celorio, G; López de Munain, A. (coord.). (2007). *Diccionario de Educación para el Desarrollo*. Bilbao: Hegoa.
- Chamberland, M; Lackritz, E; Busch, M. (2001). HIV screening of the blood supply in developed and developing countries. *AIDS, Rev.*; pp. 3: 24-35.
- Clarck, C. y Yinger, R. (1977). *Research on teacher thinking*. Michigan: University of State of Michigan.
- Clark, V. L. P. y Creswell, J. W. (Eds.). (2008). *The mixed methods reader*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cobo, F. (2005). *Programa educativo para el conocimiento y prevención del SIDA*. Madrid: Formación Alcalá.
- Cobos Sanchiz, D. (2007). Reflexiones sobre la investigación educativa. *Escuela Abierta: Revista de Investigación Educativa*, nº. 10, pp. 213-224.
- Cobos Sanchiz, D. y López Jarquín, E. J. (2011). La problemática del SIDA en América Latina, el caso de Nicaragua. En Morón Marchena, J. A; López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (Dir.), *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Universidad Pablo de Olavide, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Cobos Sanchiz, D; Pérez-Pérez, I; Reyes Costales, E. M<sup>a</sup>. (2011). La visión sobre los riesgos laborales y la cultura preventiva de los estudiantes universitarios: un estudio exploratorio en la Universidad Pablo de Olavide. En *Bordón Revista de Pedagogía*. Volumen 63, nº 3, pp. 75-90. Madrid: Sociedad Española de Pedagogía.
- Cohen, L; Manion, L. (1980). *Research methods in education*. London: Croom Helm.
- Cohen, L; Manion. L (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.

- Cohen, L; Manion, L. (1998). *Métodos de investigación*. Madrid: La Muralla.
- Cohen, L; Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI.
- Colaborativo Español para la Infección VIH Pediátrica (CEVIHP) (2000). *Manual práctico de la infección por VIH en el niño*. Madrid: Proas Science. 2ª ed.
- Colás Bravo (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Colás Bravo, P. (1994). *La metodología cualitativa en España. Aportaciones científicas a la educación*. Bordón, nº 46, pp. 407-412.
- Colás Bravo, P. y Eisman, B. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Colás Bravo, P. y Buendía Eisman, L. (1998). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Colás Bravo, P. y Hernández, F. (1997). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: Mcgraw-Hill.
- Colás Bravo, P. y Rebollo, Mª A. (1993). *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.
- Colom, A. J. y Otros (1997). *Teorías e instituciones contemporáneas en Educación*. Barcelona: Ariel.
- Comisión Nicaragüense del SIDA (2012). Informe Nacional de Avances en la lucha contra el SIDA 2012. Nicaragua.
- Comisión Nicaragüense del SIDA (2011). Plan Estratégico Nacional contra el VIH 2011-2015. Nicaragua.
- Comte, A. (1980). *Discurso sobre el espíritu positivo*. Madrid: Editorial Alianza, D. L.
- Comte, A. (2003). *La filosofía positiva*. México: Editorial Porrúa.
- Conde, R. (2006). *Teoría y práctica socioeducativa del trabajo social experimental*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Conde, F. (2010). *Análisis sociológico del sistema de los discursos*. Colección Cuadernos metodológicos 43, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CONSIDA (2010). *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua*. Período de cobertura: Enero de 2008-diciembre de 2009. Managua.

- Cook, T. y Reichardt, CH. (1986 y 2000). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Coombe, C. y Kelly, M.J. (2001). *La educación como medio para combatir el VIH/SIDA*. Perspectivas, vol. XXXIII, nº 3, pp. 489-500.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Coulon, A. (1988). *La etnometodología*. Madrid: Cátedra.
- Cronbach, L. J. (1943). On estimates of test reliability. En *The Journal of Educational Psychology*, 34 (4), 485-494.
- Cronbach, L. J. (1946). A case study of the Split-half reliability coefficient. En *The Journal of Educational Psychology*, 37 (3), 473-480.
- Cronbach, L. J. (1947). Test "reliability": its meaning and determination. En *Psychometrika*, 12 (1), 1-16.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. En *Psychometrika*, 16 (2), 297-334.
- Cronbach, L. J. (1984). A Research Worker's Treasure Chest. En *Multivariate Behavioral Research*, 19, pp. 223-240.
- Cronbach, L. J; Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological test. En *Psychological Bulletin*, 52, pp. 281-302.
- Crowne, D. P. (1979). *The experimental study of personality*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cruz M., Romo, C. de la; Sáez Sesma, S. (2003). *Prevención del VIH/SIDA, claves educativas guía de orientación, promoción y educación para la salud*. Madrid: Cruz Roja Juventud.
- Cruz Díaz, M.R. (2010). Educación de las mujeres inmigrantes: adquisición de conocimientos, habilidades sociales y comunicativas. En Moreno Sánchez, E. (Coord.). *Orientaciones para una educación no sexista*. Septem, Ediciones, Oviedo: 287-300.
- Cruz Díaz, M.R. (2004). Hacia la igualdad de las mujeres: De la tradición a la Coeducación. En *XXI Revista de Educación*, 6 (97-109).

- Cruz Roja Juventud (2003). *Salud y Educación para la salud*. Cruz Roja Española y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Danecki, J. (Ed.) (1993). *Insights into maldevelopment. Reconsidering the idea of progress*. Warsaw: University of Warsaw, Institute of Social Policy.
- De Kvale, S. (2010). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- De La Cruz, C (2001). *Guía para trabajar en el tiempo libre la Diversidad de Orientación Sexual*. Consejo de la Juventud de España.
- De La Cruz, C. y Sáez, S. (2009). *Prevención del VIH/SIDA. Claves educativas*. Madrid: Cruz Roja Juventud.
- De Miguel, M. (1998). Paradigmas de la investigación educativa española. En I, Dendaluce (Coord.), *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. Madrid: Narcea.
- De Miguel, M. (Coord.). (2006). Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias. Orientaciones para el profesorado universitario ante el espacio europeo de educación superior. En *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, vol. 13, nº 1. Madrid: Alianza Editorial.
- De Miguel Martín, E. (1997). Características de los proyectos de EpS ligados a la comunidad. En Serrano González, M<sup>a</sup> I. (Coord. Edit.) (1997). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Del Rincón et al. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.
- Declaración de Bolonia (1999). Ginebra.
- Delgado, J.M. y J. Gutiérrez (Coord.). (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Delorme, CH. (1985). *De la animación pedagógica a la investigación-acción*. Madrid: Narcea.
- Delors, J. coord. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: UNESCO.
- Denzin, N. K. (1970). *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Denzin, N. y Lincoln, I. (2000). *The Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Díaz Perera, M. A. (2004). *Conocer el mundo, saber el mundo: el fin de lo aprendido, una ciencia social para el siglo XXI*. Relaciones primavera, año/vol. XXV, número 098. México: Colegio de Michoacán, 298-303.
- DiCaprio, N. S. (1989). *Teorías de la personalidad*. México D. F: Editorial Mcgraw-Hill.
- Díez García, F; Delgado Fernández, M; Cabeza Barrera, J. (2003). Antirretrovirales. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas *La Infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Dornadula, G; Zhang, H; VanUiter, B, et al. (1999). *Residual HIV-1 RNA in blood plasma of patients taking suppressive highly active antirretroviral therapy*. JAMA, 282: 1627-1632.
- Durkheim, E. (1964). *The Rules of Sociological Method*. Nueva York: The Free Press.
- Echart, E; Cabezas, R. y Sotillo, J.A. (Coord.). (2010). *Metodología de investigación en cooperación para el desarrollo*. Madrid: La Catarata.
- Eisner, E.W. (1998). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Elliot, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Morata.
- Emlett, Ch. (2006). An Examination of the Social Networks and Social Isolation in Older and Youth with HIV / AIDS, *Health and Social Work*, 31(4), 299–308.
- Erikson, F. (1989). *Métodos cualitativos de la investigación sobre enseñanza*. Madrid: Paidós - MEC.
- Escudero Muñoz, J. M. (1987). La investigación-acción en el panorama actual de la investigación educativa: algunas tendencias. *Revista de Innovación e Investigación Educativa*, nº 3, pp. 14-25.
- Espada, J.P., Quiles, M.J. y Méndez, F.J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. En *Papeles del psicólogo*, 85, 1-12.
- Espinoza Sequeira, G. (2010). *La consejería en VIH/SIDA*. Juigalpa: SILAIS-Chontales.
- European Collaborative Study (2005). Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 40 (3): 458-465.

- Esteva, G. (2009). Más allá del desarrollo: la buena vida. *Revista América Latina en movimiento*. Ecuador: ALAI.
- European Collaborative Study (2005). Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy, *Clinical Infectious Diseases*, 40 (3), 458-465.
- Family Health International (2003). *Estimating the size of populations at risk for HIV*. Virginia: Institute for HIV/AIDS.
- Fernández, J. y Santos, M.A. (1992). *Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud*. Málaga: Aljibe.
- Fernández, E. y Barbero, J. (1995). *Salud, droga, sida. Plan de formación de animadores, bloque 3: el saber del animador*. Madrid: CCS.
- Festingers, L. y Kaltz, D. (1992). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Foder, J.T. y Dalis, G.T. (1996). *Health Instruction. Theory and Application*. Londres: Lea and Febiger.
- Fox, D. (1987). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Freeman, L. (1971). *Elementos de estadística aplicada*. Madrid: Euramérica.
- Freire, P. (1987). *Política Cultural a nivel municipal*. Buenos Aires: Humanitas.
- Freire, P. (1995). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- Fundación La Caixa (1994): *SIDA. Saber ayuda. Un programa educativo para el conocimiento y la prevención del SIDA*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Fundación Xochiquetzal (2011). *Seroprevalencia VIH/SIDA, prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes de 18 a 30 años*. Managua: Fundación Xochiquetzal.
- Gall and W. Borg (2003). *Educational Research. An Introduction*. (7th. Ed.) MA: Allyn and Bacon.
- García, A. (1997). *Las tareas de la Educación para la salud ante el SIDA y sus efectos en el sistema de género*. *Pedagogía Social*, nº 15-16, pp. 123-136.
- García, A. (Coord.) (1998): *Claves de la Educación para la salud*. Murcia: DM, pp. 57-78.
- García, A. (2005). *Educación y prevención del SIDA*. *Anales de Psicología*, vol. 21, nº 1, 50-57.

- García, J. (coord.). (1984). *Diccionario de Ciencias de la Educación: Teoría de la Educación*. Madrid: Anaya.
- García Ferrando, M. y Sacedo, S. (1999). La sociología científica: teorías y métodos, en García Ferrando, M. *Pensar nuestra sociedad: fundamentos de sociología*. Madrid: Tirant lo Blanch.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J., y F. Alvira (2000). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- García Martínez, A; Morón Marchena, J. A; Sánchez Lázaro, A. M. y Cobacho Inglés, M. L. (2009). *Educación y promoción de la salud. Una mirada contextual*. Murcia: Librero.
- García Martínez, A; Sánchez Lázaro, A. M<sup>a</sup>. y Pedrero García, P. (2011). Educación para la salud para prevenir el SIDA. En Morón Marchena, J. A; López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (Dir.), *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Universidad Pablo de Olavide, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- García-Muricio, A. A; Romero Cachaza, J. y García Gestoso, M<sup>a</sup>. L. (2003). *Infección por el VIH en pediatría, en Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. La Infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- García Roca, J. (1998). *Exclusión social y contracultural de la solidaridad. Prácticas, discursos y narraciones*. Madrid: HOAC.
- García Roca, J. (1999). *Caminar juntos con humildad. Acción colectiva, relaciones sinérgicas y redes solidarias. Pensamiento en acción*. Madrid: Cáritas Españolas.
- García-Vega, E., Menendez, E., Fernández, P., Cuesta, M., (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. En *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- García-Vega, E., Menéndez Robledo, E., Fernández, P. y Rico, R. (2010). Influencia del género en el comportamiento sexual de los adolescentes. En *Psicothema*, 22(4), 606-612.

- Gary, K. (2000). *El diseño de la investigación social: la inferencia de los estudios cualitativos*. Madrid: Alianza.
- Giddings, L.S. (2006). Mixed methods research: Positivism dressed in drag?, *Journal of Research in Nursing*, 11, 195-2003.
- Glaser, B. G; Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Gobierno de Canarias (2010). *Revista Juventud Canaria*, nº 35. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda.
- Gobierno de Nicaragua (2006). *Informe de seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA-Nicaragua 2005*. Managua: Gobierno de Nicaragua.
- Gobierno de Nicaragua (2008). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Nicaragua 2006-2007*. Managua: Comisión nicaragüense del SIDA.
- Gobierno de Nicaragua (2009). *Objetivos del Desarrollo del Milenio en Nicaragua. Insumos para Informe 2008*. Managua: Gobierno de Nicaragua y Organización Panamericana de la Salud.
- Gobierno de Nicaragua (2010). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Nicaragua 2008-2009*. Managua: Comisión nicaragüense del SIDA.
- Gobierno de Nicaragua (2011). *VIH/SIDA Estudio TRaC de VIH/SIDA. Evaluando comportamientos saludables en Jóvenes de los departamentos de Chinandega, León y Managua tercera ronda*. Nicaragua.
- Gobierno de Nicaragua (2012). *Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016*. Nicaragua: Consejo de Comunicación y Ciudadanía.
- Goetz, J. y Lecompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Gómez Galán, M. y Sanahuja, J. A. (1999). *El sistema internacional de cooperación al desarrollo*. Madrid: CIDEAL.
- González, M. et al. (1993). *La investigación a debate*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones Gobierno Vasco.
- González, M.T., Landero, R., del Valle, G., Flores, A. y Aldaba, L. (2003). *Intervención en comunicación sobre VIH/SIDA entre madres e hijos adolescentes*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 8 (1), 133-145.



- González Faraco, J. C. (2005). Ideas para repensar el desarrollo como política de conocimiento: un análisis educativo. En *Alfa: Revista de la Asociación Andaluza de Filosofía*, 16: 129-147.
- González Faraco, J. C. (2007). La modernización de la escuela en la segunda mitad del siglo XX: desafíos, mitos y retóricas. En Escolano Benito, A. (ed.) *La Cultura Material de la Escuela*. Berlanga de Duero (Soria): Centro Internacional de la Cultura Escolar (CEINCE), pp. 75-90.
- González Faraco, J. C. (2010). El Programa Doñana-Entorno: actores, recursos y materiales para un proyecto comunitario de educación ambiental. En Área, M; Parcerisa, A; Rodríguez, J. (coords.) *Materiales y recursos didácticos en contextos comunitarios*. Barcelona: Graó, pp. 273-280.
- González Faraco, J. C; Y Gramigna, A. (2012). La libertad posible: Ideas para una educación para la ciudadanía activa a partir de la obra de Michel Foucault. En *Revista de Educación*, 358, pp. 523-541. Madrid: Ministerio de Educación.
- González Faraco, J. C; León, J. A; Morón, J. A. Y González Garrido, E. (2011). SIDA, infancia y exclusión social. Bases para un proyecto de investigación socioeducativa. En Morón Marchena, J. A; López Noguero, F; y Cobos Sanchiz, D. (Dirs.). *La problemática del SIDA: Una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua y Universidad Pablo de Olavide.
- González Faraco, J. C.; Luzón, A. Y Torres, M. (2012). La exclusión social en el discurso educativo: un análisis basado en un programa de investigación. En *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 20 (24). Arizona State University.
- González Lucini, F. (1993). *Temas transversales y educación en valores*. Madrid: Alauda.
- González Morales, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. Revista I SLASKuhn, Thomas S. (1987). *La estructuras de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. Ediciones.
- González Rico, N. (2007). *Aprendamos a amar*. Proyecto de Educación Afectivo Sexual. Valladolid: Encuentro.
- Gordo López, Á. y Serrano Pascual, A. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Prentice-Hall.

- Grmek, M. (2003). *La enfermedad como concepto y como efectualidad*, entrevista realizada el 26 de junio de 1989 (Traducción del italiano hecha por Felipe Gutiérrez Flores, Medellín).
- Goyette, G. y Lesard-Herbert, M. (1988). *La investigación-acción: sus funciones, sus fundamentos y su instrumentación*. Barcelona: Laertes.
- Green, J. (2002). *Assessing the health needs of young people*. Promotion & Education, Vol. IX/2: pp. 49-51.
- Gronlund, N. E. (1985). *Measurement and evaluation in teaching*. New York and London: MacMillan.
- Guba, E.G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En Gimeno Sacristán, J; Pérez Gómez, A. (Eds.). *La enseñanza: su teoría y su práctica* (3ª ed., pp. 148-165). Madrid: Akal.
- Guchon, M. y Meré, J. J. (2004). *Jóvenes, sexualidad y vih/sida en el Uruguay: conocer para prevenir. Programa Sexualidad y Género Iniciativa Latinoamericana*. Montevideo: UNESCO.
- Gutiérrez Brito, J. (2009). *Técnicas grupales. Introducción a las técnicas de investigación social*. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Gutierrez-Martínez, O., Bermúdez, M.P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2007). Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. En *Psicothema*, 19(4), 661-666.
- Guyot, I.; Pujade, L. y Zimerman, D. (1974). *La recherche en éducation*. Paris: Les Editions ESF.
- Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1984). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- Habermas, J. (1988). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1988). *Teoría y praxis*. Madrid: Tecnos.
- Halfpenny, F. (1979). The analysis of qualitative data. En *Sociological Review*, 27.
- Hamblett, M. (1994). Health Education Training for Teachers. *Health Education*, nº 5, Noviembre, pp.29-33.
- Hamilton, D. (1985). Contraste de supuestos entre el análisis de muestras y el estudio de casos en la investigación. En Gimeno, J. y Pérez Gómez, A. (Eds.) (1985). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal, pp. 139-147.

- Hamilton, D. (1982). La investigación educativa y las sombras de Francis Galton y Ronald Fischer. En Dockrell, W.B. y Hamilton, D. (Eds.) (1982). *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa*. Madrid: Narcea, pp. 183-203.
- Hanson, N. R. (1977). *Patrones de descubrimiento. Observación y explicación*. Madrid: Alianza.
- Hayman, J. L. (1981). *Investigación y educación*. Barcelona: Paidós.
- Healy, C. (1998). Health promoting schools: learning from the European project. *Health Education, Vol. 98, nº 1*, pp.21-26.
- Hernández, S; Pozo, C; Alonso, E. (2004). The role of informal social support in needs assessment: Proposal and application of a model to assess immigrants needs in the south of Spain. En *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14 (4), 284-298.
- Hernández Blasco, T; García Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (II). En *Nure Investigación*, 34.
- Hernández Plaza, S; Pozo Muñoz, C. y Alonso Morillejo, E. (2004). *La aproximación multimétodo en evaluación de necesidades. Apuntes de psicología, volumen 22, nº 3*, 293-308. Sevilla: Colegio Oficial de Psicología de Andalucía occidental y universidad de Sevilla.
- Hernández-Sampieri, R; Cortés, B. (1982). La teoría de la evaluación cognitiva: La relación entre las recompensas extrínsecas y la motivación intrínseca. En *Cuadernos del CICNo*, 3. México, DF: Universidad Anáhuac, Centro de Investigación de la Comunicación.
- Hernández-Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández-Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernando Sanz, M<sup>a</sup> A. (2004). El entorno comunitario. En Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Herrera Menchén, M. M. (1998). *El desarrollo de procesos de acción socioeducativa desde la perspectiva de la animación sociocultural*. Sevilla:

- Departamento de Teoría e Historia de la Educación y Pedagogía Social,  
Universidad de Sevilla.
- Herrera Menchén, M. M. (2005). *Desarrollo de proyectos de animación sociocultural*. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.
  - Hesse-Biber, S. (2010). *Mixed methods research: Merging theory with practice*. New York: Guilford.
  - Holmes, K.K. (1990). *World Health Organization Working Paper 5*. Priority areas for national STI surveillance: issues concerning coordination of surveillance of HIV and other STI. Ginebra: World Health Organization.
  - Holt, R. (1984). *Research methods in social relations*. New York: E. Press.
  - Huanacuni Mamani, F. (2010). *Buen vivir/Vivir bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Lima: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas-CAOI.
  - Hueso, A; Cascant, M<sup>a</sup> J. (2012). Metodología y técnicas cuantitativas de investigación, en *Cuaderno docente de procesos de desarrollo* nº 1. Valencia: Editorial Universitat Politècnica de Valencia.
  - Hunter, S. (2003). *Black Death: AIDS in Africa*. New York: Palgrave Macmillan.
  - Ibáñez, J. (1986). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En García Ferrando, M. et al (Comps.) (1986). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, pp. 49-83.
  - Ibáñez, J. (2000). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
  - Iborra, E. (2010). *Sex mentiras. O Cómo quitarte de encima mitos, creencias y prejuicios que te impiden disfrutar de tus relaciones*. Ed. Aguilar.
  - Instituto andaluz de la mujer, D.L. (1995). *Recursos de educación sexual*. Sevilla.
  - Janesick, V. (1994). *Stretching exercises for qualitative researchers*. Sage: Thousand Oaks.
  - Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, Vol. 12, nº 4; pp. 419-428.
  - Jensen, B.B. y Schnack, K. (1997). The action competence approach in environmental education. *Environmental Education Research*, Vol. 3, nº 2; pp. 163-178.

- Jensen, B.B. (2000). Health knowledge and health education in the democratic health-promoting school. *Health Education*, Vol. 100, nº 4; pp. 146-154.
- Jesu, F. (Dir.) (1994). *Droits de l'enfant et infection par le VIH*. Paris: Institut de l'enfance et de la famille.
- Juárez, F. (2001). *Educación en el aula: actividades para trabajar en educación para la salud*. Madrid: Eneida.
- Junta de Andalucía (2001). *SOMOS precavidos (SIDA). Cuaderno de Educación sobre el SIDA para el alumnado*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Katz, D. (1979). Los estudios de campo. En Festinger, L. y Katz, D. (Eds.) (1979). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Paidós, pp. 67-103.
- Katz, D. (1990). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. México: Paidós.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación acción*. Barcelona: Alertes.
- Kerlinger, F. N. (1981). *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- Kerlinger, F. N. (1982). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Kickbusch I. (2003). Models for population health. The contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health promotion. *American Journal of Public Health*, 93 (3): 383-388.
- King, G., R.O. Keohane, y S. Verba (2009). *El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kish, L. (1972). *Muestreo de encuesta*. México: Trillas.
- Kirk, J; Miller, M. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Newbury Park, CA.: Sage.
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Korber, B; Muldoon, M. y Theiler, F. Et al. (2000). *Timing the origin of the HIV-1 pandemic*. Programs and abstracts of the 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, California.

- Kuder, G. F; Richardson, M. W. (1937). *The theory of the estimation of test reliability*. Psychometrika, 2: 151-60.
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Kuhn, T.S. (1968). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica (original, en inglés, 1962).
- Kuhn, T. (1978). *Segundos pensamientos sobre paradigmas*. Madrid: Tecnos.
- Kuhn, T. (1987). *La estructura de las revoluciones científicas*. Traducción al castellano por Agustín Contín. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kuznets, S. (1995). *Desarrollo económico, familia y distribución de la renta. Selección de ensayos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Lambertini Poggiolo, A. (S/F). *Historia del origen del SIDA*. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología, Servicio de atención a Pacientes con enfermedades infecto contagiosas.
- Lamo de Espinosa, E., González García, J.M. & Torres Alberó, C. (1994). La sociología del conocimiento y de la ciencia. Alianza, Universidad Textos. En López, Fernando; Pozo, Teresa (2002). *Investigar en educación*. Universidad de Sevilla.
- Lamson, W. (1976). *Elementos de investigación*. Barcelona: Omega.
- Landsheere, G. de (1986). *Le recherche en èducation dans le monde*. Paris: P.U.F.
- Latouche, S. (2007). *Sobrevivir al desarrollo*. Barcelona: Icaria.
- Laudan, L. (1986). *El progreso y sus problemas. Hacia una teoría del crecimiento científico*. Madrid: Encuentro.
- Le Compte, M. D; Goetz, J. P. (1982). Problems of reliability and validity of ethnographic research. En *Review of Educational Research*, 52 (1), pp. 31-60.
- Lecorps, P. y Levasseur, G. (1995). *Soigner les malades du SIDA*. Rennes: ENSP.
- Ledesma, R; Molina, G. y Valero, P. (2002). *Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos*, en *Psico-USF*, volumen 7, nº 2, 143-152. Brasil: Universidade São Francisco.
- Lemus, L.A., (1992). *Pedagogía. Temas Fundamentales*. Buenos Aires: Kapelusz.

- León, J. A., Leal M., Lissen, E, Gurbindo, D. y Muñoz-Fernández, M. A. (2000). *Immunological and Virological Effect of Highly Active Antiretroviral Therapy in two HIV-1 Infected Children*. Acta Paediatric, 89: 373-4.
- León, J. A., Solís, M. y Obando, I. (2006). *SIDA en Pediatría*. Pediatría Integral, X (3): 1-11.
- Leonard, E. G. y Mc Consey, G. A. (2005). *Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Children: The Metabolic Cost of Improved Survival*. Infectious Disease Clinics of North America, 19 (3): 713-729.
- Levine, W.C. (1995). *Improving Measurement of STI Incidence and Prevalence in the Americas. Working paper for Informal Technical Working Group Meeting on STI Surveillance in the Americas*. Washington, D.C: Pan American Health Organization.
- Lewin, K. (1973). Action research and minority problems, LEWIN, K., *Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics*, 201 –216. London: Souvenir Press.
- Lewin, K. (1992). *La teoría del campo en la ciencia social*. Barcelona: Paidós.
- Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Limón Mendizábal, M. R. (2002). Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. En *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, nº 4, pp. 91-124.
- Limón Mendizábal, M. R. (2009). Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud. En Perea Quesada, R. (Dir), *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*. Madrid: Díaz de Santos.
- Limón Mendizábal, M. R. (2010). Programas para vivir más felices con sentido del humor. En Bermejo, L. (Dir), *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Limón Mendizábal, M. R; Perea Quesada, R; Hernando Sanz, M. A. (2007). Educación para la salud y desarrollo comunitario. En Cid Fernández, X. M; Américo Peres, *Educación Social, animación sociocultural y desarrollo comunitario*, vol. 2. Vigo: Universidad de Vigo y Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social.

- Lincoln, Y. (1990). The making of a constructivist: a remembrance of transformations past, en Guba, E. (Ed.) *The paradigm dialog*. Newbury Park: Sage.
- Llienfeld, R. (1984). *Teoría de sistemas. Orígenes y aplicaciones en ciencias sociales*. México: Trillas.
- Llorent Bedmar, V. (Coord.) (1996). *Familia y Educación. Un enfoque pluridisciplinar* pp. 181. Sevilla: Universidad de Sevilla-Kronos.
- Llorent Bedmar, V. (1998). "Evolucionismo y Familia". En *Cuadernos de Investigación Didáctica en las Ciencias Sociales*. Zaragoza, pp. 30-34. Universidad de Zaragoza, 1998.
- Llorent Bedmar, V. (1998). "Familia y educación en las Constituciones de los países de la Unión Europea". En Llorent Bedmar, V. (Coord.) *Familia y Educación en un Contexto Internacional*, pp. 7-33. Sevilla: Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Sevilla.
- Llorent Bedmar, V. (2010). "Una década de proyectos de cooperación al desarrollo socioeducativo en Marruecos". En Lázaro, L.M. Y Payà, A. (Coords.) *Desigualdades y Educación. Una perspectiva internacional*, pp. 1108-1123. Valencia: Palmero Ediciones.
- Llorent Bedmar, V. Y Llorent García, V. J. (2012). "La educación de la mujer a la largo de la Historia. Influencias de la religión". En *Encuentro educacional*. Universidad de Zulia, Venezuela. Mayo - Agosto, nº 2, pp. 249-269.
- López, F. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes*. Madrid, Editorial Siglo XXI editores.
- López, F. (2004). Conducta sexual de mujeres y varones: iguales y diferentes. En E. Barberá y M. Martínez- Belloch (Eds.), *Psicología y Género* (pp. 145-170). Madrid: Prentice Hall.
- López-Barajas Zayas, E. (1993). La investigación cualitativa vs cuantitativa, en *I Seminario sobre Metodología Pedagógica*. Madrid: Servicio de publicaciones de la UNED.
- López-Barajas Zayas, E. (1996). *El estudio de casos. Fundamentos y metodología*. Madrid: UNED.
- López-Barajas Zayas, E. (1998). *La observación participante*. Madrid: UNED.
- López Noguero, F. (2001). *La formación del animador sociocultural*. Huelva: Universidad de Huelva.



- López Noguero, F. y Pozo Llorente, T. (2000). *Investigar en educación social*. Sevilla: Universidad de Sevilla y Consejería de Relaciones Institucionales, Junta de Andalucía.
- López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. En *XXI Revista de Educación*, 4, pp. 167-179. Huelva: Universidad de Huelva.
- López Noguero, F. y Pozo Llorente, T. (Coords.) (2002). *Investigar en educación social*. Sevilla: Consejería de Relaciones Institucionales. Junta de Andalucía.
- López Noguero, F; León Solís, L; Montero-Sieburth, M; Cárdenas Rodríguez, R; Pérez de Guzmán Puya, M<sup>a</sup> V. y Toscano Cruz, M<sup>a</sup> de la O. (2005). *La investigación cualitativa. Nuevas formas de investigación en el ámbito universitario*. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana.
- López Noguero, F; Pérez-Pérez, I. (2011). Conecta 2007: Un estudio para la inserción sociolaboral de la mujer en Sanlúcar la Mayor. En *Revista Científica de Educativa Aletheia Mayor*, nº 1, Año 1, pp. 32-49. Universidad Mayor: Temuco, Chile.
- López Noguero, F. Y Pérez-Pérez, I. (2011). Espacios y ámbitos de la intervención socioeducativa: hacia una construcción profesional de la Educación Social. En Cruz Díaz, M<sup>a</sup> R; García Rojas, A. D. (Eds.). *Aportaciones a la Educación Social. Un lustro de Experiencias*, pp. 254- 272, Huelva: Universidad de Huelva Publicaciones.
- López, F; Cobos, D; Morón, J. A. (2011). Un proyecto de investigación e intervención socioeducativa: Observatorio de Calidad de Vida, Desarrollo y Educación para la Salud de la UNAN-Managua. En *II Jornada Monográfica de la Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social*. Madrid, 29 de abril.
- Luque Domínguez, P. A. (1995). *Espacios educativos. Sobre la participación y transformación social*. Barcelona: E.U.B.
- Luzón, A; Luengo, J. (2002). La familia en el epicentro de una infancia imaginada. Transformaciones actuales e implicaciones mutuas, en Pereyra, M.; González Faraco, J.C; y Coronel, J. M. (Eds.) *Infancia y escolarización en la modernidad tardía*. Madrid: Akal; págs.: 179-200.

- Luzón, A; Torres, M. (2009). La Educación Internacional: un nuevo escenario entre naciones desde una perspectiva global. En Martínez, M<sup>a</sup> J. (coord.) *La Educación Internacional*. Valencia: Tirant lo Blanch, págs. 15-55.
- MacMillan, J. y Schumacher, S. (2005). *Investigación Educativa*. Madrid: Pearson Educación.
- Marchioni, M. (1989). *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid: editorial popular.
- Marchoni, M. (1994). *La utopía posible. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. La Laguna: Benchomo.
- Mardones, J. M; Ursúa, N. (1998). *La filosofía en las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. Madrid: Anthropos.
- Marín, M; Fernández, G; Blanco, L. J. & Palarea, M. (Eds.) (2011). *Investigación en educación matemática. XV Simposio de la Sociedad Española de Investigación en Educación Matemática*. Ciudad Real: SEIEM.
- Martín Criado, E. (1992). El grupo de discusión como situación social. En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 79/97, 81-112.
- Martínez, R. (2007). *La investigación en la práctica educativa: guía metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los centros docentes*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Martínez Bonafé, J. (1988). *El estudio de casos en la investigación educativa*. Investigación en la escuela, nº 6, pp. 41-49.
- Martínez González, Raquel-Amaya (2007). *La investigación en la práctica educativa: Guía metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los centros docentes*. Madrid: Ministerio de educación y ciencia dirección general de educación, formación profesional e innovación educativa. Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE).
- Martínez López, J. L. (1995). SIDA y enseñanza: es hora de actuar ya. En VV. AA., *Estudiar para vivir: vivir para aprender*. Madrid: Fundación Argentaria/MEC.
- Mateos Claros, F. (1995). *Un modelo de evaluación institucional: coste eficacia del centro asociado de Algeciras*. Sevilla: I.N.A.T.E.D.
- Mayntz, R. (1975). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza Editorial.

- Mazarrasa, L; Blázquez, M. I; Martínez, M. L; Castillo, S; Llácer, A. (2006). Estrategias de prevención del VIH/SIDA y otras ITS en la población inmigrante. En *Prevención del VIH/SIDA en población inmigrante*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- McMillan, J. H; Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. Madrid: Pearson Educación.
- Merino, C. (1995). *Metodología cualitativa de la investigación psicosocial*. España: UNAM-CISE.
- Merino, J. V. (2005). *Pedagogía Social y Educación Social: Retos de conocimiento y de acción socio-educativa en el s. XXI, Pedagogía y Educación ante el s. XXI*. Madrid. Universidad Complutense de Madrid.
- Merino, A. P; Díaz, M. A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Mialaret, G. (1985). *Introducción a las Ciencias de la Educación*. París: UNESCO.
- Miles, M. B; Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (mepsyd) y Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Madrid.
- Ministerio de Salud (2011). *Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables en Nicaragua*. Universidad del Valle de Guatemala, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC). Nicaragua.
- Ministerio de Salud (2010). *Situación ITS-VIH y SIDA. Semestre 2010*. Oficina de Vigilancia Epidemiológica, componente VIH/SIDA. Managua.
- Ministerio de Salud (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en poblaciones específicas en Nicaragua (EMC): resumen de los principales hallazgos*. Managua: MINSAL, AECID, CDC, PASCA.

- Ministerio de Salud de Nicaragua (2005). *Vigilancia epidemiológica de ITS/VIH-SIDA*. Nicaragua.
- Ministerio de Salud de Nicaragua (2005). *Estudio de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud durante el período de Noviembre 2004-Febrero 2005*. Nicaragua.
- Ministerio de Salud de Nicaragua (2008). *Vigilancia epidemiológica de ITS, VIH y SIDA*. Managua: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Nicaragua (2009). *Estadísticas, componente VIH y SIDA 2008*. Managua: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud SILAIS-Chontales (2013). *Evaluación de enfermería. Enero-Marzo 2013*. Juigalpa: SILAIS-Chontales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, (2000). *Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte dos: Libro de evidencia*. Madrid.
- Montenegro, S. (2000). *La cultura sexual en Nicaragua*. Nicaragua: Centro de Investigaciones de la Comunicación, CINCO.
- Mora y Araujo, M. (1973). *Estadística y sociología*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Morón Marchena, J.A. (Dir.) (1995). *Educación para la Salud en el ámbito comunitario*. Sevilla: Diputación de Sevilla.
- Morón Marchena, J.A. (Dir.) (1995). *Educación para la Salud: un reto para todos*. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón Marchena, J.A. (Dir.) (1997). *Salud, Educación y Sociedad*. Sevilla: Diputación de Sevilla-Ayuntamiento Dos Hermanas.
- Morón Marchena, J.A. (Dir.) (1998). *Educación para la Salud. Fundamentos y Metodología*. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón Marchena, J.A. (1998). *Nuevas demandas de la sociedad actual: Educación para la Salud y Educación para el Consumo*. Sevilla: GIPDA-Kronos.
- Morón Marchena, J.A. (Dir.) (1999). *Educación para la Salud y Municipio*. Sevilla: Ayuntamiento de Dos Hermanas y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

- Morón Marchena, J.A. (Dir.) (2000). *Aportaciones y Experiencias en Educación para la Salud*. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón Marchena, J.A. (Dir.) (2000). *Educación para la Salud: De la teoría a la práctica*. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón Marchena, J. A. (2009). *SIDA: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Riesgo en estudiantes y profesores en el CUR-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua. Propuestas para un Modelo de Educación Preventiva*. Informe de Resultados de Investigación. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide y UNAN-Managua.
- Morón, J. A; López, F. y Cobos, D. (2011). *La problemática del SIDA. Una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y Universidad Pablo de Olavide.
- Morón, J. A; López, F. y Cobos, D. (2011). El Observatorio de Calidad de Vida, Desarrollo y Educación para la Salud de la UNAN-Managua. En *V Congreso de Universidad y Cooperación al Desarrollo*. Cádiz, 6-8 de abril.
- Morón Marchena, J. A; López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (Dir.) (2011). *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Universidad Pablo de Olavide, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Morón Marchena, J. A; López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (2011). *SIDA: Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes y profesores en el CUR-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua*. En Morón Marchena, J. A; López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (Dir.), *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Universidad Pablo de Olavide, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Morón Marchena, J. A; Castillo Manzano, A. J; Pérez Pérez, I; Pedrero García, E. (2012). *Factores de riesgo y de protección ante las drogas en la población universitaria*. Sevilla: @tres, S. L.

- Morrow, V. (2001). Using qualitative methods to elicit young people's perspectives on their environments: some ideas for community health initiatives. *Health Education Research*, vol. 16. Nº 3, pp. 225-268.
- Moylett, EH; Shearer, W. (2002). Diagnosis of HIV infection in children. En *Pediatric Asthma and Immunology*, pp. 15: 125-31.
- Muñoz, C; Fortuny, C; González-Cuevas, A; Juncosa, T; García-Fructuoso, MT. y Latorre, C. (2000). *Aplicación de los métodos de amplificación molecular para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH-1 en niños infectados por transmisión vertical*. *Med Clin (Barc)*, pp. 114:769-71.
- Murga, M<sup>a</sup> A. (2004). Salud y desarrollo humano sostenible: las competencias de la educación. En Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Naciones Unidas (2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010*. Nueva York.
- Naciones Unidas (2008). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008*.
- Naciones Unidas (2008). *Objetivo de Desarrollo del Milenio 8. Resultados de la alianza mundial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio de 2008*.
- Naciones Unidas (2007). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2007*.
- Naciones Unidas (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2005*. Nueva York.
- Nájera Morrondo, R. Sida, 20 años después. En *Revista Jano, Medicina y Humanidades*, vol. 61, número 1411. Ed. Doyma.
- Nájera Morrondo, R. (2000). *Origen, situación actual y tendencias de la epidemia del VIH/SIDA (II)*. Pub. Of. SEISIDA; 11: 419-423.
- Nimehuatzin (1995). *Investigación Cualitativa sobre comportamiento de alto riesgo frente al SIDA*. Family Health International.
- Nimehuatzin (2003-2006). *Drug use and HIV risk in Nicaragua*. Desarrollada en Chinandega y Managua del 2003 al 2005 (NIDA/NIH Gran N. R03 DA 16163 y P3O DA011041. National Development and Research Institutes, NDRI, National Institutes of Health –NIH-.

- Nimehuatzin (2006-2009). *Redes de Solidaridad con las personas viviendo con VIH en Nicaragua*. Presbyterian World Service & Development (PVVS&D), Iglesia Presbiteriana del Canadá.
- Nimehuatzin (2010). *Fortalecimiento de la sociedad e instituciones públicas de salud ante la epidemia VIH y SIDA en los departamentos de León y Chinandega. Aporte complementario*. ACSUR, Ayuntamiento de Torrelavega y Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Nogué, J. y Vicente, J. (2001). *Geopolítica, identidad y globalización*. Barcelona: Ariel.
- Nogueiras, L. M. (1996). *La práctica y la teoría del desarrollo comunitario. Descripción de un modelo*. Madrid: Narcea.
- Noguera, J. A. (2004). *Sobre el concepto de desigualdad en ciencias sociales*. Pre-borrador para sesión TSA, 25-05-04.
- Nutbeam, D. (1986). Health Promotion Glossary (original Health Promotion Glossary). In *Health Promotion Journal* 1.1, 113-127.
- OCDE (2000). Development Co-operation. 1999 Report, *The DAC Journal*, vol. 1, nº 1. París: OECD.
- OIT (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA en la población trabajadora de la Maquila en Nicaragua. Proyecto Prevención y mitigación del impacto del VIH y el Sida a partir del mundo del trabajo*. Costa Rica: Oficina Internacional del Trabajo.
- Oliva, G; Almazán, C. y Guillén, M. (2009). *Prueba de detección rápida de la infección por VIH*. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM, núm. 2007/03. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- OMS (1992). Prevención del SIDA mediante el fomento de la salud. Cuestiones delicadas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1997). Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- OMS (1998). *Promoción de la Salud*. Glosario. Ginebra: OMS.

- OMS (2005). *Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH*. Washington D.C: OPS.
- ONUSIDA (2001). *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos: Jóvenes en acción*. Paris: UNESCO.
- ONUSIDA (2002). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra.
- ONUSIDA (2006). *Informe de seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA*. Nicaragua.
- ONUSIDA (2007). Informe anual ONUSIDA 2006. *Hacer rendir el dinero*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA.
- ONUSIDA (2011). *Acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados al VIH. Nicaragua 2010*. Managua.
- Orefice, P. (1986). ¿Qué cultura lleva a una reconstrucción comunitaria? En Quintana Cabanas, J. M<sup>a</sup>. (Ed.) (1986). *Investigación Participativa. Educación de adultos*. Madrid: Narcea, pp. 50-55.
- Ortega Carpio, M<sup>a</sup>.L. (2006). Construyendo una ciudadanía global. Borrador para el Balance de 1996-2006, III Congreso de Educación para el Desarrollo, Vitoria-Gasteiz.
- Ortega Carpio, M<sup>a</sup>. L. (2007). *Estrategia de Educación para el Desarrollo de la Cooperación Española*. Madrid, Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.
- Ortega Carpio, M<sup>a</sup>. L. (2008). La Educación para el Desarrollo: dimensión estratégica de la cooperación española. *Cuadernos Internacionales de Tecnologías*.
- Pachón, J; Pujol, E. y Rivero, A. (2003). *La infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.
- Pan American Health Organization (1994). *Annual Surveillance Report for AIDS, HIV, and STI for the Region of the Americas, 1992*. Washington: Pan American Health Organization.
- Pascual Hernández, A. y Corral Arias, J. L (2003). El virus de la inmunodeficiencia humana: Inmunopatogenia. En Pachón, J; Pujol, E. y



- Rivero, A. En *La infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.
- Pasquau Liaño, J; Valera Bestard, B; y García López, P. (2003). Mecanismos de transmisión del VIH. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas *La Infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Junta de Andalucía.
  - Patton, M. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
  - Peeters, M. (2001). *Prise en charge du SIDA en Afrique*. París: IRD.
  - Pelechano, V. (1979). *Psicología educativa comunitaria*. Valencia: Alfaplus.
  - Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
  - Pereyra, M; González Faraco, J. C; Y Torres, M. (2005). Cambio político, escuela y exclusión social: la última reforma escolar española del siglo XX relatada por sus actores. En Luengo, J. J. (comp.) *Paradigmas de gobernación y de exclusión social en la educación. Fundamentos para el análisis de la discriminación escolar contemporánea*. Barcelona: Ediciones Pomares, pp. 199- 239.
  - Pérez Cortés, S; Cayón Blanco, M. y Esquitino del Río, B. (2003). Historia Natural y Clasificación de la Infección por el VIH-1 en el Adulto. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas *La Infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Junta de Andalucía.
  - Pérez Jarauta, M<sup>a</sup>. J; Echauri Ozcoidi, M; Ancizu Irure, E. y Chocarro San Martín, J. (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Navarra: Gobierno de Navarra.
  - Pérez-Pérez, I. (2009). La Evaluación en Animación Sociocultural. La Gran Olvidada de la Planificación en Ámbitos Sociales. En López Noguero, F., *Métodos de investigación y planificación en intervención socioeducativa*. Sevilla: AECID y Universidad Pablo de Olavide
  - Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
  - Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa; retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos*. (2da. ed.). Madrid: La Muralla.

- Pérez Serrano, G. (Coord.). (2000). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea.
- Pérez Serrano, G. (2001). *Modelos de investigación cualitativa, en educación social y animación sociocultural*. Madrid: Narcea.
- Pérez Serrano, G. (2004). *Pedagogía Social - Educación Social. Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea.
- Pérez Serrano, G. (2006). *Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- Pérez Serrano, G. y Pérez de Guzmán Puya, M<sup>a</sup>. V. (2006). *¿Qué es la Animación Sociocultural? Epistemología y valores*, pp. 79. Madrid: Narcea. S. A.
- Pérez Jarauta, M<sup>o</sup>. J; Echauri Ozcoidi, M; Ancizu Irure, E. Y Chocarro San Martín, J. (2006). *Manual de Educación para la salud*. Navarra: Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra.
- Pérez-Pérez, I. (2009). El Método Cualitativo de Investigación. La técnica del Grupo Focal y Grupo de discusión. En López Noguero, F., *Métodos de investigación y planificación en intervención socioeducativa*. Sevilla: AECID y Universidad Pablo de Olavide.
- Pérez-Pérez, I. (2009). La Evaluación en Animación Sociocultural. La Gran Olvidada de la Planificación en Ámbitos Sociales. En López Noguero, F., *Métodos de investigación y planificación en intervención socioeducativa*, Sevilla, AECID y Universidad Pablo de Olavide.
- Pérez-Pérez, I. (2009). Nivel de concreción a la hora de planificar. En Prieto Jiménez, E., *Diseño y evaluación de programas en Educación Social*, 7-21 (Sevilla: Edición Digital @tres, S.L.L.).
- Pérez Pérez, I; Martín Bermúdez, N. (2010). El valor de la familia en los jóvenes universitarios en relación al consumo de drogas. En Terrón Caro, M<sup>a</sup> T., *Familia y Diversidad: Intervención Socioeducativa*. Fundación SM, Universidad Pablo de Olavide, Fundación Conocimiento y Cultura, (Sevilla: Edición Digital @tres, S.L.L.).
- Pérez Serrano, G. (2004). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea.

- Pérez Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Vol. I. Métodos*. Madrid: La Muralla.
- Pigou, A. C. (1920). *The economics of welfare*. Edición en castellano 1946. Madrid: Aguilar.
- Pita Fernández, S; López de Ullibarri, I. (1999). *Medidas de concordancia: el índice Kappa*. Cad Aten Primaria 6: 169-171.
- Pita Fernández, S; Pértegas Díaz, S. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. A Coruña: Unidad de epidemiología clínica y biestadística, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
- Poland, B., Green, L. y Rootman, I. (2000). *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Londres: Sage.
- Popper, K. R. (1985). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
- Prieto, C. (1992). *Educación Sexual y Coeducación en la reforma de la Enseñanza: Lectura Sexológica del D.C.B*. Informe-Memoria de Licencia por Estudios. Toledo, M.E.C.
- Pujadas, J. J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: CIS.
- Pujol de la Llave, E; Rivero Román, A; Cuesta López, F. y Viciano Fernández, P. (2003). Principios generales del tratamiento antirretroviral. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas *La Infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Pujol, G. y Úbeda, L. (1993). *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Científicas y Técnicas.
- Quintana Arriaga, F. et al. (1992). *SIDA y escuela, prevención en convivencia*. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
- Quintana Cabanas, J. M. (1991). *Pedagogía comunitaria, perspectivas mundiales de educación de adultos*. Madrid: Narcea.
- Quintana Cabanas, J. M. (2002). *Aproximación conceptual*. En Sarrate Capdevilla, M<sup>a</sup>. L. (Coord.). *Programas de Animación Sociocultural*, Madrid, UNED.
- Quivy, R; Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigación en Ciencias Sociales*. México: Limusa.

- Ramos, J. T. y otros (2005). Recomendaciones de CEVIHP/SEIP/AEP/PNS sobre tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados con VIH. *Nutrition and Metabolic disorders in HIV infection*, 4 (1): 575-601
- Rawls, J. (1958). *Justicia como equidad*, Justicia como equidad (1986), 80-81. Madrid: Tecnos.
- Reidy, M. y Taggart, M. E. (Dir.) (1995). *VIH-SIDA, une approche multidisciplinaire*. Paris: Gaëtan Morin.
- Resohazy, R. (1988). *El desarrollo comunitario*. Madrid: Narcea.
- Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. Madrid: IUDC-La Catarata.
- Roberts, K. J. (2005). *Barriers to Antiretroviral Medication Adherence in Young HIV Infected Children*. Youth and Society. 37 (2): 230–245.
- Rochon, A. (1996). *Educación para la salud: guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- Rodrigo, M. J Y Palacios, J. (coord.). (2001). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rodrigo, M. J; Rodríguez, A. y Marrero, J. (1993). *Las teorías implícitas: una aproximación al conocimiento cotidiano*. Madrid: Visor.
- Rodríguez Gómez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona: Aljibe.
- Rodríguez, G; Gil, J; García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez Gómez, G. y otros (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Capítulo XI Aljibe Granda.
- Rodríguez, L. Y Hernández, L. (1994). *Investigación participativa*. Madrid: CIS.
- Rodríguez Herrera, A. (2005). *La reforma de salud en Nicaragua*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
- Rodríguez Iglesias, M. Y Terrón Pernía, A. (2003). *Diagnóstico de la infección por el VIH*. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas La Infección por el VIH: Guía Práctica. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Roffinelli, G. (2007). *La teoría del sistema capitalista mundial. Una aproximación al pensamiento de Samir Amin, Serie Pensamiento Social*. Venezuela: Fundación Editorial el perro y la rana.

- Rojas Saldaña, N. H. (2012). *Metodología de la investigación*. EMCH-USMP (Universidad de San Martín de Porres).
- Román Rivas, M. (2012). *Sistemas de Vigilancia, Notificación y Estudios Centinela en VIH/SIDA*. Diplomado Centroamericano en Monitoreo y Evaluación para la gestión de programas y políticas en VIH/SIDA (Parte II). Managua.
- Rostow, W.W. (1960). *The Stages of Economic Growth, A Non-Communist Manifesto*. Londres: Cambridge University Press.
- Ross, M. G. (1967). *Organización Comunitaria*, Madrid, Euramérica.
- Rubio, M. J; Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Editorial CCS.
- Rubio, J. A. (2006). A vueltas con el desarrollo comunitario: características, reflexiones y retos. En *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 19, pp. 287-295, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Servicios de Publicaciones.
- Ruiz Bolívar: C. (2008). El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Revista de filosofía y sociopolítica de la educación*, nº 8, 13-28.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad del Deusto.
- Saavedra, A. y Castro, A.R. (2007). Investigación cualitativa, una discusión presente. *Liberabit*, 13, 63-69.
- Sachs, W. (1997). *Upfront Reflections on 50 Years of Development*. Development. Pp. 50-5.
- Sáenz, J. (1997a). La construcción de la Pedagogía Social: algunas vías de aproximación. En PETRUS, A. (coord.), *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel, 40-66.
- Sáez Carreras, J. (1986). La Pedagogía Social en España: sugerencias para la reflexión. *Pedagogía Social*, nº 1, pp. 7-20.
- Sáez Cárdenas, S; Marqués Molías, F. y Collel Brunet, R. (1995). *Educación para la Salud*. Lleida: Pagés Editors.
- Sáez Cárdenas, S., Marqués Molías, F. y Colell Brunet, R. (1998). *Educación para la salud: técnicas para el trabajo con grupos pequeños*. Lleida: Pagés Editors.

- Salgado, A.C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78.
- Salvador Llivina, T; Suelves Joanxich, J. M<sup>a</sup>. y Puigdollers Muns, E. (2008). *Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el ámbito educativo*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Sampedro, J. L. y Berzosa, C. (1996). *Conciencia del subdesarrollo, veinticinco años después*. Madrid: Taurus.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1984). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sanahuja, J. A. (2007). La política de cooperación española a partir de 2008: el reto de culminar las reformas. *Revista Quórum*, núm. 19, 26-109. Madrid.
- Sandín Estebán, M.P. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid. McGraw-Hill.
- Sandoval Casilimas, C. A. (1996). *Investigación cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES.
- Sarlet, A.M., García, A. y Belando, M. (1996). *Educación para la salud: Una perspectiva antropológica*. Valencia: Nau Llibres.
- Sarramona, J. (2000). *Teoría de la Educación: reflexión y normativa pedagógica*. Barcelona: Ariel.
- Secord, P. (1989). ¿Cómo resolver la dialéctica actor/sujeto en la investigación psicosocial? En Ibáñez, T. (Ed.) (1989). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sendai, pp. 13-37.
- Seed, P. (1991). *Amar, honrar y obedecer en el México colonial. Conflictos en torno a la elección matrimonial, 1574-1821*. México, Conacultura: Alianza Editorial.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Serrano, M. I. (1989). *Educación para la Salud y Participación Comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano, G; Carreño, M. (1993). *La teoría de Sternberg sobre el amor. Análisis empírico*. Universidad de Santiago de Compostela: Psicotherma.

- Serrano, M. I. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano González, (1997). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano, A. y Mutuberría, V, (2010). Procesos económicos recientes en América Latina: un análisis crítico. *Revista Realidad económica*.
- Shenker, I. (2001). *Nuevos desafíos a la educación escolar sobre el SIDA ante el desarrollo de la pandemia del VIH*. *Perspectivas*, vol. XXXI, nº 3, Septiembre, pp. 465-488.
- Shulman, L. (1986). Paradigms and research programs in the study of teaching: A contemporary perspective. En Wittrock M. (dir.) *Handbook of Research on Teaching*, 3 ed. Nueva York: MacMillan. 3-36. Edición castellana: *Paradigmas y programas de investigación en el estudio de la enseñanza: Una perspectiva contemporánea*. En Wittrock M.C. (ed.), *La investigación de la enseñanza*. Barcelona: Paidós, 8-90.
- Siciliano, J. D; Siciliano, R. F. (2000). *Latency and viral persistence in HIV-infection*. *Clin Invest*, 106: 823.
- Sierra Bravo, R. (1989). *Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Sierra Bravo, R. (1991). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Sierra Bravo, R. (1992). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Sierra Bravo, R. (1999). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Sierra Bravo, R. (2008). *Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Thomson.
- SILAIS-Chontales (2012). *Base de datos de VIH/SIDA en el Departamento de Chontales*. Juigalpa.
- Slim, H. (1998). ¿Qué es el desarrollo?, 65-70. En Anderson, M., *Desarrollo y diversidad social*. Barcelona: Icaria.
- Sociedad andaluza de enfermedades infecciosas, (2003). *La infección por el VIH*. Guía Práctica. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.

- Soto, F ; Lacoste, J.A ; Papenfuss, R.L. y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud pública*, nº 71, pp. 335-341.
- Spearman, C. C. (1910). Correlation calculated from faulty data. En *British Journal of Psychology*, 3, 271-295.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Sternberg, R. (1989). *El triángulo del amor*. Barcelona: Paidós.
- Sternberg, R. (1998). *El amor es como una historia*. Barcelona: Paidós.
- Sternberg, R. (2000). *La experiencia del amor*. Barcelona: Paidós.
- Stenhouse, L. (1987). *La investigación como base de la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Stenhouse, L. (1996). *La investigación como base de la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Streicher, H. Z; Reitz, Ms Jr. y Gallo, R. C. (2000). *Human Immunodeficiency viruses*. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. New York: Churchill Livingstone. Pp. 1874-87.
- Tarabay, M. (2000). *Les stigmates de la maladie. Représentations sociales de l'épidémie du sida*. Dijón: Payot Lausanne.
- Tashakkori, A; Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks : Sage.
- Tawell, K. y Elder, K (2006). *Good Policy and Practice in HIV & AIDS and Education: Overview. Booklet 1*. París: UNESCO.
- Taylor, S. J; Bogdan, R. C. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, S. J; Bogdan, R. C. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, pp. 20-23.
- Timberg, C. y Helperin, D. (2012). *Tinderbox*, reeditado por *The Penguin Press*, miembro del Grupo Penguin. USA.
- Tortosa, J. M. (2001). *El juego global: maldesarrollo y pobreza en el sistema mundial*. Barcelona: Icara.
- Touriñán, J. M. (1987). *Teoría de la Educación. La educación como objeto de conocimiento*. Madrid: Anaya.



- Trilla, J. (1997). Concepto, discurso y universo de la animación sociocultural. En Trilla, J. (coord.). *Animación sociocultural: teorías, programas y ámbitos*, pp. 13-39, Barcelona, Ariel.
- Trillo, F. (coord.). (2005). *Las ciencias de la educación: del ayer al mañana*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Trotter, W., Baer, R. y otros (1999). Consensus Theory Model of AIDS/SIDS Beliefs in Four Latino Populations. *AIDS Education and Prevention*, 11(5): 414-426.
- Turabián, J. L. (1991). *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Turabián Fernández, J. L. (1992). *Participación comunitaria en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Úcar, X. (1992). Los programas de Animación Sociocultural. En *Claves de Educación Social*, 1, pp. 32-38. Barcelona: Ceac.
- UNAIDS (2008). *Joint reviews of national AIDS responses. A guidance paper*. Ginebra: United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Unceta Satrústegui, K. (2009). Desarrollo, subdesarrollo, maldesarrollo y postdesarrollo. Una mirada transdisciplinar sobre el debate y sus implicaciones, en Carta Latinoamericana. *Contribuciones en desarrollo y sociedad en América Latina*, abril de 2009, nº 7. Centro Latino Americano de Ecología Social.
- UNESCO (2003). *Estigma y discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico*. Estudios e Informes, Serie Especial, nº 20 División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural.
- UNESCO (2004). *Glosario de términos relacionados con el VIH/SIDA. Herramientas FRESC para una Salud Escolar Efectiva*. París: UNESCO.
- UNICEF (2006). *Estado mundial de la infancia 2006: excluidos e invisibles*. New York: UNICEF.
- United Nations (2009). *Informe de avance de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en Nicaragua*. Managua: Naciones Unidas.
- Urraco Solanilla, M. (2007). La metodología cualitativa para la investigación en Ciencias Sociales. Una aproximación 'mediográfica'. En *Revista sociológica Intersticios*, 1/1, 99-126.

- USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and the Policy Project (2004). *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. Washington: POLICY Project.
- Usieto, R. y Sastre, J. (1996). Comportamiento sexual y transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. En Basabe, N. et al (1996). *El desafío social del SIDA*. Madrid: Fundamentos, pp. 17-38.
- Vallés, M.S. (2005). El reto de la calidad en la investigación social cualitativa: de la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas, Reis: *Revista española de Investigaciones Sociológicas*, 110, 91-116.
- Vandemoortele, J. y Delamonica, E. (2000). The 'education vaccine' against HIV. *Temas actuales en la educación comparativa*, vol. 3, nº 1.
- Vázquez Garijo, P. (2003). Informando y Educando en la consulta. Estudio de contactos. Intervención precoz. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas *La Infección por el VIH: Guía Práctica*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Vega Fuentes, A. y Lacoste Marín, A. J. (1995). *Niños, adolescentes y sida. Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.
- Vega Fuente, A. (1999). La escuela ante el SIDA y sus consecuencias. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 3 (2): 121-135.
- Vélaz de Medrano Ureta, C. (2007). *Estrategia de Educación de la Cooperación Española*. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
- Verd, Joan M.; López, Pedro (2008). La eficiencia teórica y metodológica de los diseños multimétodo. *EMPIRIA Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. Nº 16, julio-diciembre, 2008, pp. 13-42.
- Vinaccia, S; Quiceno, J.M; Gaviria, A.M; Soto, A.M; Gil, M.D. y Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica*, vol. 25, nº 1, pp. 39-50.
- Wallerstein, I. (2005). *Análisis de sistemas-mundo; una introducción*. México. Siglo XXI.
- Wallerstein, I. (1979). *El moderno sistema mundial. La agricultura capitalista y los orígenes de la economía-mundo europea en el siglo XVI*. Madrid: Siglo XXI Editores, 9-10.

- Wallerstein, I. (1974). *The modern World System I: Capitalist Agriculture and the Origins of the European World-Economy in the Sixteenth Century*. New York: Academic Press, 374.
- Weber, M. (1984). *La acción social: ensayos metodológicos*. Barcelona: Península.
- Weber, M. (2007). Aspectos metodológicos y epistemológicos del debate Weber y Marx, en *Andamios: revista de investigación social*, n° 7, pp. 125-153.
- WHO Regional Office for Europe, (1991). *Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen.
- WHO, (1996). *Equity in Health and Health Care*. WHO/ARA/96.1. Geneva.
- WHO, (1997). *The Yakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4. Geneva.
- WHO-UNAIDS-Family Health International (2005). *The pre-surveillance assessment: guidelines for planning serosurveillance of HIV, prevalence of sexually transmitted infections and the behavioural components of second generation surveillance of HIV / UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance*. Ginebra: World Health Organization.
- Wiener, L. y Figueroa V. (2000). Children speaking with children and families about HIV infection. En Pizzo, W. (Ed.) (2000). *Pediatric AIDS: The challenge on HIV infection in infants, children and adolescents*. Lippincott.
- Wiener, L., Septimus, A. y Grady, C. (2000). Psychosocial support and ethical issues for the child and family. In Pizzo, W. (ed.) *Pediatric AIDS: The challenge on HIV infection in infants, children and adolescents*. Lippincott.
- Wiersma, W. (1986). *Research methods in education: An introduction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Winch, P; Kendall, C. y Gubler, D. (1991). Community Participation in the Control of vector-Borne Diseases: A Review of Selected Activities in Latin America. Trabajo presentado no *Simpósio Community Participation and Control Efforts in Developing Countries, Annual Meeting of the American Mosquito Control Association*, Louisiana, 16-21 de marzo.
- Winch, P. y Hudelson, P. (1991). Formative Research in Community-Based Vector Control Programs. Trabajo presentado no *Simpósio Community*

- Participation and Control Efforts in Developing Countries, Annual Meeting of the American Mosquito Control Association, Louisiana, 16-21 de marzo.*
- World Bank (1997). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. A World Bank Policy Research Report.* New York: Oxford University Press.
  - World Health Organization (1985). *Control of Sexually Transmitted Diseases.* Ginebra: World Health Organization.
  - World Health Organization (1991). *Practical guide for the development of surveillance systems for sexually transmitted diseases. WHO/VDT/90.451 (Version 6.3.91).* Ginebra: World Health Organization.
  - World Health Organization (1997). *Protocol for the evaluation of epidemiological surveillance systems. WHO/EMC/DIS/97.2.* Ginebra: World Health Organization.
  - World Health Organization (1999). *Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance.* Ginebra: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance.
  - World Health Organization (2000). *Second generation surveillance for HIV: the next decade.* Ginebra: World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
  - World Health Organization (2000). *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance.* Ginebra: WHO and Joint United Nations Programme.
  - World Health Organization (2006). *HIV/AIDS in Europe moving from death sentence to chronic disease management.* Copenhagen: WHO.
  - World Health Organization (2009). *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2009.* Ginebra: ONUSIDA.
  - World Health Organization (2010). *Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV.* Ginebra: WHO.
  - Yanes-Cabrera, C. M. (2006). Antecedentes de una educación para la tolerancia en la historia de la educación. En *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 4, vol. 39.
  - Ying, R. (2003). *Case study research; Design and methods. 3a edic.* Thousand Oaks, CA: Sage.

## 26. WEBGRAFÍA

- Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación (2004). *Libro blanco: Título de Grado en Pedagogía y Educación Social*. Volumen 1. Consultado el 20 de marzo de 2012, en [http://www.aneca.es/var/media/150392/libroblanco\\_pedagogia1\\_0305.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150392/libroblanco_pedagogia1_0305.pdf).
- AIDS.gov (2012). *What is HIV/AIDS?* Consultado el 27 de febrero de 2013, en <http://aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/what-is-hiv-aids/>.
- Almeida López, L. (2012). *Prueba de detección rápida del VIH*. Consultado el 30 de noviembre de 2012. Consultado el 10 de marzo de 2013, en <http://programa-galia.blogspot.com.es/2012/10/prueba-de-deteccion-rapida-del-vih.html>.
- Alvira, F. (1983). Perspectiva cualitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica (versión electrónica). *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 22, 53-75. Consultado el 12 de febrero de 2013, en <http://dialnet.unirioja.es/>.
- Andreu, C. (2008). *Desarrollo comunitario, estrategias de intervención*. Consultado el 20 de marzo de 2012, en [http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo\\_busqueda=EJEMPLAR&revista\\_busqueda=5593&clave\\_busqueda=188030](http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=5593&clave_busqueda=188030).
- Andreu, C. (2008). *Desarrollo comunitario. Estrategias de intervención. Revista de Educación Social*. Consultado el 11 de junio de 2012, en <http://www.eduso.net/res/?b=10&c=90&n=252>.
- Alcaldía municipal de Juigalpa. Consultado el 11 de abril de 2011, en [http://www.alcaldiajuigalpa.gob.ni/info\\_general.shtml](http://www.alcaldiajuigalpa.gob.ni/info_general.shtml).
- Alvira, F. (1983). Perspectiva cualitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 22, 53-75. Consultado el 3 de febrero de 2013, en <http://dialnet.unirioja.es/>.
- Banco Mundial (2010). Consultado el 20 de agosto de 2011, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/DT.ODA.ODAT.GN.ZS>.

- Barboza Norbis, L. (2010). *Investigación Educativa Básica, Aplicada y Evaluativa: cuestiones de campo e implicancias para Uruguay*. Consultado el 9 de mayo de 2013, en <http://www.lidia.fhuce.edu.uy/Publicaciones/Investigacion%20educativa%20basica,%20aplicada%20y%20evaluativa%20-Lidia%20Barboza%20Norbis.pdf>.
- Barge, A; Callejón, M<sup>a</sup>. E; Córdoba, I. De; Fernández, A. C; Gil, L; Gimeno, J. A. y Martínez, J. (2008). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2008: nuevas amenazas para su cumplimiento*. Consultado el 30 de septiembre de 2011, en <http://www.2015ymas.org/?rubrique23&entidad=Textos&id=6408>.
- Base de datos de información sobre el Sida. Consultado el 30 de septiembre de 2011, en [http://www.unaids.org/globalreport/AIDSinfo\\_es.htm](http://www.unaids.org/globalreport/AIDSinfo_es.htm).
- Bazzaco, E. (2009). *El mito del desarrollo: the central organizing concept of our time*. Consultado el 09 de diciembre de 2010, en <http://proxectoderriba.org>.
- Beltrán, M. (1985). Cinco vías de acceso a la realidad social. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 29, 7-41. Consultado el 8 de febrero de 2013, en <http://dialnet.unirioja.es/>.
- Biblioteca virtual en salud. Consultado el 15 de noviembre de 2012, en <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>.
- Büyükflain, A; Hovardaolu, A. (2004). Un estudio de las actitudes hacia el amor en parejas, en *Revista de Psicología*. Turquía. Consultado el 27 de abril de 2013, en <http://www.turkpsikolojidergisi.org/>.
- Buzón, M. J. y Massanella, M. (2010). *SIDA: tratamientos, interrogantes y retrovirales*. Consultado el 17 de abril de 2012, en <http://www.laondadigital.com/laonda/laonda/481/C4.htm>.
- *Características del método cuantitativo y cualitativo*. Consultado el 3 de febrero de 2013, en <http://metodologiadelainvestigacion.forumcommunity.net/?t=14301946>.
- Castro, W.F., Godino, J.D. (2011). *Métodos mixtos de investigación en las contribuciones a los simposios de la SEIEM (1997-2010)*. Consultado el 8 de febrero de 2013, en [http://funes.uniandes.edu.co/1803/1/374\\_Castro2011Metodos\\_SEIEM13.pdf](http://funes.uniandes.edu.co/1803/1/374_Castro2011Metodos_SEIEM13.pdf).
- Cat, Centre d'assistència terapèutica Barcelona. Consultado el 18 de enero de 2013, en <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/diferencia-entre-ser-portador-del-v-i-h-y-estar-enfermo-de-sida>.

- Centro de Análisis Socio Cultural de la Universidad Centroamericana. Consultado el 23 de abril de 2013, en <http://www.uca.edu.ni>.
- Cisneros Britto, M. P. (2004). *Análisis sociológico de la juventud española actual*. Consultado el 5 de abril de 2011, en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=4313>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Objetivos de desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe*. Consultado el 15 de junio de 2011, en <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mdg/noticias/paginas/6/35556/P35556.xml&xsl=/mdg/tp/p18f-st.xsl&base=/mdg/tpl/top-bottom.xsl>.
- CEPAL (2011). *Panorama Social de América Latina en 2010*. Consultado el 15 de noviembre de 2012, en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/41799/PSE-panoramasocial2010.pdf>.
- Chrobak, E; Barraza, P; Rodríguez, G. (2012). El uso del software ATLAS.ti como aporte al proceso de investigación cualitativo colaborativo. Consultado el 12 de mayo de 2013, en <http://seadiuncoma.files.wordpress.com/2012/06/031-el-uso-del-software-atlas-ti-como-aporte-al-proceso-de-investigacion-cualitativo-colaborativo.pdf>.
- Cobos-Sanchiz, D; Morón-Marchena, J. A; López-Jarquín, E. y Reyes-Costales, E. M. (2013). A propósito del SIDA: un estudio cualitativo sobre percepción y actitudes de estudiantes y profesorado universitario en Chontales, Nicaragua. *Población y Salud en Mesoamérica, Revista Electrónica semestral, volumen 10, número 2, informe técnico 1*. Consultado el 20 de enero de 2013, en <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>.
- Coeficientes Gini. Consultado el 23 de octubre de 2011, en <http://berclo.net/page01/01es-gini-coef.html>.
- Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe–CEPAL. *Informes ODM Nacionales países de América Latina y el Caribe*. Consultado el 05 de marzo de 2013, en <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mdg/noticias/paginas/2/35552/P35552.xml&xsl=/mdg/tp/p18f-st.xsl&base=/mdg/tpl/top-bottom.xsl>.

- CONISIDA (2011). *Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA*. Consultado el 28 de abril de 2013, en <http://www.unicef.org/lac/PLAN ESTRATEGICO VIH Y SIDA.PDF>.
- Constitución política de Nicaragua de 1987. Consultado el 22 de abril de 2013, en <http://www.resdal.org/Archivo/d0000027.htm>.
- Cooper, V; Pinto, B. (2008). *Actitudes ante el amor y la teoría de Sternberg. Un estudio correlacional en jóvenes universitarios de 18 a 24 años de edad*. Consultado el 27 de abril de 2013, en <http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v6n2/v6n2a4.pdf>.
- Corresponsables. Consultado el 27 de febrero de 2013, en [www.corresponsables.com](http://www.corresponsables.com).
- Corresponsables clave (2013). *Aprueban nueva ley de VIH en Nicaragua*. Consultado el 28 de abril de 2013, en <http://www.corresponsablesclave.org/2013/02/aprueban-nueva-ley-de-vih-en-nicaragua.html>.
- Declaración del milenio. Consultado el 4 de abril de 2011, en <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
- Djeacoumar, A. (2001). *Educación para el Desarrollo*. INDP. Consultado el 15 de diciembre de 2011, en [http://www.webpolygone.net/castellano/es/taller\\_pedagogia\\_indp\\_esp.doc](http://www.webpolygone.net/castellano/es/taller_pedagogia_indp_esp.doc).
- Diario Médico (2013). *Inmunoestimulación para reducir los reservorios del VIH*. Consultado el 14 de abril de 2013, en <http://www.diariomedico.com/2013/04/04/areacientifica/especialidades/infecciones-sida/inmunoestimulacion-reducir-reservorios-vih>.
- Economistas sin fronteras (2008). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2008: nuevas amenazas para su cumplimiento*. Consultado el 8 de noviembre de 2011, en [www.2015ymas.org/documentos\\_ver.asp?id=42](http://www.2015ymas.org/documentos_ver.asp?id=42).
- Economistas sin fronteras. Consultado el 30 de octubre de 2011, en [www.ecosfron.org](http://www.ecosfron.org).
- Economistas sin Fronteras (2008). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2008: nuevas amenazas para su cumplimiento*. Consultado el 8 de noviembre de 2011, en [www.2015ymas.org/documentos\\_ver.asp?id=42](http://www.2015ymas.org/documentos_ver.asp?id=42).
- El Mundo (2012). *Un fármaco contra el cáncer saca de su guarida al VIH*. Consultado el 13 de abril de 2013, en



<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/07/25/hepatitissida/1343232111.html>.

- El Mundo (2012). *Un fármaco contra el cáncer saca de su guarida al VIH*. Consultado el 13 de abril de 2013, en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/07/25/hepatitissida/1343232111.html>.
- El Mundo (2013). *Más cerca de la vacuna terapéutica del VIH*. Consultado el 14 de abril de 2013, en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/01/02/hepatitissida/1357157584.html>.
- El nuevo diario (2011). *Esperanza de vida pasó de 69 a 74 años*. Consultado el 1 de marzo de 2013, en <http://www.elnuevodiario.com.ni/imprimir.php/232013>.
- El País (2013). *La guerra darwiniana del sida*. Consultado el 14 de abril de 2013, en Madrid: Periódico El País, [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/04/03/actualidad/1365006317\\_915400.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/04/03/actualidad/1365006317_915400.html).
- El pueblo presidente (2007). *CPC para el progreso de Nicaragua*. Consultado el 23 de abril de 2013, en [http://www.elpueblopresidente.com/PODER-CIUDADANO/281107\\_nicaraguaprogrese.html](http://www.elpueblopresidente.com/PODER-CIUDADANO/281107_nicaraguaprogrese.html).
- El Pueblo Presidente. Consultado el 26 de abril de 2013, en <http://www.elpueblopresidente.com/>.
- Espectador (2013). *Vacuna contra sida se va a experimentar con humanos*. Consultado el 13 de abril de 2013, en <http://www.espectador.com/noticias/257343/vacuna-contra-sida-se-va-a-experimentar-con-humanos>.
- Fiabilidad y validez en la investigación social. Consultado el 8 de marzo de 2013, en <http://www.lapaginadelprofe.cl/UAconcagua/confiayvalides.htm>.
- Forumclínic. *Programa interactivo para pacientes*. Consultado el 18 de enero de 2013, en [http://www.forumclinic.org/sida/informacion/respuestas\\_que\\_quiere\\_decir](http://www.forumclinic.org/sida/informacion/respuestas_que_quiere_decir).
- Fundación Descida. *Aprendiendo sobre Sida*. En Revista virtual H. I. Vida. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en

[www.descida.org.ar/aprendiendo.htm](http://www.descida.org.ar/aprendiendo.htm).

- Fundación Internacional para el Desafío Económico GLOBAL –FIDEG, (2011). Consultado el 21 de febrero de 2013, en <http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1143>.
- Fundación Internacional para el Desafío Económico GLOBAL –FIDEG, (2011). *El desafío de Nicaragua: la disminución de la pobreza y el desarrollo*. Consultado el 23 de febrero de 2013, en <http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1143>.
- Gaceta Médica (2013). *Impiden que VIH y ébola pasen a las células dendríticas*. Consultado el 14 de abril de 2013, en <http://www.gacetamedica.com/gaceta/articulo.aspx?idart=733503&idcat=793&tipo=2>.
- Gatell, J. M<sup>a</sup> (2002). *Manifestaciones clínicas y métodos de diagnóstico del HIV*. Consultado el 10 de marzo de 2013, en [http://www.prbb.org/quark/24/imim\\_Q24/024021.htm](http://www.prbb.org/quark/24/imim_Q24/024021.htm).
- Gil Flores, J. (1992-1993). La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza & Teaching: Revista interuniversitaria de didáctica*, nº 10-11, págs. 199-214. Consultado el 8 de febrero de 2013, en <http://dialnet.unirioja.es/>.
- Gil, M<sup>a</sup>. L; Fernández, A. C. y Callejón, M<sup>a</sup> E. (2007). *La situación de los Objetivos del Milenio a mitad de camino para 2015*. Consultado el 25 de octubre de 2011, en [http://www.2015ymas.org/IMG/pdf/anuario2007\\_CAP1\\_4\\_OBJ.pdf](http://www.2015ymas.org/IMG/pdf/anuario2007_CAP1_4_OBJ.pdf).
- Gobierno de Nicaragua (2003). *Ley N° 475 Ley de Participación Ciudadana*. Consultado el 22 de abril de 2013, en [http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3\\_nic\\_ley475.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_nic_ley475.pdf).
- Gobierno de Nicaragua (2011). *Ficha Municipal de Juigalpa*. Consultado el 14 de abril de 2013, en <http://www.inifom.gob.ni/municipios/documentos/CHONTALES/juigalpa.pdf>.
- Gueguen, J. (2010). *Educación para la salud: guía práctica para los proyectos de salud*. *Medecins du monde*. Consultado el 7 de diciembre de 2012, en [http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero\\_DOC-401%232E%23pdf](http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero_DOC-401%232E%23pdf).

- Guttmacher Institute (2007). *Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense*. Consultado el 13 de abril de 2011, en [www.guttmacher.org/pubs/2007/11/28/IB\\_Nicaragua\\_2007.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2007/11/28/IB_Nicaragua_2007.pdf).
- Herrera, J. (2008). *Investigación cualitativa*. Consultado el 8 de febrero de 2013, en <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>.
- Hispanoteca. Lengua y cultura hispanas. Consultado el 26 de abril de 2013, en <http://hispanoteca.eu/Landeskunde-LA/Pa%C3%ADses/Nicaragua.htm>.
- Hunt, R. (2010). *Types, sub-types and co-receptors, Part six, in Human Immunodeficiency virus and AIDS, Virology-chapter seven*. Consultado el 10 de diciembre de 2013, en <http://pathmicro.med.sc.edu/lecture/hiv6.htm>.
- *Indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio*. Consultado el 22 de febrero de 2013, en <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>.
- Infesta Domínguez, G. et ál. (2012). Reflexiones en torno al trabajo con grupos de discusión en Ciencias Sociales. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, vol.6, nº1, págs. 233-244. Consultado el 8 de febrero de 2013, en <http://dialnet.unirioja.es/>.
- Informe durex (2006). Informe durex sobre bienestar sexual. Consultado el 8 de noviembre de 2011, en <http://www.durex.com/es-es/flashrepository/documents/>.
- *Informe regional sobre desarrollo humano para América latina y el Caribe 2010*. Consultado el 10 de diciembre de 2010, en <http://www.idhalc-actuarsobreelfuturo.org/site/informe.php>.
- INJUVE. (2005-2015). *Plan de Acción de la política nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense*. Consultado el 22 de abril de 2011, en [http://www.injuve.gob.ni/news/plan\\_accion.swf](http://www.injuve.gob.ni/news/plan_accion.swf).
- INJUVE. *Primera encuesta Nacional de Juventud*. Consultado el 15 de abril de 2011, en [http://www.injuve.gob.ni/doc\\_public/doc\\_pdf/encuestajoven.pdf](http://www.injuve.gob.ni/doc_public/doc_pdf/encuestajoven.pdf).
- Instituto nicaragüense de fomento municipal. Consultado el 15 de abril de 2010, en <http://www.inifom.gob.ni/municipios/documentos/CHONTALES/juigalpa.pdf>.
- Instituto nicaragüense de la juventud. Consultado el 2 de noviembre de 2011, en [www.injuve.gob.ni](http://www.injuve.gob.ni).

- IrsiCaixa (2012). *ONUSIDA informa de un descenso de más del 50% en los casos de nuevas infecciones por el VIH en 25 países*. Consultado el 25 de febrero de 2013, en <http://www.irsicaixa.org/es/onusida-informa-de-un-descenso-de-mas-del-50-en-los-casos-de-nuevas-infecciones-por-el-vih-en-25-pai>.
- Krauskopf.D. (s/f). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Consultado el 15 de julio de 2012, en <http://www.cinterfro.org.uy/pubic/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth7/doc/not/libro37/libro37.pdf>.
- Kusnetzoff, J. (2000). *Teoría triangular del amor de Sternberg*. Consultado el 27 de abril de 2013, en <http://www.e-sexologia.com/conferencias/confe7.htm>.
- La patilla (2013). *Marchan en Nicaragua contra la discriminación a portadores de VIH/SIDA*. Consultado el 25 de mayo de 2013, en <http://www.lapatilla.com/site/2013/05/17/marchan-en-nicaragua-contra-la-discriminacion-a-portadores-de-vihsida/>.
- La prensa (2011). *Nicaragua retrocede en Desarrollo*. Consultado el 21 de febrero de 2013, en <http://www.laprensa.com.ni/2011/11/03/ambito/79160>.
- La Vanguardia de la Ciencia (2013). *Hemos encontrado la llave del VIH y la cerradura por la que entra*. Consultado el 13 de abril de 2013, en <http://www.lavanguardia.com/vanguardia-de-la-ciencia/20130223/54367063548/hemos-encontrado-la-llave-del-vih-y-la-cerradura-por-la-que-entra.html>.
- Latin America Hoy (2010). *Latinoamérica en 7 mapas*. Consultado el 15 de noviembre de 2012, en <http://latinamerica hoy.es/contenido/latinoamerica-en-7-mapas/>.
- Lozano Urbietta y María Izíar (2003). *Nociones de juventud*. Consultado el 23 de marzo de 2011, en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/195/19501801.pdf>.
- Manual digital de Educación para el Desarrollo. Consultado el 20 de febrero de 2011, en [www.fongdcam.org](http://www.fongdcam.org).
- Martínez Miguélez, M. (2006). *Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa*. En *Paradigma (online)*, v. 27, n° 2, pp. 07-33. Consultado el 10 de enero de 2013, en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s1011-22512006000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s1011-22512006000200002&script=sci_arttext).

- Medical Press (2012). *Los científicos descubren compuesto que prácticamente elimina el VIH en cultivos celulares*. Consultado el 14 de abril de 2013, en <http://www.medicalpress.es/los-cientificos-descubren-compuesto-que-practicamente-elimina-el-vih-en-cultivos-celulares>.
- Medicina21 (2011). *Mitos sobre el VIH y el SIDA*. Consultado el 20 de noviembre 2012, en [www.medicina21.com/doc.php?op=especialidad3&id=2291](http://www.medicina21.com/doc.php?op=especialidad3&id=2291).
- Médicos Ecuador (2004). *Historia del virus VIH/SIDA. Origen y evolución: del mono al hombre*. Consultado el 27 de febrero de 2013, en <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm>.
- Mesa, M. (2002). *La educación para el desarrollo: un modelo de cinco generaciones*. Consultado el 10 de febrero de 2011, en [http://www.fongdcam.org/manuales/educaciondesarrollo/datos/docs/A\\_docs/b\\_1\\_2\\_cuadro.pdf](http://www.fongdcam.org/manuales/educaciondesarrollo/datos/docs/A_docs/b_1_2_cuadro.pdf).
- Mesa, M., (2000). *La Educación para el Desarrollo en la Comunidad de Madrid. Tendencias y estrategias para el siglo XXI: Informe a la Dirección General de Cooperación y Voluntariado de la Comunidad de Madrid*. Consultado el 1 de febrero de 2011, en [http://www.fongdcam.org/manuales/educaciondesarrollo/datos/docs/A\\_docs/b\\_1\\_1\\_gener.pdf](http://www.fongdcam.org/manuales/educaciondesarrollo/datos/docs/A_docs/b_1_1_gener.pdf).
- *Métodos de investigación en educación especial* (2009). Consultado el 3 de febrero de 2013, en <http://material-metodos.blogspot.com.es/2009/04/metodos-cualitativos-y-cuantitativos-en.html>.
- Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez –MiFamilia-. Consultado el 25 de abril de 2013, en [http://www.mifamilia.gob.ni/?page\\_id=222](http://www.mifamilia.gob.ni/?page_id=222).
- Miranda, O. (2010). *¿Qué son los antirretrovirales?* Consultado el 17 de abril de 2012, en <http://www.atlacatl.org.sv/2010/07/09/%C2%BFque-son-los-antirretrovirales/>.
- *Modificación de los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual*. Consultado el 30 de octubre de 2011, en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1450/1/Modificacion-de-los-conocimientos-sobre-infecciones-de-transmision-sexual.html>.

- Morón Marchena, J. A. (2004). *Pedagogía social. Curso 2004-2005, Grupo 4P3*. Consultado el 10 de marzo de 2013, en <http://alojamientos.us.es/pedsocial/archivos/tema19.PDF>.
- Morón Marchena, J. A. y Pérez-Pérez, I. (2013). *Educación para la Salud y VIH/SIDA: una respuesta desde la participación comunitaria*. Consultado el 14 de abril de 2013, en la *Global Education Magazine*, nº 3, pp. 59-65, en <http://www.globaleducationmagazine.com/global-education-magazine-3/> y en <http://www.globaleducationmagazine.com/educacion-para-la-salud-vihsida-una-respuesta-desde-la-participacion-comunitaria/>. UNHCR ACNUR -La Agencia de la ONU para los refugiados-, UNESCO –Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y con el apoyo de la Oficina de Santiago.
- Muñoz Justicia, J. (2003). *Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti*. Consultado el 12 de mayo de 2013, en <http://www.ugr.es/~textinfor/documentos/manualatlas.pdf>.
- Naciones Unidas (1994). *Tercera Conferencia Mundial de Población de El Cairo*. Consultado el 24 de abril de 2013, en [http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94\\_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html](http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html).
- Naciones Unidas (2011). *Tabla comparativa de la evolución de los ODM*. Consultado el 22 de febrero de 2013, en [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2011/11-31342%20%28S%29%20MDG%20Report%202011\\_Book%20LR.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2011/11-31342%20%28S%29%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf).
- Naciones Unidas (2003). *El estado de la población mundial 2003: panorama general de la vida de los adolescentes*. Consultado el 3 de abril de 2011, en <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch1/index.htm>.
- Naciones Unidas (2012). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Tabla de progreso, 2012*. Consultado el 3 de marzo de 2013, en [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/Progress\\_S.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/Progress_S.pdf).
- Naciones Unidas (2012). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012*. Consultado el 23 de febrero de 2013, en <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/MDG%20Report%202012%20-%20Complete%20Spanish.pdf>.

- Naciones Unidas. *La juventud y las Naciones Unidas*. Consultado el 3 de abril de 2011, en <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/qanda.htm>.
- Naciones Unidas. *Año internacional de la juventud Agosto 2010-2011*. Consultado el 5 de abril de 2011, en <http://www.un.org/es/events/youth2010/background.shtml>.
- Nugent Rachel (2006). *Los jóvenes en un mundo globalizado*. Consultado el 19 de abril de 2011, en [www.prb.org/pdf06/youthinaglobalworld\\_sp.pdf](http://www.prb.org/pdf06/youthinaglobalworld_sp.pdf).
- Objetivos del desarrollo del milenio. Consultado el 4 de abril de 2011, en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/aids.shtml>.
- Observatorio de la Participación Ciudadana (2009). *La participación ciudadana a nivel municipal en Nicaragua*. Consultado el 22 de abril de 2013, en <http://www.bio-nica.info/biblioteca/SerraInformeParticipacionMunicipal.pdf>.
- Observatorio IDH por género. Consultado el 21 de febrero de 2013, en <http://www.americalatinagenera.org/elobservatorio/documentos/nicaragua.pdf>.
- OEI. *Informes sobre los Sistemas Nacionales de Cultura*. Consultado el 15 de abril de 2013, en <http://www.oei.es/cultura2/Nicaragua/02a.htm>.
- ONUSIDA (2002). *Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA*. Ginebra: UNAIDS, 2002. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en [http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/update/epiupdate2002\\_sp.doc](http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/update/epiupdate2002_sp.doc)
- ONUSIDA (2011). *Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011. Cómo llegar a cero: más rápido, más inteligente, mejor*. Ginebra: UNAIDS. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216\\_WorldAIDSday\\_report\\_2011\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf).
- OMS (1948). *El Glosario de Promoción de la Salud, en su versión original*. Consultado el 10 de mayo de 2011, en <http://www.who.ch/hep>.
- OMS (2011). *Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Progresos logrados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y objetivos sanitarios mundiales para después de 2015*. Consultado el 4 de marzo de 2013, en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_13-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_13-sp.pdf).
- ONUSIDA (2010). *Mapa de prevalencia mundial del VIH*. Consultado el 20 de abril de 2012, en



- [http://www.unaids.org/globalreport/HIV\\_prevalence\\_map\\_es.htm](http://www.unaids.org/globalreport/HIV_prevalence_map_es.htm).
- Organisation de cooperation et de developpement economiques. Consultado el 30 de octubre de 2011, en [http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/DAC\\_ODA\\_WhatIsIt\\_2001.pdf](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/DAC_ODA_WhatIsIt_2001.pdf).
  - Organización Mundial de la Salud (2011). *Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Progresos logrados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y objetivos sanitarios mundiales para después de 2015*. Consultado el 4 de marzo de 2013, en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_13-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_13-sp.pdf).
  - Organización Mundial de la Salud. *Programas nacionales contra el SIDA. Una guía de indicadores para supervisar y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes*. Consultado el 15 de abril de 2011, en [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/iattyp/docs/napyoungpeople\\_s\\_p.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/iattyp/docs/napyoungpeople_s_p.pdf).
  - Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161702>.
  - Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 31 de marzo de 2012, en <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161702>.
  - Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en [http://new.paho.org/cor/index.php?option=com\\_content&task=view&id=76&Itemid=252](http://new.paho.org/cor/index.php?option=com_content&task=view&id=76&Itemid=252).
  - Palacio, L. (2007). *El origen del VIH/SIDA*. Consultado el 12 de octubre de 2012, en <http://dralucypalacio.blogspot.mx/2007/08/el-origen-del-vih-sida.html>.
  - Pedagogía social. *Revista interuniversitaria*. Consultado el 7 de marzo de 2011, en <http://www.uned.es/pedagogiasocial.revistainteruniversitaria>.
  - Pérez-Pérez, I. (2013). El VIH/SIDA como Objetivo de Desarrollo del Milenio: el caso de Nicaragua y su Índice de Desarrollo Humano. En *La Global Education Magazine*, nº 3, pp. 35-43. Consultado el 14 de marzo de 2013, en <http://www.globaleducationmagazine.com/global-education-magazine-3/> y en <http://www.globaleducationmagazine.com/el-vihsida-como-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-el-caso-de-nicaragua-su-indice-de-desarrollo-humano/>.
- UNHCR ACNUR -La Agencia de la ONU para los refugiados-, UNESCO –



Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y con el apoyo de la Oficina de Santiago.

- Pérez-Pérez, I. (2013). Educación para el Desarrollo y Animación Sociocultural: un enfoque desde la participación comunitaria. En *La Global Education Magazine*, nº 2, pp. 69-74. Consultado el 14 de marzo de 2013, en la Web <http://www.globaleducationmagazine.com/global-education-magazine-2/> y en <http://www.globaleducationmagazine.com/educacion-para-el-desarrollo-animacion-sociocultural-enfoque-desde-la-participacion-comunitaria/>. UNHCR ACNUR -La Agencia de la ONU para los refugiados-, UNESCO –Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y con el apoyo de la Oficina de Santiago.
- Pita Fernández, S; López de Ullibarri (1998). *Números necesario de pacientes a tratar para reducir un evento*. Consultado el 2 de febrero de 2013, en [www.monografía.com](http://www.monografía.com).
- Plata, J.C (2007). Investigación cualitativa y cuantitativa: una revisión del qué y el cómo para acumular conocimiento sobre lo social. *Folia Humanística*, 64, 215-226. Consultado el 10 de noviembre de 2011, en [http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C\\_Sociales/universitas/64/plata.pdf](http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/universitas/64/plata.pdf).
- Plataforma 2015 Y Más. Consultado el 25 de octubre de 2011, en <http://www.2015ymas.org/?rubrique2>.
- PNUD (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano “La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano”*. Nueva York. Consultado el 10 de abril de 2012, en [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2010\\_ES\\_Complete\\_reprint.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Complete_reprint.pdf).
- PNUD (2011). *Informe de Desarrollo Humano “Sostenibilidad y equidad: un mejor futuro para todos”*. Nueva York. Consultado el 10 de abril de 2012, en [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2011\\_ES\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_ES_Complete.pdf).
- PNUD. *Observatorio de Desarrollo Humano*. Consultado el 5 de marzo de 2013, en [http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=979&Itemid=143](http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&task=view&id=979&Itemid=143).

- PNUD (2013). *HDI values and Rank changes in the 2013 Human Development Report, Explanatory note on 2013 HDR composite indices*. Consultado el 15 de abril de 2013, en <http://hdrstats.undp.org/images/explanations/NIC.pdf>.
- PNUD (2013). *Indicadores Internacionales sobre Desarrollo Humano*. Consultado el 1 de abril de 2013, en <http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/NIC.html>.
- PNUD (2013). *Informes de Desarrollo Humano*. Consultado el 10 de marzo, en <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/>.
- Poder Ciudadano. Consultado el 23 de abril de 2013, en [http://www.elpueblopresidente.com/PODER-CIUDADANO/281107\\_nicaraguaprogrese.html](http://www.elpueblopresidente.com/PODER-CIUDADANO/281107_nicaraguaprogrese.html).
- Portal educativo Nicaragua educa. Consultado el 11 de abril de 2011, en <http://www.portaleducativo.edu.ni/>.
- Presidencia del Gobierno de Nicaragua. Consultado el 26 de abril de 2013, en <http://www.presidencia.gob.ni/>.
- Presidencia de la república de Nicaragua (2001). *Análisis de situación de la Juventud Nicaragüense*. Consultado el 21 de abril de 2011, en <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro234/libro234.pdf>.
- Prevención: medidas de prevención del VIH/SIDA. Consultado el 16 de diciembre de 2012, en [http://www.vihsalud.es/prevencion/vias\\_transmision\\_vih\\_sexual.php](http://www.vihsalud.es/prevencion/vias_transmision_vih_sexual.php).
- Primera encuesta nacional de juventud. Informe final. Gobierno de Nicaragua, Secretaría de la Juventud. *Nicaragua Avanza*. Consultado el 18 de mayo de 2011, en <http://www.laconvencion.org/index.php?descargas/index/encuestajoven.pdf>.
- Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo: el Salvador. Consultado el 10 de diciembre de 2010, en <http://www.pnud.org.sv/2007>.
- Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo: Nicaragua. Consultado el 10 de diciembre de 2010, en <http://www.undp.org.ni/medios>.
- *Revista especializada en ciencias de la educación*. Consultado el 1 marzo 2011, en <http://lynuz.org/>.

- Red Nicaragüense por la Democracia y el Desarrollo Local (2007). *La participación ciudadana que queremos*. Consultado el 23 de abril de 2013 en <http://redlocal.org.ni/sitio/es/node/406>.
- Redes de solidaridad. Consultado el 05 de marzo de 2013, en <http://redesdesolidaridad.wordpress.com/2011/11/04/indice-de-desarrollo-humano-2011-nicaragua-y-el-mundo-en-pos-de-la-sostenibilidad-y-la-equidad/>.
- Sarrate Capdevilla, M<sup>a</sup>. L. (2011). La formación de animadores a través de la educación a distancia. En *V Coloquio Internacional de Animación Sociocultural*, Zaragoza. Consultado el 20 de marzo de 2012, en [www.unizar.es/colinanimacion-IEPSA/wp-content/.../4.8-Sarrate.doc](http://www.unizar.es/colinanimacion-IEPSA/wp-content/.../4.8-Sarrate.doc).
- Scribano, A. (2000). Reflexiones Epistemológicas sobre la Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. *Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, N1. 8. Consultado el 13 de julio de 2011, en <http://www.moebio.uchile.cl/08/scribano.htm>.
- SEISIDA (2013). Newsletter Marzo 2013: Unidos podemos/ Unity is strength. Consultado el 20 de abril de 2013, en <http://www.seisida.es/index.php/sala-de-prensa/newsletters/69-newsletter-marzo-2013>.
- SemFYC (2012). *El 80% de los médicos de familia es partidario de introducir en su consulta el test rápido para diagnosticar el VIH*. Consultado el 23 de febrero de 2013, en [http://www.semfyec.es/es/noticias/destacadas/listado/Test\\_VIH/](http://www.semfyec.es/es/noticias/destacadas/listado/Test_VIH/).
- SIDA-AIDS: *¿Qué es el VIH/SIDA? Origen del VIH/SIDA*. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en <http://www.sida-aids.org/informacion/65-que-es-el-vihsida.html?start=2>.
- Sobresexualidad.com: *El proceso del VIH*. Consultado el 15 de noviembre de 2012, en <http://ets.sobresexualidad.com/el-proceso-del-vih.html>.
- Social Watch. *Erradicación de la pobreza y justicia de género*. Consultado el 25 de octubre de 2011, en <http://www.socialwatch.org/es>.
- Stasiejko, H. A; Tristany, S. R; Pelayo Valente, L. J; Krauth, K. E. (2009). La triangulación de datos como criterio de validación interno en una investigación exploratoria. En 2<sup>o</sup> Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de

- la Universidad Nacional de la Plata, Argentina. Consultado el 27 de noviembre de 2012, en <http://www.psico.unlp.edu.ar/segundocongreso/pdf/ejes/metod/039.pdf>.
- Tesis de investigación. Consultado el 8 de febrero de 2013, en <http://tesisdeinvestig.blogspot.com.es/2011/10/caracteristicas-del-enfoque.html>.
  - Torres, M<sup>a</sup>. J. (2003). *Informe sobre Nicaragua*. Consultado el 26 de abril de 2013, en [http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/Varios/Documentos/BD\\_1013860968/PRODECA/Democratizacion%20-%20Inf-Nicaragua.pdf](http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/Varios/Documentos/BD_1013860968/PRODECA/Democratizacion%20-%20Inf-Nicaragua.pdf).
  - UNESCO (2006). *Jóvenes líderes: respuesta regional al VIH y SIDA. Memoria del I Encuentro Regional de Jóvenes Líderes de Latinoamérica y el Caribe sobre Juventud, VIH/SIDA y Derechos Humanos*. Consultado el 10 de abril de 2011, en <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001503/150381s.pdf>.
  - UNESCO (2008). *El VIH & SIDA y la educación: un enfoque estratégico*. Consultado el 15 de abril de 2011, en <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001627/162723s.pdf>.
  - UNICEF (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Consultado el 3 de abril de 2011, en [http://www.unicef.es/derechos/docs/CDN\\_06.pdf](http://www.unicef.es/derechos/docs/CDN_06.pdf).
  - Vázquez Campuzano, R. (2013). *Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Consultado el 8 de abril de 2013, en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>.
  - Verd J. M. & López P. (2008). *La eficiencia teórica y metodológica de los diseños multimétodo*. Consultado el 3 de febrero de 2013, en [http://ddd.uab.cat/pub/artpub/2008/90905/empiria\\_a2008m0712n16p13.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/artpub/2008/90905/empiria_a2008m0712n16p13.pdf).
  - VIHsalud. Consultado el 15 de octubre de 2012, en [www.vihsalud.es/index.php](http://www.vihsalud.es/index.php).
  - VIHsalud: *Mujer y VIH*. Consultado el 15 de octubre de 2012, en <http://www.vihsalud.es/mujeryvih/mujeryvih.php>.
  - Vitarelli, M. F. (2006). *El sistema-mundo: un giro en la historia del pensamiento económico desde la perspectiva de Immanuel Wallerstein*. Presentado como ponencia al Primer Encuentro Internacional sobre Historia y Teoría Económica. Consultado el 10 de diciembre de 2010, en <http://www.eumed.net/eve/resum/06-04/mfv.htm>.

- VV.AA., (2005). *Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Educación*, 1ª. Ed. San Salvador, El Salvador, C.A. Centro de Investigación Educativa, Colegio García Flamenco. 2005. Consultado el 26 de febrero de 2011, en <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Diccionario%20enciclopedico%20de%20Educacion.pdf>.
- WHO Health Promotion. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/).
- WHO Health Education. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en [http://www.who.int/topics/health\\_education/en/](http://www.who.int/topics/health_education/en/).
- Young, F. (2002). *ViSta "The Visual Statistics System"*. Consultado el 25 de abril de 2012, en <http://forrest.psych.unc.edu/research/index.html>.
- YU CHANG, M.: *La economía ambiental*. Consultado el 14 de octubre de 2011, en [http://rimd.reduaz.mx/coleccion\\_desarrollo\\_migracion/sustentabilidad/Sustentabilidad9.pdf](http://rimd.reduaz.mx/coleccion_desarrollo_migracion/sustentabilidad/Sustentabilidad9.pdf).

## 27. OTROS DOCUMENTOS

- Álvarez Bonilla, F. J. (s.f.). *Materia 3. El perfil profesional del educador para el desarrollo y actores de la educación para el desarrollo*. Sevilla: Documento policopiado.
- Bolívar, A. (s.f.). *Materia 1. Campo científico y paradigmas en la investigación en educación*. Sevilla: Documento policopiado.
- Gil, J. (s.f.). *Tema 1 Introducción a la Investigación Educativa*. Sevilla. Documento policopiado.
- Gil, J. (s.f.). *Tema 1 Paradigmas de la Investigación Educativa*. Sevilla. Documento policopiado.
- González Caballero, J.L; Peralta Saéz, J.L; Almenara Barrios, J; Lagares Franco, C; (2006). *Fiabilidad de una medición en presencia de varios factores*. XXIX Congreso Nacional de Estadística e Investigación Operativa SEIO. Tenerife.
- López Catalán, L. y López Catalán, B. (2011). *Materia 1 Modelos, paradigmas y evolución de la ED*. Sevilla: Documento policopiado.
- Lucena, I. (2011). *Materia 3 La Cooperación para el Desarrollo*. Sevilla: Documento policopiado.
- Martínez, R. (2011). *Bloque 1 Conceptos básicos. Estructura social, sistema, diferencia, desigualdad y estratificación social*. Sevilla: Documento policopiado.
- Prieto Jiménez, E. (2011). *Las dimensiones de la educación para el desarrollo*. Sevilla: Documento policopiado.
- Ruiz, A. et ál. (2010-2011). *Técnicas de Producción y Análisis de Datos II*. 2º Grado en Sociología.

*Siempre hay un principio, ... y todo tiene un final ...  
pero a veces, el final, es sólo el principio*





## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Objetivos, metas e indicadores ODM	771
Anexo 2. Mapa de prevalencia mundial del VIH/SIDA	774
Anexo 3. Total matrículas totales por turno y carreras, 2012	775
Anexo 4. Total estudiantes masculinos por carreras y turnos, 2012	779
Anexo 5. Total estudiantes femeninos por carreras y turnos, 2012	783
Anexo 6. Estudiantes masculinos en turno matutino	787
Anexo 7. Estudiantes masculinos en turno vespertino	788
Anexo 8. Estudiantes masculinos en turno nocturno	789
Anexo 9. Estudiantes masculinos en turno sabatino	790
Anexo 10. Estudiantes masculinos en turno encuentro	791
Anexo 11. Estudiantes femeninos en turno matutino	792
Anexo 12. Estudiantes femeninos en turno vespertino	793
Anexo 13. Estudiantes femeninos en turno nocturno	794
Anexo 14. Estudiantes femeninos en turno sabatino	795
Anexo 15. Estudiantes femeninos en turno encuentro	796
Anexo 16. Ubicación aulas para los turnos dominical. 2012	797
Anexo 17. Ubicación aulas por turnos y carreras	798
Anexo 18. Cuestionario	800
Anexo 19. Elaboración Alfa de Cronbach	805
Anexo 20. Esquema Análisis Informante clave 1	821
Anexo 21. Esquema Análisis Informante clave 2	822
Anexo 22. Esquema Análisis Informante clave 3	823
Anexo 23. Esquema Análisis Informante clave 4	824
Anexo 24. Esquema Análisis Informante clave 5	826
Anexo 25. Carta invitación a grupo discusión turno matutino	827
Anexo 26. Esquema y perfil del grupo de discusión matutino	828
Anexo 27. Carta invitación a grupo discusión turno encuentro	829
Anexo 28. Esquema y perfil del grupo de discusión encuentro	830
Anexo 29. Carta invitación a grupo discusión CONISIDA	833
Anexo 30. Esquema y perfil del grupo de discusión CONISIDA	834
Anexo 31. Transcripción entrevistas informantes claves unificadas	835
Anexo 32. Transcripción grupos focales unificados	884
Anexo 33. Frecuencia de todos los códigos	905
Anexo 34. Citas código ABPM	906
Anexo 35. Citas código AEPDD	912
Anexo 36. Citas código CCSES	914
Anexo 37. Citas código CCSFR	915
Anexo 38. Citas código DPRU	916
Anexo 39. Citas código DPUR	919
Anexo 40. Citas código EDMCM	921
Anexo 41. Citas código EDPE	923
Anexo 42. Citas código EDPS	926
Anexo 43. Citas código EEIG	929
Anexo 44. Citas código EFISU	930
Anexo 45. Citas código EIEF	936
Anexo 46. Citas código EISSI	943
Anexo 47. Citas código EPF	945
Anexo 48. Citas código EPRIFE	949
Anexo 49. Citas código EPRIPS	953
Anexo 50. Citas código IDME	956
Anexo 51. Citas código IDMF	958
Anexo 52. Citas código IDMGJ	964
Anexo 53. Citas código IDMU	967

<i>Anexo 54. Citas código IDRE</i>	968
<i>Anexo 55. Citas código IDRF</i>	969
<i>Anexo 56. Citas código IDRGI</i>	970
<i>Anexo 57. Citas código IDRU</i>	971
<i>Anexo 58. Citas código IRSTA</i>	972
<i>Anexo 59. Citas código IRSTE</i>	973
<i>Anexo 60. Citas código IRSTEC</i>	975
<i>Anexo 61. Citas código MEXC</i>	979
<i>Anexo 62. Citas código MEXF</i>	982
<i>Anexo 63. Citas código MEXS</i>	985
<i>Anexo 64. Citas código PELGI</i>	988
<i>Anexo 65. Citas código PLPEC</i>	990
<i>Anexo 66. Citas código PVSICS</i>	993
<i>Anexo 67. Citas código PVSIE</i>	998
<i>Anexo 68. Citas código PVSSNL</i>	1006
<i>Anexo 69. Citas código RSD</i>	1010
<i>Anexo 70. Citas código RSEPNE</i>	1014
<i>Anexo 71. Citas código RSFPE</i>	1016
<i>Anexo 72. Citas código RSFPNE</i>	1018
<i>Anexo 73. Citas código RSIH</i>	1020
<i>Anexo 74. Citas código RSINC</i>	1021
<i>Anexo 75. Citas código RSIR</i>	1022
<i>Anexo 76. Citas código SRPAS</i>	1023
<i>Anexo 77. Citas código SRPD</i>	1024
<i>Anexo 78. Citas código SRPDA</i>	1025
<i>Anexo 79. Citas código SRPFI</i>	1026
<i>Anexo 80. Citas código SRPI</i>	1032
<i>Anexo 81. Citas código SRPMCM</i>	1036
<i>Anexo 82. Citas código SRPP</i>	1037

## ANEXO 1. OBJETIVOS, METAS E INDICADORES ODM

N	Objetivo/ Meta/ Indicador	Preexistente, eliminado, modificado o nuevo <sup>1</sup>	Previa numeración
	Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre		
Meta	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas		Meta 1
1. A	cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día		
1.1.	Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA (paridad del poder adquisitivo) por día (1a)	Preexistente	1
1.2.	Coeficiente de la brecha de pobreza	Preexistente	2
1.3.	Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población	Preexistente	3
Meta	Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos,		Meta nueva
1.B	incluyendo mujeres y jóvenes		
1.4.	Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada	Nuevo	-
1.5.	Relación empleo – población	Nuevo	-
1.6.	Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar PPA por día	Nuevo	-
1.7.	Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar	Nuevo	-
Meta	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que		Meta 2
1.C	padecen de hambre		
1.8.	Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal	Preexistente	4
1.9.	Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	Preexistente	5
	Objetivo 2: lograr la enseñanza primaria universal		
Meta	Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo		Meta 3
2.A	puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria		
2.1.	Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria	Preexistente	6
2.2.	Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de enseñanza primaria (2a)	Reformulado	7
2.3.	Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años, mujeres y hombre	Preexistente	8
	Objetivo 3: promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer		
Meta	Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y		Meta 4
3.A	secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015		
3.1.	Relación entre niños y niñas en la enseñanza primaria, secundaria y superior	Preexistente	9
3.2.	Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola	Preexistente	11
3.3.	Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales	Preexistente	12
	Objetivo 4: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años		
Meta	Reducir en dos terceras partes, entre 1900 y 2015, la mortalidad de		Meta 5
4.A	los niños menores de 5 años		
4.1.	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	Preexistente	13
4.2.	Tasa de mortalidad infantil	Preexistente	14
4.3.	Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	Preexistente	15
	Objetivo 5: mejorar la salud materna		
Meta	Reducir, entre 1900 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas		Meta 6
5.A	partes		
5.1.	Tasa de mortalidad materna	Preexistente	16
5.2.	Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	Preexistente	17
Meta	Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva		Meta nueva

<sup>1</sup> Según la CEPAL se trata de una comparación realizada entre el Marco Oficial de Monitoreo para los ODM de la Asamblea General de 2004, en su 59ª sesión, y el Nuevo Marco de Monitoreo ODM aprobado en la Asamblea General en su 62ª sesión, celebrado en 2007 y vigente desde el 15 de enero de 2008.

5.B			
5.3.	Tasa de uso de anticonceptivos	Preexistente	19c
5.4.	Tasa de natalidad entre las adolescentes	Nuevo	-
5.5.	Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)	Nuevo	-
5.6.	Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar	Nuevo	-
Meta	Objetivo 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades		
6.A	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA		Meta 7
6.1.	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15 a 24 años (6a)	Reformulado	18
6.2.	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo	Preexistente	19b
6.3.	Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA	Preexistente	19b
6.4.	Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años	Reformulado	20
Meta	Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten		Meta nueva
6.5.	Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	Nuevo	-
Meta	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves		Meta 8
6.6.	Tasa de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo (6b)	Reformulado	21
6.7.	Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida (6c)	Reformulado	22
6.8.	Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo (6d)	Reformulado	22
6.9.	Tasa de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis (6e)	Reformulado	23
6.10.	Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS (tratamiento breve bajo observación directa)	Preexistente	24
Meta	Objetivo 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente		
7.A	Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente		Meta 9
7.1.	Proporción de la superficie cubierta por bosques	Preexistente	25
7.2.	Emisiones de dióxido de carbono (total, per cápita y por cada dólar PPA del PIB) (7a)	Reformulado	28a
7.3.	Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono	Nuevo	-
7.4.	Proporción de poblaciones de peces que están dentro de límites biológicos seguros	Nuevo	-
7.5.	Proporción del total de recursos hídricos utilizada	Nuevo	-
Meta	Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida		Meta nueva
7.6.	Proporción de las áreas terrestres y marinas protegidas (7b)	Reformulado	26
7.7.	Proporción de especies en peligro de extinción	Nuevo	-
Meta	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a los servicios básicos de saneamiento		Meta 10
7.8.	Proporción de población que utiliza fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable (7c)	Reformulado	30
7.9.	Proporción de población que utiliza servicios de saneamiento mejorados	Preexistente	31
Meta	Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios		Meta 11
7.10.	Proporción de población urbana que vive en tugurios (7d)	Reformulado	32
Meta	Objetivo 8: fomentar una alianza mundial para el desarrollo		
8.A	Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en los planos nacional e internacional		Meta 12
Meta	Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.		
8.B	Incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su		Meta 13

	determinación de reducir la pobreza		
8.C	Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General		Meta 14
8.D	Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo		Meta 15
	Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)		
8.1.	La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de la Asistencia para el desarrollo (CAD) de la OCDE	Preexistente	33
8.2.	Proporción de la AOD total bilateral y por sectores que los donantes del CAD de la OCDE destinan a servicios sociales básicos (enseñanza básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento)	Preexistente	34
8.3.	Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada	Preexistente	35
8.4.	AOD recibida por los países en desarrollo sin litoral como porcentaje de su ingreso nacional bruto	Preexistente	36
8.5.	AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo como proporción de su ingreso nacional bruto	Preexistente	37
8.6.	Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y países menos adelantados, admitidas libres de derechos	Preexistente	38
8.7.	Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles, y a las prendas de vestir procedentes de países en desarrollo	Preexistente	39
8.8.	Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE como porcentaje de su producto interno bruto	Preexistente	40
8.9.	Proporción de la AOD destinada a fomentar la capacidad comercial	Preexistente	41
8.10.	Sostenibilidad de la deuda		
8.10.	Número total de países que han alcanzado el punto de decisión y número total de países que han alcanzado el punto de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) (acumulativo)	Preexistente	42
8.11.	Alivio de la deuda comprometida conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados y la iniciativa para el alivio de la deuda multilateral	Preexistente	43
8.12	Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios	Preexistente	44
Meta	En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles		Meta 17
8.E			
8.13.	Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles	Preexistente	46
Meta	En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones		Meta 18
8.F			
8.14.	Líneas de teléfono fijo por cada 100 habitantes (8a)	Reformulado	47
8.15.	Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes (8b)	Reformulado	47
8.16.	Usuarios de Internet por cada 100 habitantes	Preexistente	48



**Anexo 3. Total matrículas totales por turno y carreras, 2012**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INFORMATICA  
MATRICULAS TOTALES POR TURNO Y CARRERAS  
CORRESPONDIENTE AL SEMESTRE 1 DEL 2012      Pagina: 1

FECHA: 14/05/11

FACULTAD: FAREM - Chontales

CARRERA	-----MATUTINO-----							-----VESPERTINO-----							-----NOCTURNO-----							-----SABATINO-----							-----ENCUENTRO-----						
	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lenguaje y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	40	1	76	0	0	0	0	0	0
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	44	0	20	0	0	112	0	0	0	0	0	0
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	0	0	0	0	36	0	0	0	0	0	0
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	26	0	44	0	0	0	0	0	0
Educación Física y Deportes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	36	40	0	0	0	129	0	0	0	0	0	0
Biología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	1	1	30	0	0	0	0	0	0
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	8	21	0	0	0	0	0	0
Inglés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	1	23	28	0	0	106	0	42	0	0	0	42
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	21
Turismo Sostenible	0	0	0	0	18	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Economía	0	0	0	0	20	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INFORMÁTICA  
MATRICULAS TOTALES POR TURNO Y CARRERAS  
CORRESPONDIENTE AL SEMESTRE I DEL 2012      Página: 2

FECHA: 14/05/12

FACULTAD: FAREM - Chontales

CARRERA	-----MATUTINO-----							-----VESPERTINO-----							-----NOCTURNO-----						-----SABATINO-----						-----ENCUENTRO-----											
	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT			
Administración de Empresas	34	0	30	0	0	0	64	0	0	0	0	24	0	24	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	44	48	35	1	179	
Comoduría Pública y Finanzas	43	34	0	0	0	0	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40	21	31	0	93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	62	0	52	62	0	229
Banca y Finanzas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	2	2	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	47	35	0	0	0	133
Mercadotecnia	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	28	0	0	63	0	0	15	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	21	
Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	15	1	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0	27	
Ing. Sistemas Información	0	33	0	0	0	0	33	46	0	0	0	0	0	46	0	0	26	0	0	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ingeniería Industrial y de	0	0	0	42	7	4	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ingeniería Agronómica	26	21	12	0	0	0	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	29	0	0	56	
Ingeniería Agroindustrial	0	32	0	0	31	0	63	47	0	28	27	0	0	102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Técnico Superior en Enfermería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermería Profesional (Tec)	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INFORMÁTICA  
MATRICULAS TOTALES POR TURNO Y CARRERAS

FECHA: 14/05/12

CORRESPONDIENTE AL SEMESTRE 1 DEL 2012 Pagina: 3

FACULTAD: FAREM - Chontales

CARRERA	-----MATUTINO-----							-----VESPERTINO-----							-----NOCTURNO-----							-----SABATINO-----							-----ENCUENTRO-----														
	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT	I	II	III	IV	V	VI	TOT								
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	39	0	0	82
Enf. con Orien. Materno Infant	50	40	39	0	0	0	129	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	31	0	53	
Bioanálisis Clínico	0	51	45	32	0	0	128	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	0	0	0	0	0	54	0	58	0	0	0	0	58							
TOTAL.....	153	211	127	74	91	5	661	128	0	28	55	24	0	235	0	1	81	47	45	3	177	245	81	116	115	67	10	634	104	260	149	190	177	22	902								
TOTAL MATRICULADO.....	2609																																										

TOTAL..... 153 211 127 74 91 5 661 128 0 28 55 24 235 0 1 81 47 45 177 245 81 116 115 67 634 104 260 149 190 177 902

TOTAL MATRICULADO..... 2609

Fuente: Secretaría FAREM-Chontales.

**Anexo 4. Total estudiantes masculinos por carreras y turnos, 2012**

CARRERAS	MATUTINO							VESPERTINO							NOCTURNO							SABATINO					ENCUENTRO							TOTAL	
	I	II	III	IV	V	VI	VI	I	II	III	IV	V	VI	VI	I	II	III	IV	V	VI	VI	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI		VI
<b>Educación Infantil</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
<b>Lengua y Literatura Hispánicas</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	8	1	1	2	0	0	0	0	0	0
<b>Ciencias Sociales</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	0	3	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0
<b>Matemáticas</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
<b>Física-Matemática</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	4	0	1	2	1	0	0	0	0	0
<b>Educ. Física y Deportes (Téc. Sup.)</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
<b>Ciencias Naturales</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7	1	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0
<b>Biología</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	7	7	0	0	0	0	0	0
<b>Informática Educativa</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	3	0	0	0	0	0	0
<b>Inglés</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	7	9	0	3	8	1	6	0	0	1	6
<b>Filología y Comunicación</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5
<b>Turismo Sostenible</b>	0	0	0	0	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
<b>Economía</b>																																			





**Anexo 5. Total estudiantes femeninos por carreras y turnos, 2012**

CARRERAS	MATUTINO							VESPERTINO							NOCTURNO						SABATINO						ENCUENTRO						TOTAL										
	I	II	III	IV	V	VI	TM	I	II	III	IV	V	VI	TV	I	II	III	IV	V	VI	TN	I	II	III	IV	V	VI	TS	I	II	III	IV		V	VI	TE							
<b>Educación Infantil</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
<b>Lengua y Literatura Hispánicas</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	32	0	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64
<b>Ciencias Sociales</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	33	0	17	0	0	0	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89
<b>Matemáticas</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
<b>Física-Matemática</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	12	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
<b>Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Ciencias Naturales</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44	29	30	0	0	0	0	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103
<b>Biología</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
<b>Informática Educativa</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	7	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
<b>Inglés</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	1	16	19	0	0	0	68	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	94
<b>Filología y Comunicación</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	1	16
<b>Turismo Sostenible</b>	0	0	0	0	11	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
<b>Economía</b>																																											







### Anexo 6. Estudiantes masculinos en turno matutino

<b>CARRERAS</b>	<b>M 1</b>	<b>M 2</b>	<b>M 3</b>	<b>M 4</b>	<b>M 5</b>	<b>M 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	7	0	<b>7</b>
Economía	0	0	0	0	2	0	<b>2</b>
Administración de Empresas	12	0	5	0	0	0	<b>17</b>
Contaduría Pública y Finanzas	9	9	0	0	0	0	<b>18</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Mercadotecnia	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Derecho	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	5	0	<b>5</b>
Ing. Sistemas Información	0	14	0	0	0	0	<b>14</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	25	1	4	<b>30</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	12	13	8	0	0	0	<b>33</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	16	0	0	21	0	<b>37</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant	3	6	8	0	0	0	<b>17</b>
Bioanálisis Clínico	0	5	7	6	0	0	<b>18</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

**Anexo 7. Estudiantes masculinos en turno vespertino**

<b>CARRERAS</b>	<b>V 1</b>	<b>V 2</b>	<b>V 3</b>	<b>V 4</b>	<b>V 5</b>	<b>V 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	0	0	0	4	0	<b>4</b>
Contaduría Pública y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Mercadotecnia	6	0	0	2	0	0	<b>8</b>
Derecho	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ing. Sistemas Información	23	0	0	0	0	0	<b>23</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	22	0	16	15	0	0	<b>53</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant.	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Bioanálisis Clínico	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

### Anexo 8. Estudiantes masculinos en turno nocturno

<b>CARRERAS</b>	<b>N 1</b>	<b>N 2</b>	<b>N 3</b>	<b>N 4</b>	<b>N 5</b>	<b>N 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Contaduría Pública y Finanzas	0	0	20	7	8	0	<b>35</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	8	2	0	<b>10</b>
Mercadotecnia	0	0	4	0	0	0	<b>4</b>
Derecho	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	7	0	<b>7</b>
Ing. Sistemas Información	0	0	14	0	0	0	<b>14</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Bioanálisis Clínico	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

**Anexo 9. Estudiantes masculinos en turno sabatino**

<b>CARRERAS</b>	<b>S 1</b>	<b>S 2</b>	<b>S 3</b>	<b>S 4</b>	<b>S 5</b>	<b>S 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	1	0	0	<b>1</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	3	0	8	1	<b>12</b>
Ciencias Sociales	9	11	0	3	0	0	<b>23</b>
Matemáticas	22	0	0	0	0	0	<b>22</b>
Física-Matemática	0	0	7	0	14	0	<b>21</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	2	0	0	<b>2</b>
Ciencias Naturales	9	7	10	0	0	0	<b>26</b>
Biología	0	0	0	5	1	1	<b>7</b>
Informática Educativa	0	0	0	2	0	1	<b>3</b>
Inglés	22	0	7	9	0	0	<b>38</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Contaduría Pública y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Mercadotecnia	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Derecho	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ing. Sistemas Información	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant.	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Bioanálisis Clínico	10	0	0	0	0	0	<b>10</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

### Anexo 10. Estudiantes masculinos en turno encuentro

<b>CARRERAS</b>	<b>E 1</b>	<b>E 2</b>	<b>E 3</b>	<b>E 4</b>	<b>E 5</b>	<b>E 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	16	0	0	0	0	<b>16</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	5	0	<b>5</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	12	16	11	13	0	<b>52</b>
Contaduría Pública y Finanzas	17	15	0	13	13	0	<b>58</b>
Banca y Finanzas	11	11	7	0	0	0	<b>29</b>
Mercadotecnia	0	0	0	0	1	3	<b>4</b>
Derecho	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	17	0	<b>17</b>
Ing. Sistemas Información	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	9	11	0	0	<b>20</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	5	7	6	0	<b>18</b>
Enf. con Orien. Materno Infant.	0	0	0	4	0	0	<b>4</b>
Bioanálisis Clínico	0	16	0	0	0	0	<b>16</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

**Anexo 11. Estudiantes femeninos en turno matutino**

<b>CARRERAS</b>	<b>M 1</b>	<b>M 2</b>	<b>M 3</b>	<b>M 4</b>	<b>M 5</b>	<b>M 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	11	0	<b>11</b>
Economía	0	0	0	0	18	0	<b>18</b>
Administración de Empresas	22	0	25	0	0	0	<b>47</b>
Contaduría Pública y Finanzas	34	25	0	0	0	0	<b>59</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Mercadotecnia	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	10	1	<b>11</b>
Ing. Sistemas Información	0	19	0	0	0	0	<b>19</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	17	6	0	<b>23</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	14	8	4	0	0	0	<b>26</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	16	0	0	10	0	<b>26</b>
Téc. Sup. en Enfermería Profesional	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enfermería Profesional (Tec)	0	0	1	0	0	0	<b>1</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant	47	34	31	0	0	0	<b>112</b>
Bioanálisis Clínico	0	46	38	26	0	0	<b>110</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.



## Anexo 12. Estudiantes femeninos en turno vespertino

<b>CARRERAS</b>	<b>V 1</b>	<b>V 2</b>	<b>V 3</b>	<b>V 4</b>	<b>V 5</b>	<b>V 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc.Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	0	0	0	20	0	<b>20</b>
Contaduría Pública y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Mercadotecnia	29	0	0	26	0	0	<b>55</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ing. Sistemas Información	23	0	0	0	0	0	<b>23</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	25	0	12	12	0	0	<b>49</b>
Téc. Sup. en Enfermería Profesional	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enfermería Profesional (Tec)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Bioanálisis Clínico	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

**Anexo 13. Estudiantes femeninos en turno nocturno**

<b>CARRERAS</b>	<b>N 1</b>	<b>N 2</b>	<b>N 3</b>	<b>N 4</b>	<b>N 5</b>	<b>N 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
Contaduría Pública y Finanzas	0	1	20	14	23	0	<b>58</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	18	0	2	<b>20</b>
Mercadotecnia	0	0	11	0	0	0	<b>11</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	5	0	<b>5</b>
Ing. Sistemas Información	0	0	12	0	0	0	<b>12</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Téc.Sup. en Enfermería Profesional	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enfermería Profesional (Tec)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Bioanálisis Clínico	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

#### Anexo 14. Estudiantes femeninos en turno sabatino

<b>CARRERAS</b>	<b>S 1</b>	<b>S 2</b>	<b>S 3</b>	<b>S 4</b>	<b>S 5</b>	<b>S 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	21	0	0	<b>21</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	32	0	32	0	<b>64</b>
Ciencias Sociales	39	33	0	17	0	0	<b>89</b>
Matemáticas	14	0	0	0	0	0	<b>14</b>
Física-Matemática	0	0	11	0	12	0	<b>23</b>
Educación Física y Deportes (Téc.Sup.)	0	0	0	1	0	0	<b>1</b>
Ciencias Naturales	44	29	30	0	0	0	<b>103</b>
Biología	0	0	0	23	0	0	<b>23</b>
Informática Educativa	0	0	0	11	0	7	<b>18</b>
Inglés	32	1	16	19	0	0	<b>68</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Contaduría Pública y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Banca y Finanzas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Mercadotecnia	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ing. Sistemas Información	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Téc. Sup. en Enfermería Profesional	0	0	0	1	0	0	<b>1</b>
Enfermería Profesional (Tec)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Materno Infant.	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Bioanálisis Clínico	44	0	0	0	0	0	<b>44</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

**Anexo 15. Estudiantes femeninos en turno encuentro**

<b>CARRERAS</b>	<b>E 1</b>	<b>E 2</b>	<b>E 3</b>	<b>E 4</b>	<b>E 5</b>	<b>E 6</b>	<b>TOTAL</b>
Educación Infantil	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Lengua y Literatura Hispánicas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Matemáticas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Física-Matemática	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Educación Física y Deportes (Téc. Sup.)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Naturales	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Biología	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informática Educativa	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Inglés	0	26	0	0	0	0	<b>26</b>
Filología y Comunicación	0	0	0	0	16	0	<b>16</b>
Turismo Sostenible	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Economía	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Administración de Empresas	0	39	28	37	22	1	<b>127</b>
Contaduría Pública y Finanzas	36	47	0	39	49	0	<b>171</b>
Banca y Finanzas	40	36	28	0	0	0	<b>104</b>
Mercadotecnia	0	0	0	0	0	17	<b>17</b>
Ciencias de la Computación	0	0	0	0	10	0	<b>10</b>
Ing. Sistemas Información	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Industrial y de Sistemas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ciencias Ambientales	0	0	18	18	0	0	<b>36</b>
Ingeniería Agronómica	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Ingeniería Agroindustrial	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Téc. Sup. en Enfermería Profesional	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enfermería Profesional (Tec)	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Enf. con Orien. Salud Pública	0	0	38	32	26	0	<b>96</b>
Enf. con Orien. Materno Infant.	0	0	0	18	0	0	<b>18</b>
Bioanálisis Clínico	0	42	0	0	0	0	<b>42</b>

Fuente: elaboración propia, 2012.

### Anexo 16. Ubicación aulas para los turnos dominical. 2012

<b>PABELLÓN C</b>	<b>PABELLÓN D</b>	<b>PABELLÓN E</b>	<b>AUDITORIO</b>
C1 Contabilidad 1 año	D1 / D2 Bioanálisis Clínico Primer año	E1 Maestrías	Técnico Unidades Quirúrgico Co-financiados
C2 Laboratorio idiomas	D3 / D4 Bioanálisis clínico 2 años	E2 Ciencias Naturales Primer año	
C3 Contabilidad 2 años	D5 Inglés Primer año	E3 Técnico Superior Enfermería Grupo A	
C4 Banca y Finanzas Primer año	D6 / D7 Inglés Segundo año	E4 Técnico Superior Enfermería	
C5 Banca y Finanzas Segundo año	D8 / D9 Matemática Primer año	E5	
C6 Administración de empresas	D10 / D11 Ciencias Sociales Primer año	E6 Técnico superior bioanálisis clínico	

Fuente: datos facilitados por la Secretaría de la FAREM-Chontales en junio 2012.

### Anexo 17. Ubicación aulas por turnos y carreras

<b>TURNO MATUTINO</b>	
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS I AÑO	C1
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS III AÑO	C3
CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS I AÑO	C4
CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS II AÑO	C5
BIOANÁLISIS CLÍNICO II AÑO	C6
INGENIERÍA INDUSTRIAL Y DE SISTEMA IV AÑO	D1
INGENIERÍA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN II AÑO	D3
BIOANÁLISIS CLÍNICO III AÑO	D5
INGENIERÍA AGRONÓMICA III AÑO	D6
TURISMO SOSTENIBLE V AÑO	D7
ECONOMÍA V AÑO	D8
COMPUTACIÓN VI AÑO	D9
ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL IV AÑO	D10
BIOANÁLISIS CLÍNICO IV AÑO	BIBLIOTECA
ENFERMERÍA CON MENCIÓN MATERNO INFANTIL III AÑO	E1
INGENIERÍA AGRONÓMICA I AÑO	E2
INGENIERÍA AGRONÓMICA II AÑO	E3
ENFERMERÍA CON MENCIÓN MATERNO INFANTIL I AÑO	E4
INGENIERÍA AGROINDUSTRIAL II AÑO	E5
INGENIERÍA AGROINDUSTRIAL V AÑO	E6
ENFERMERÍA CON MENCIÓN MATERNO INFANTIL II AÑO	B3
<b>TURNO VESPERTINO</b>	
INGENIERÍA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN I AÑO	C1
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS V AÑO	C4
MERCADOTECNIA I AÑO	D3
MERCADOTECNIA IV AÑO	D5
INGENIERÍA AGROINDUSTRIAL I AÑO	C3
INGENIERÍA AGROINDUSTRIAL III AÑO	D8
INGENIERÍA AGROINDUSTRIAL IV AÑO	D10
<b>TURNO NOCTURNO</b>	
MERCADOTECNIA III AÑO	D1
BANCA Y FINANZAS IV AÑO	D3
COMPUTACIÓN V AÑO	D5
INGENIERÍA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN III AÑO	D6
CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS III AÑO	E2

CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS IV AÑO	E3
CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS V AÑO	E5
<b>TURNO VIERNES –ESPECIAL</b>	
FILOLOGÍA Y COMUNICACIÓN V AÑO	E2
ENFERMERÍA CON MENCIÓN SALUD PÚBLICA III AÑO	E3
ENFERMERÍA CON MENCIÓN SALUD PÚBLICA IV AÑO	D6
ENFERMERÍA CON MENCIÓN SALUD PÚBLICA V AÑO	E5
<b>TURNO POR ENCUENTRO</b>	
MERCADOTECNIA VI AÑO	AUDITORIO
CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS VI AÑO	AUDITORIO
COMPUTACIÓN V AÑO	BIBLIOTECA
INFORMÁTICA EDUCATIVA VI AÑO	AUDITORIO
CIENCIAS AMBIENTALES III AÑO	C1
INGLÉS IV AÑO	C2
INGLÉS III AÑO	C3
CIENCIAS AMBIENTALES IV AÑO	C4
LENGUA Y LITERATURA HISPÁNICA III AÑO	C5
LENGUA Y LITERATURA HISPÁNICA V AÑO	C6
CIENCIAS NATURALES II AÑO	D1
CIENCIAS NATURALES III AÑO	D3
FÍSICA – MATEMÁTICA III AÑO	D6
FÍSICA – MATEMÁTICA V AÑO	D7
BIOLOGÍA IV AÑO	D8
INFORMÁTICA EDUCATIVA IV AÑO	D9
EDUCACIÓN INFANTIL IV AÑO	D10
CIENCIAS SOCIALES IV AÑO	D11
CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS IV AÑO	E1
CONTADURÍA PÚBLICA Y FINANZAS V AÑO	E2
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS III AÑO	E3
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS IV AÑO	E4
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS V AÑO	E5
BANCA Y FINANZAS III AÑO	E6
CIENCIAS SOCIALES II AÑO	D5

Fuente: datos facilitados por la Secretaría de la FAREM-Chontales en junio 2012.

## Anexo 18. Cuestionario

CUESTIONARIO N° \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE VIH/SIDA/ITS

Este cuestionario forma parte de un proceso de investigación que sobre Educación y Promoción de la Salud venimos desarrollando conjuntamente la UNAN-Managua FAREM-Chontales (Nicaragua) y la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla (España). Su opinión es muy importante porque nos permitirá analizar el nivel de conocimiento que tiene el país sobre VIH/SIDA/ITS y, con ello, poder llegar a mejorar dichos conocimientos en la comunidad universitaria y contribuir a controlar dicha pandemia en la medida de lo posible. La información recogida será tratada con absoluta confidencialidad garantizándose en todo momento el anonimato de los participantes de la misma. Conteste con la mayor sinceridad posible. Gracias por su colaboración.

**Rodee con un círculo donde corresponda.**

**Ejemplo: 1. Número de veces que asiste a actividades deportivas:**

1. Ningún día
2. Un día a la semana
3. De dos a tres días a la semana
- ④. De cinco a siete días a la semana

**Aquí comienza el cuestionario.**

**1. Género:**

1. Masculino
2. Femenino

**2. Edad:**

1. Hasta 24 años
2. 25-29 años
3. 30-34 años
4. 35-44 años
5. 45-54 años
6. 55-64
7. 65 o más años

**3. Nivel de estudios terminados:**

1. Bachillerato
2. Técnico superior
3. Licenciado
4. Maestría
5. Doctorado

**4. Carrera que cursa en la actualidad:**

1. Bioanálisis clínico
2. Ciencias Ambientales
3. Computación
4. Enfermería profesional (Tec.)
5. Ingeniería Agroindustrial
6. Ingeniería Industrial y de Sistemas
7. Lic. Enfermería Orient. Sal. Públ.
8. Técnico Superior en Enfermería Profesional
9. Turismo Sostenible
10. Biología
11. Ciencias Sociales
12. Educación Física y Deportes
13. Educación Infantil
14. Filología y Comunicación
15. Física-Matemática
16. Informática Educativa
17. Inglés
18. Lengua y Literatura Hispánicas
19. Administración de Empresas
20. Banca y Finanzas



21. Contaduría pública y Finanzas
22. Economía
23. Economía agrícola
24. Mercadotecnia

**5. Orientación sexual:**

1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual
4. Otros (especificar): .....
9. No sabe
99. No contesta

**6. Hábitos sexuales en la actualidad:**

1. Relaciones sexuales exclusivamente con pareja estable [6 y/ó 9 meses o más con la misma pareja]
2. Relaciones sexuales variadas u ocasionales
3. Sin vida sexual activa
9. No sabe
99. No contesta

**7. ¿Utiliza algún método o métodos anticonceptivos habitualmente?**

1. Sí
2. No
9. No sabe
99. No contesta

**8. Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior... ¿Qué tipo de método o métodos? (Conteste todas las respuestas que considere)**

1. Métodos de barrera: preservativo/diafragma
2. Métodos hormonales: píldoras o parches anticonceptivos, DIU...
3. Métodos definitivos: vasectomía, ligadura de trompas...
4. Otros (especifique): .....
9. No sabe
99. No contesta

**9. Valore su nivel de conocimientos sobre el SIDA:**

1. Nivel Nulo
2. Nivel Bajo
3. Nivel Medio
4. Nivel Alto
9. No sabe
99. No contesta

**10. ¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA?**

1. Sí, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
2. Sí, Virus de Inmunoinfluencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Depresiva Adquirida
3. Sí, Virus de Inmunidad Humana y Síndrome de Inmunidad Débil Adquirida
4. No
9. No sabe
99. No contesta

**11. ¿Cree que toda persona con VIH tiene SIDA?**

1. Sí, ya que no pueden darse de forma separada
2. Sí, ya que primero se desarrolla el virus y justamente después la enfermedad
3. No, ya que se puede ser portador de VIH y no desarrollar la enfermedad SIDA
4. No, son enfermedades diferentes
9. No sabe
99. No contesta

**12. ¿Cree que una persona con SIDA se puede curar?**

1. Sí, con un plan de tratamiento adecuado que paralice la reproducción del virus y minimice los efectos en el humano
2. Sí, con transfusiones sanguíneas de personas sin VIH

- 3. No, es una enfermedad incurable y terminal
- 9. No sabe
- 99. No contesta

**13. ¿Sabe cuáles son las Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes?**

- 1. Sí, sífilis, gonorrea, virus del papiloma genital humano, VIH/SIDA, clamidia.....
- 2. Sí, gripe común, herpes labial, dermatitis....
- 3. No
- 9. No sabe
- 99. No contesta

**14. Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, indique algunas de ellas:**

**15. ¿Conviviría con una persona que tuviera SIDA?**

- 1. Sí, restringiendo el contacto físico
- 2. Sí, con sus correspondientes medidas de higiene y prevención
- 3. No, me acabaría contagiando
- 9. No sabe
- 99. No contesta

**16. ¿Aceptaría en su lugar de trabajo o estudio a una persona con SIDA?**

- 1. Sí, restringiendo el contacto físico
- 2. Sí, con sus correspondientes medidas de higiene y prevención
- 3. No, me acabaría contagiando
- 9. No sabe
- 99. No contesta

**17. Si su pareja tuviera SIDA, ¿seguiría manteniendo relaciones sexuales con ella?**

- 1. Sí, únicamente con preservativo
- 2. Sí, con métodos anticonceptivos orales (píldora)
- 3. No, no sería posible las relaciones sexuales
- 9. No sabe
- 99. No contesta

**18. ¿Seguiría manteniendo relaciones de amistad con una persona que tuviera SIDA?**

- 1. Sí, en cualquier caso
- 2. Sí, con unas normas mínimas de precaución y/o prevención
- 3. No, en ningún caso
- 9. No sabe
- 99. No contesta

**19. Según la información que posea acerca del VIH/SIDA, la enfermedad se transmite a través de: (Conteste todas las opciones que crea oportunas)**

- 1. La saliva
- 2. Las lágrimas
- 3. Las transfusiones de sangre contaminada
- 4. La reutilización de jeringuillas usadas
- 5. El uso compartido de utensilios como cubiertos, vasos, etc.
- 6. El contacto personal (acariciar, tocar, besar, etc.)
- 7. El contacto sexual
- 8. De madre portadora a su hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia
- 9. No sabe
- 99. No contesta

**20. En su opinión, al VIH sólo están expuestos... (Conteste todas las opciones que crea oportunas)**

- 1. Homosexuales
- 2. Heterosexuales
- 3. Toxicómanos por vía intravenosa
- 4. Todas las personas
- 5. Otros (especifique): .....
- 9. No sabe

99. No contesta

**21. Según la información que posea sobre el VIH/SIDA, ¿Cuáles son los medios para evitar la infección?  
(Conteste todas las opciones que crea oportunas)**

1. No beber del mismo vaso que un enfermo
2. No abrazar a un enfermo
3. Usar jeringuillas desechables
4. Tener una pareja estable
5. No realizar el coito sin protección
9. No sabe
99. No contesta

**22. ¿Cree que existe alguna vacuna para prevenir el SIDA?**

1. Sí, la vacuna del SIDA
2. No, aun no se ha creado la vacuna pero están estudiando en ello con éxito
9. No sabe
99. No contesta

**23. En su opinión, el SIDA... (Conteste todas las opciones que crea oportunas)**

1. Se puede prevenir
2. Se puede controlar con tratamiento
3. Se puede curar
4. Es una enfermedad terminal
9. No sabe
99. No contesta

**24. ¿Cree que alguna vez se ha expuesto al VIH?**

1. Sí, en mis relaciones sexuales con parejas esporádicas y sin protección
2. Sí, compartiendo el aseo de lugar mi lugar de trabajo y/o estudios
3. No, nunca he tenido relaciones sexuales esporádicas y sin protección
9. No sabe
99. No contesta

**25. ¿Se ha hecho alguna vez un test de VIH?**

1. Sí, en hospital, centros de salud, unidades de prevención ...
2. No, nunca
9. No sabe
99. No contesta

**26. ¿Ha recibido algún tipo de formación/información específica sobre SIDA?**

1. Sí, cursos de prevención de ETS en centros de salud, centros de día, centros sociales, etc.
2. No, nunca he recibido formación/información
9. No sabe
99. No contesta

**27. Si ha contestado Sí a la pregunta anterior, esta formación/información proviene de... (Conteste todas las opciones que crea oportunas)**

1. Prensa escrita
2. TV y Radio
3. Internet
4. Profesores
5. Personal Sanitario
6. Amigos
7. Familiares
8. Otros. Especificar: .....
9. No sabe
99. No contesta

**28. ¿Sabe dónde puede encontrar información sobre VIH/SIDA?**

1. Sí, en Centros de Salud Pública y/o Privada, Hospitales, unidades móviles de prevención...
2. Sí en la Universidad y en las escuelas.
3. No
9. No sabe

99. No contesta

**29. ¿Cree que la falta de información puede provocar actitudes de rechazo hacia las personas con SIDA?**

1. Sí, el desconocimiento te hace rechazar a personas con SIDA
2. Sí, ya que creo que me contagiaría con cualquier contacto
3. No, no tiene que ver
9. No sabe
99. No contesta

**30. ¿Considera que para evitar actitudes de rechazo una solución sería implantar educación para la salud en las escuelas y Universidades?**

1. Sí, sería una excelente medida de prevención y difusión del conocimiento sobre ITS
2. Sí, sería necesario porque no tenemos opción de informarnos en otros lugares
3. No, no es una buena medida ya que no estoy interesado/a
9. No sabe
99. No contesta

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**











Conocimientos y prácticas de riesgo en VIH/SIDA. Una estrategia de Cooperación en Educación para el Desarrollo en Nicaragua

¿Conoce el significado de las siglas VIH y SIDA?	Co	,021	,054	,032	,080	,128	,091	,094	,024	,180	1	,281	,201	,137	,094	,079	,095	,083	,140	,168	,245	,072	,135	,145	,149	,268	,228	,102	,217	,205	,163	,277	,259	,180	<b>5,2964</b>
¿Cree que toda persona con VIH tiene SIDA?	Co	,043	,065	,017	,013	,113	,125	,130	,001	,136	,281	1	,227	,262	,050	,181	,217	,150	,264	,329	,402	,183	,261	,198	,216	,290	,292	,105	,280	,270	,079	,232	,319	,267	<b>6,7221</b>
¿Cree que una persona con SIDA se puede curar?	Co	,044	,051	,046	,004	,142	,055	,123	,028	,221	,201	1	,227	,161	,030	,131	,151	,170	,168	,114	,169	,137	,172	,149	,173	,222	,119	,159	,160	,147	,056	,150	,107	,123	<b>4,8215</b>
¿Sabes cuáles son las Infecciones	Co	,011	,013	,008	,002	,134	,168	,184	,060	,173	,137	1	,262	,161	,193	,238	,195	,195	,261	,323	,157	,141	,280	,205	,216	,315	,165	,261	,246	,142	,130	,176	,204	<b>6,4638</b>	



















¿Sab e dónde pued e enco ntrar infor maci ón sobre VIH/ SIDA ?	Co rre lac ió n de Pe ar so n	, 0 5 6	- , 0 5 6	- , 0 14	- , 0 23	,1 54	,0 76	,07 7	,01 4	,22 1	,2 77	,2 3 2	,1 5 0	,13 0	,0 45	,1 94	,2 61	,22 9	,23 8	,2 29	,29 3	,23 2	,22 7	,24 7	,20 5	,3 3 8	,3 5 4	,1 8 3	, 4 5 4	,319	,156	1	,7 15	,56 4	<b>7, 77 82</b>
¿Cre e que la falta de infor maci ón pued e provo car actitu des de recha zo hacia las perso nas con SIDA	Co rre lac ió n de Pe ar so n	, 0 3 4	- , 0 3 0	- , 0 29	- , 0 22	,1 58	,1 39	,11 3	,05 4	,11 8	,2 59	,3 1 9	,1 0 7	,17 6	,1 12	,2 14	,3 41	,25 2	,31 2	,3 57	,41 9	,22 8	,27 3	,29 4	,25 8	,3 5 6	,4 1 2	,2 2 3	, 5 3 3	,414	,169	,7 15	1	,74 1	<b>9, 01 99</b>



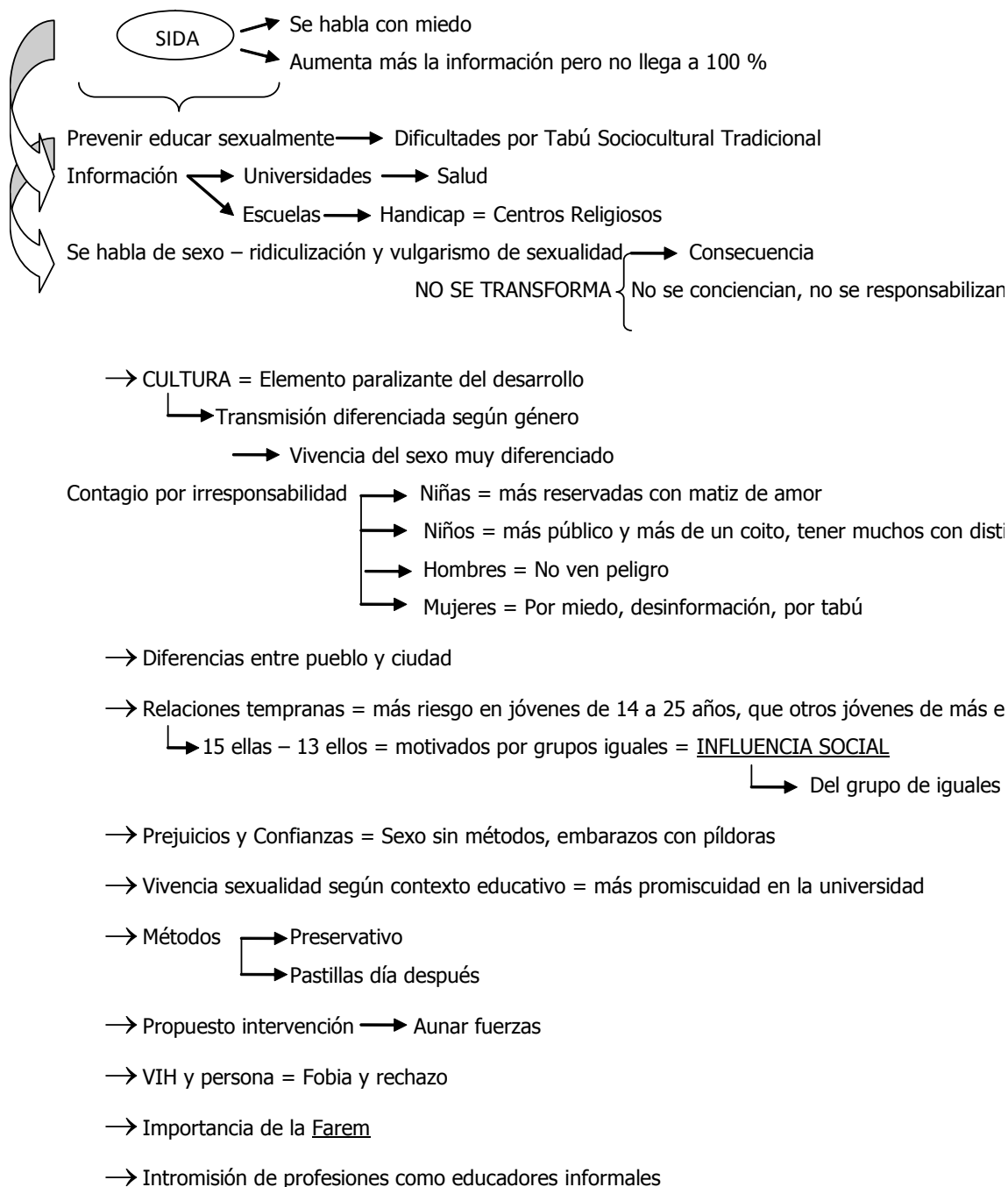
*Itahisa Pérez Pérez*

np	5,5379609	Alfa 0,86936198	MENOS LA DIAGONAL	33	177,2147
1+p(n-1)	5,37014391	6,37014391	Suma de correlaciones		88,6074
Correlaciones no repetidas		528	Valor de p		0,1678

Ligeramente es diferente, pero se debe al uso de decimales en los calculos.  
Pero ambos valores estan muy cercas.

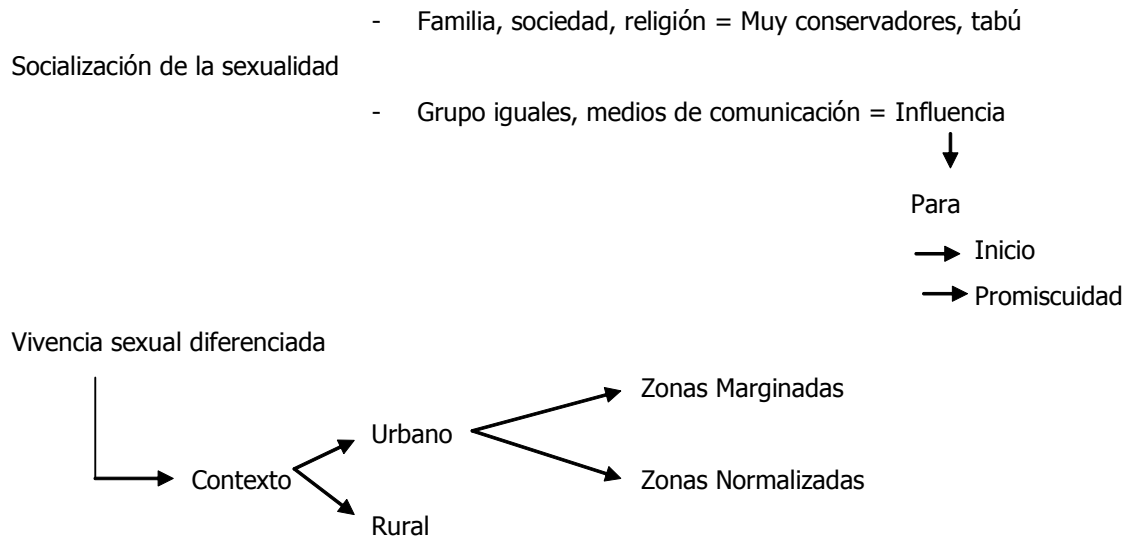
Fuente: elaboración propia.

## Anexo 20. Esquema Análisis Informante clave 1



Fuente: elaboración propia.

## Anexo 21. Esquema Análisis Informante clave 2



Intromisión de profesores como modelos de educadores informales (hay profesores y **profesores**)

SEXO = TABÚ SOCIAL

- Concienciación femenina predomina ante la masculina en PREVENCIÓN
  - ↳ Dificultades = SABER DECIR NO (no sin condón)
- Contextos educativos → Patentas la educación sexual = Familia no de acuerdo
- Rechazo y fobia

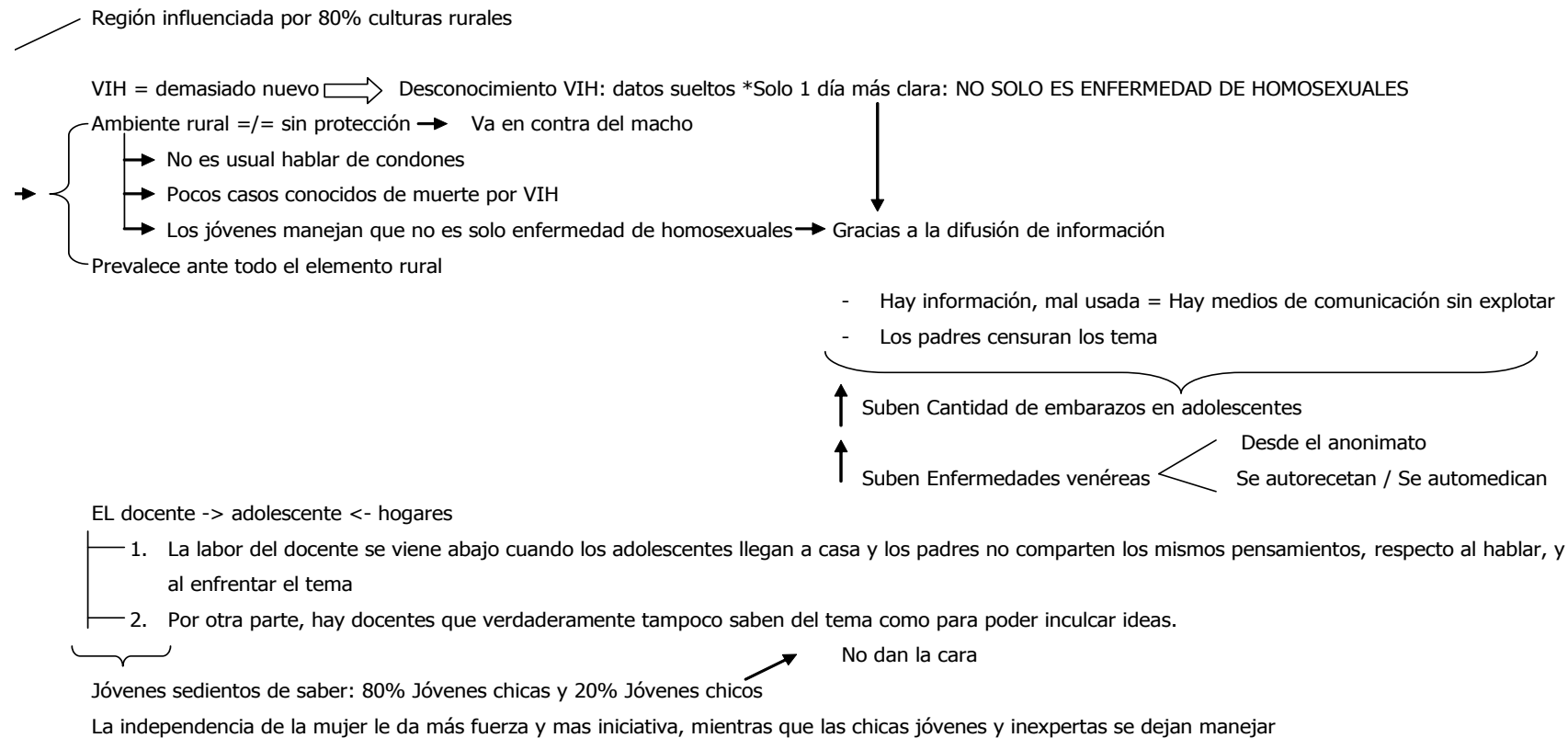
Fuente: elaboración propia.

### Anexo 22. Esquema Análisis Informante clave 3

- PERCEPCIÓN PROFESORES SOBRE EL ALUMNADO
- VIH / SIDA = Muy oculto, engaño
- FAREM → preocupados por la población universitaria, sobre planificar y enfermedades  
Desconoce el modo de uso de los métodos
  - Conferencias sobre SIDA / VIH
  - Diferenciar entre SEXUALIDAD, DESEO, SEXO, AMOR, SENSUALIDAD
  - Universitarios preparados en sexo según tipo / modalidad cámara de estudio
- Leyes y religión → Castigan el hablar con normalidad de sexo
- Educación sexual en todos los sentidos
- Cambios sustanciales en el tratamiento del sexo → Más visitas al ginecólogo  
→ Más comunicación familiar
- Relación precoz → Manifiesto antes en los hombres  
→ Mujeres **tardío = > religión > cultura**
- La curiosidad → Crea necesidad de hablar y de preguntar
- Machismo → Diferencias en la vivienda del sexo
- Métodos más utilizados → APPNS = Píldora del día después, condón
- Mujer previene más PREVENCIÓN
- Necesidad de tomar medidas para el CONTROL y Educación también para los infectados
  - Cortar la cadena
  - ↓
  - Concienciación y responsabilidad del agente portados consciente
- Información crucial y transversal con el fin de evitar rechazo y conseguir prevención
- Educación para la salud y permanente
  - Tratar aspectos de sexualidad
  - ↓
  - RESPONSABILIZAR
  - ↳ Con riesgo de otras problemáticas

Fuente: elaboración propia.

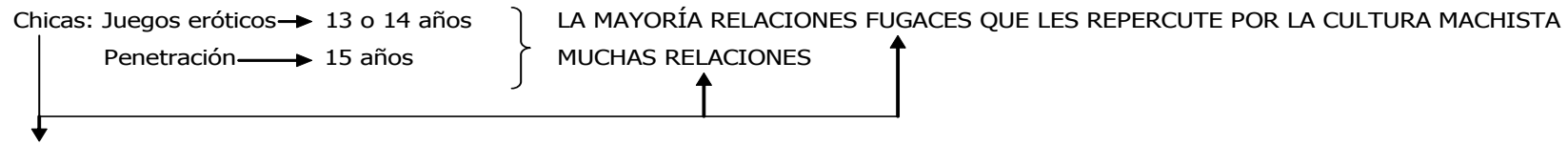
### Anexo 23. Esquema Análisis Informante clave 4



Fuente: elaboración propia.



Edades



Ellas tienen más preocupaciones por enfermedades y por la responsabilidad.

Prevención

- despertando el sentimiento en ellos de responsabilidad
- vuelta al mal uso de la información
- captar docentes que lleguen a los jóvenes

↓  
Con una buena formación y sin censurarse en temas

Fuente: elaboración propia.

## Anexo 24. Esquema Análisis Informante clave 5

“Nunca es demasiada”

- Problemática VIH asociada a la cultura / Formación = Poca educación.
- Importancia de la Educación Informal → Pero **evitar**.
- Población más vulnerable = La joven (promiscuidad, desinformación,...)
- Universalidad → Promueve la prevención
  - La conciencia
    - Charlas
    - Ofrecimiento de Condones → Rechazo a que se lo ofrezcar
      - Cultura del tabú y malinterpi
- Otras enfermedades de igual contagio = DESCONOCIMIENTO (ejemplo Papiloma)
- Población habla más que antes, pero con recelo
- Sexo = VULGARIZADO; No civilizado y seriedad
  - Ya sea por el motivo de su práctica
- Objetivo = “Cogerse” → No importa quién y si está sano
  - Vulgarizar sexo ⇔ Vulgarizar consecuencias ⇔ NO VEN RIESGO
  - IRRESPONSABILIDAD, POCA NATURALIDAD
- Limitaciones
  - Vivencias diferencias por género
  - Falta comunicación → Promiscuidad → Riesgo al contagio
- Cambio en la forma de sentir el amor sexual ¿Pérdida de valores? o ¿Cambio de valores?
- Relaciones esporádicas y continuas
- Método más utilizado = Preservativo masculino
- Corresponsabilidad paternofilial en caso de embarazo no deseado
- Mujer más responsable que el hombre en cuanto a prevención o crianza. Hombres sometidos por ley. → CURIOSIDAD
- Adolescentes y sexo = Se dejan llevar por la emoción = Riesgo
- Embarazo como emancipación = Familias desestructuradas, familias rurales
- SIDA / VIH – Religión = Facilita la integración
  - Información Nula = Desconocen la diferencia que tiene de infectarse y cómo atenderlas.
- VIH-SIDA = Creación Ley Provida

Fuente: elaboración propia.

## **Anexo 25. Carta invitación a grupo discusión turno matutino**

Estimado/a:

Por la presente le comunicamos que la profesora Itahisa Pérez Pérez, de la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España) está desarrollando una estancia investigadora en la UNAN-FAREM-Chontales de Nicaragua.

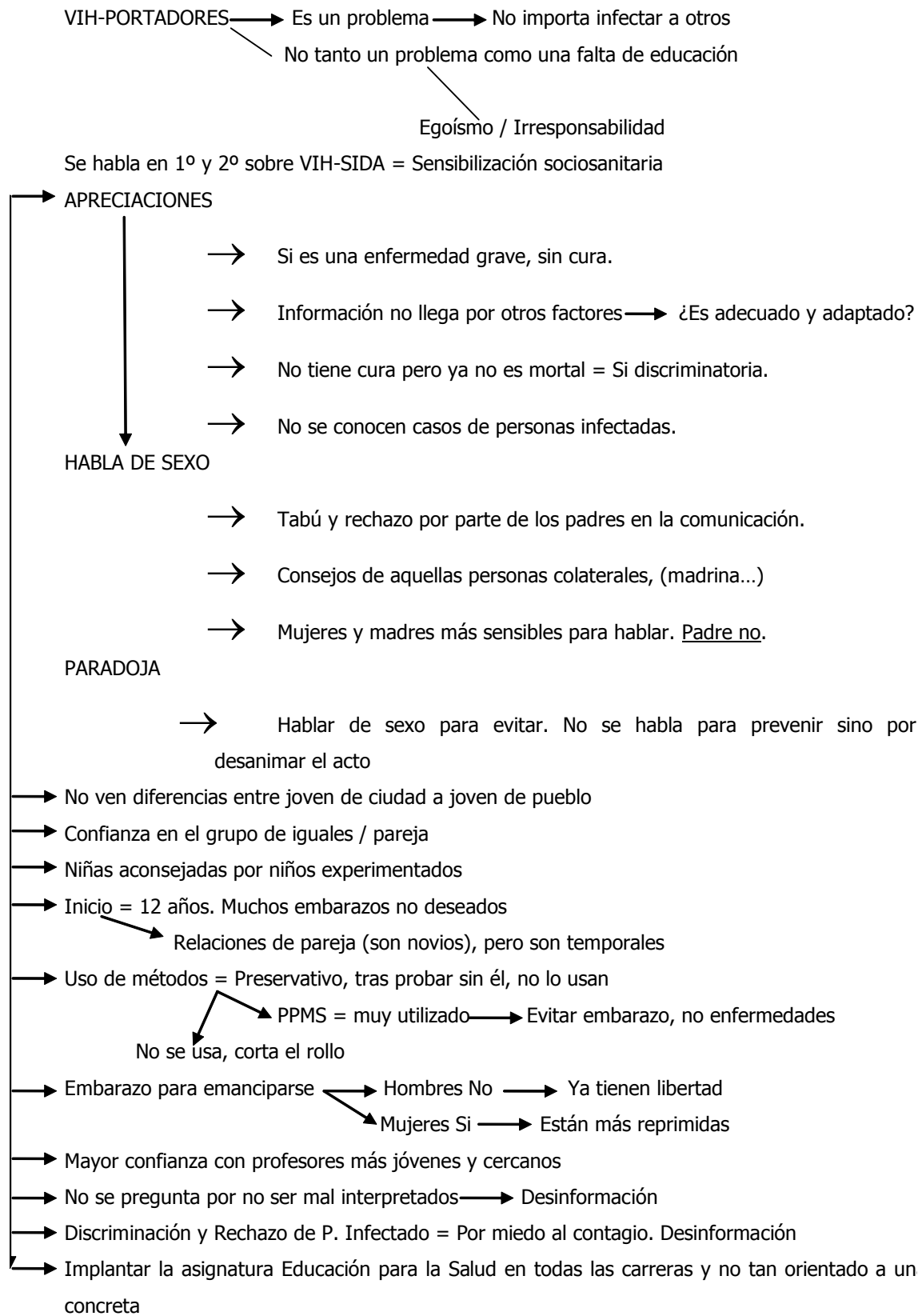
El motivo de esta estancia es la realización del trabajo de campo (recogida de información, análisis e interpretación de los datos) correspondiente a su Tesis Doctoral. Dicho trabajo se centra en los *“Conocimientos y Prácticas de riesgo en VIH/SIDA del alumnado universitario de la UNAN-FAREM-Chontales. La incidencia de la variable género”*.

En este sentido, le invitamos a participar en uno de los grupos focales donde participarán estudiantes del matutino. Dicho grupo se llevará a cabo el día 20 de junio de 2012 a las 10:00 am en el Aula B-3.

Agradeciéndole de antemano su participación, extendiendo la presente en la ciudad de Juigalpa a día doce de junio del año dos mil doce.

Fdo. Rolando Enriquez Cordero  
Director del Departamento de Ciencias y Humanidades

## Anexo 26. Esquema y perfil del grupo de discusión matutino



Fuente: elaboración propia.

## **Anexo 27. Carta invitación a grupo discusión turno encuentro**

Estimado/a:

Por la presente le comunicamos que la profesora Itahisa Pérez Pérez, de la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España) está desarrollando una estancia investigadora en la UNAN-FAREM-Chontales de Nicaragua.

El motivo de esta estancia es la realización del trabajo de campo (recogida de información, análisis e interpretación de los datos) correspondiente a su Tesis Doctoral. Dicho trabajo se centra en los *“Conocimientos y Prácticas de riesgo en VIH/SIDA del alumnado universitario de la UNAN-FAREM-Chontales. La incidencia de la variable género”*.

En este sentido, le invitamos a participar en uno de los grupos focales donde participarán estudiantes de encuentro. Dicho grupo se llevará a cabo el día 23 de junio de 2012 a las 12:00 m en el Aula B-3.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, extendiendo la presente en la ciudad de Juigalpa a día doce de junio del año dos mil doce.

Fdo. Rolando Enriquez Cordero  
Director del Departamento de Ciencias y Humanidades

**Anexo 28. Esquema y perfil del grupo de discusión encuentro**

Problemas VIH -> Juventud sector más afectado

Percepción del VIH como problemática, importancia en la zona de las Chozales

- Problemática grave, concepción del VIH como una enfermedad altamente contagiosa. Importancia de los cuidados en cuanto a salud sexual.
- Ausencia de perjuicio acarreado por llevar a cabo relaciones sexuales a temprana edad.
- Ausencia de protección por falta de búsqueda de información
- Concepción hedonista, solo viven el momento y la experiencia; aumento de nivel de contacto

PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA: -> Perdida del miedo, falta de información.

Mal uso del condón//Vivir el momento

-> El método más seguro: abstinencia y la fidelidad -> El condón no tiene un nivel de seguridad del 100%

\*Desinformación: - Importancia de la comprensión entre profesorado y alumno, padres e hijos.

- Importancia de la concienciación de los padres -> Educación para adultos -> Llegada de información a zonas rurales.

Falta de concienciación -> Relacionado con el nivel cultural: Cultura machista

Alcohol, drogas y descontrol sexual. Interrelación entre abuso del alcohol y las e.t.s

Valores negativos masculinos en las mujeres, en el alcohol, actitudes sexuales

Destacar el rol de los padres y eliminar TABU.

Padres que mantienen una actitud pasiva ante la prevención del sida. Por PUDOR.

Importancia de la comunicación en el aula para evitar este tipo de problemas. Los profesores y profesoras deben contribuir a eliminar el TABU. Eliminar vulgarismos, visión siempre científica del tema -> Los profesores son los más reacios a hablar de estos temas (profesores muy mayores)

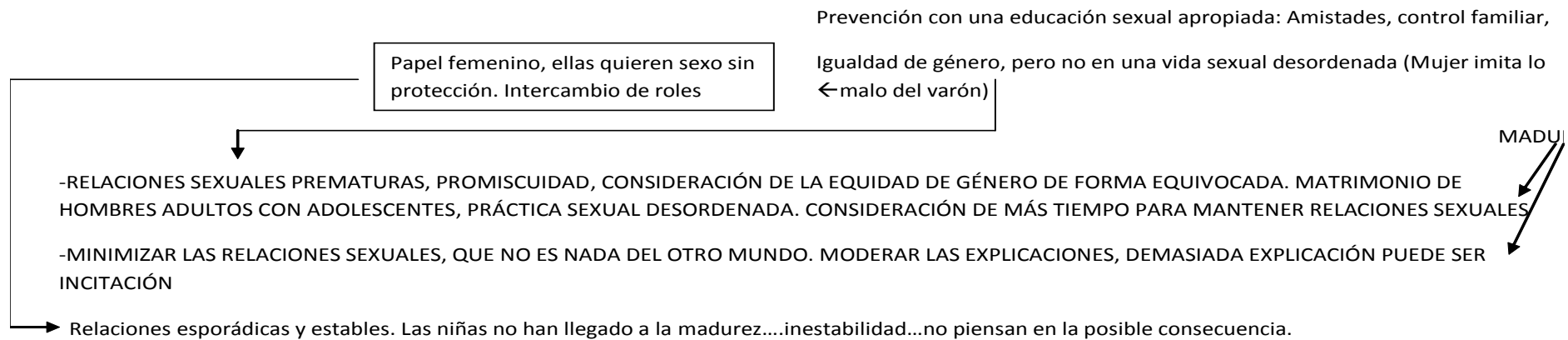
CAMBIO DE MENTALIDAD: EDUCACIÓN PARA ADULTOS -> Importancia de comunicación en primaria y secundaria. EDUCACIÓN SEXUAL

Fuente: elaboración propia.

CAMBIO DE MENTALIDAD: EDUCACIÓN PARA ADULTOS → Importancia de comunicación en primaria y secundaria. EDUCACIÓN SEXUAL

Falta de veracidad de datos → Necesidad de estudios diarios para saber cuáles son las cifras reales

\*Desinformación: INCREMENTO EN ZONAS RURALES, MAYOR PORCENTAJE DE EMBARAZOS EN PAREJAS MUY JÓVENES.



Conclusión:

- No usan preservativo, por insensibilidad en el acto sexual, algunos por alergia al latex.

-Creación de mitos en torno al uso del preservativo. Que no se siente lo mismo, que no logran alcanzar el orgasmo. Influencia del factor género  
CONCEPCIÓN HEDONISTA "VIVIR EL MOMENTO".

-Importancia de incluir temas transversales de educación sexual en el ámbito universitario. Concepción del profesor como consejero en el aula, da consejos sobre ese tipo de problemáticas. No mantener silencio, pedir ayuda ante este problema.

Fuente: elaboración propia.



## Anexo 29. Carta invitación a grupo discusión CONISIDA

Estimado Sr/Sra:

Por la presente le comunicamos que la profesora Itahisa Pérez Pérez, de la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España) está desarrollando una estancia investigadora en la UNAN-FAREM-Chontales de Nicaragua.

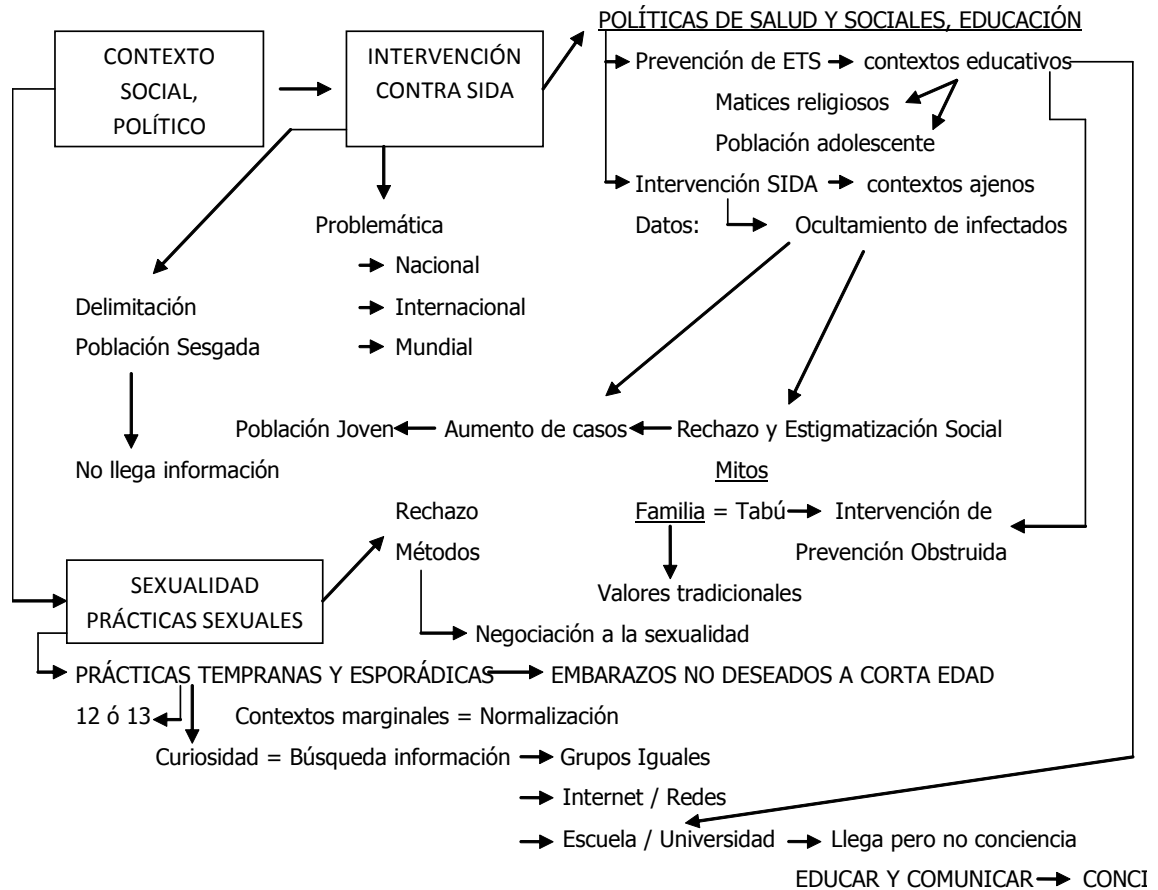
El motivo de esta estancia es la realización del trabajo de campo (recogida de información, análisis e interpretación de los datos) correspondiente a su Tesis Doctoral. Dicho trabajo se centra en los *“Conocimientos y Prácticas de riesgo en VIH/SIDA del alumnado universitario de la UNAN-FAREM-Chontales. La incidencia de la variable género”*.

En este sentido, le invitamos a participar en uno de los grupos focales donde participarán profesionales y técnicos de CONISIDA. Dicho grupo se llevará a cabo el día 28 de junio de 2012 a las 12:00 m en el SILAIS.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, extendiendo la presente en la ciudad de Juigalpa a día doce de junio del año dos mil doce.

Fdo. Rolando Enriquez Cordero  
Director del Departamento de Ciencias y Humanidades

### Anexo 30. Esquema y perfil del grupo de discusión CONISIDA



- Crecimiento de embarazos en la **Cohorte** 15 – 19 años → Abandono de estudiantes para ser padres
- Educación diferenciada = Hombre / Mujer
  - Control más en los niños por parte de los padres
- USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS = A VECES RIESGO DE TODO
  - Valores población → Roles diferenciados → **CREENCIAS INCORRECTAS Y SIN RIESGOS**
  - Causas de su poco uso → Monogamia – Tabú – Miedos cambios – Falsos tópicos
  - Propuestas y medidas de prevención = **CONCIENCIACIÓN USO PRESERVATIVO**
  - Campañas → Modelaje → Comunicación concienciada → Intervención en red → Población destinataria →
- Importancia → **POTENCIAR EDUCACIÓN EN VALORES SALUDABLES** → Formación Integral
  - Clase de promoción para la salud (Educación Promoción Valores)
  - Foco → Universalidad → Formar a los formadores
    - Facilitar una cadena viva sobre la formación

Fuente: elaboración propia.

## Anexo 31. Transcripción entrevistas informantes claves unificadas

### ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE 1 "C"

**Entrevistador/a:** Buenas tardes **C**, gracias en primer lugar por participar en el proyecto y por hacerte la entrevista. Bueno, como te decía en la carta el proyecto es de la tesis doctoral y se centra en el conocimiento y prácticas de riesgo de los estudiantes de la FAREM sobre el VIH/SIDA. Entonces lo que más interesa es el tema de las percepciones que tengan los estudiantes. Como informante clave, como profesor joven, cercano a los estudiantes y recién graduado, que ha sido una de las características para elegirte, pues bueno quiero hablar en confianza y que me cuentes más o menos cómo es la vida de aquí, la cultura de aquí para poder indagar cuando tenga los resultados de los grupos focales para ver realmente donde está el problema o el punto débil, la necesidad para poder intervenir.

Entonces para comenzar me gustaría saber qué opinión tienes sobre el VIH en Chontales en cuanto a los jóvenes, si crees que en realidad es una problemática de Chontales o hay otro tipo de prioridades que quizás son de otra índole como socioeducativas, sanitarias o de otra índole.

**Entrevistado/a clave 1:** Bueno, comienzo, en primer lugar creo que el tema del VIH aunque ahora se hable mucho más de él, se sepa más de él sigue siendo un tema con problemas culturales, todavía hay mucha gente que mira el VIH como algo de otro mundo, de otro planeta, y es complicado a veces hablar de eso. En los jóvenes, por así decirlo mis amigos, con las personas más cercanas a mí, pues hablamos del tema siempre con miedo, de que te lo puedan transmitir, de que lo puedas contraer, pero a la vez las prácticas sexuales suelen no ser las que deberían de ser no? Y muchos de los muchachos, sobre todo en los varones, comenten errores, error fundamental sabiendo las necesidades e importancia del uso del preservativo pues muchas veces no lo hacen, y después andan con el problema de qué va a pasar.

Aquí en la universidad suelen hacer muchas veces exámenes del VIH y después saliera más de uno pálido esperando los resultados porque no saben qué le van a decir. El homosexualismo es algo que ha ido trayendo bastante auge, no sé qué palabra utilizar, en este último tiempo, y los muchachos después de que tienen relaciones, que han logrado tener relaciones homosexuales también han caminado preocupados por esto. Por ponerte algunos casos, pero en sí el tema es mucho más abierto hoy en día, para mi percepción no lo que debería ser, debería de ser aún más. La universidad se ha preocupado por las charlas, por la información, sobre todo el departamento de salud, es algo que yo siempre he destacado en ello, que estén preocupados por esa parte, pero falta, falta mucho trabajo, falta hacer entender a la gente muchas cosas, y más que todo como dice la democracia una educación en sexual es educar a las personas sexualmente, los tabúes son muy fuertes y muy arraigados en nuestra cultura.

**E:** Por ejemplo en, concretamente en educación media o secundaria, ¿se suele hablar sobre educación sexual?

**EC1:** Bueno si se suele hablar, pero es más complicado, sobre todo en algunos colegios, donde la parte religiosa tiene mucho que ver. Por ejemplo cuando yo daba clases, y los colegios de acá, católicos, uno de las monjas y otros de los frailes, las dos veces intenté llevar charlas de educación sexual allá y fue bastante complejo, ya cuando yo mostré o hablé sobre lo que eran las charlas aquí, entonces las monjas miraban saltando los ojos por qué iban a decir los padres, que estábamos promoviendo la promiscuidad o qué se yo, entonces ya fue más difícil. En las secciones donde yo he dado clases, yo siempre lo he dado, sobre todo en secundaria porque generalmente era más compleja en nuestro país, de los 13 a los 16 años es el momento en los que más, que todo el mundo tanto los niños como las niñas andan pensando en sexo, quieren hacerlo, quieren experimentarlo, quieren saber qué es, y es la edad donde más se da, y por mi experiencia y por la falta de educación cometen más errores, de ahí que la población, las niñas mayormente embarazadas sean entre esas edades. Pero se habla, muy poco pero se habla, generalmente se habla más en términos vulgares o, como decírtelo, en lenguaje común, -sí de manera más coloquial- sí, no se habla en términos de educación, y es complicado. En la familia no te lo van a tocar nunca, un padre que una hija le pregunte algo sobre unas relaciones, sobre el preservativo, sobre el VIH, no son temas comunes en nosotros,

son muy pocos los padres que logran hacer eso, las familias que logran tener una comunicación muy fuerte con sus hijos.

**E:** Y en este caso, por ejemplo, el hecho de que las familias todavía no sean yo creo que capaces ¿no? de hablar abiertamente con los hijos, no se trata de potenciarles pero sí de hacerles ver cuál es la realidad y lo que se pueden enfrentar, ¿por qué crees que es debido?

**EC1:** Bueno en primer lugar, como te digo, yo le echo la culpa a nuestra cultura, nuestra cultura es así, mi mamá por ejemplo jamás habló conmigo de sexo, y a la fecha yo nunca he llevado a una muchacha a tener relaciones sexuales a mi casa, tengo que irme a otro lado, no lo puedo hacer. En las familias, sobre todo las más arraigadas a sus raíces, valga la redundancia, no se habla, no se habla por miedo, no se habla por tabú, no se habla en algunos casos creo que porque los padres piensan que si hablan con sus hijos sobre eso, en lugar de orientarlas las van a inducir a hacerlo. Igual con los hijos, el machismo es bastante fuerte aquí, si un padre te va a dar un consejo es "mirá tened tantas mujeres que así vas a tener respeto de tus amigos", y ahí te vas quedando, tus amigos te dicen lo mismo, tus compañeros te dicen lo mismo, las personas mayores con las que puedes tener confianza de preguntarle igual te hablan de lo mismo, que cuantas más mujeres tengas mejor. Para los varones, para las mujeres es como más inhibido hablar sobre esto, ni en la familia, con sus amigas, incluso entre mujeres, siento que les cuesta hablar sobre estos temas. Hay una gran mayoría de la sociedad de Juigalpa que hablar de esto es complicado, yo me siento a veces con grupos de alumnos y comienzo a hablarlo de la manera más educacional que puedo, la forma en la que logro captar su atención es hablarle de mi experiencia, que tampoco es abismal porque tampoco soy un Brad Pitt, pero sí tengo algo de experiencia, y cuando logro obtener su atención y comienzo a hablar sobre esto, sobre por qué hacerlo, sobre por qué no hacerlo, sobre hacerlo con responsabilidad, todas las enfermedades venéreas, transmisión sexual, capto mucho su atención y me doy cuenta ahí que nunca han tenido una plática así con nadie y que cuando lo logran tener me prestan atención como si les estuviera dando la mejor cátedra de mi vida. Me gusta porque yo sé que les va a ayudar aunque sea 20 minutos, media hora lo que hable con ellos, se van para su casa, yo sé que se van pensando en eso, y es de la manera en que yo me acerco a mis hermanos, a mis amigas cercanas es la manera en que les hablo, y funciona, pero no todos lo hacen.

**E:** Y antes comentabas que por ejemplo los chavales hablaban con miedo de contraer enfermedades, o de posibles embarazos pero que después en la práctica pocos utilizan los medios oportunos, ¿eso por qué se puede deber? Porque si en realidad tú comentabas, y por lo que conozco, la facultad trabaja bastante el tema pero claro, los chicos que llegan a la facultad ya vienen con una experiencia personal importante, entonces el por qué si incluso más jóvenes tienen la información, ¿por qué no toman esas medidas antes?

**EC1:** Ya, mira, tú te acostumbras a algo, a hacer algo de manera continua, se vuelve una costumbre difícilmente la vas a cambiar. Ahora las charlas se dan, por ejemplo una de las charlas que más me gustó era en la que les enseñábamos a los muchachos, les enseñábamos digo porque yo participé en algunas, les enseñábamos a los muchachos la forma correcta en la cual ponerse el preservativo y la charla causaba risa, causaba, sobre todo cuando se iba a la parte práctica, con unos penes hechos de palo que tienen en la parte de enfermería, y cuando las muchachas estaban poniendo el preservativo se hacía un relajó. La parte bonita en la que los muchachos lo estaban trabajando de forma dinámica y viendo de forma real cómo poner el preservativo de manera correcta y quitarlo de manera correcta pero aún así cambiar eso de la noche a la mañana no es fácil, a algunos sí se le queda, a otros no. La información se la llevan todos pero no todos la utilizan. Tal vez de manera más continua, si el tema fuese más allá, en toda la sociedad, todos los factores que influyen en la sociedad creo que fuera, fuera más positivo, no sé, no encuentro la palabra.

**E:** Y ¿tú crees que hay diferencias entre chicos y chicas?

**EC1:** En ¿qué aspecto?

**E:** En la manera de por ejemplo, no sé, que a lo mejor la chica sí puede ser como más precavida o los chicos los más dados, los que creen que no les va a pasar, que también en la adolescencia generalmente ocurre, que no somos conscientes del riesgo, el sentimiento de bueno eso está ahí pero a mí no me va a pasar, o la frase del “yo controlo” que es estúpida muchas veces.

**EC1:** Claro que sí, hay una gran diferencia. Las mujeres Chontaleñas y Juigalpinas por excelencia, son súper más reservadas sólo para el hecho de tener relaciones, el hombre no, el chavalito anda buscando con mujeres, sabe que puede contraer, lo sabe y puede estar claro de eso, pero su meta es tener relaciones con mujeres y va a seguir ahí, y si no lo puede con ella va a intentarlo con otra, y aunque pueda con ella va a intentarlo con otra. Mientras que las mujeres no, es lo que te digo la parte machista influye mucho, es la parte cultural, las mujeres son, por la misma fuerza de la familia o inducción de la familia en que no lo debe hacer. En fregadera andábamos con un grupo de chavalitos aquí, y uno de ellos que es bien loco decía “tenemos un índice muy alto de virginidad en la universidad, hay que acabar con esto, no puede ser que en la universidad haya tantas vírgenes”. Y él lo hizo en broma pero realmente sí porque aquí todavía te encuentras muchas muchachas vírgenes, llegan a la universidad siendo vírgenes y aquí las agarran y un poco además de excelencia y bla bla, y pasan cosas. Ahora lo mismo, las muchachas que se mantienen vírgenes hasta cierto tiempo son las que menos saben lo que va a pasar, de lo que va a suceder, las que son vírgenes ni siquiera se lo dicen a sus amigas, porque es complicado hablar de eso, llegan, tienen relaciones con alguien, no se protegen y luego esa persona no sabe con cuántas ha tenido relaciones, con cuántas ni cómo. La diferencia es muy abismal, la forma en que la mujer mira el acto sexual es hacer el amor, la forma en la que lo mira el hombre, hablo en su mayoría verdad, no en su totalidad, la manera en la que la mira el hombre “es un trofeo más”, un punto más a favor, al menos que realmente sucediera el hecho de enamorarse o querer estar con alguien, pero aun así, pienso yo de que de los 22 ó 20 años, cualquier tipo de relación entre dos jóvenes es irresponsable, uno de ellos puede mantener muchas relaciones sexuales, el otro no, o los dos no, pero sigue siendo irresponsable. Ya van pasando. Por ejemplo, yo siempre he dicho que es más propenso que un chavalito menor de 25 años contraiga VIH que alguien mayor a esa edad, es algo que lo he evaluado, estadísticamente pues no sé cómo estamos, no he visto los últimos estudios de MINSA ni nada por el estilo, pero sí siempre he mantenido el hecho de contraer VIH o cualquier otra ETS es más propensa en los jóvenes porque somos más irresponsables para tener relaciones. Y en el caso de las mujeres es falta de conocimiento, falta de apertura para hablar del tema y miedo, miedo de hablar del mismo.

**E:** Un aspecto que también me preocupa o me interesa, porque claro tú decías que en media o en secundaria, en colegios privados que son los religiosos, generalmente es más tabú todavía esos temas ¿no? La sexualidad, eso creo que ha sido durante la historia y todavía hoy día en muchos sitios a lo mejor considerados más desarrollados, pero por ejemplo, ¿podrían haber también diferencias de estudiantes que vengan de zonas más rurales, por ejemplo, que se supone a lo mejor el que pueda venir de Juigalpa, que tenemos esa creencia que es una ciudad un poquito más desarrollada, que puede tener más formación, que a lo mejor tiene acceso a más recursos, que a lo mejor el que venga de un municipio más tradicional todavía, que generalmente son más tradicionales?

**EC1:** Mira, eso sí, donde lo mires, público, privado, estudios medios, público, privado, estudios superiores o universitarios, la diferencia entre el campo, la ciudad en este caso Juigalpa que es lo que se conoce, es abismal y es peor todavía. El joven del campo conoce una octava parte de lo que conoce el joven de la ciudad y la mujer del campo conoce una dieciseava parte de lo que conoce alguien de la ciudad. Porque te digo, puede ser que en los colegios de primaria o en la universidad sea difícil hablar del tema, pero alguien que ha vivido en Juigalpa tiene mejores oportunidades de escuchar a alguien hablar del tema, quiera o no, estudie donde estudie, ha hablado con sus amigas y tiene más conocimientos sobre el tema, pero alguien del campo no lo puede hacer, alguien de una zona rural es más difícil además que, si te hablo de esta costumbre de no hablar, si aquí en Juigalpa todavía en familias, con gente profesional, con miembros de las familias profesionales y licenciados, médicos, etc., les cuesta hablar del tema por esa cuestión cultural, en el campo que hay mucha gente que no terminó la primaria o la secundaria, el tema se vuelve todavía más extraordinario, es hablar de extraterrestres, de

fantasmas, de cosas que no existen, cómo le llaman, leyendas, leyendas urbanas y cosas por el estilo. Sí hay una diferencia enorme.

**E:** Como nos hemos ido adelantando, como casi siempre ocurre, bueno, ya me comentaste que las familias generalmente no hablan de educación sexual por lo tanto no van a hablar tampoco de VIH, del riesgo que puede haber teniendo relaciones sexuales, sí es cierto que por lo menos me ha llamado la atención aunque intuyo que no será la mayoría, y me alegra ¿no? Si fuese lo contrario me preocuparía pero sí es cierto que bueno sí hay casos que no se habla de educación sexual pero por lo menos no de ser precavidos, pero sí hay casos que a lo mejor por esa mentalidad que tú me comentabas aún machista, pues sí aún se les calienta un poquito en determinadas situaciones, que salgan a, pues no sé si a buscar hombre o a tener esas relaciones sexuales de prostitución, porque al fin y al cabo si sales a la calle te estás prostituyendo de alguna manera. Pero bueno, yo creo que es la minoría. Entonces, ¿podríamos hablar que sí existen relaciones sexuales tempranas?

**EC1:** Sí.

**E:** Más o menos, ¿a qué edad? De lo que tú puedes conocer, ¿a qué edad? Bueno pues, a lo mejor en temas de tabaco, pues a partir de los 12 están empezando a consumir, entonces más o menos a qué edad. Porque antes sí me comentabas que de los trece a 22.

**EC1:** Pienso que esa puede ser una edad promedio, casi por lo menos casi todos los muchachos que conozco han perdido su o han tenido su primera relación sexual a los 12 ó 14 años. Y las muchachas aunque no lo digan, tal vez a veces puede ser un poco más tarde, pero también hay muchas que lo pierden a esa edad, en promedio yo te diría que los 15 años las mujeres y unos 12 ó 13 los varones. Es que incluso a veces tu amigo o tu grupo con el que estás te motiva a que tengas relaciones para que des el paso de niño a hombre.

**E:** Claro, lo que llamamos el grupo de iguales, la influencia que tienen las amistades, los amigos...

**EC1:** No, lo gracioso es que a veces el resto de tu grupo tampoco ha tenido relaciones y te inducen a vos a que las tengas, es bastante chistoso por un lado pero es interesante cómo te pueden inducir a hacer algo que tal vez no estás preparado, no manejas nada el tema, te inducen de la misma forma y ellos no lo han hecho. Siempre me llamó la atención eso que es bastante especial y hasta te cuentan historias como que lo han vivido. Con el licor me pasó algo parecido.

**E:** Entonces, eso por ejemplo, por qué podría, porque por el tema de drogas en general, puede ser el tabaco o alcohol, con las drogas en general (que entra tabaco, alcohol,...) sí hay esa influencia del grupo de iguales también pero no sé si ocurre lo mismo en el tema del sexo por el hecho de ser el más guay, decimos nosotros, eres el más divertido o porque te has adelantado...

**EC1:** Mira, sí existe, y en los varones es muy fuerte que las mujeres, por lo mismo, seguimos hablando de lo mismo, el machismo aquí es muy grande, es un pleito por decir he tenido más relaciones que vos, he estado con 5 ó con 8 y de repente sale un amigo del grupo y dice he estado con 22 y aquí están los nombres y te quedas ohh, es el men, el de la película. Con las mujeres pues, en el grupo de mujeres muy pocas mujeres van a atreverse a decir he estado con 22, las mirarían como unas prostitutas o la mirarían como una fácil, no sé qué palabra utilizar, pero en el grupo de los varones sí. La onda es, ¿con cuántas ha estado vos? Con tres, nooo, pues tenés que igualar, tenés que acercarte por lo menos a nuestro número. Y sí se da bastante, en la universidad se da más, en la universidad esa parte se da más aunque he sentido que tal vez los grupos de los primeros años o la gente que está recién llegada a la universidad, no sé ahora tal vez será diferente por lo que estoy como docente, pero he sentido como que no, no, no es lo mismo, no es la generación que yo viví, no es la gente que pensaba...

(pausa porque abren la puerta del aula)



**E:** Sí, pues estabas diciendo la impresión que tú tenías en la universidad, que lo estabas viendo distintos

**EC1:** Se siente distinto, se siente distinto ahora, cuando nosotros entramos y competíamos, cuál te gusta de esa sección, tal, cuánto tiempo, tanto, y hasta apuestas se tomaban por conseguir una mujer –es competición-. Sí y es lo que te digo, ahí sí te digo influyen, los grupos influyen en la parte sexual incluso más de lo que deberían, sobre todo cuando sos de las personas que acostumbras a andar con bastantes amigos, pues por que por lo menos al chaval que le guste andar solo o a la chavala que le guste andar sola pues lógicamente la influencia sobre ella de los amigos es muy poca, pero los que acostumbran a estar rodeados de un grupo de personas sí están influidos, y a veces sin darte cuenta, a veces sin darte cuenta influyen sobre su vida, sobre su forma de pensar.

**E:** Entonces, por lo que hemos hablado, yo casi que la voy a hacer para confirmar, pero la tendría bastante clara, en cuanto a las relaciones sexuales entre jóvenes, la pregunta era si solían ser con parejas estables o esporádicas, pero intuía más o menos la respuesta.

**EC1:** En una gran mayoría es esporádica pero también se dan las relaciones estables se dan, y se dan bastante entre novios, pero depende lo que llames estables o esporádicas. Para mí, yo he visto parejas que tienen relación y pasar 6 meses teniendo relación como novios, y luego terminan y empiezan otra relación y pasa lo mismo, dilatan 8 meses o un año, y así van, en cierto modo pueden ser estables que pasan buen tiempo con una sola persona. Infidelidad (risas) ya no me voy a meter en eso ya no me voy a meter en eso, pero los muchachos sí pueden pasar, más el universitario, el chavalito de secundaria no anda buscando eso, pero en universidad sí el chavalito puede estar, si le gusta alguien puede estar con esa persona teniendo relaciones estables, aunque al mismo tiempo, aunque al mismo tiempo si no tiene una relación puede andar viendo qué caza, viendo qué encuentra por ahí.

**E:** En el caso del, siempre de las opiniones que tú tienes, en el caso de esas parejas sean esporádicas o no, que tienen relaciones sexuales y sí utilizan medios, ¿qué método utilizan en general?

**EC1:** Bueno, mira no sé de qué hablarte, si de lo que conozco, de las personas más este, como te lo digo, bueno popularmente aquí el preservativo..., sí cuando andan en relaciones esporádicas sin...aunque esporádicamente también dependiendo del estado no lo usen, del estado en el que anden. Se usa, usan bastante los muchachos lo mismo a falta ppms (pastilla para la mañana siguiente), a veces salen con una pareja, lo encuentran, quizás están un mes con ella y en el mes le meten 25 ppms. A veces es más importante para el joven el que la mujer no quede embarazada a que contraigan enfermedades. Estás pensando, o ellos me imagino que piensan en el hecho de un compromiso, tal vez abandonar la universidad, por dedicarse a trabajar, mantener una familia, por eso se utiliza mucho el ppms. Pero el preservativo puede ser una medida que se utilice quizás en un 60% pero ya cuando son relaciones esporádicas el 60% de las veces usen preservativo, si no la pastilla. El chavalito de acá está acostumbrado, por ponerte un ejemplo, viene una chavala, le conozco su historia, sé que no ha tenido muchos novios, que no es alguien que anda con uno y con otro y con otro, entonces me confío en eso y puedo tener relaciones con ella sin preservativos. Pues para no tener problemas con el embarazo le doy una pastilla para la mañana siguiente y evito los niños, está solucionado todo y no pasa nada. Así lo mira, el hecho como de tener confianza con alguien para tener relaciones sin preservativos y luego un anticonceptivos para evitar embarazo.

**E:** Claro que, está bien pensado pero sobre todo cuando sea una pareja así estable y conoces a esa persona de dónde viene digamos, pero claro, pero para el tema de ETS en general, de cualquier enfermedad...

**EC1:** El problema es que nunca terminas de conocer a nadie, y por muy bien, creo que es algo, mira que a lo mejor la muchacha ha tenido un solo novio y relaciones ese sólo novio, yo puedo conocer a la muchacha y sé que sólo tuvo relaciones con ese novio y sé que me lo puede

asegurar pero yo no sé con cuántas tuvo relación el novio de ella y ese es un error de razonamiento muy común, que te dejas llevar por la muchacha no por las personas con las que pueda estar la muchacha y uno no sabe, y se complica.

**E:** No es que es una cadena, sí es cierto, lo que pasa que muchas veces yo creo que sí que ocurre en una gran mayoría, incluso en los preservativos, en una mayoría de los contextos por lo menos en el mío también, que lo que tú dices, que tú puedes conocer a tu pareja o a la persona que estás conociendo pero no sabes de dónde viene la otra persona.

Bueno, ya casi casi estamos terminando. Hablábamos antes de que sí tenían información pero casi todos muchas veces no solían tomar precauciones, ¿qué causa crees tú que es por la que no, la que quizás no toman los medios? Porque lo que estábamos diciendo ese sentimiento de que no me va a ocurrir o de que sí que eso lo conozco pero que no, en realidad no le doy mucha importancia, o influye quizás también el tema de desinformación que en algunos casos puede haber o estas ganas de emancipación quizás por la cultura que hay, por el cómo son los padres, porque quizás no tienen esa confianza, o esa, o cierta libertad y llega el momento en el que lo que quieren es tener pareja, salir de casa y quizás es una vía.

**EC1:** Mira, son muchos los casos, no sabría decirte exactamente cuál sería el factor mayor para no usarlo. En el caso de los que tienen información no lo usan porque pienso que muchos de ellos es por la sensación, la pérdida de sensibilidad, el preservativo o porque se sienten mejor hacerlo por tener relaciones sin preservativo. La falta de información sigue siendo un problema serio en una gran mayoría, el tabú de la sociedad y las familias como tal también influye mucho. Y el hecho de, se da muy poco de verdad se da muy poco porque ha habido más concientización pero sí existe todavía algunos que creen que no les puede pasar, son muy pocos pienso porque ya han visto que les puede dar a cualquiera, pues no es, no selecciona ni razas, ni credos políticos, ni estatus social ni nada por el estilo, le puede dar a cualquiera pero sí todavía hay sus cuantos que se creen los inmortales, los dioses del Olimpo y que no les va a suceder nunca. Pero por mencionarte los factores más importantes que yo conozco son esos, el hecho de, pienso que los que tienen información pues he visto algunos que les pasa porque tengan relaciones en estado de ebriedad y el mismo estado de ebriedad se les olvida o no les importa y tienen más relaciones así por así. No son mayoría pero he conocido a muchas personas que les ha pasado esto, o a otros que por la pasión, tal vez primera vez que están con su novia juntos y no quieren matar el instante, y sucede todo tan rápido que, que pasa por.

**E:** ¿Cómo crees que se podría prevenir en la juventud? En cuanto a todo lo que, todo lo que hemos comentado y que creo que la conclusión casi casi puede ser la tradición cultural que hay ¿no?, que es muy arraigada y que cuesta cambiar. Está claro que de la noche a la mañana no se puede, y el machismo que también...

**EC1:** Mira, sería, para poder combatirlo de manera eficiente tiene que ser una guerra, una guerra en la cual todas las partes implicadas participen: medios de comunicación, los colegios de secundaria, la universidad, la familia. Pero el problema es que en Nicaragua en sí, hacer cambiar de pensamiento a la gente no es tan fácil, a los viejos, a las personas mayores, incluso a profesionales que nosotros les llamamos de la vieja escuela, a los que se formaron en otra etapa en Nicaragua no los vas a hacer hablar de un tema así porque así. Pero si desde tu familia te estás atacando, si te encontrás con amigos que tienen información igual o mejor que la tuya, si en el colegio te están diciendo cuál es el problema, cuáles son los riesgos, cuáles son las consecuencias y llegas a la universidad y te siguen hablando de lo mismo, y vas por la calle y mirás un cartel diciendo “usa un preservativo” y encendés la tele y mirás otro anuncio que te está diciendo que puedes contraer VIH o una ETS. Si fuera atacado de esa manera, en internet el sitio que visitarás en vez de mirar un anuncio de que ganaste tanto ya mirarás un anuncio de educación sexual, creo que si se atacara de esa forma para mí fuera lo ideal, que la información te llegara de todos lados, que incluso en los cigarrillos apareciera “fumar es dañino para la salud y usa preservativos”, que se atacara de todas las formas posibles. Que compras una tortillita, una ranchita, cualquier mercancía en la pulpería, en la tienda donde comprés y que ahí fuera un mensaje creo que sería una buena forma de erradicarlo. Pero, igual yo soy bastante idealista pero también a la vez realista, eso no va a suceder de la noche a la mañana y pienso que, en lo que hasta donde nosotros hacemos, es bastante bueno. Por ejemplo, yo



intento compartir lo poco que sé con la gente que conozco, y intento hacerles ver a ellos que entre más compartan ellos, mejor va a ser; por tener una sociedad más sana.

Hace poco me di cuenta de que una persona que conozco desde niño tenía VIH, pues y, y es un deber constitutivo, es alguien de la calle, nosotros le llamamos peluquita, pero fue un susto pues yo nunca me imaginé que esta persona iba a tener VIH, y me di cuenta de forma trágica porque él no sabe leer y llegó con unas recetas para que se las leyera y miré que en las recetas decía que... una persona con VIH y... a cualquiera le puede pasar, es complicado.

La educación de nuestros niños, de nuestros jóvenes, está en mano de los docentes pero después como docentes tampoco puedes influir demasiado. Yo una vez miré unos alumnos, a una alumna en específico, saliendo con un montón de muchachos, me fui, hablé con la mamá y me dijo que no me anduviera metiendo, que era la vida de su hija y que yo no tengo porque meterme, entonces, a veces te quedas como que, cierto si ni familia mía es por qué voy a andar hablando algo que no me compete, pero igual, pues me preocupa, me preocupe saber pero después no todos tenemos esa conciencia. Y el problema cultural es enorme, estamos rechazados culturalmente para..., incluso tener relaciones con una chavala aquí tenés que hacer miles de maravillas para poderlo hacer, no podés ir y decirle "mirá quiero que tengamos relaciones", ya es para que te trate y jamás te vuelva a hablar en su vida. Hasta ese punto, pero pienso que si lo pudiéramos hablar más abiertamente pues las cosas se harían con mayor responsabilidad, no serían tan a la ligera o tan fugaces de que sólo pasan en el momento y ya no me importa nada más...

**E:** Claro lo que pasa es que, tú comentabas que los docentes tenemos gran parte pero, pero quizás si miramos, lo que tú decías, la FAREM está haciendo bastante en este sentido, sí yo creo que está haciendo bastante, claro si pensamos que los chavales que están ahora estudiando van a ser los padres del futuro ¿no? Entonces, claro lo que pasa que, tú mismo lo dices, el cambio de mentalidad no es a corto plazo pero en manos de ellos está ¿no? Entonces, por lo menos, la segunda o tercera generación pues sí que tenga bastante más información y que entre todos se pueda ir hablando más abiertamente. ¿Crees que en los casos que puede haber y se pueden conocer de personas que tengan VIH, de manera general por las personas, puede haber como rechazo quizás por la desinformación o por el mismo tabú de que no se hable y entonces...?

**EC1:** Mira, sí existe, el rechazo todavía existe, lo miro menos que antes, pero todavía existe, rechazo o miedo en acercarse a las personas, que en definitiva es lo mismo, porque yo recuerdo que cuando yo estaba en segundo año de secundaria, tal vez 10-11 años no sé, no recuerdo bien la fecha, a veces llegaba, me acuerdo que llegaba bastante un señor que tenía VIH, y llegaba a pedir dinero al colegio donde yo estudiaba, todo el mundo lo apoyaba, pero generalmente era el presidente de grupo el que se levantaba, recogía el dinero y con miedo se lo iba a dar a las manos al señor que llegaba. Poco tiempo después todavía cuando él murió, como no tenía familia, en nuestro colegio se hizo una recolecta para ayudar a enterrarlo y toda la cuestión, pero todo el mundo con miedo en acercarse al ataúd, o algo por el estilo, porque incluso fuimos porque el colegio que más visitaba era el de nosotros, y de ahí al día que re digo me di cuenta que esa persona que es del barrio donde yo vivo tenía VIH, toda mi familia se dio cuenta y lo tratan igual, entonces digo yo, ha mejorado mucho, pero sí todavía existe. Hay gente que no se le quiere acercar a alguien que tiene VIH, una vez en el hospital escuché un comentario de alguien que "hay no, hay están los que tienen SIDA, no que mejor no vamos ahí". Son cuestiones bastantes feas, a mí no me gusta pues, porque son personas, son personas enfermas. Me puedo enfermar de los pulmones, un día lo voy a hacer que me de cáncer, pero –esperemos que no por Dios-, pero igual, no me gusta sentirme así. Pero te lo digo, sí existe, aún existe el rechazo, la no aceptación o mejor me alejo o qué se yo. Sí que existe miedo todavía de la gente, y el miedo que existe es por falta de información.

**E:** Ya para terminar, ¿crees que para prevenir las infecciones o ETS, que el VIH es una de ellas, una solución que quizás va a lo mejor en relación a lo que tú comentabas de esa guerra entre diferentes instituciones, profesionales, sería implantar la educación para la salud, que podría ser, por ejemplo por empezar, como decimos que el cambio no va a ser de la noche a la mañana pero por algún sitio hay que empezar? Por ejemplo implantar EpS en la Facultad, que sí se trabaja prevención, como decía, quizás de las compañeras

de enfermería sobre VIH, pero quizás que sea algo más formal, que tenga un nombre, que se de a conocer, que sea algo como más formal.

**EC1:** Quizás un curso, diplomado o meterla como una asignatura, creo que sí serviría...

Pienso que si fuera algo más formal, más serio y de mayor continuidad claro que serviría y sería una buena forma de iniciar en la facultad. Y, no sé hasta dónde estás involucrada con lo que significa la facultad para la región, pero en sí la UNAN como tal en Nicaragua, pero la UNAN en Chontales repercute mucho o demasiado en la sociedad. Los profesionales de acá son considerados de un nivel alto, el que estudia en la UNAN "ah, estás estudiando en una buena universidad", si se lograra hacer algo de ese tipo claro que ayudaría y mucho.

**E:** Claro porque tiene un prestigio ¿no?

**EC1:** Prestigio de años y lo ha mantenido, aunque con sus errores y todas sus debilidades y muchas, pero aún así, es lo mejor que hay. Tener algo aquí sería difundir de manera...

**E:** Claro, por eso, porque a lo mejor es complicado empezar ahora en primaria o en la media porque tienes que trabajar seguramente con profesores que puede que no estén concienciados. Una estrategia o posibles actuaciones que sea la propia facultad la que establezca, o una asignatura que quizás fuese transversal para todas las carreras.

**EC1:** O iniciar en un área específica, no sería problema. Mira, es que hasta eso, vos prepararás a los alumnos de aquí en algún lado, y sabes que esa información va a ir a primaria porque aquí hay miles de profesores, perdón, cientos de profesores que trabajan en primaria, en secundaria. Hay gente que trabaja en restaurantes, en gasolinera, gente que trabaja en sus tiendas, en farmacias, en el hospital en el INSS. Osea, tenés a toda la sociedad de los niveles que los mirés, niños con una experiencia económica bastante buena, o de familias de alto grado en la sociedad, que todavía se haya, la élite de la sociedad más pudiente. Miras aquí a todos, yo te puedo llevar a una sección y mostrarte, mirá "él vende agua, él es carpintero, él vende en las calles, él es lustrador, él es..." y vas a mirar que hay una diversidad de personas en una sola sección que quedas asustado. Por eso te digo, si se pudiera iniciar con algo así desde la FAREM el cambio sería notable porque estarías enviando información a todos los lugares de la región. Y no de Juigalpa, de la región: de Buaco, Nueva Guinea, de Rama, fuera de Chontales se expande todavía la UNAN como tal. Después aplicarlo a la UNAN-Managua en su totalidad todavía...

**E:** Claro y yo creo que también para que se vea como algo más normalizado, que no estamos hablando sólo de VIH como una temática sino que educación para la salud en general: de salud laboral, adicciones, ETS, de nutrición, de problemas alimenticios, o sea, que se vea como algo más transparente, más natural y que quizás es la herramienta para ir rompiendo algunos tabúes, mitos que, y como tú estás diciendo, que quizás la FAREM tiene una institución muy potente y que puede llegar. Bueno **C.**, ¿algo más que quieras añadir? Gracias. Por mi parte encantada de charlar este ratito y cuando termine el proyecto te lo haré llegar –me gustaría-para que veas un poquito todo el proceso que creo es importante que la gente que participa, y sobre todo a este nivel que son profesores y profesionales, que puedan ver en qué han participado.

## ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE N° 2

**Entrevistador/a:** Bueno **I**, buenas tardes, gracias por aceptar la invitación para la entrevista, como te decía el..., proyecto es deeee..., de investigación, corresponde a la tesis doctoral y se centra en los conocimientos y practicas de riesgo que tienen los estudiantes de la FAREM sobre el VIH/SIDA. Entonces en..., en la entrevista, lo que me interesa es... heee, como informante clave queeee... que tengo elegido (al ser profesora) **aspectos cultural** de laaa... de la FAREM y ser joven, cercana a los estudiantes, es que me cuentes un poquito la percepción que tu tienes sobre el; hee..., las prácticas de riesgo que tienen los estudiantes. Entonces heee..., en primer lugar y para comenzar heee..., me gustaría saber que te parece un tema importante: el (VIH)¿? en Juigalpa y Chontales, no? Porque nos centramos en el departamento porque es donde viven la

mayoría de los estudiantes y crees que es un tema importante? O por el contrario, a lo mejor hay otro tema que se prioriza ¿?

**Entrevistado clave 2:** Bueno, para mi es importante tratar este tema porque es un tema que no debería de gastarse nunca, en primer lugar, debido a que el contexto en que nosotros estamos viviendo actualmente como jóvenes y todos los chavalos que vienen... estamos siendo influenciados por una cultura distinta en cuanto a la sexualidad, ya en las escuelas se están abriendo; verdad, algunas metodologías, este... que le van enseñando al joven, al niño, todo lo que es la parte de la sexualidad, la concepción, hee..., la natalidad y todos esos temas, sin embargo, en nuestra cultura, anteriormente verdad, si tu tenías un novio, es un novio de mano sudada, como quien dice verdad! Es un novio que vos salís con él, que vos, hee..., que agarrados de la mano y todo eso, eso era antes tener un novio y que no implicaba la relación sexual porque dentro de la parte, incluso, heee..., religiosa, ha tenido bastante influencia pues, en cuanto a esa situación, (\*\*\*\*\*), en cuanto a esa situación, sin embargo, hee..., ahora, con todos los medios de comunicación, las telenovelas, osea, ya se da un cambio en esa percepción de las relaciones amorosas en sí, pues, y de que si pues, ya tener novio conlleva a tener relaciones sexuales y eso es un cambio que yo lo he podido ver en estos veintinueve años pues que yo tengo, porque en si, por ejemplo a mí, mi familia igual me criaron de esa manera ya, que si tenes un novio, que si tenes otro novio, pero nada de relaciones que eso es hasta el matrimonio, entonces, te crían de una manera pero vos vas aprendiendo otra porque te las tiran tus mismos amigos, o sea, en sí, toda esa información, toda esas nuevas tendencias te las tiran tus amigos, te las tira la televisión y entonces estas bombardeado todo el tiempo a que te estén impulsando a tener relaciones tempranas aunque siempre se han dado verdad, independientemente de la época en que se dé, me pareció un poco curioso! Hace unos cuantos años viaje a unas comunidades campesinas, no de aquí, de Juigalpa, sino de más adentro, en el lado de ,Muan, como es que se llama aquí del, del Rama, esa vez, este, yo miraba de que es cultura de ellos, agarraban a las niñas de 13 años, hombres viejos ya, de, que se yo, treinta, cuarenta años, porque ya después a los veinte años, ya la mujer, ya esta vieja, ya no sirve para él, ahí hay una diversidad en la manera en como nosotros entendemos la sexualidad como tal o el inicio de las relaciones sexuales. Otra de las cosas, también hee, de que la influencia del que se hace tu amigo o tu amiga sobre vos, tiene que ver mucho con el inicio pues, de las relaciones sexuales a temprana edad, y entonces es solo que lo que te dice tu madre, andas con uno, andas con otro, andas jugado de segua, o sea que una mano paso sobre vos, otra mano paso sobre vos y eso tiene que ver sobre los valores que tu familia te inculca, pero si tu familia no te inculca eso y vos te dejás influenciar por el resto del mundo, vos vas a hacer lo que el resto del mundo hace y en ese sentido, pues, las mujeres más que todo, cometemos el error, hee, de a lo mejor andar o tener relaciones sexuales con personas que no merecen la pena, que después van andar hablando de vos y que al fin y al cabo te van a pasar cualquier enfermedad y es ahí donde está el peligro, ahí es donde está la vulnerabilidad tanto de hombres como mujeres porque en el caso de los hombres es un poco diferente, aquí el hombre que..., que tiene más mujeres es más hombre, mientras que la mujer, si tiene más hombres, es otra cosa, es una prostitutas, o es una cualquiera pues, o sea que anda con cualquiera, es la fácil.? Si, si pero como la sociedad de nosotros es mas machista, es más marcada y no los haces cambiar de idea, al hombre que piensa así, muy difícilmente lo haces cambiar de idea y entonces por eso yo considero que es muy importante que se hable de estos temas porque también hay otro fenómeno, que la población es joven, la mayoría de la población de Nicaragua como tal, dentro de su crecimiento es joven, no tenemos una, una..., una pirámide invertida como en otros países, aunque ya se está nivelando pues pero, pero si, vos vas a ver de que las niñas están súper desarrolladas, que ya están teniendo novios, yo tengo un ejemplo de..., de una niña que tiene trece años, ella desarrollo, o sea le bajo su regla a los 11, heee..., y ella ya está en primer año creo, primer año de la secundaria y entonces la que la cuida, la persona que la cuida, miraba que la niña estas al teléfono todo el día, que está en el facebook todo el día, o sea, trece años y tenes teléfono tenes facebook, tenes correo tenes tanta información y entonces la niña pasaba en el teléfono todo el tiempo, la mama no vive aquí, está en Estados Unidos y le manda, son, son casos pues que se dan, entonces parte de la familia que serían los tíos de la niña, incluso yo pues, hasta metí mi cuchara, - ¡hombre! ¡No le den teléfono, bloquéenle facebook, está bien que este en internet, hacer tareas, todo es útil, pero que no entre a..., a estar en eso porque ya, pasa demasiado tiempo! Y entonces descubrieron de que la chavala ya tiene un amiguito, un semi novio y a los trece años, ya, o sea ya la experiencia del primer amor, ya te va impulsando a hacer otras cosas más cuando no

tenes un control en tu casa y que es lo que pasa, vino la mama y le mando un celular, -¡Ideay! Entonces, en vez de estar controlando la situación eso va estar fuera de control, entonces esta niña, a más tardar, cuando tenga unos 15 años, si esto es que esta así, y hasta dice que si le quitan el teléfono, que si se la llevan para Estados Unidos se suicida, entonces a que niveles estamos nosotros llegando como padres, como, como educadores y la verdad es que vos en el aula de clase, como profesor pues te preocupas por dar la clase, al profesor que le interesa, se preocupa por que su alumno aprenda pero la verdad es de que poco incidimos en la vida de los muchacho, no conocemos la vida del muchacho ni en que poder ayudarle, aunque hay muchos en mi caso por ejemplo, yo he tenido preguntas de, qué hago que estoy embarazada, que si aborto, que si no aborto, o sea son preguntas fuertes que te hacen los chavalos porque decís vos: hee, ¿cómo decidir sobre una vida si yo quién soy?, o sea, es que los chavalos a veces te toman en serio en serio también como profesor o que como se del embarazo, yo por ejemplo en una clase que tengo, cuando doy biología y eso, cuando viene el tema de la reproducción, además de que lo trato a nivel celular, lo, lo trato con, unas enciclopedias viejas que, que hay en mi casa y yo me las traigo y entonces esas enciclopedias son para diferentes edades, de, de cinco años a ochos, de trece años a catorce años, son publicaciones de los años setentas que yo no me acuerdo pues, y ahí te aparece lo del condón, lo de esto, lo del otro, todo lo, las enfermedades y hay otro que este no sé cuándo a los 22 años, de los 17 creo a los veintidós años y entonces, esas enciclopedias me dan risa porque vienen ilustradas y traen a la gente desnuda, entonces los chavalos se quedan: ¡haaaaaa! Ya?, ¿Porque? Porque la información no te viene directamente desde tu casa, porque los padres tienen mucho miedo de hablar sobre la sexualidad con los hijos, porque ellos mismos tampoco fueron educados en un momento o nadie les dijo y entonces es ahí donde se vuelve un ciclo de falta de información en todos los niveles, cuando yo les muestro esas enciclopedias a los muchachos y les explico una cosa, otra cosa, ya después, ya ha habido varios que me llaman aparte, - mire que a mí me ha dado tal enfermedad y ¿que hago?, si ya uno, pues, uno más o menos no es doctor pero le dice pues de que primero que tiene que ir donde un doctor y que tiene que tratarse el problema, pero de que tiene que, más bien, tener medidas de prevención y que para eso está esto, esto y lo otro, entonces en ese sentido, hee..., habemos profesores un poco abiertos, pero también hay otros que les da pena, igual, por la misma cultura en la que vivimos, no todos van a, hablar de lo mismo, ni van a estar dispuestos a darle una respuesta a algún chavalito, ya?, que es bastante difícil.

**E:** Entonces..., estamos viendo que la última idea vaaa... (\*\*\*\*\*) va muy (bien hecha a ti)¿?¿ ? la pregunta heee..., en líneas generales, ¿Crees que la población chontaleña habla abiertamente de sexo?

**EC2:** No, no

**E:** ¿Por qué no habla?

**EC2:** Porque el sexo como tal y todo lo que se vive, la gente tiene, ¿cómo te dijera yo?, una mente un poco cerrada, Vergüenza al hablar de estos temas y también un poco de restricción porque, tampoco del todo es que ha desaparecido verdad! La parte de que de, de muchas personas que te inculcan un poco de valores pues, morales, un poco más elevados que los demás, no se habla tampoco porque era lo que decía en la idea anterior, no está un ciclo de información completa porque es así, por ejemplo: en mi caso con esas enciclopedias viejas que te dije mi mama, yo, yo tenía 7 años cuando mi mama me hablo de sexo, y yo desde esa edad, yo lo sé todo, o casi todo pues, a nivel general, por qué? Porque ella, cuando yo tenía esa edad, ella quedo embarazada, y entonces qué es eso decís vos, como niño vos te haces muchas preguntas y entonces mi mama, , además pues, de que las criaron en ese tipo de, de valores, este, también estudio hasta ciertos años universitarios y estudio biología y cosas así, y además, este, yo creo que, no, no, no dio clases, era secretaria y cosas así, entonces vivís rodeado de un cumulo de información y entonces ella logro transmitirme de la mejor manera la comprensión de la sexualidad como tal, pues, o sea, que ¿cómo se tiene un niño?, ¿que cual es el nombre del pene? que ¿cual es, es esto?, hee..., y más después ya te van explicando el resto no? ¿Que si hay pastillas?, ¿que si hay condones?, que si... todo, todo, que hay enfermedades, pero lo básico, lo básico, yo creo que te lo deben decir en tu casa, entonces, al tener un montón de jóvenes, criando jóvenes porque aquí sucede un fenómeno súper interesante, aquí en la universidad se celebra un día que es en diciembre, que se hacen unas

piñatas a los niños, yo siempre colaboro, voy a repartir tickets, etc. etc. Pero el año pasado me... y nunca me había quedado, el año pasado me quede y en lugar de darme una alegría me dio una profunda..., no sé un vacío horrible pues, que yo más bien, yo creo que me fui temprano y ya no aguante más, entonces, tenes jóvenes criando jóvenes, y no estoy hablando de muchachas de 17, no! Te estoy hablando de muchachas de 15 años que han venido con sus niños chineándolos verdad! Y apenas tienen 15 años, estos son niños criando niños y entonces es ahí donde se rompe esa secuencia de esa información porque digo yo, dentro de 15 años más que esta otra creatura tenga 15 años, será esta de 30 años capaz de explicar algo bien?, no lo creo, yo no lo creo ¿Por qué?, porque esa secuencia va desmejorando, cada vez que pasa el tiempo, entonces no, no, no hay una, ¿cómo te dijera yo? una congruencia en todo lo que se dice y por eso es que tampoco la gente habla. Porque ¿para qué vas a hablar? Si no sabes ni siquiera las terminologías correctas, porque si vos te vas a los barrios más pobres, allá no te van a hablar, heee..., con, con los términos comunes que a lo mejor nosotros conocemos, te van a hablar de vulgaridades, en la calle te van a referir al sexo pero en términos de vulgaridad, en lenguaje obsceno completamente, entonces, ¿qué puedes transmitir vos?

**E:** Ejemplo de, de Aspectos reales que te estaba diciendo de..., sobre sexualidad no se habla tampoco de enfermedades, menos, de transmisión sexual y deberían; menos, hee... estaba consternando que, bueno que hay casos de niñas jóvenes de 15 años o menores queee..., pueden, que tienen niñas no? Entonces, hee..., Los datos, es verdad que se confirma que hay relaciones sexuales temprano, generalmente, ¿En qué edades?, ¿Que si son esporádicas? O son ya por relaciones ¿...?

**EC2:** Es que eso es lo que pasa aquí, la mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no todos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan.

**E:** ¡MM. Generalmente tú estás de acuerdo que los jóvenes... .. Sexuales

**EC2:** Por lo general yo creo que no porque es lo que te digo, hay un desorden en la juventud y creo pues que no, no, no todos, o sea, debe haber una gran mayoría obviamente que usan protección pero lo ven más desde el punto de vista de evitar el embarazo en lugar de protegerse de tal enfermedad, no en si voy a usar un preservativo por, no valla ser que me de algo, a? sino que voy a usar el preservativo para no dejar a esta chavala embarazada, o la chavala: - ponete el condón que no quiero quedar embarazada.

**E:** Y eso por falta de información en general ya no solo lo de la familia sino

**EC2:** No hay interiorización de la información porque, si en la universidad hay campaña y es muy buena, pero que es lo que pasa? lo haces una vez cada cierto tiempo y en la, y en lo que, para que una, para que un tema se interiorice tenes que estarlo diciendo todos los días, entonces, aquí se dicen las cosas, se hacen las campañas pero no es que no sea constante, sino que es, como te dijera yo? Bueno, vamos a hacer un foro sobre VIH, van todos al auditorio pero pasaron tres meses hasta que los volviste a llevar o solo hicistes dos al año, entonces que le va a quedar al joven, o sea, por lo general, ideay... por un lado les entra y por otro lado le salió y a lo mejor dentro de la, de la, de la mejora verdad? Para esta situación sería tener dentro de esa clase que dan de seminario de formación integral, porque en esa clase se da medio ambiente, relaciones humanas y, y género, sería a lo mejor meterla ahí como un eje transversal para tocarla porque, a ver, si no sos estudiante de la salud, y sos de contabilidad, tu profesor va a llegar a darte ta clase de contabilidad, no te va a hablar de eso, ya?

**E:** Ummm, en los casos, nos centramos en casos a lo mejor que, pero en alguna, alguna pareja, alguna relación, ¿tú crees que... que pueda haber uno de los dos miembros que....

**EC2:** Si, si, hay una, hay una diferencia muy marcada, en el caso, en el caso del hombre, el hombre te dice no! Que no quiere usar preservativo, pero, eso es de las mujeres verdad? que



ya realmente están informada entonces que es lo que te dice el hombre, -¡jes que con condón no siento nada!, y entonces vos te quedas ahí, como no siente nada, -¡dale pues y accedes a tener una relación sexual sin preservativo, y muchas mujeres que jamás, por su... ¿cómo se llamaría eso? Su, su todo su ser, sus valores, su, esto que jamás le van a pedir al marido que se ponga un condón porque les daría una penisima pero horrible.

**E:** Y en chontales o Juigalpa, ¿crees que niveles educativos, inferiores, primaria o secundaria, se está hablando ya de sexualidad?

**EC2:** Sí, eso de, dentro, dentro de los programas educativos hay, hay algo sobre la reproducción sexual, en años anteriores había un poco más de información, pero con estas restricciones también un poco..., heee... que para los valores y todo eso, hay..., hay estilos, es que ese es el problema, que hay estilos de escritura o de expresar la información que a lo mejor no son los adecuados para los jóvenes, incluso dentro del medio educativo y entonces muchos padres de familia, eso fue hace varios años ya, se quejaron pues de que..., de que era demasiado explícito y todo eso pues, más que todo en jóvenes menores ya de trece a quince años, pero actualmente vos le preguntas a un chavalito y..., te contesta todo, todo saben, ¿Por qué?, porque en la escuela, les...

**E:** ¿Suelen haber diferencia entre los estudiantes que vienen por ejemplo de Juigalpa que en la capital, del departamento y... a otro municipio o de las zonas rurales?

**EC2:** Sí, tengo un caso (\*\*\*\*\*) que hasta ya me lo traigo (\*\*\*) este, el..., mire hee, el joven de Juigalpa, es lo que te digo, está informando de internet, de esto, de lo otro y bueno, se dan sus cosas, está un poco más informado que el muchacho del campo, en el campo es diferente porque la cultura es diferente y el modo de ver la sexualidad es un poco, incluso hasta mal intencionada porque son un poco más mal pensados verdad! Y su, su estilo de... de entender la sexualidad que el resto de nosotros y..., y también existe una desinformación a nivel rural que es increíble.

Yo tengo un estudiante que es de sábados: -¡pero si yo soy tímido... que no sé qué! Ok, este y entonces yo no, y usted no tiene por qué ser así, que no sé qué y que no sé qué, investigando la vida, además que yo pensé que él era una persona mayor que yo y no, es una persona súper menor que yo, veintitrés años tiene y a sus veintitrés años ya tiene dos chavalos, dos hijos, una niña y un niño, no, le digo, porque una vez, viendo una fotos que el tomo, yo le preste una cámara y todo para que tomara foto en la cinta y es de Camoapa para dentro, este, ¿este es el suyo verdad? y ¿esta niña también es la suya?, le digo,-¡ no! me dice, -¡no, no es mía!, si es suya le digo, si es su cara le digo, esa niña es suya, si me dice, es mía, entonces, a los veintitrés años ya tiene dos hijos, está estudiando porque él quiere, tiene, eso si yo se lo alabo, tiene una superación súper increíble, pero, ellos no se están cuidando en esa forma con una, una con otra e igual en el campo también hay enfermedades, entonces, este, y ahí es donde vos ves ese nivel de desconocimiento que tienen y es un muchacho que viene a universidad se supone que también está rodeado de información, o sea, lo que hice yo, fue llevármelo a un mural que tienen aquí las enfermeras y le enseñe todas las enfermedades y toda la cosa y en términos, en términos un poco alegre le dije, pues, que, que él tenía que usar condón tanto para no seguir teniendo más hijos, llenándose de hijos que no vas a poder mantener porque el trabajo en el campo es muy difícil, este, él trabaja de machetero, de lo que sea, arrea chanchos, vacas, todo y ¡si usted está estudiando!; le digo, ¡es porque usted se quiere superar, entonces usted no puede seguir llenándose de hijos!, le digo, ya? Entonces, ya pues, además de que le enseñe todas las enfermedades y todo eso pues, ya hace falta el condón, y es más, porque de repente se pide y cuestiones así, y que el iba a llevar esa información al resto de los hombres pues que circulan ahí con él, ya? Entonces, eso, eso... eso además de que en el campo es como un tabú hablar de eso porque es lo que te digo ya el pensamiento en el área rural es un poco más distinto serian otros métodos para que ellos en... entiendan, verdad? Heee..., en términos sencillos todo lo que..., lo que conlleva el uso de...

**E:** Mmmm si pudiésemos, Heee..., como aprender una receta, así, una receta mágica, ¿cómo se podría prevenir el porcentaje de VIH .... Si tuviésemos como una varita mágica....

**EC2:** La receta mágica!... no, para mí no sería como algo mágico, sino como algo practico no? Heee..., es la transmisión de información, uno de los aspectos más importantes sería tener que educar a los padres o que la información llegue a los padres de familia para que el padre de familia, pues, tenga suficiencia directamente sobre los hijos y luego en la escuela pues, lo..., lo que enseñan pues, termina de, de..., de, un poco de amortiguar esa, esa situación, para mí eso sería como una receta mágica, porque es más que, o sea que han venido chavalos y así y, ¡ideay! Y tenes un condón, una muchacha no te agarra un condón, una muchacha que todavía tenga su virginidad y todo ella no te va agarrar un condón, ¡ni quiera Dios! que la mire su papa con un condón, entonces, es como..., yo digo que es a nivel de padres, nosotros tenemos que..., que comenzar a..., a divulgar esa información para luego pasar a un proceso de sensibilización y ya sería pues en, con otro tipo de medios.

**E:** Y.... ¿crees que la juventud hee..., tiene voluntad de cambio en ...?

**EC2:** Si, si..., si porque los jóvenes actualmente están bastante enérgicos en cuanto a voluntariado y cosas así, no todos, no todos, pero, pero una gran mayoría verdad? Si tienen, si tienen ese interés y eso tiene que ver a que cierta situaciones socio económicas igual han mejorado, o cuando en tu familia hay gente que es preparada, que trabaja entonces ellos se animan a hacer otro tipo de actividades, Si, yo creo que si hay, hay una..., una voluntariedad ya? De los jóvenes, si, yo considero que sí.

**E:** Y..., crees que el..., más o menos va saliendo... que en la realidad si falta Información en este caso a los... a los padres sobre todo... quiere decir que esta falta de información si puede provocar también el ciclo... personas que tienen VIH que de alguna manera... en algunos barrios, en algunas zonas.

**EC2:** Si porque por lo general la gente cree en los mitos y leyendas que, o sea nosotros tenemos un pensamiento bastante fantasioso y, y, y..., y si vos supieras por lo menos de que por ver a una persona, o por tocar a una persona con SIDA no te vas a contagiar, por lo menos si no tenes relación con ellos, relación social con ellos, por lo menos lo respetas y te da igual pues, que este ahí o que no este, pero si no tenes la información: -¡haaa, este tiene SIDA o haaa, mira, no, ni te le acerques, por casualidad no sabes, a lo que, a lo que se refiere.

**E:** Y... y ya para terminar, heeee..., consideras que, por ejemplo, para prevenir las infecciones de transmisión sexual que en este caso es un problema o incluso, también más amplio, no? de la sexualidad en general y una solución podría ser implementar una asignatura de educación para la salud que podría estar por ejemplo, en distintos niveles, como en primaria o secundaria, adaptada a cada nivel, si a cada nivel, no sería malo ... como tu decías no? Que es un estudiante o que puedan ser medidas...el de enfermería tenga más información y el de económicas

**EC2:** Sabes, sabes por qué eso es importante? Porque, o sea, cualquiera de, o cualquier clase o si se quiere tomar como eje transversal o como sea, es importante, porque si bien es cierto verdad? Heee, seguimos en una sociedad que cada día se, se va acelerando más, todos los procesos, verdad?, incluso ya salís licenciado en cuatro año o que se yo, entonces, todo va rápido, ya conseguís trabajo ya se te va el tiempo, ya te casas, ya tenes hijos, o sea la vida va como en cámara rápida, entonces como que a veces nos olvidamos de nuestra propia humanidad, nos olvidamos de cuidarnos a nosotros mismos, y entonces es ahí donde, donde nos, nos calla también a todos por igual lo que es el auto concepto y ese es un tema que se tiene que, que tratar dentro de la, de la..., de la educación sexual, porque ¿cómo es posible de que si, pues, o sea, cada quien es libre, de hacer pues, más o menos lo que uno quiera, con tu vida pues, si es tu vida privada, es privada, es muy tuya, pero, pero más sin embargo, estamos, al estar tan acelerado y al estar aceptando otras culturas que no son nuestras, por ejemplo en la noche, yo, estoy viendo televisión y son: la novela de las ocho de la noche y entonces, esa es divertida verdad? No, no tiene tanto contenido sexual ni, ni nada de eso, pero de repente, heee, un anuncio: llama al uno no sé cuánto, al ochenta y cuatro no sé cuánto, te voy a dar las mejores posiciones y no sé qué, entonces, un chavalito, ya aceptaste, hee..., cómo te dijera yo? Desvirtuando, la manera en como ves todo, todo el tema de la, de la..., de la educación, pues, para la salud o sexual, heee..., evitar el SIDA y todas las enfermedades, ¿porque? , porque ya no es, no es un pensamiento de la naturaleza humana, como tal si no

que ya es un pensamiento que viene con otro tipo de..., con otro tipo de, de aberraciones pues por así decirlo porque si vos, si vos, heee..., si un chavalito sabe sobre las relaciones sexuales o una película porno, eso es lo que él va ir a reflejar, no lo va ver como algo natural o como, como..., como algo que si se da en el amor que es muy bonito, que, que entre dos personas exista esa, esa conexión tanto espiritual como física, entonces, ya no está pensando en eso, está pensando en otras cosas, entonces, parte de eso mismo, enferma también a la sociedad y que sea bueno o que sea malo, pues, nada más, cada quien eso lo sabe no? O sea, en si pues, que nos están impulsando a muchas cosas, a muy tempranas edades y, y entonces esa humanidad verdad? que nosotros tenemos, o sea, la estamos desvirtuando de alguna u otra manera pues, así lo siento yo.

**E:** Bueno, por mi parte ya estaba...

**EC2:** No solo eso era la, la última parte porque, he después se ven casos, se ven cosas, que vos decís, ¿Cómo paso esto?, ya? lo que, te digo, dentro de lo que es las noticias y todo eso, también eso te promueves las violaciones, promueva un sinnúmero ya de enfermedades que serían como más mentales y que tienen que ver con la sexualidad temprana, incluso, aquí mismo dentro de la misma universidad, hace un año, un día se fue la luz, yo me acuerdo que yo había salido antes para la casa y todo, y pues se llegó y no sé qué y que me regreso porque no sé qué y al día siguiente era la bomba, la noticia que unos habían violado a una de las muchas que salían de la universidad, aquí, en unos arrabales, me entiendes? Entonces, a veces es chocante encontrarte con situaciones así, pero, ¿cuál es ese tipo de personas que violan? Los que están totalmente con una...de la información increíble, claro pues que gracias a Dios pues que no somos tan violentos ni..., ni se dan tan..., tan seguidos pues esos casos pero si pues, se dan y es doloso, eso es doloso que vos sepas que un estudiante lo violaron, que le pudieron pasar cualquier enfermedad, que la pudieron embarazar, más el trauma psicológico todavía, entonces es complicado, es, es..., complicado, no, no existe una respuesta para todo pero sí, yo creo que de alguna manera, como..., como profesores pues podemos contribuir a que esas cosas no se den.

**Este. Muchas gracias**

### **ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE 3 "M"**

**Entrevistador/a:** En primer lugar gracias por aceptar la invitación para participar en el proyecto como ya lo comentaba el proyecto pertenece al doctorado como tesis de investigación final y se centra en los conocimientos y prácticas de riesgo que tengan los estudiantes concretamente de las fares en Chontales sobre el VIH entonces en esta etapa ya hecho subgrupos focales se han pasado cuestionarios a los estudiantes pero ahora lo de me interesa es saber que percepción tienen profesores, hemos denominado informante clave pero que han sido seleccionados como profesores de la FAREM sobre los estudiantes en cuanto sobre sus prácticas de riesgo relaciones sexuales, educación para la salud, etc.

Entonces en primer lugar me gustaría saber si qué opinión tiene sobre el VIH en Juigalpa Chontales que nos centramos en el departamento en General, pues si se considera un problema de salud pública, si realmente es un problema importante dentro del departamento o si es secundario pues pueden haber otros que lo priorizan?

**Entrevistado/a clave 3:** La enfermedad sería.... Tal cual el vih y tres del virus, el sida que ya la enfermedad una de las patologías o enfermedades que en nuestro departamento oscila en Chontales que abarca el río San Juan, uac y Chontales. Es muy importante, es una enfermedad de salud pública pues se coge a toda la población y a todos los sectores sociales económico político económico y culturales. Llama la atención que es una enfermedad que contamos con varios portadores el municipio de Juigalpa así como desde el punto de vista del sexo femenino y masculino dentro del contexto de nuestra atención en la población hemos captado del sexo femenino varias persona ideal y en el sexo masculino también, más del sexo femenino que del masculino. Nombre como usted sabe muy bien es algo que no podemos decir en la dirección y nada por el estilo porque la misma ley lo protege y en una situación que en un momento dado para mí personalmente yo personalmente como docente de la fara de la FAREM no estoy de acuerdo porque voy a poner un ejemplo. Era una Sra. Muchacha que tenía



tiene 22 años cuando empezó hablar con el novio y era portadora del vih los Padres habían que tenía vih y no dijeron al novio y el novio se casó con ella tuvo un hijo y hasta el momento del nacimiento del hijo el marido el muchacho se dio cuenta que su hija tenía vih era portador su hija de vih en ese momento la esposa bueno se abrió el paquete y se dio cuenta que la esposa ya era portadora del vih con tratamiento que ni los suegros le habían dicho nada ni su propia esposa le dijo algo entonces... sale como portador del vih también dejó de justicia el que a la edad que tenía la muchacha y los Padres que sabían que tenía vih no le pudieron decir al novio, que ella ya era portadora del vih y que si en un momento dado, en el acto del sexo sigue afectada pues hubiera sido con condón y después el embarazo hubiera sido de un múltiple acuerdo.

Esta es una de las razones que la población de este Juigalpa, la enfermedad de transmisión sexual incluyendo el vih ha ido en aumento y tenemos unas enfermedades de enfermedades de transmisión sexual como es el **virus humano** que no se están presentando en poblaciones adolescentes de 12, 13, 14 y quince años de edad.

El efecto es sí cuando se detecta la mujer ya sea por un examen ginecológico que a la **juventud siente mal o no me da vaginal** o por los resultados de papanicolau entonces en este momento tenemos que hacer un examen minucioso a la **paciente papanicolau** le hacemos condoscopia y por consiguiente si la condoscopia no es respuesta no reacciona hacemos biopsia de colio en la matriz y confirmamos el vph el hpb perdón y posteriormente de confirmado, se ponen tratamiento a la joven y posteriormente mandar al marido hacerle al marido una periondoscopía porque el tratamiento que interesa es para la pareja no es para una sola persona.

Desde el punto de vista como docente de FARES Chontales nos preocupamos de la población estudiantil en la universidad en la cual hemos realizado estudios de conocimientos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual. A tal punto que en un departamento de economía los estudiantes no sabían cómo colocarse un condón ni lo que era un condón femenino, ni tampoco sabían fecha el método de planificación de **demás mente** sólo compraban la Ppls en la farmacia y la utilizaban lo cual no se le indica los efectos ni las contraindicaciones ni las complicaciones que pueda tener el uso del condón ni del preservativo o preservativos.

El uso del condón o preservativo se utiliza más en hombres que mujeres la colocación del condón o preservativo femenino casi no saben colocarlo y eso es un inconveniente en el momento de la relación sexual por qué se puede ir el semen a través de las paredes de la vagina y el preservativo femenino y tener un embarazo no deseado. Y una alta incidencia que tenemos nosotros es el embarazo no deseado nos toca a nosotros luchará para que esa niña venga crear o ver crecer a otra niña. **Y eso que al hospital llegan niñas de doce o trece años a parir**, con su primer embarazo también nos llama la atención que la mayoría su Madre soltera queso con gran golpe para la estabilidad emocional psicológica económica de una mujer que está embarazada y que es madre soltera y posteriormente con su niño nacido vienen con situaciones piden vestimenta, la alimentación aunque la indicaciones solamente leche materna al comienzo, por eso es que después de los seis meses hay que darle todo al niño.

Al año de vida hay que darle mayores cosas después educación, entonces de esas Madres que crían solteras y una niña criando criando a otra niña quien asume toda la carga los Padres de familia. Yarde línea necesito<sup>o</sup>

El vih sida para todos nosotros es muy importante para todo los docentes en Chontales así como para todos los que trabajamos en salud y se ha llevado una capacitación en vih a nivel del hospital en FARES hemos dado conferencia sobre lo que es el virus, por qué razón no hemos encontrado cura y eso muchos estudiantes de FARES preguntan porque no hemos encontrado cura, bueno porque tiene una alta potencia mutajena y eso hace que un tratamiento no es para un no es para dos entonces hay muchas personas que han vivido más tiempo pero son por los antivirales que en la actualidad han atendido con más vida a los pacientes y también la alimentación **con que se le ha dado a los pacientes** ustedes porque saben que es una enfermedad inmunodeficiente que ataca todos los órganos del cuerpo y eso a nosotros en cierta medida **no** como país subdesarrollado si no tenemos los antivirales nuestra población se va morir poco a poco y si el vih ataca a la población joven y a población adulta, vejez ya no vamos a tener en Nicaragua.

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino

ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población que es grave porque por lo tanto unidos esas dos cosas vamos a tener una situación de mortalidad materna y perinatal alta y el paciente jóvenes no en pacientes de 30 años para adelante, con un grado cultural bajo porque ni siquiera han llegado bachillerato.

**E:** En este sentido como a mí me interesa sobre todo las percepciones que tienen los jóvenes yo creo que es muy importante la formación que tengan con los Padres o la educación con los Padres entonces la población chontaleña habla directamente de sexo generalmente?

**EC3:** La población nicaragüense sufre una oscuridad desde el punto de vista de la sexualidad y del sexo. Son dos cosas muy diferentes sexualidad y sexo porque también la población adolescente quiere saber si el hito de sexualidad verdad y sexualidad no es solamente tener sexo sino es la forma de aquella unión aquella comprensión de dos personas de la mayores que se entiende que durmiendo solo en la cama ellos dos son felices.

Y que así como vivieron toda la mañana se juntaron la noche y amanecieron al día siguiente aunque se agarró de la mano pero son felices entonces eso para los viejitos de 90 años 80 años no hay necesidad de tener sexo para tener una sexualidad satisfactoria entonces para la población juvenil, joven en la estación adulto maduro que se llama adulto mayor tal vez la sensualidad va acompañada también de un sexo o sea saber convivir querer o sea una atracción quererse amarse y desearse. Que es la parte en que nosotros caemos en la parte del apetito sexual es una parte en la cual la persona adulta lo puede comprender pero si el grado cultural defecto que tiene esta población baja hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alta el machismo es alto en esta población ya que se compara por ejemplo con los mexicanos los mexicanos son más machistas que los nicaragüenses, si y los mexicanos son más machista que los norteamericanos hay países nacionales en Centroamérica que son muy machistas, México es uno de los países que el machismo es grandes, es alto, en Nicaragua tenemos machismo y que eso hace que el oscurantismo en la mujer desde el punto de vista del sexo no se lleve a cabo, o sea, se mantenga perdón, y no puedan salir de eso nosotros como médicos ginecólogos desde el punto de vista salud sexual y reproductiva y salud pública creemos que la mujer debe dar un cambio dar un cambi que tales oscuridad de que la situación social a embarga y salir de eso nos tocaría nosotros como ginecólogo como personal de salud como capacitadores e integrar a un sin número de personas dedicadas al conocimiento o a capacitar a toda la población femenina y varones no sólo mujeres también a los varones porque dependiendo de esa capacitación a los varones nosotros vamos ayudarles a las mujeres y ayudando la mujer también vamos ayudar al hombre porque es algo que tiene que ser multidireccional transversal vertical de arriba debajo de abajo arriba y a los lado esa información de la sexualidad humana y sexo tenemos que ir cambiando la poco a poco porque no se puede erradicar de la noche a la mañana los arraigos del poder patriarcal son enormes y no se pueden quitar de la noche a la mañana entonces la mujer a veces nos ha limitado desde los estudios de primaria secundaria a no hablar de sexualidad en los colegios hasta cuando ya entras en la universidad dependiendo de los algunos grupos como nosotros pues de enfermería que nos abunda plantear esta situación a los estudiantes y por eso desde el punto de vista de la metodología e investigación e investigación aplicada hemos realizado estudios de conocimientos y actitudes y plástica, verdad, en los estudiantes y encontramos nuevamente repito en un sector de los estudiantes de economía encontramos deficientes conocimientos del sexo y planificación familiar dentro de la universidad en los estudiantes de cuarto y quinto del departamento de ciencias económicas.

Tenemos una población que por las leyes y la iglesia no nos permite hablar mucho del sexo en los grados de primaria y secundaria y de planificación familiar mucho menos porque ellos creen que estamos induciendo nosotros a que la paciente tenga sexo, verdad, y garantizándoles a qué método planificar y así la paciente en el hotel después de tener sexo no salió embarazada, lo que es inaudito, las enfermedades de transmisión sexual y estamos previniendo los embarazos no deseado al garantizará la paciente adolescente adulta y adulto mayor que sí conocen de enfermedades de transmisión sexual conoce los riesgo de tener un sexo no seguro, y también al tener un sexo no seguro también evitamos que el embarazo no deseado

se dé. Pero lo más preocupante en un embarazo no deseado de un adolescente en una niña criando a otra niña que un adulto criara una niña o que un adulto mayor criara a una niña o a una nieta entonces creemos que es conveniente que la educación sexual se de a todos los niveles de la población estudiantil bien sea primaria secundaria e inclusive la universidad.

**E:** Es curioso porque en este sentido los grupos focales que se han hecho con estudiantes, los propios estudiantes han resaltado el hecho de que los Padres siguen creyendo que informar o que los niños les pregunten es un aliciente es curioso pero yo creo que es bueno que ellos ya se estén dando cuenta porque es la juventud.

**EC3:** Eso que usted plantea de los Padres es bueno porque los Padres en cierta forma, hay familias enteras que el Padre no recibe amor, la Madre nunca recibió amor y cuando nace en sus hijos nacen nothing y cuando el hijo le da el primer beso a la Madre ella se siente incómoda porque fue un hombre el que le dio un beso pero lo miran desde el punto de vista del sexo masculino y femenino o sea cómo voy a permitir que un hombre me dé un beso si sólo mi marido me puede dar un beso pero sí lo mira desde el punto de vista del nacimiento del que es su hijo le está dando un beso con amor afecto y cariño entonces el afecto es diferente entonces ya tienen que comprender los Padres de familia actualmente que todo lo que los niños pregunten no preguntan por hacer daño si no porque quieren saber entonces los Padres se están dando cuenta en estos momentos como ellos fueron criados de otra forma en la actualidad los Padres tienen que darse cuenta o se están dando cuenta que preguntas por los niños sobre este tema no es ningún daño más bien están alimentando a ellos a investigar y a preguntar como Padre de familia dentro del grupo de Padres de familia y así poder darle cuenta a sus hijos. Aunque la mayoría de la población, si nosotros nos retratamos diez años atrás, que ellos hicieron pecado que la actualidad ya los Padres de familia se están dando cuenta que sea...

**E:** Y sobre todo los chavales, donde más me alegra también el futuro serán ellos,

**EC3:** los futuros Padres son los futuros adolescentes y sin los adolescentes no preguntan, y también si los adolescentes hacen el sexo, bueno, preguntando pero hay como te fue me fue bien me fue mal no supe qué hacer me sentí incomoda a quitarme la ropa pero como fue, fue rico o no fue rico, esa palabra te gustó o no te gusto, si si si me gustó, entonces la otra ya vá con la búsqueda con la curiosidad todo eso si pero tenemos que prevenir un sin número de cosas y decir también que la situación del sexo no es solamente con la del sexo. Es una danza contra edad a tener sexo.

Min. 20:19

**E:** Entonces la segunda pregunta que tenía prevista va muy ligada no, si las familias generalmente explican a los hijos educación sexual.

**EC3:** Se está empezando un poco pero todavía no, todavía no hay imagen de pago o sea nosotros cada vez somos más abiertos en ese lenguaje con nuestros hijos pero la población que no está en este campo e inclusive en este campo hay Padres que no toman el aspecto sexo, entonces lo hijos se dan cuenta por la misma población o por la situación de salud que vive o por los pacientes que mueren en este ramo o por las mismas enfermedades que se procesan en las clases entonces ellos están dando cuenta del reciclaje. Y empiezan a preguntar, visitas al ginecólogo, al médico encargados de estos temas y entonces por qué no todo los médicos, todos los que trabajamos en salud les gusta la efusión y la capacitación y la docencia por eso decimos da docencia pero ojo son maestros pero todo maestro puede dar clase pero todo maestro que da clase tiene la metodología de enseñar, o tiene aquellos factores que le ayudan explicarse más y que los estudiantes entiendan con poco lo máximo del tema, me entiende. 22: 14 Todo asma da cansancio, pero todo cansancio es asma verdad que no?.El asma da cansancio pero también todo cansancio puede ser asma corazón ejercicio entonces en ese aspecto el maestro el que capacita tiene que saber su debilidad y cómo poder vencer las debilidades que tiene para poder enseñar que el enseñante pueda captar de mejor forma todo lo que yo le puedan enseñar, desde lo más singular hasta lo más complejo, y ser siempre humilde en la enseñanza.

**E:** Además también al hilo de lo que comentaba antes, por ejemplo hoy en uno de los grupos focales, además era una alumna que estaba entre las más inquietas, planteaba que se encontraban barreras e incluso con profesores y aquí en la facultad dice no hay profesores más cercanos a los estudiantes que generalmente son más jóvenes y dice que entonces sí podemos hablar con ellos con alguna duda que tenemos en cuanto a este ámbito o que le podemos preguntar pero en algún momento hemos dado con profesores que cuando les vamos a preguntar cambian de tema, entonces es en la línea de lo que comentábamos.

**EC3:** Comentábamos eso, que por cierto eso es en las FARES, eso ocurre en todas las universidades, cuando el tema no lo dominamos todos cambiamos de tema, y la otra opción es en por ejemplo en **biología ...** Las enfermedades de la mujer, entonces me preguntaban a mí pero Doctor cuales la fisiología de la erección del pene, porque crece el pene? **Biología no?**, Y le atiende una Profesora, pero preguntarle equipo que para allá, que para acá, entonces la Profesora se desvió del tema y no me contestó, me entiendes o sea hay situaciones, que también hay carreras, que llevan a una asignatura, pero cuando el estudiante quiere preguntar la duda que le expliquen esto y esto porque estamos dando este tema, tal vez no está en ese momento capacitada para darle la respuesta, entonces después los estudiantes te dicen, no me quiso contestar o se desvió del tema o le dio pena, ahí sí le dio pena. Entonces hay profesores que no domina o por la misma pena de hablar, verdad.

**E:** Que a lo mejor todavía no están acostumbrados.

**EC3:** Exactamente, entonces los estudios han demostrado, que el pene... los coreanos, los japoneses, los anglosajones, los latinoamericanos o los afroamericanos, Mire tanto tanto tanto, y todo el mundo asustado porque hasta la ley les estaba ya a dar, entonces los estudiantes se alegran de conocer porque todo el mundo creía que todo **es falda**, que la mayoría, claro, están interesados por todo pero a su tamaño porque los estudios demuestran que hay que estudiarlo, no sé, entonces ellos también se quedan con la duda, entonces ahora ya nos aclaró pero es que los temas no a todo el mundo le gustan, no se hay que tocar la persona en ese momento dado, digo yo, cuando **estudiaste**, bueno gracias también porque era una materia a mí que ustedes van a seguir claro, tengo un montón de dudas que conocer, porque tratarlas con el ginecólogo, porque la otra persona si es un matemático le preguntan **fuera de su horario que el sexo de la regla es, una regla matemática**, la mujer elevada a la máxima potencia y del cuerpo la mínima expresión, jaja, entonces esto es lo que eleva decir, todo el mundo se pone a reír pero esto es la forma de cómo uno da la clase. Y eso es cierto lo que tú dices, los estudiantes dicen que hay gente que no les gusta hablar de eso, hay otros que dicen cosa de una forma pues docente, porque la forma vulgar no va con la docencia, es completamente docente.

**E:** Hablábamos antes de relaciones sexuales sobretodo embarazo no deseado, generalmente si tuviésemos que decir una edad promedio a qué edad suelen ser las relaciones sexuales?

**EC3:** doce años.

**E:** Generalmente igual para los chicos que para las chicas?

**EC3:** No, es más frecuente en varones, verdad, que tengan una relación sexual precoz, doce años de edad, trece años, catorce. Entre la mujer estamos hablando de catorce años para adelante jóvenes adolescentes.

**E:** Si porque además están las chicas en el período de...

**EC3:** Formación, la función de crecimiento de su cuerpo, de crecimiento mamario, por supuesto, hormonal, de crecimiento de los glúteos, los muslos **se hacen grandes** respecto a ellas, en este momento ellas van a dar un cambio enorme, término de la niñez, de nueve años a diez, donde notan un mayor crecimiento, cuando ustedes tengan supuestamente la menstruación ya el ovario empieza a funcionar, ya las hormonas provocadas por el ovario que son **el y el ..** A través del cuerpo del útero ya empiezan a notar ciertos defectos en ustedes como eje del vello, el crecimiento mamario, los muslos, las caderas se le pone más anchas;

eso a usted le llama la atención, y entonces usted ya empieza la observación, que hacer, que no tengo, viene en ustedes la vanidad, se ponen en un Espejo entonces ustedes se miran, si yo soy así, después de dos años más vuelven a mirarse en el Espejo y hay un cambio las mujeres están hartas de dar el cambio igual como los hombres, en los defectos también se preocupan en todos sus aspectos, el afecto, tener más pecho, más músculo, que si el pene creció más, no le creció más, si su barba es marrón, si tiene pelos en el pecho, todo él se preocupa el varón si tiene barba, bigote, entonces hay múltiples factores diferentes en un hombre y la mujer, y eso claro también en el adolescente, cuando te digan claro que tan graciosa, más el amor a primera vista, porque por H o por B a lo mejor etapa de la vida. La primaria, nosotros porque tenemos la primaria? Porque nos pagaron una paga y tenemos que ir a estudiar, si o no haber?, Entonces el **estudiante a veces dice es cierto que es cierto tengo que...** Correcto me pega, se llama, y que hacen la secundaria... En la vida **es una primera forma** tener el primer novio o el primer beso que te dan, vas al primer baile de escondidas, tener el primer amor de tu vida, que fue o no el primer novio, entonces todos esos cambios, sentimiento, verdad? De besos, abrazos, y posteriormente caes en un sexo, es un cambio increíble, desde un punto de vista de tu formación, tanto de la casa, como escolar, como de la calle porque en todos sitios nosotros recibimos docencia entonces usted ese cambió lo va a ir **ocultando** en la forma de que, si va tener un mal usted pierde, si va por el camino bien usted gana. Ahí es donde el adolescente tiene el cambio de su vida, que apenas salió son catorce años, es cierto, es cierto, es cierto, entonces los estudiantes empiezan a ver la fluidez con la que nosotros hablamos y la forma con la que nosotros **hacemos... Ya** viviendo su vida. Y la universidad para que están estudiando ustedes **ahora... La** universidad es de responsabilidad. La universidad sea usted no termina sus estudios con un diploma usted no es nada, el profesional tiene que ser con título, si usted es un estudiante tiene que terminar de estudiar, si ustedes se desvía de aquí usted va perdiendo poco a poco, entonces primero tiene que ser direccional, con todo el conocimiento que usted pueda tener que el conocimiento puede ser direccional, horizontal, vertical, oblicuo, todo lo que sea conocimiento tiene que ver con usted, usted no tiene que dejar de conocer, porque eso es responsabilidad, si sos un mal estudiante en la universidad y terminaste como mal estudiante sos mal profesorado, quien te va a aprobar. En la universidad adquieren al mejor estudiante, vienen y preguntan en la universidad como fue, como tal, fue magnífico, excelente, muy disciplinado, educado, lo queríamos dejar aquí pero no le gustó la universidad y se fue a trabajar para otro lado... Pero si bien a preguntar por gente que nunca viene a clase, indisciplinada, viene desordenado, que vienen en chancletas, de aquí de allá, no mire entonces te dicen no; la universidad es de responsabilidad, son tres etapas diferenciadas ...

**E:** Y en esas relaciones sexuales tempranas, porque ocurren tanto en clase, porque en este contexto tan precoz doce años. catorce? Por ganas de emancipación?, esa curiosidad, pero claro la adolescencia es mundial, esa curiosidad la tienen todos?

**EC3:** En la atención de un adolescente que yo tengo en el hospital, y más que todo en enfermedades de transmisión sexual, ... **(no sé que pía e hiper no sé que pía)**, el sexo masculino ha dicho que la mujer que quiera con ellos sexo, pero así tan rápidamente poder decir **fluidezmente**, yo soy hombre, entonces el machismo viene **presentándose**, y lo declara **celiatamente o inmediatamente** el muchacho de dieciséis años que lleva una **no se que pía**, o de 20 años y tiene condiloma en el pene.

Y la mujer es más reservada, en la mujer lo **que planean es** que tenga curiosidad y también la curiosidad acompañada del querer a aquella persona, aquel novio y más que nada en la secundaria, no se da en la universidad, de las que yo tengo en el hospital.

Hay personas que **cierto están en estudio pero son violaciones**, pero son menos casos, pero tenemos pacientes adolescentes violadas y salen embarazadas.

Minuto 34:00

**E:** Claro, es como una, desprestigiando la unión tradicional, la que está relacionado a las emociones, al amor, **sufrimiento...**

**EC3:** Yo por eso le digo a los adolescentes, en las **clases que he estudiado** con ellos y en las clases de alcoholismo que también doy aquí en la universidad, que di una clase de alcoholismo, lo que es el alcoholismo y los efectos del alcohol, **yo decía ... Adolescentes**, la atracción es normal en todo el mundo, así como hay personas que te caen mal y ni siquiera que han hecho un daño, ni la conoces, ni ha hablado con ella, me cae en la punta del dedo



gordo, la gente pero que te ha hecho? No me ha hecho nada es que no la conozco, entonces en un adolescente la tracción es muy importante y más que coloques tienes atracción y te gusta ese muchacho, verdad, **ideado** el efecto al querer... Se comunica verbalmente o con ademanes, por escrito y con el **color** de los cuerpos entonces tu caes en un momento dado, la atracción de ese muchacho y de ese muchacho hacia ti, te hace que el sexo tu lo llegues a buscar, o sea no lo llegues a buscar si no, que lo encontraste en esa persona que querer experimentar sexo con ella.

La curiosidad te hace que lo hagas, que pasa que pasa, que va a hacer de mí, doy el sexo a las personas que yo quiero, lo voy a disfrutar, será fabuloso, será no sé, vamos a hacerlo, fíjese. Pero el sexo es muy complejo, la palabra sexo es algo que no solamente es penetración del pene, o sea hay personas que creen, sólo penetrar el pene ya es sexo, no tienes que tener un sinnúmero de la fisiología del sexo, tenéis que leerla para primero para que tú al momento de tener sexo puedas comprender, lo que yo sospechaba, no se cumplió o no es así como yo lo esperaba, entonces en la **adolescencia podemos tener** investigaciones de la perfección que tienen los jóvenes de eso.

... **Conseguiste** tu anhelo, al tener sexo con tu novio, con tu compañero, que experimentas te? Sentiste bien?, entonces nos hace falta todavía ese tipo de respuesta que en **un... No** se da por la vergüenza ¿Sí o no haber?

**E: Si si si**

**EC3:** Entonces nos falta todavía, es algo que es, ésta **anidado** en la mente tener tales de estudio, pero no ha podido, o sea, yo tengo un **buen cumplido**, y una psicología que puedo pensar pero no, a veces me da la idea de que estoy invadiendo más sentimientos, que no quiero dañar, tal vez hasta dónde he llegado la docencia tiene la confianza que podemos seguir platicando y que confíen en mí, como adulto mayor, que confíen en mí, en la consejería de la familia, también confían en mí, pero en esas preguntas así, resultado respuesta hay que llegar más allá y eso **es...** De corazón que la docencia a mí me dio, **anteriores** lágrimas, es que fue violada, ¿que sentiste?, aunque sea violada, porque eso también ayuda. Las violaciones también tienen sus sentimientos entonces que pensaste? En matarlo, pero no, bueno; y en la adolescencia que lo hace con su cuerpo justo y como no debería de hacer tu satisfacción, fue satisfactorio tu relación sexual? Conseguiste lo que querías anhelar? Experimentaste lo que te decían tus compañeros? O le diste **un...** Eso sería fantástico.

38:24

**E: En la línea de...** Que es una línea muy buena, además yo creo, la verdad, es que poco antes de venir para acá, unas jornadas en la universidad Pablo Olavide sobre VIH, entonces habían representantes de una asociación que trabaja en Sevilla y entonces por ejemplo, a la hora de contar cómo trabajan con las personas, comentaban principalmente que lo primero es hablar, entonces dicen lo primero que hacemos es escuchar, yo creo que es importante y que en este sentido se daría muchísima información, es cierto que hasta qué punto, parece que se está violando un poco la intimidad? Pero es cierto que sí, no sé, a mí me ha gustado mucho la idea, yo creo que sí se podría, para que enfocaré y ver sobre todo quien es la persona, que es lo que yo creo que es lo más importante.

**EC3:** Porque es como yo le decía usted, en este punto de vista yo siento que en la intimidad la estoy, que estoy pasando más allá.

**E: Pero generalmente también lo agradecen, no?**

**EC3:** Sí, también, lo agradecen al final porque podemos encontrar el factor que la hace sufrir y estaba dentro y nunca lo ha expresado, entonces por **eso...** Yo uff! por fin, aquí está, con esto nos basta, y con esto podemos seguir adelante, usted, yo y su familia. Entonces, pero llegamos, pero la verdad que a esto no podemos llegar, que no dañar sus sentimientos, entonces hasta ahí, yo me he detenido.

**E: Si si es delicado**

**EC3:** Yo me he detenido, entonces... Es como usted.... Yo no he platicado eso, con su doctorado, tal vez usted me entiende desde el punto de vista de la pedagogía, entonces... Pero como le hago? Yo voy a ver cómo es la cosa pero más adelante yo voy a hacer algo, pero con toda la información que hay, pero esa información es información del paciente en vivo de Chontales. Que le chocha el machismo tremendo, es cierto,... pero hay que leer a Sócrates desde un punto de vista... Pero no lo podemos comparar con México, México es tan alta, machista es sólo 1,9 % hombres machistas. En Nicaragua es penoso... y ese punto de vista de poder llegar a ese punto, que el paciente me diga cada un suceso, o si es satisfactorio su sexo...

**E:** No sé, yo creo, por el contacto que he tenido con algunos estudiantes, yo creo que aunque al principio son reacios, sobre todo los chicos, como decía.

**EC3:** Los varones, los varones huyen.

**E:** Yo creo que es el tema, yo cuando decía vih cambiaban la cara. Pero por ejemplo a la hora de hablar, yo creo que la experiencia de hoy, han estado cómodos, también yo empecé diciéndoles que no era de aquí, que esa información no iba salir de ahí y que fuesen los más sinceros posibles, entonces yo creo que intentas crear un clima de confianza, de cercanía, que es importante que no es una persona así muy, no?

**EC3:** Vémosla así como ustedes, como un igual.

**E:** Claro pero han hablado, vamos yo estaba contenta, con muchísima sinceridad, naturalidad, aspectos íntimos también, entonces yo creo que a lo mejor en este contexto, donde decía, donde hay un machismo fuerte, donde hay poca sensibilidad al hablar de estos temas en público, ya no sólo familia sino en público, yo creo que ellos, sobre todo jóvenes es como una necesidad que tienen de hablar, desahogarse, de que alguien me está escuchando.

42:40

**EC3:** Pero asegura usted, está bien lo que usted capta, si usted les pone a estos muchachos a hablar un tema en público, lo hacen de la misma forma que se manifestaron con usted? No, se hieren ante el público, quiere decir que ya que estamos aquí vamos a hacer esto, esto y esto, pero yo lo que le decía... a esos estudiantes es que no van a ser estudiantes toda la vida, van a ser un día profesionales y toda la vida si van a ser docentes, independientemente que no sean profesores, son docentes, van hacer docentes de algo que como padres de familia, que tiene hijos, que tiene una esposa, que tiene una Madre, que tienen Hermanos, que tienen amigos también, entonces dentro de esos gajos ustedes van a ver ser docentes. A la luz pública tienen algo que se ha distinguido a dar, tener una vergüenza de público y saber que no está muy capacitada, le hacen tartamudear y que hacen esas muletillas que, pero, si, si, si, entonces, entonces, todo ven, te miran, que utilizan muletillas para poder recordar, jajaja, lo que estás hablando.

Cierto, oíste, se puede enseñar de todo, pero lo que le digo es que al momento de expresarse ustedes tienen que también tener la forma, la posición, a veces ustedes están exponiendo y están con el pie tic, tic, tic. Y eso no es así, la exposición de un tema, debe ser firme, con lenguaje fluido, que demuestre veracidad, confiabilidad y... Lenguaje culto ...

**E:** ¿El manejo? 44:59

**EC3:** Entonces... Internet es lo que me urge, no es que vaya sólo a estudiar, vas a ser docente ...

**E:** Retomando un poquito, que nos desviamos con esta investigación, en las relaciones sexuales tempranas de los jóvenes, ¿generalmente son parejas estables o esporádicas?

**EC3:** Son parejas esporádicas, no son estables, se conocieron y (quiero) es lo que nosotros llamamos a veces, sale embarazada y la muchacha, bueno, se quedó sola y es lo que nosotros, como un buen dicho en Nicaragua que decía, ¿que pasó con el mago? ¿Por qué fue

al mago?, Entonces echó el polvo y desapareció, eso es normal, echa un poquito y desaparecen del teatro, entonces tu novio desapareció, es un mago, **basta que...**

**E:** Y suelen utilizar ya decíamos antes que los preservativos femeninos no, tampoco lo conocen tanto y hay más riesgo, que se puedan utilizar bien.

**EC3:** Lo más constante APPNS.

**E:** Que esa es la que se denomina aquí...

**EC3:** Capacidad para **fritura** siguiente, ...

**E:** Que nosotros decíamos la pastilla del día después.

**EC3:** Es igual, es correcto.

**E:** **46:56** y por ejemplo, si hay, incluso también el universidad, si hay información, habiendo para la nueva generación, porque no se atreven? No sé si la palabra es atreverse, ... De cara a, no sé si lo que les preocupa es el embarazo sólo, **ja ja ja**, o lo otro claro.

**EC3:** O las enfermedades de transmisión sexual? En las dos cosas nosotros le hemos orientado, aunque a mí me contaban que es la oportunidad de su vida, la oportunidad del adolescente hombre o mujer y el tiempo y el espacio que tiene para hacer el sexo no está ni un condón ni está **una...** Píldora del día siguiente. O sea un ejemplo es la pareja que sale a pasear sola y fuera de su lugar en ese momento se encontraron el espacio el tiempo los minutos las horas, la lluvia y los embargo el amor y la pasión, **fun**, y practicaron sexo. Pero nunca se acordaba de tener un condón en la mano ni nada.

**E:** Si, que no tienen en cuenta tanto la prevención como el riesgo, no es planificarlo pero bueno.

**EC3:** No planificaron tener sexo pero si tienen que tener a mano como prevención, lo que vaya a suceder después, ellos no se **preocupan** de eso. Y es que ellos van sin idea de practicar sexo, pero la situación obligó a tener sexo. Y no tenían en ese momento nada de que ponerse.

**E:** En España decimos una frase así coloquial como “el aquí te pilló aquí te mató”. Así en ese contexto, aquí se dice “salió surgió”.

**EC3:** Correctamente, igualito, igualito, igualito, salimos pero surgió, tuvimos que hacerlo.

**E:** Que yo muchas veces digo pero es que no les obliga, pero claro es el momento, si no no sale.

**EC3:** Es el momento, de como una pareja que sale con permiso de 22 años y van al monte **Grimaldi**, y van solos, si es así, vamos a una fiesta, nos invitaron aquí, su cumpleaños, se completa, ten cuidado, vámonos al monte **Grimaldi**. No tengas miedo vamos todos, los turistas, es bonito, elegante, pero son cuartos a parte, con aire acondicionado, **hay ...** es como en España **hay una...** entonces está la playa, la noche, al amanecer también es lindo, la oportunidad esta en cada segundo que ustedes viven eso, en este cumpleaños, entonces esa oportunidad que no se la pierdan, otros sí, aquí no, eso no lo debemos hacer, pero otros no, y no se pone el condón, no se acuerdan de la PPMS, no se previenen lo que había que prevenirse, todos esos problemas se **arreglan con**, en ese momento. Así es que aquí te pilló y aquí te fuiste, **jajaja**.

**E:** Y suele haber diferencias entre géneros, es decir, que a lo mejor el chico suela ser más reacio a utilizar métodos y la chica sea más prevenida o es indiferente.



**EC3:** En ese aspecto, desde el punto de vista de la educación sexual, la mujer es más la que previene, en adolescentes como desde el punto de vista de la educación sexual tal vez, no se logra como colocar el condón, no quieren mostrar **debilidad**, no lo utiliza. Pero la chica sí, a la hora del sexo están más dispuestas a prevenir que el hombre. La propaganda desde ese punto de vista **más ... más ágil**, sin condón no hay sexo.

**E:** Pueda haber alguna relación, que fue una de las dudas que salieron en los cuestionarios, que quizás también no prevengan por ganas de emanciparse, por ganas de, por ejemplo, la vida que llevan en la casa con los Padres que a lo mejor sea como una vía de escape, el irse, a lo mejor más en el caso de las chicas no lo sé, el irse con su pareja a una casa y olvidarse un poquito de lo que tienen casa.

**EC3:** 52:35 Es posible y es un punto muy fundamental de este tema, en que la relación social de la familia sea un factor importante en que las adolescentes lanzaban **un...** Auxilio y amor en su pareja, y atención.

Pero también ahí que diferenciar la libertad del libertinaje, hay mucha gente ahora que sugiere que el libertinaje tiene que darla cuando es posible porque ya tienen dieciocho años, que ya no son niñas, o sea, ante una situación mundial en la que vivimos de drogadicción, alcoholismo, prostitución, tráfico de órganos, aborto; los Padres de familia luchan contra esas situaciones con una hija no se consuman pero es que, entonces los Padres de familia hacen que la niña no salga continuamente, mientras que otras niñas **si salen como anticonceptivos ...** Las que no salen quieren ser igual a las que salen y encueñan eso, que es un daño que están haciendo los Padres a ellas, **como no** dejarla salir. Y expresan ya no soy una niña, ya soy una mujer, mientras que tiene solamente diecisiete años, dieciocho años.

Lo que hace que entre en discordia la relación Padres hijos, hijas Padres. Esta discordia obliga a la hija a tener malos entendidos con los Padres y por lo tanto busca el refugio en el novio. A buscar el refugio en el novio, el novio con toda la amabilidad posible que le **ha dado a ella ya que el objetivo es el acto sexual**, le da todo **y la llena de todo lo** que él pueda entre sus posibilidades y aquí ella se siente halagada y siente que está protegida por el novio.

Que pasa en nuestro país nicaragüense y más que todo cuando las Madres son **sospecho**, porque las Madres tienen que trabajar y los hijos tienen que estudiar, que cuando llegan a esta tesis no quieren hacer ni un café, ni la comida a la Madre, que ella bien tiene que trabajar y ella tiene que hacer de todo a los hijos, para darles de comer, y a hijas ya de quince y dieciséis años.

También tengo otro ejemplo, de la Madre que tiene dos hijas, verdad, las pone a prostituirse y las golpea con grandes trozos de madera de leña y no **pégale a** la cara. Estamos hablando con eso, que teníamos una niña de 20 años y la otra con dieciocho años de edad. La de 20 ya tenía VIH sida, VIH perdón portadora y la de dieciocho no tiene todavía. Pero la de dieciocho años ya quiere salir de ese núcleo familiar porque la Madre la obliga a tener sexo con hombres y ella no la ha denunciado por qué ella quiere mucho su Madre pero ella quiere salir, fuera de Jiagalpa y fuera del departamento para que su Madre no la siga obligando, y no tener la enfermedad que tiene ya su Hermana. **Que consiga ya...** Hay muchas condiciones dentro del núcleo familiar que obligan a esta niña, a esta adolescente, por muchos años ya a tener sexo y prostitución. A esta niña **la pareja más grande que yo le escuchado** es de catorce o quince años, jovencitos, y es una tristeza ojalá que la eso pueda salir y nadie puede decir, si bueno si vamos a luchar por **salir, si** de vih porque, porque estamos en contra de la ley, **nos...** Entonces la juventud por un casual tenemos que buscar, **como ella trata**, aconsejándola,... Por enfermedades y los riesgos de la prostitución.

**E:** 57:16 Si pudiésemos hacer como una estrategia **razonada**, solución, alguna receta mágica para prevenir que el vih si gana en la juventud, que podría ser? Cómo se podría predecir?

Teniendo en cuenta, claro, todo lo que ya hemos hablado, la fuerza de la cultura, de la mentalidad, de las relaciones ¿que podría ser?

**EC3:** Yo estoy de acuerdo con una política de consejería permanente con propaganda permanente, quedando a parte con la de las vacunas, cada vez que hay vacunación hay propaganda por todos lados, ya terminó la campaña de donación, ya no hay vacunación, me entiendes?.

La otra situación es la educación sexual que es algo importantísimo para nosotros desde la primaria y la secundaria y en la universidad. La planificación familiar también porque eso de una u otra forma nos hacen métodos que van a prevenir con el vih, pero también yo estoy en **implantación**, que tal vez estoy violando los derechos del paciente como médico. Es que también todo paciente con vih **ha sido sancionado por mentir** porque no puede aplicar al resto **de la población, al mucho ejemplo hay, la ley que dice que no puedes, que no puedes hacer esto... Entonces quien tenga vih podrá contaminar a uno a otro. Si o no?**

... La ley que diga, es cierto que no puedes decir, pero sí que la gente diga: paciente como vih... Si se le investiga y se confirma que ella es culpable por contaminar al muchacho, es posible que el que le obliga a tener vih, es posible que por su mentira **ustedes sea vih.**

**E: Si si porque eso una cadena.**

**EC3:** Exactamente es una cadena, y está tirando a la vida entera de un muchacho de 22 años o el resto **de...**, sí o no?

**E: Salvo que pueda ver a lo mejor, como un compromiso, pero claro eso es personal? Un compromiso que es ético también, donde el paciente se compromete a informar.**

**EC3:** Pero aquel paciente que tiene el virus, yo estoy de acuerdo que sí tiene el virus, concretamente tiene el vih y el es feliz y contento, pero se saben cuidar. **Si...** Magnífico, pero también use condón, **... Su condón**, a protegerse y todo eso verdad? Y tampoco sin maniobras que **obliguen a un daño en la mucosa**, o tratamiento, o algo por el estilo, **isotris.** Pero hay personas, que tienen el pene así y no actúan desgraciadamente, no actuar con responsabilidad si no con irresponsabilidad. Entonces ante esa situación, la ley no toma ninguna medida, ¿toma alguna medida la ley en España **...?**

**E: No, no**

**EC3:** Igual aquí, no se toma medidas, si supiera la enfermedad estamos en el fin de ayudarles en todo los de aspectos médicos, legales, consejería y todo, pero que también ellos nos ayude a nosotros **para ser eso nosotros.**

Que no sigue, porque la relación **sexual...**, va para miles y miles de siglo y el sexo no se va a detener, entiende? Pero sí podemos nosotros con medidas preventivas... Saber que tiene que tomar esto y estas medidas, pero si no lo tomas vamos a contaminar más.

En otro caso, de otra paciente que sabe que tiene VIH, se le dice que tiene vih, no se quede embarazada, porque al tener vih en estos momentos están tratamientos que espere tres meses, bla bla bla. Y qué dice **...sexual**, a los seis meses ya tiene su barriga, está embarazada de un Señor que **mide nuevo Toyota y la hernia digital.**

Y salí embarazada y usted cree que pudo coger con él? Entonces eso es una irresponsabilidad.

Independientemente de la relación sexual que **tengas se respeta, coje, oye y acéptalo**, pero que lo sepas que tiene VIH, que lo puedes transmitir a **otros... Cómo te metes?, cómo...**, pues todo lo que hemos hablado pero tiene que haber **una.. Que** osea, el mismo que sea portador sepa que tiene que **prevenir, o decir que el vih va y quien está** transmitiendo además de lo que algo tiene también, que generalmente se sabe que también hay personas que saben que lo tienen.

Y por cada vih cuántos contactos tiene? **No vamos a aprender**, por la vía ilegal y por la vía legal porque ya sabe que **enfermé por la vía y** no lo podemos detener, pero sí con la consejería y con la propaganda de planificación y enfermedades de transmisión sexual podemos detenerlo un poco, pero por la vía legal **es fácil. Tú que harías con todo esto?**

**E: Además es que el efecto dominó va multiplicando**

**EC3:** Entonces es ahí donde podemos decir, cuántas personas lo tienen que lo saben y lo van multiplicando, sabiendo que tienen que prevenirse, que tienen que protegerse y **sabiendo que tiene que ser honesto.** Entonces la deshonestidad aquellos pacientes que lo tienen nos da a nosotros aumentándola, la **morbilidad** nos está aumentándola mortalidad y nos están vendiendo embarazo con niños con vih portador **.....** porque la mortalidad infantil se nos va

a dar ..... vamos estamos bien , pacientes que salen embarazadas con VIH con niños que son portadores ya y que en última instancia esa niña o niño se nos va morir y la mortalidad se nos va a aumentar además de de la infección..... Y todo eso es vih, en ese aspecto.

La ilegalidad tal vez no, tiene que estar que no se hayan dado cuenta que tienen **vih por sexo** y nosotros tampoco sabemos, pero las que ya saben, a eso yo voy también, ¿creé usted que justo o que no es justo?

**E:** Sí, sí, sí, totalmente, yo creo que tampoco es la solución, en mi rama, en la educación, porque ahí te diriges a las dos partes.

**EC3:** No sé si han tocado con usted, así como guste me lo pregunto a mí y si le han respuesto así, dándole una respuesta así, con los que ya saben, no sé si le han dicho eso.

**E:** A mí me dijeron hace unos pocos días y me gustó mucho, por ejemplo eso, como una receta que se podría hacer para prevenir una **guerra**, claro así de entrada, me quedé un poco, claro que iba en esa línea, que no sea algo esporádico, que sea una guerra del todo, que sea de la familia, que sea de educación, que sea del gobierno, que sea de los medios de comunicación.... **Y si es cierto.**

**EC3:** Si es cierto, por eso le digo yo, que las propagandas tienen que ser como campaña de vacunación, cuando esta la vacunación todo es campaña; cuando ya termina la campaña ya no hay propaganda de vacunación, se ha fijado usted en eso?. Eso lo padece usted, en que sector **una cartera de dinero** en esta campaña de vacunación primera jornada, segunda jornada, ya después no hay más campaña.

Entonces el problema del vih no es un día, **llegado diciembre es** Día mundial del vih, todo se reporta hasta el día que no le hace falta, el vih constantemente tenemos que agotarlo día y noche, en la madrugada, todo.... **La cuesta.** El costo de esta propaganda **están como medidas de capacitación**, cuesta es un Valor que no se ha medido; por todo lo que se ha invertido todavía es caro pero tomando en cuenta un trabajo, de todos unidos y que también el gobierno con una ley que obligue a los exportadores no **seguir estableciéndose**, verdad, no sé cómo porque desde el punto de vista, bueno, jurídico estamos nosotros..... Pertenece a otro campo, bueno al final tiene concurrir algo, que es algo que a mí no me gusta, no me gusta, no es que no me gusta **tratar con él**, no no, tratamos **cada sexo** verdad, yo trato y le doy buena atención al paciente con vih, hombre o mujer, lo que no me gusta es la actitud del agente portador del vih que sabe que tiene vih y contamine a otro que no tiene nada.

**E:** Si, si, porque no resulta ético, porque no resulta responsable.

**EC3:** Correcto, así es, y usted no puede decirle al otro que está hablando con ella porque a usted lo multan y va preso. Además a estas alturas, ..... como me .... Ginecólogo. No lo puedes decir. Pero la ley defiende a capa y espada a ella y yo creo que si debería..... Dentro del estado.

**E:** Cree que la falta de información provoca actualmente actitudes de rechazo, aquellas personas que quizá, aunque haya información pero que muchas veces desconocen porque si escuchan incluso los propios estudiantes, pero sí tú escuchas que puedes contagiarte de cualquier enfermedad y no utilizas medio pues algo falta en esa información. Entonces esto también puede provocar actitudes de rechazo, miedo.

**EC3:** Sí, hay una frase, muy importante que dice "quien es dueño de la información y la maneja es dueña del mundo", verdad que sí, si nuestra información fue el VIH o cualquier otra enfermedad, o cualquier otro evento social que nos lleve a que nuestra **raza** disminuya, si la desconocemos vamos a **catapiche**. Si la población desconoce esta información o lo toma muy a la ligera, vamos a ser un rechazo de todos los pacientes con vih. Lo que hay personas que creen que con salvar a un paciente con vih, o darle un beso en la mejilla ya se **descontaminación** con vih, lo que creemos que no debe ser así, la información tenemos que darla más fluida y a todo el resto de la población.

**En este lado**, tenemos que tener muy importante la capacitaciones desde el punto de vista de los Padres que viven en las casas comunales, en los consejos de barrio, **aun así** los mismos cabecillas, los mismos dirigentes de la población, se conozca como es el virus y como se

transmite y como se manifiesta para que así el resto de la población de cada barrio, de cada poblado, de cada ciudad, verdad, municipio tengan conocimiento de la problemática del VIH. Lo que sucede es que a veces sólo **hemos aterrizado** los colegios nada más y no en la población como tal, educación comunitaria, pero eso sí es una debilidad.

**E:** Y, aunque casi casi empezó contestando me la pregunta, jajaja, yo la voy a realizar porque es el final, entonces es mi rama también, la educación, ¿Para prevenir las infecciones o enfermedades ..... Que en este caso es nuestro tema, una solución podría ser implantar las asignaturas de educación para la salud? Que no hablemos sólo de sexualidad, que no es sexo.

**EC3:** Pero estamos hablando de educación para la salud.

**E:** Pero que sea desde el punto de vista, que sea formal, es decir, que no es un ensayo, no es una conferencia, que no es un taller, sino que es una asignatura que se da durante un tiempo que es todo educativo y que puede ser tanto en primaria, secundaria o universidad.

**EC3:** Yo estoy de acuerdo en una educación para la salud permanente, permanente y no esporádica o de momentos, sino educación de salud permanente y debemos nosotros determinar los temas para la educación primaria, la educación secundaria y la educación universitaria. Porque desde el punto de vista de la pedagogía ..... **Cada uno nos llama** y de cada uno de los individuos involucrados en primaria, en secundaria e universidad tienen distintos criterios. Y tenemos que en cada uno de ellos poder ir asentando las bases hasta que llegar a que todos dominemos un concepto homogéneo y no un concepto heterogéneo de..... enfermedades de salud de la población en que vivimos, verdad? ..... Porque así, cada uno de los países tiene su propio estado de salud, tiene su propia morbilidad, su propia mortalidad y es su estado de educación ..... Nos viene de una u otra forma a solucionar las deficiencias en educación sexual ..... En planificación familiar y otros temas de mayor auge que podríamos unir y echar **ahí toda la población o no**, que podamos evitar de una u otra forma la morbilidad ..... De enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, VIH y nuestra población aumentaríamos más en años de vida; **por eso estamos** 60, 70 años, para otros países están en 80 o 90 años.

**Nuestros adolescentes** llegamos ahorita, vamos bajo, los adolescentes están confinados del cuello..... **Que es una enfermedad de transmisión sexual y para la educación sexual así como le dije a usted** ..... Sería un gran proyecto muy bonito y muy hermoso.

**E:** Y además que, yo creo que para que se entienda eso, no sexualidad si no educación para la salud, que la salud ya lo decía la OMS, la ausencia enfermedad.

**EC3:** Exacto

**E:** Además yo creo que también entrarían otros factores, no es mi tema estudio pero lo que yo voy notando aquí en Juigalpa de momento, por ejemplo, la relación con el alcohol, que puede provocar, que los chavales toman bastante alcohol y que eso puede provocar, porque si uno sale, está de fiesta, está bebiendo, hay generalmente si no tienes como unos cimientos, digo yo claros puede que eso te acarree ya más riesgo en prácticas sexuales no prevenidas, entonces yo creo que está vinculado y que ahí pueden tratar salud laboral también que es algo que se está trabajando luego, es decir, que tengan una visión amplia y que no resulte, como decíamos al principio, que se está alentando a que lo haga.

**EC3:** La otra situación es, yo tengo algo siempre también, uno puede tomar tranquilamente, ese hombre está tomando socialmente, se puede tomar su juguito, su cerveza y bailar, disfrutar, que tú disfrutes del licor y no que el licor disfrute de usted, ya ha conseguido que el licor disfrute de usted, usted ya ha pasado a otro estado y a otra vida porque no sabes lo que estás haciendo y no sabes después de la fiesta dónde vas a caer. Por eso usted disfrute de su licor todos somos ..... Y nos divertimos como sea y si vamos a hacer tal cosa, sabemos que lo vamos a ser consciente porque en un momento dado también está demostrado que 3, 4 copitas o 4 o 6 cervecitas te inducen a un **erótico y te desinhibes, es normal**..... **Pero no te vas**

a tomar dos Cajillas, y decir que después de dos cajillas vas a hacer el amor cuatro veces después en la casa, en la casa después va a roncar..... El licor, es una situación que puede acomodar a relaciones sexuales, y el cigarro, la droga, son cosas que podemos tomar en la educación de salud.

**E:** Claro además, yo le digo muchas veces a los chicos o compañeros y a Carmen también, cuando dicen que yo puedo dejar el cigarro cuando yo quiera, si tú dominas a la sustancia sí Sr. Pero sí la sustancia te domina a ti, si tú no puedes estar cuatro horas trabajando aquí sin salir a fumar entonces tienes un problema.

**EC3:** Y así es, ..... Tiene que uno dominarla si no la sabemos dominar ya caíste en dependencia psíquica y después física, que es ..... **Quien se sofoca**, ..... vas a ..... De tu cigarro. Entonces tu lo que tiene esta más tranquila, mientras no estás con un cigarro.....

**E:** Bueno pues muchísimas gracias por la entrevista, ha sido un placer.....

**EC3:** Gracias .....

#### **ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE 4 "R"**

**Entrevistador/a:** Bueno Raquel, en primer lugar gracias por aceptar la invitación de participar como yo te dije el proyecto es sobre la tesis doctoral, el trabajo de investigación ya del doctorado y en lo que me centro es en el conocimiento y percepciones que tienen los estudiantes de la FAREM sobre el VIH. Entonces las preguntas van en esta línea, son opiniones sobre pues, prácticas sexuales que realizan los jóvenes, si es con protección o no, en ese sentido.

Para comenzar me gustaría saber, ¿crees que es importante el tema del VIH en el Departamento, en Chontales en general, porque es de donde viene la mayoría de los estudiantes? ¿Crees que es un tema importante el VIH o crees que hay otros temas prioritarios que pueden ser sanitarios también, o educativos, o económicos?

**Entrevistado/a clave 4:** Sí, lo que sucede es que no sé cuánta información te ha reflexionado acerca de las características de nuestra región pero nuestra región básicamente un 80% está influenciado por ámbitos, por culturas rurales. Independientemente que vivamos en una ciudad, Juigalpa, que tiene casi 80 mil habitantes, verdad, la gran influencia de nuestra población urbana está por la rural. ¿Qué te quiero decir con esto? Que las personas que habitan en la ciudad o tienen un pariente en el campo o emigraron en algún momento de su vida del campo a la ciudad. ¿Eso qué significa? Que información o datos sobre enfermedades son demasiado nuevos para nosotros, como es el VIH. Entonces, ¿cuál es la estructura en el campo? En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual. Entonces qué pasa, se traslada esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales. Ahora si es importante, lo es, que nos toca, pienso, trabajar con la población joven pero empezar de campo a ciudad, aunque estos jóvenes estén incursionando en centros universitarios continúan teniendo influencia del campo. ¿Es importante? Pues sí, pero ¿cómo hacer que nuestros jóvenes se den cuenta que es importante? Muy pocos casos se han dado, o que hemos conocido sobre muertes por esta enfermedad, se han manejado rumores, de los casos que se han dado se han mantenido tipo "top secret", se ha especulado sobre si falleció o no de eso, por lo tanto no nos ha tocado directamente convivir con la enfermedad. Amén como te digo de esos casos muy esporádicos, pero reiteramos de que es importante lo es, ¿por dónde vamos a empezar a sensibilizar a nuestros jóvenes? Desconocen mucho sobre eso, se manejan datos sueltos, información suelta, pero algo que esté bien detallado sobre la enfermedad como tal, no, aunque sabemos que sí, que ya hay muchos trabajos de investigación, que los medios de comunicación, pero yo percibo, yo R., que se ha manejado de manera tan mecánica, que hay que difundirlo se difunde, pero hasta ahí. ¿Cuántos casos hay en nuestra región que haya fallecido por VIH?



Hay un grupo de Juigalpa, que son tratados, un grupo muy reducido, lo que sí siento que ha mejorado entre comillas, que ya no es la enfermedad de los homosexuales, eso sí, nuestros jóvenes ya manejan eso, ya no están etiquetado como la enfermedad de las prostitutas o la enfermedad de los homosexuales. Y eso ha sido gracias a cómo se ha difundido.

¿Cómo atacar, es decir, cómo sensibilizar a la población joven, a nuestros estudiantes? Hay que empezar por los hogares, fíjate. Nuestros jóvenes están con nosotros 4 ó 5 horas, pero en el hogar ¿qué pasa? Hasta hace un par de años comenzábamos con querer formar una escuela de padres o una escuela comunitaria, o algo, donde el joven reciba, bombardear al joven desde el hogar, la comunidad y desde el centro universitario. Podría ser. Pero si vos me preguntás en escala del 1 al 10 cuánta información nuestros jóvenes manejan, a lo mejor soy romántica y te digo que 5, y lo que sí habría que sopesar es la calidad de la información que tienen, que eso es bien superficial. Inclusive, fíjate que hay una confusión entre qué es un virus, una enfermedad, que SIDA es sinónimo de VIH, empecemos por esos elementos básicos. A estas alturas todavía hay confusión alrededor del manejo de eso, no y gracias a vos, mujer, si te puedo colaborar en algo y si las locuras que te digo valen, pues ahí vamos –claro que sí-.

**E: ¿Crees que la población chontaleña habla abiertamente de sexo? ¿Crees que las familias hablan del sexo, que explican a los hijos a las hijas sobre sexualidad?**

**EC4:** No, tendrían que ver, caracterizar en qué tipos de familias y caracterizar a esos sectores de familias. Te puedo decir que a cierto nivel, por lo menos en el entorno donde nosotros nos desplazamos sí tienen cierto nivel de instrucción, esos padres de familia, tienen alguna posición que les permita estar consciente que es necesario hablar sobre eso, lo hacen, pero aún así, te repito, de que el elemento cultural nuestro, muy rural, todavía como que nos inhibe, verdad, para abordar este tipo de temáticas. No se habla suficiente, lo puedes percibir en las escuelas. Por ejemplo, la experiencia que te tengo de trabajar con maestros empíricos de las escuelas rurales, yo trabajo en el área de Ciencias de la Educación y nosotros, prácticamente, los 15 años que tengo de trabajar en la universidad ha dio con docentes empíricos, pero estos docentes empíricos de primaria y de secundaria trabajan en escuelas rurales. Y las temáticas que he tenido que tratar con ellos aún en las especialidades de historia y geografía, aprovecho momentos ahí para lanzar algunos mensajes alusivos a la reproducción, a la sexualidad y todo ese rollo, y dicen ellos que chocan con los padres, y los padres en alguna medida que autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no con el nivel de responsabilidad que se requiere. Y te digo, que los medios de comunicación en nuestra región han abordado temáticas aquí; tenemos canales locales que no se explotan, no explotan esas temáticas en nuestros canales locales. Yo pienso que los medios de comunicación son decisivos, independientemente de que en las aulas universitarias podamos abordarlos, verdad, pero si bombardeáramos esas temáticas por tres o cuatro francos, como te digo, sería mucho más fructífero, pero no. A lo sumo, lo notás en la cantidad de embarazos en adolescentes que hay en nuestra región, la cantidad de embarazos en adolescentes. Nuestros jóvenes están sufriendo de enfermedades venéreas, pero lo están tratando en el anonimato, buscan ayudas de tercero, se autorecetan, se automedican y ya, resuelven el problema. No sé si se han hecho estudios a profundidad sobre la cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años. Pero es necesario profundizar sobre esas temáticas.

En las escuelas primarias, a nivel de texto está, en 3º, 4º grado, no sé ya quinto ese material que hay, pero si mirás los libros de 3º y 4º grado, está, en teoría está, el Ministerio de Educación lo contempla, el problema está entre el texto, el intermediario que es el docente y el receptor que son nuestros niños. Entonces, ¿qué es lo que pasa también? Nuestros docentes de primaria y secundaria todavía no están, no tienen todos los instrumentos para interpretar ese texto. Contradictorio verdad, porque se supone que el texto fue diseñado para que nuestros docentes de primaria y secundaria lo pudieran interpretar y reproducir en consecuencia, pero en este impas, de interpretar lo que el texto te dice y pasarlo al estudiante, hay problema, hay problema. Porque cuando ese docente logre en alguna medida canalizar esa información al joven, y el niño llega al hogar y lo transmite, entonces rebota de manera

negativa hacia el docente y lo bloquea, no sé si me captás, entonces como que se corta la transmisión de esos temas que el docente pueda dar. El colmo, aún a nivel de nosotros, yo estoy recibiendo un taller de género, sexualidad y derechos humanos, va a durar dos años, vamos cada tres meses a recibir y dura 3 días, con el propósito que luego estos 5 docente que estamos en ese taller de género y sexualidad vengamos a multiplicarlo a nuestros compañeros. Y esto es un comercial, te lo cuento, me dice un compañero de cuarenta y pico de años, "Raquel, me dice, porqué vos decís que la mujer es responsable de su orgasmo". Por dios, le digo, no me captás esto, entonces vamos a sentarnos y te voy a explicar, y se quedó sorprendido. Y yo me quedé triplemente sorprendida porque yo me creía, suponía que siendo un docente con título universitario debería manejar esto, y me dice "Raquel, necesitamos hablar más de esto". Entonces ¿qué puedes esperar de los otros temas?

**E:** De los grupos focales que he ido haciendo con algunos estudiantes, además ayer precisamente insistían en eso, que en los colegios en primaria y secundaria en la mayoría sí se trataba pero que en algunos a lo mejor, más de tipo religioso, pues que sí lo tenían un poco prohibido por miedo a que los padres pues se rebelen contra el colegio, la idea de que informar es incitar al joven a que puedan probar, que puedan experimentar, y además ellos también, que me gustó no, porque son jóvenes no, la juventud, entonces ellos decían que lo importante era que el profesor estuviese capacitado, porque no es lo mismo que ese material lo imparta un profesor que esté de acuerdo, que tiene una visión más amplia, más actualizada la realidad, a que a lo mejor lo haga un profesor que es más inhibido, que es más pudoroso o que a lo mejor no comparte.

**EC4:** Sí, sí, y yo lo estoy probando en la medida que cada vez que voy a ese taller de género y de sexualidad y vengo y transmito con mis compañeros alguna información entonces yo siento en ellos como si estuviera descubriendo América por tercera vez, entonces eso me asusta, me preocupa, y sin son compañeros menores que yo, entonces ¿qué está pasando?, ¿qué está pasando?

Por lo pronto, lo que sí he percibido a lo mejor empíricamente es que hay disposición de nuestros jóvenes, lo cuales están sedientos por saber, están sedientos por saber qué es lo que pasa con ellos, con su cuerpo, con su entorno, cómo establecer vínculos con jóvenes del sexo opuesto, inclusive tenemos, yo en lo personal, hay 4 ó 5 casos de jóvenes que piensan que es ¿?, no saben cómo, y ellos tendrían hasta en su expresión corporal, que están enviando mensajes, quiero ayuda, pero no sé cómo pedirla, porque hay un velo, el velo está tapando en la casa y el velo está tapando también en centro de estudio, y te confieso, los docentes no están preparados para tratar esto, habemos unos un poco más adentrados si vos querés, desinhibidos si vos querés, pero que demandamos también más herramientas para hacernos frente. Y está bien, puede que no se forme a un batallón de docentes dispuestos, pero podemos empezar con una pequeña cantidad, 5 ó 10, por algo se empieza. Pero los puntos medulares son, las casas, la familia, cómo incidir en la familia y cómo incidir paralelamente en el centro de estudio. Poder diseñar algo que pueda, paralelo en las dos direcciones y en el contexto que hay el 80% de esas familias que tiene influencia rural, influencia rural significa religión y significa una serie de tabúes. Esos podrían ser los muros de Berlín que tendríamos que chocar contra ellos. El otro rollo también, no sé si lo has notado en las aulas de clase, de cada 10 estudiantes, 8 son mujeres, entonces, tendríamos que aceptar un sector, tendríamos que aceptar el sector de las mujeres. Si vas al campo también, si vos sensibilizas a la mujer, la mujer sensibiliza a la pareja, o al padre, o al hermano. ¿Qué es lo que pasa? Predomina las mujeres, no sé si lo has notado, pero no hay un solo sector donde vos no vayás y no observés que hay más mujeres que hombres, dónde estás los hombres, no sé, sólo los mirás en los embarazos, mirás los embarazos pero no sabés dónde están los hombres, sí. Y por mucha cultura machista que tengamos, las mujeres en términos generales nicaragüenses, hemos desarrollado esa habilidad se puede llamar para poder incidir, incidimos por mucha resistencia...te mentiría.

**E:** Y estás de acuerdo, ha salido a relucir también en los grupos, no ha sido la mayoría, pero si en un grupo, todos los participantes estuvieron de acuerdo, que la mujer que si ocurre en facetas de la vida, que la mujer esta copiando los valores negativos de los hombres, por ejemplo, en cuanto al alcohol se ha ido viendo en muchos países, el tabaco también, cada vez quieren fumar antes, quieren beber antes y además lo quieren

hacer casi como al mismo nivel, como al mismo ritmo, y entonces los jóvenes, me llamo la atención, que decían que en el tema sexual también, es decir, que habían chicas que ya eran ellas, por ejemplo, las que decían que no quería usar preservativos porque no se sentía igual, es curioso...

**EC4:** Yo no lo había escuchado, hasta ahora

**E:** Tú crees que las mujeres en ese sentido, la joven ¿no? porque estamos hablando de la juventud, en ese sentido también esta copiando esos valores? de no interiorizar los riesgos porque tienen información y de, si de comportarse igual que el hombre que lo que le interesa es eso, quizás prevenir el embarazo en algún momento pero sobre todo disfrutar, disfrutar con el riesgo que sea.

**EC4:** Lo que está pasando es que las mujeres siguen funcionando bastante en el campo laboral, informal o formal, pero siguen funcionando y por muchas dificultades que tengamos económicas en nuestro país, por mucha crisis que haya, pero la mujer está progresando, ya sea de manera eventual, de tres, cuatro, cinco meses consigue algún tipo de ingreso, y eso que te indica, que también puedo ir a un restaurante, que puedo ir a un lugar recreativo, puedo tomarme un par de cervezas y no necesito del hombre que me pague la cuenta, al no necesitar del hombre que me pague la cuenta entonces estoy colocándome en el mismo nivel que el aunque para mí eso es un autoengaño, pero esto implica también que en alguna medida, y yo me atrevo a manejar, mal manejado, está tomando la iniciativa en el campo sexual también. Tomar la iniciativa para ellas es, bueno no vamos a usar preservativo porque yo no quiero usarlo, entonces estoy condicionando la relación, está mal manejado, a mí no me parece, ¿por qué las mujeres jóvenes, nuestras mujeres jóvenes están actuando así? A lo mejor una crisis que estamos atravesando como sociedad larga, la mujer también acosa, nuestras jóvenes acosan ya, en muchas ocasiones he buscado a las muchachas en las aulas de clase, **a veces tenemos que cuidar más** a los varones a los jovencitos y a las jovencitas, la mujer está tomando la iniciativa, vamos yo pago, ¿de dónde obtiene esos ingresos? Algunas veces como te repito son de esos empleos en lo cual las empresas privadas están empleando mucho a las jóvenes que les llaman impulsadoras de productos, esto implica un ingreso temporal, pero eso también las hace sentir también, entrecomillado, que las hace tomar decisiones o tomar iniciativas, así está sucediendo, está sucediendo, mal conducido, mal manejado, pero está pasando, inclusive el de embarazarse no lo están tomando como algo que requiera preocupación, me embarace y ya estoy embarazada, como quien dice me puse hoy un cartón nuevo y ya, es decir, la magnitud de esa situación no la ven, pero yo vuelvo a insistir, ¿qué está pasando en los hogares? Hay un porcentaje de hogares, se dice la última estadística que se hizo a nivel nacional, que de cada diez hogares, seis hogares eran mantenidos económicamente por mujeres y dirigidos por mujeres. ¿Cómo está, qué rol está jugando el hombre en los hogares? ¿Tenemos padres en los hogares? La estadística dice que solo cuatro padres hay de cada diez hogares, el resto son mujeres, a lo mejor eso tendría que ver es posible, y esa imagen, la madre adulta le está transmitiendo a su hija adolescente,... podría ser.

**E:** Y, estábamos hablando, bueno yo creo que ha salido en alguna manera, ¿las relaciones sexuales en Chontales son tempranas mayoritariamente? ¿A qué edades hablamos? O si hay diferencia por ejemplo, entre chico y chica, que uno pueden iniciarse antes, o más o menos están ya...

**EC4:** Hay una tendencia que se está más iniciando un poco antes en edad en las chicas, si estamos hablando de 14 o 15 años. Entiéndase relaciones sexuales ya un contacto de penetración y todo eso. Hay juegos, ya estamos hablando de chicas de 13, 14 años con juegos ya, pero ya a los 15 años hay una buena cantidad de jóvenes que ya han mantenido relaciones, y lo más triste, por lo menos los casos que manejamos es que son tan fugaces, es decir, no se establece ningún tipo de relación estable entre la otra persona y es mucho más preocupante porque significa que nos atrevemos a pronosticar, significa que esta joven que tiene 15, 14 años cuando tenga 20, cuántas relaciones y con cuántos mantendrá y que conste a veces se tiene como clasificado, ah! es que las niñas de los sectores pobres, de la periferia de la ciudad son las que inician a más temprana edad. Yo no me atrevo a decir esto, fíjate, porque que tal vez las niñas de la periferia se divulga porque manejan más rápido, pero las niñas de papa y mama, las niñas de lacito rosa también, solo que eso se maneja entre



bastidores, y si lo observas, te vas a los centros de educación secundaria, te vas a los baños, y lees toda la información que hay en los baños, eso te da también ideas de cómo y si entras a un recreo, o a un respeto que le llamamos, un intermedio de 15, 20 minutos y te quedas por ahí clandestina escuchando conversaciones de jóvenes de 14 a 16 años, te juro Ithaisa que congajas de los pies a la cabeza, si que se está dando mucho, mucho, mucho.

Estamos empezando a temblar con imágenes de nuestras jóvenes en ropa interior, hubo una época hace un año que estuvo de moda que en los celulares aparecían las imágenes de las estudiantes y muchas con su uniforme del colegio, se empezó a bombardear por los medios de comunicación local y nacional, ya ha calmado un poco, por lo menos se ha calmado, si se está practicando clandestinamente pues habría que investigarlo, pero los celulares están prestando mucho a ello, es decir, que busca la jovencita de 14, 15 años que su imagen aparece en un celular. No podemos argumentar desconocimiento, sabe que se está filmando, ¿de qué carecen nuestras jóvenes para que, ponerse en ropa interior o desnuda y que sea filmada por un celular? ¿Qué busca? No lo sé, y repito por tercera vez, ¿Qué pasa con los padres de esa niña? Los docentes hacemos lo que podemos. Ahora un éxito es que ese joven logra tener confianza con vos, que te cuente, pero notaste que aquí en nuestro centro son abiertos a tocar el tema, le gusta, y están pidiendo que le hablen, y nosotros nos poníamos a alucinar o a soñar con compañeros que tuviéramos un área destinada a la orientación sexual, que lo ideal sería empezar desde la primaria, es decir, que cada centro, o por lo menos centros pilotos, 3 o 4 centros de estudio, direccionar un área con 3 o 4 profesionales, que el docente se conecte con esos 3 o 4 profesionales a través de situaciones concretas de su aula de clase y formar un equipo, sería lo ideal, y llevarlo hasta la universidad...

No es malo soñar... jajaja

**E:** Jajaja Tú me decías ahora que sí, que ellos estaban como sedientos de hablar pero una cosa que yo he notado cuando hemos ido a entregarle la carta a los estudiantes para participar es que sobre todo los chicos son muy reacios, han costado participar, de hecho el primer grupo que se hizo solo vinieron dos de diez. Ayer fue mejor, incluso vino gente que no teníamos previsto porque escucharon hablar y querían participar, pero otros que fuimos al examen a recordarles participar, que los vimos después del examen que les recordamos que a las 12 nos veíamos no asistieron y por lo menos la sensación mía, y bueno de la compañera que fue conmigo es que los chicos eran más reacios. Yo intuyo que podía ser por el tema, ellos no sabían, bueno la carta era más o menos como la que yo le envíe a los profesores, pero solo se cuenta el título del proyecto y que se va a hablar de ..... entonces yo no sé, digo si a lo mejor ellos creyeron que iba a ser como muy personal, las preguntas son así, son en general, yo no les pedía que me contasen nada personal ni privado, pero fue curioso, y los chicos, los varones fueron los más reacios y las chicas bueno se quedaban un poco... pero la mayoría aceptaban.

**EC4:** Yo me atrevo a decir que habría que ver el canal para llegar a ellos, en principio a nivel del personal de la universidad, son 3 o 4 docentes donde ellos se abren más, yo no sé si ha sido un privilegio para mí, verdad, una buena oportunidad pero sí conmigo sí hablan, inclusive he tenido que robarle 20, 30 minutos de mi clase para poder aclararles muchas cosas y me he quedado sorprendida, lo que se de los jóvenes lo sé a través de mis estudiantes, sí, y lo percibo. Apuesto mi útero, todavía, que lo tengo bueno de que sí, lo que habría que hacer es pulir, pulir el canal de comunicación para llegar a ellos, encontrar 3 o 4 docentes idóneos para poder llegar a ellos y luego abordar a los chicos por un lado, y a las chicas por otro lado, y depende del nivel, es decir, hablamos con chicas de primer año es un poco difícil pero no sé qué tipo de grupo estuviste tratando

**E:** Sí bueno yo fui este, se seleccionó a uno o a dos, en algunos casos de carreras muy, con muchos estudiantes de cada carrera, eso fue .....matutino, nocturno y encuentro, del encuentro, entonces lo que sí es cierto que una vez que ya llegaron los que vinieron hablaron y además yo también se los decía para que un poco ellos no tuviesen el reparo de que no me conocen, pero yo les dije, yo no soy profesora del **Unan**, quiero que hablen conmigo abiertamente en confianza, entonces yo creo que me mostré cercana a ellos y ellos hablaron sin pudores, pero como en la entrada, lo que es en la carta, explicarles que vengan, ya te digo que hay bastantes que no llegaron, no sé puede ser lo que tú dices también, a lo mejor él o una persona que estuviese más cercana a

**ellos, que les pudiese dar a lo mejor mas confianza o que a lo mejor el tema también es nuevo para ellos y establecer un enlace**

**EC4:** El miedo, el miedo...

**E:** De que no saben lo que va a ser...

**EC4:** Aparte de que hay elementos culturales que hay que tomar en cuenta, no estamos habituados a abordar temáticas como esta en un ambiente, inclusive el ambiente en el salón de clase no es recomendable, sacarlos del salón de clase, un ambiente donde estuviéramos de partir, tomarnos un refresco, yo pienso y no soy quién para decir que tipo de metodología se puede emplear, pero una especie de precalentamiento primero, podría ser un ejercicio que te puede llevar 4, 5, 6 horas un promedio, y luego captar un grupito muy pequeño y que ese grupito pequeño sea multiplicador de otro mismo y que al final puedas tener uno de 20, 25 que se puede lograr, se logra, pero es como un trabajito de hormiga, y que él pueda reclutar a otro compañero y un ambiente fuera del salón de clase.

Hay una serie de elementos de orden psicológico, emocional que pueden incidir para que sean más abiertos, pero que te van a decir tanta cantidad de cosas, por ejemplo, yo me quede helada, porque me decía una compañera porque yo tengo 10 años me dice, trabajo con estudiantes y con compañeras jóvenes lo has notado, tengo 10 años una compañera de trabajo, tengo 10 años..... yo te oigo hablar de todos tus talleres sobre orgasmos y **todo eso que es eso porque yo en dos años tengo dos hijos**, entonces si tenemos este tipo de docentes imagínate como serán los estudiantes, entonces ese docente es difícil que pueda crear un clima agradable para tratar este tipo de temas con sus estudiantes. Yo pienso que si quieres hacer un trabajo aquí con gente estas con nosotros, nosotros preparamos las condiciones con los estudiantes y al cabo de dos, tres meses vuelve a tocar a ese estudiante y me vas a contar que, entonces ellos están como cerrados, pero es que ninguno de nosotros le ha creado el clima a nuestros estudiantes para que puedan tocar esa temática.

Yo pienso que se podría volverlo a intentar pero buscar 3 o 4 docentes, en que se pudiera caracterizar primero el grupo, caracterizar el grupo y luego buscar 2 o 3 docentes en que ese grupo se sienta agusto, conversar, hay confianza, ganarse la confianza no es fácil, pero se puede construir una confianza donde venga el docente, y ese docente es el que da confianza, entonces..... entonces ellos sacan por consecuencia si está el docente que me inspira confianza y está **acompañada por Ithaisa** por qué no va a hablar, vamos a hablar, en nuestro ambiente que no sea el salón de clase y puede resultar.

**E:** **El, hablamos que que generalmente bueno que si hay relaciones tempranas, que la mayoría son fugaces, son esporádicas, ¿crees que, que suelen utilizar cuando tiene relaciones sexuales métodos anticonceptivos, crees que se protegen? ¿La mayoría?**

**EC4:** No. Tengo todavía una caja de condones, verdad. Por que las actividades, la gira de campo, soy amante de la giras de campo, como te contaba, entonces ahorita estamos trabajando en una comida rural, que a lo mejor, si tenéis tiempo en tu agenda, nosotros estamos incidiendo ahí un proyecto de orden ecológico, una asignatura que impacta que se llama .....**ecología** y tiene que ver en la relación que tiene la comunidad con su entorno natural, entonces aproveche para llevarme una caja de condones, organizamos una asamblea con 40 líderes comunales pero en función de armonizar la comunidad. La comunidad está a 27 kilómetros de acá. Entonces les dije a los estudiantes, vamos a matar dos pájaros de un solo tiro, aprovechamos la reunión de los líderes comunales y les hablamos sobre la cuestión de la deforestación que hay en la comunidad, el proyectito que ellos van a terminar un proyectito de curso vamos a llevar 400 **clásicas** y el sistema es: cada estudiante tiene 3 ahijados que son habitantes de la comunidad, cada estudiante le va a entregar 15 plantas a esos 3 ahijados, son adultos verdad, y luego el estudiante va a monitorear si esos árboles se sembraron y si están creciendo a través de los 3 habitantes de la comunidad, y yo voy a controlarlos a través del estudiante, porque lo que yo, a mí lo que me interesa es que el estudiante se vincule con la comunidad, entonces yo monitoreo al estudiante, el estudiante monitorea a los 3 líderes comunales y de paso vemos si las 15 plantitas están creciendo.

Entonces se me ocurrió llevar dos cajas de condones, el solo hecho de decirles el emplear el término condón causó una reacción increíble en la comunidad, y lleve un pene de madera y les dije que por favor, pero para que pudiera llegar a ese punto, a ese tema de conversación

estuvimos dos horas, de pasivo, nos tomamos un fresquito y tratamos de crear a el clima trasteando, amigable y toqué el tema y causó una, una sensación de de preocupación de ver, que, que el solo hecho de ver el pene de madera puesto sobre la mesa y que yo iba a empezar a colocar un condón, un condón por el pene fue increíble. Lo que me encantó fue la reacción de mis estudiantes, porque ellos empezaron a entregar los condones y todo eso y una señora me dijo esto está prohibido por Dios, y me atreví, no sé si hice bien o no y le dije será que Dios quiere que nazcan cinco niños y que mueran de desnutrición o quizás se muera dentro de cinco o seis años por una enfermedad venérea o por el Sida. La señora se quedó callada pero el elemento religioso quizás es determinante para ellos, es fuerte fuerte, como universidad **yo pienso que hay muchos en esta dirección** y capitalizar las actividades que se realicen... pero pienso que no hay una sola actividad donde no se capitalice, una fiesta por muy, por muy fuera del tema que sea, ¿por qué no adornar una fiesta con un montón de condones? ¿Por qué no aprovechar al máximo cada concentración de personas, dónde haya 10 o 15 personas? Entre más jóvenes mejor y aprovechar para difundir su ...

**E:** Si porque además yo creo que aunque se informe o... yo creo que la información no llega, o aunque llega, es algo como muy puntual, una charla, si, pero es un día, un día, es como cuando estudias si no lo interiorizas al día siguiente o cuando hagas el examen te olvidas de la mitad, entonces claro lo que se va viendo que información están diciendo que si hay, pero no llegan a asimilarlo, no lo interiorizan y hasta que no se normalice, ¿no? alomejor lo que tú dices, que no se va como algo sorprendente, extraño, ah!!Donde viene con un condón, que alomejor es la sorpresa, claro que se vea como normal

**EC4:** Síiiii como como comer, como bañarse, como vestirse, cuando alcancemos ese nivel otro gallo nos va a cantar, si, pero tenemos que empezar también por ahí, por los profesionales, por esos centros donde se supone que lo manejan donde no les asuste nada, esa comunidad a nosotros nos sensibilizo muchísimo, lo que sí nos llamó la atención fueron las mujeres, las que estaban más prestas a preguntar, si, porque por cierto de 40 personas que estaban 30 eran mujeres, si y estaban más dispuestas a escuchar y establecimos el contacto a través de celulares, nosotros vamos el miércoles, no sé cómo esta tu agenda el miércoles que sería a manera de relax si tenéis tiempo para que

**E:** Es que no, es que no porque tengo un grupo focal con personas que tienen el virus y entonces es que no lo puedo mover

**EC4:** Ya, ya

**E:** Pero el próximo miércoles si vuelven si, además me encantaría

**EC4:** Ya. Tenemos videos, tenemos videos de las reuniones que hemos tenido con ellos y ojala que eso no quede solamente en un trabajo de doctorado, ojala lo pudieras materializar en proyectitos más concretitos

**E:** Si yaaaa, bueno el otro día hablando con el profesor Mora que fue también uno de los grandes idealizados porque él tiene muchísima experiencia obviamente en el hospital y también ya apunte yo dos asteriscos y les dije esto es una línea de trabajo, además me gusta mucho el trabajo comunitario, el trabajo en la animación sociocultural, lo que pasa es que desde la universidad es muy teórico, pero me gustan, me gustan estas experiencias

**EC4:** Trabajo comunitario ligado al voluntariado, que pudiéramos identificar 5 o 6 jóvenes por sector y a manera desinteresada y este voluntariado juntado al trabajo comunitario estaría bien...

**E:** Si porque además lo que, lo que es más o menos también lo que tú has hecho, es trabajar con líderes, eso es lo fundamental y era una de mis ideas en el tema de, yo no me centre, aunque el trabajo es de VIH ¿no? pero bueno al final vamos a terminar con orientación para la salud y entonces yo creo que esa era por lo menos la idea que yo tenía, que se puedan formar a líderes de la facultad y a su vez que vayan a la calle, por barrios, por sectores también, porque hay que trabajar con la iglesia mucho también...

**EC4:** Hay que trabajar con la iglesia

**E:** Pero yo creo que se puede, yo creo que es importante

**EC4:** Se puede

**E:** Porque mueve y además tú lo decías aquí, esta mañana estaba hablando yo de esto porque me daba cuenta de la fuerza que tiene la religión aquí, las creencias, está como muy impresionado, yo escuchaba la radio y estaba sorprendida

**EC4:** Nuestros compañeros están dotados, si Dios quiere, en el nombre de Dios, entonces también...

**E:** Por eso hay que aprovechar todo lo que tenemos al alcance

**EC4:** Claro y ahora que pasa, tenemos iglesia protestante que está muy engarzada también en la comunidad, qué pasó con esta pequeña experiencia que tenemos en esta comunidad que hicimos invitación, tanto al pastor de la iglesia protestante como al cura, si, y al policía de la zona y a los más ancianos de la comunidad, porque esto es muy ancestral en nosotros, si va Don Pedro que tiene 90 años, porque yo no voy a ir, entonces tratamos de cazar a 3 o 4 Don Pedro, porque no es Don Pedro, es decir, es la persona más vieja de la comunidad, es la persona que simboliza a la comunidad

**E:** Es un referente

**EC4:** Claro y resultó, y la maestra de escuela, porque aunque la maestra de escuela este arañando para dar lo ... Es la maestra de escuela y vamos a ..... la maestra, entonces esos son 4 o 5 elementos decisivos de la comunidad que se pueden trabajar, se pueden, pero lo que sí te cuento es que para que nosotros pudiéramos llegar a esa comunidad y hablar con un poquito de sexualidad lo mezclamos con temas ecológicos, imagínate, solo pregúntate como hicimos, pero bueno hicimos una ensalada rusa, jaja, entonces, pero ya estamos visitando la comunidad desde hace tres meses, es decir, tuvimos que lavarle los trajes a la señora de la casa, tuvimos que pintarle y preguntarle sobre el chanchito, sobre la gallinita y le barrimos la casa. Ya, para que ella pudiera acudir a esa cita nosotros estuvimos tres meses antes verificándola. Entonces sí, no voy a ir a una asamblea que la profesora Raquel de la Unan Chontales no, voy con Raquel, entonces lograr llegar hasta ahí es muy importante. Voy con fulano, voy, ella somos iguales, vamos igual a una asamblea, no se puede montar una asamblea de un día para otro, no se puede, por lo menos en comunidades como esta... Y comimos en el mismo plato, y ella partió la tortilla por la mitad, esta mitad tuya y esta mía. ¿Y qué tal el condón? Bien Raquel, pero después que comimos juntas y ella se bebió su café, después hablamos del condón. Y surtió efecto, lo aceptó, aceptó el condón. Que lo vaya a usar, ni idea, pero lo bueno es que lo aceptó, aceptó el condón.

**E:** Eh, bueno, al principio, hablamos no sé si más o menos me confirmaste, tu visión, hay como yo en el proyecto intento, identificar las realidades de género, claro, me viene fantástico escuchar... jajajajaja entonces en las relaciones sexuales de jóvenes estamos hablando que la parte corporal es importante, que mmmmmmmmm ehhhhhhhhhhhhhh son parejas esporádicas, y que generalmente no se utilizan métodos anticonceptivos pero crees que hay diferencia entre , chicos y chicas, que ellos sean más propensos a decir, yo he adelantado antes, el varon diga mejor no usamos preservativo, masculino o femenino o píldora, y que ellas por ejemplo si quieren intentar prevenir o que más o menos están a la par.

**EC4:** De los dos....más asequibles, para prevenir....

**E:** Finalmente hay diferencia o algo???

**EC4:** Yo pienso que sí, es decir, de los dos quién está más preocupado el hombre o la mujer, el joven o la joven, yo creo que la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos, porque dentro de nuestra cultura machista, el chico, dice, bueno, vos me rechazás, lo voy a aceptar, y yo puedo buscarme otra, pero esa chica .....pero viene otro detrás de vos, y ahora esa chica le sale con la misma respuesta que la anterior ya tenemos dos chicas jjejejejeje entonces en la medida que el encuentro obstáculos por cada chica que busque, entonces, el qué pasa aquí, yo tengo también que sensibilizarme, bueno, esa es mi teoría, no se...qué cambiable será jajajajaja

**E:** Mmmmm cómo vamos ya digamos finalizando, ehhhhhhhhhh, si pudiésemos, si estuviese en nuestra mano ahora, no sé, como de una receta mágica, ¿cómo se podría prevenir el vih en los jóvenes? porque claro muchas veces se habla, no, porque información porque, pero realmente, ¿cuál sería la receta?

**EC4:** Bueno, como despertar un sentimiento de responsabilidad en los jóvenes para prevenir, evitar la relación sexual, eso por favor no, no lo vamos a evitar, empecemos por papá y mamá, el hogar, nuestros jóvenes no han visto en carne propia, cinco o seis casos, de muerte por el SIDA, han oído, han leído los diarios, pero en carne propia, que en el barrio se haya muerto alguien por sida, esos son casos muy esporádicos, por lo pronto si no tenemos en carne propia esa experiencia, podemos atacarlo por casas y atacarlo como te decía anteriormente,, reclutar jóvenes líderes, en el aula de clase, siempre hay dos o tres jóvenes líderes, y vos sabes que eso del liderazgo es algo innato, es decir, no te voy a dar el título del líder, en el hogar, en la comunidad, en el centro de estudio, lograrán captar por ahí, haríamos, haríamos, haríamos bastante, no están previniendo ni el embarazo, imagínate, ahora van a prevenir el sida, pero que así se puede hacer algo, si, es que no conocen en muchos casos, no quisiéramos que se dieran los casos, pero muchas veces aprendemos así, hasta que no vea el cadáver, y lo vemos completamente carcomidos por la enfermedad, pensamos eso nunca me va a tocar a mí...suenan crueles, verdad, hace como unos cinco o seis años cuando murió mi vecino de sida, y se maneja a nivel tan discreto, si no fuera porque la madre confió en mí y me dijo mi hijo murió de sida, como supe que tenía sida bueno, cuando ya estaba por morir, porque acudieron al médico y tenía 22 años, cuando lo contrajo, a lo mejor a los catorce, y dejó un hijo que es portador, Pero nosotros aprendemos en la medida que lo pasamos en carne propia, o un poco más cercano a nuestra carne propia

**E:** Sí, porque además en la juventud siempre ha ocurrido, me atrevo a decir o al menos cuando yo era más joven, que no somos conscientes del riesgo, ocurre de mayores, muchas veces, ¿no? Hay mayores que dicen, no, es que no quiero ir al médico por si acaso, a lo mejor se notan algo, pero dicen por si acaso, por ese miedo, por ese...entonces prefiero vivir en la ignorancia, entonces, yo creo que en la juventud es mayor, ese, si, la falta de conciencia, y el riesgo, no sé, creemos que no nos va a ocurrir

**EC4:** Que no nos va a ocurrir, que eso solo en las películas se ve en internet en la infraestructura de nuestras familia en las viviendas, hicimos el hacinamiento en términos generales, verdad, somos familias numerosas, este, qué implica eso, que en un hogar, está mamá, papá, suegro, abuelito, al cuñado, al tío, entonces cuando te dicen incidir en la familia, a lo mejor estamos incidiendo como en cinco familias en un mismo espacio geográfico, entonces, toda esta teoría loca, que si yo llego a esa casa, va a ser a más de dos familias a las que voy incidir y de ese hogar está saliendo el niño a la escuela, y que atacamos a la maestra, la preparamos, y atacamos al padre de familia, y entonces el niño está en un juego cruzado de educación y salud



**E:** Emmmmmmmm y ¿crees que la falta de información que pueda haber y hablábamos sobre todo al principio en zonas más rurales, mas de campo, puede provocar actitudes de rechazo, de personas que tienen el virus?

**EC4:** Si si, la información está, pero está mal manejada, mal canalizada, en esas áreas rurales, verdad?? Si hay cantidad, de clichés, hay cantidad de pero si, si genera rechazo, todavía la homosexualidad no somos maduros para manejarla, aquí te confieso que hay tres o cuatro docentes, que he tenido que desatar una guerra con cuartel con ellos, para que procesen, para que filtren lo de las tendencias sexuales, porque yo le digo, no es una preferencia, es decir, yo soy lesbiana, no es lo que lo prefiero, yo me inclino, yo me inclino, porque si lo prefiero, significa que lo puedo manejar, lo tengo y busco a otro ser humano con quien compartir ese sentimiento, pero yo tengo compañeros aquí que no lo entienden, por mucha información que viene,, te repito, como será a nivel de hogar y de zona no urbana, entonces si hay un rechazo, si hay rechazo, que esa homofobia, si se le puede llamar así, no se ha desencadenado en agresiones, gracias a dios, no? hasta donde sabemos no ha habido ninguna lesión, una especie de aislamiento sí, sí, aislamiento sí, a nivel de familia, la familia te aísla. Yo comentaba con mi esposo eso, que como hacer para que este joven se llene de toda la autoestima, y sepa enfrentarse a esa inclinación sexual, solo no lo puede hacer, necesita ayuda. Y la ayuda tiene que venir de qué dirección, nuestra población es joven, el 52,53 por ciento de nuestra población tiene menos de 30 años, entonces hay mucha cantera, donde trabajar .Ahora, de ese cincuenta por ciento, la mayoría son mujeres, entonces tenemos dos elementos decisivos, una población joven y mayoritariamente femenina, si, pero que hay rechazo, lo hay. Que lo que me atrevo a decir, es que cada vez ese rechazo está más camuflado, depende del sector, pero se está camuflando, Si

**E:** Y bueno como te decía antes, era un poquito como mi pregunta final, la conclusión, por todo lo que hemos hablado, está claro, que un contexto que todavía es machista en muchas familias, mentalidades...y claro, lo que tu decías, ahora la mentalidad es muy difícil de cambiar, es un trabajo arduo y de tiempo. ¿Crees que por ejemplo una solución, una alternativa, para prevenir infecciones, para educar en sexualidad en general, que no solo, porque estamos viendo que Vih es uno, pero bueno que hay embarazos no deseados, y que hay otro tipo de enfermedades, podría ser implantar por ejemplo una asignatura de educación para la salud? ¿a distintos niveles? Que por ejemplo se pueda trabajar en primaria, en secundaria y en la universidad, que la Fae, porque yo creo que tiene una característica, yo por lo menos que vengo de España, es muy importante y es la multidisciplinaridad entonces crees que sería una alternativa, donde claro educación para la salud es muy amplia, entonces que pueda llegar a todas las carreras, que pueda ...en alguna ocasión yo he escuchado, no, es que por ejemplo hay estudiantes de empresa que no han visto un condón, que no saben, claro....Yo creo que esa información no puede estar cerrada,¿ no? No tiene que ir la educación solo una asignatura de enfermería...

**EC4:** Un abanico.

**E:** ¿Podría ser una alternativa?

**EC4:** Sí, podría ser una alternativa fíjate, y te reitero, trabajando con un grupo de docentes, no con todos, no con todos, porque para empezar tendríamos que captar aquellos docentes, que estén abiertos, muy comunicativos, que tengan el perfil de ser un docente divulgador, en el área de salud, ¿verdad? No estamos excluyendo al resto de los docentes, pero empezar con un grupo, un pilotaje que se yo, un grupo de docente y sí en todas las direcciones, te digo un ejemplo, estábamos en una clase de geografía, estábamos viendo África, y me puse a pensar y cómo hago para despertar en este grupo de estudiantes el interés por África, África esta a mil km de aquí, y yo se que lo primero que me van a decir, ¿pero profe que tengo que ver yo con África? ¿Por qué tengo que sentirme interesado por ese continente? Bueno eso es del área económica, cuáles son los vínculos que tiene Nicaragua, bueno, entonces, se me ocurrió el famoso Adn mitocondrial, y la Eva africana, y cuáles son los lazos genéticos que tenemos de una Eva africana, pero yo digo esta no es mi especialidad, consulté con la profe de biología, necesito que me ayudes y que me des una clase de veinte minutos del Adn mitocondrial. Los

muchachos quedaron fascinados, nunca van a olvidar a África, porque no van a olvidar a su Eva africana, porque nosotros estamos ligados en ese camino, entonces de una clase de geografía, me tuve que combinar con una de biología, pero en propósito bueno, entonces lo multidisciplinario en nuestra facultad nos va a permitir insertarnos también en un tema de salud. Claro, es raro encontrarnos un joven que no se sensibilice de ver a un niño desnutrido, descalzo y desnudo muerto de hambre por ahí y si nosotros logramos captar esa imagen de ese niño desnudo y asociarlo con un tema de salud con nuestros jóvenes, es propio, se puede llegar, se puede y que al final esos jóvenes sean multiplicadores del tema, por qué no esos jóvenes se convierten en un voluntariado, o en una escuela de familia con asuntos de salud, en una comunidad,

**E:** Claro, que podría hacer por ejemplo, el formar a docentes para que después ellos puedan formar a los líderes también, en la línea también de tu experiencia, líderes comunitarios, líderes juveniles

**EC4:** Y por qué no aprovechar al cura del barrio, que es un cura joven, por ejemplo el del barrio donde yo hábito, es de España,

**E:** Ah, sí es el que yo quiero ir a conocer

**EC4:** El es un show, el es un show, pero está catalogado como un cura para jóvenes, porque ellos los que tienen son niños en el barrio, yo le he colaborado no soy beata ni nada, líbrame señor, pero cada vez que sale un actividad de fin de año, de darle de comer a los niños pobres, Raquel, si cuenta conmigo, pero la comunidad lo tiene calificado al padre Enrique como un cura para jóvenes, porque los adultos no logran engancharse con ese entusiasmo, los jóvenes sí, entonces, cuando logras caracterizar a tres o cuatro curas con esa tendencia, ¿por qué no explotarlos también? y después del sermón del padre Enrique, hablar cinco cinco o seis minutos sobre condones y sobre problemas de vih te apuesto a que se logra, se puede y dentro de la iglesia y el cura se prestaría para ello, por supuesto, porque entonces el joven está alimentando su espíritu y también sus conocimientos sobre sexualidad y sobre salud, se puede, pero detectando este tipo de elementos.

**E:** Pues Raquel muchísimas gracias, ya te tengo en la lista también para intentar reestructurar las acciones, a mí me gustaría ¿no? Aunque estemos lejos, porque es cierto que la distancia, es considerada ¿no? Pero yo creo que sí que podría trabajar conjuntamente y bueno quedo pendiente para ir un miércoles.

**EC4:** Claro que sí JAJAJAJAJAJ

#### **ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE 5 - BERTHA**

**Entrevistador/a:** Bueno Bertha, en primer lugar gracias por aceptar la invitación y participar en el estudio. Eh, como ya te decía el estudio es sobre la tesis doctoral que se centra en los conocimientos y práctica de riesgos que tienen los estudiantes de la FAREM - Chontales, con respecto al VIH. Entonces las preguntas, pues son preguntas de opinión, bastante generales, sobre, pues sobre todo sus prácticas sexuales. Entonces para comenzar, me gustaría saber tu opinión con respecto al VIH en Chontales. Nos centramos en el Departamento porque es de donde vienen que la gran mayoría de los estudiantes. Si crees que realmente es un problema el VIH o a lo mejor hay otros problemas más relevantes, que pueden ser pues, también sanitarios o pueden ser económicos o educativos. Entonces un poquito, como enfocar, ¿no?

**Entrevistado/a clave 5:** Dicen que todo problema inicia por la cultura. La formación del individuo. Y aquí yo creo que por más que, muchos organismos están tratando de controlar en la educación de cada uno de nosotros. Este, creo siempre que es muy poca, la educación. Falta mucho. Y sí, el sida, he escuchado que tiene bastante afectación aquí en nuestro Departamento, en este municipio de Cuidampa, he escuchado que varias de estas zonas hay bastantes muchachas jovencitas de diecisiete o dieciocho años con sida. Este y siempre está el papel, pudiéramos decir de las familias. Bien en educar, a nuestros hijos, en la medida de lo

posible, en relación a esta enfermedad, pues tan terrible. Que muchos les decimos “terrible” pero hay otras también que realmente, este, conlleva al VIH, facilitan a que se desarrolle, como son las relaciones de transmisión sexual. Que los muchachos **vital** pero no tengo sida, pero cuando ya uno tiene un jovencito **a tal**, tiene una enfermedad de transmisión sexual más fácil que se le desarrolla un sida, por la promiscuidad y de todos esos asuntos este, importantes y bien vulnerables en la juventud. Eh, como te decía al inicio, nunca la educación es demasiada. Siempre falta. Y ese ha sido un factor muy importante y determinante para que nuestros hijos, los hijos de nuestros hijos, puedan en el futuro tratar de ir disminuyendo **eso**, ese potencial que es prevenir o evitar las enfermedades de transmisión sexual porque creo que en ella está el VIH/sida: en las enfermedades de transmisión sexual. Este, aquí en la Universidad estamos promoviendo mucho lo que es este, la prevención de esas enfermedades, a través de charlas comunitarias a los alumnos, se les ha estado regalando el condón en sí. Pero es lo que vengo y te digo, le **tapina** tomar el condón. Se lo regalamos, se los damos, “no a mí no, a mí no”, le digo: “toma esto es salud, ¿lo vas a ocupar en cualquier momento?” y se lo tengo en la mano **del asiento**. Entonces es como esa formación que tenemos que nos da como pena. Imagínate que aunque le digamos de que es la vida de ellos, ese condón, no lo toman. Lo dejamos ahí, me imagino que después lo toman con reserva y lo guardan. Igual es, si te pones en una esquina a regalar condones, no los toman. Aunque lo necesiten, en un momento determinado ellos piensan que el condón es un elemento importante para prevenir el sida. No lo toman, fíjate que no los toman. Entonces es parte de la cultura de la formación del individuo y de la educación que debemos nosotros de propagar, de promover. Y crear esa conciencia. En los mismos hospitales, no sé si en algún momento has tenido la oportunidad de hablar con los directores o con los doctores. Han habido casos muy específicos de sida.

**E:** La verdad es que si cuando van contando así como experiencias, concretas que van teniendo es preocupante, son muy jóvenes.

**EC5:** Yo tuve cerca de mí a un jovencito guapísimo y su pareja, su novia. Un joven que, quien iba a creer que iba a llegar a tener una enfermedad, le llaman Virus del Papiloma. Un muchacho de diecinueve años y cuando este muchacho, la mamá se da cuenta con un grito al cielo y empiezan a hacer la cadena. “Cómo está esta situación”. La novia de diecinueve años igual, pegada. Imagínate que eso te trae un cáncer, ¿ya? Y muchos pensamos del sida, sida, sida. Y esto un cáncer. La jovencita estaba ya con, creo que estaba con un MIA1. MIA1 y el muchacho también le tuvieron que hacer cirugía y no sé cuantas cosas. ....(min 5.28) . Se vio a tiempo, como dice la mamá, y dicen...se vio a tiempo y le detectaron a tiempo y tomaron el medicamento a tiempo. Porque si no imagínate, a cuántas muchachitas, este muchacho, contagió este virus. Porque ya no se le pidió haciendo cadena. Se le trató de crear conciencia para que él buscara a las muchachas con las que había tenido relaciones. ¿Pero si lo hizo? **No está claro**. Entonces, igualito el sida, igualito el sida, si yo tengo el sida me va a dar pena decirle a Juan que tengo el sida y ya me acosté con Juan, y después si me acosté con otros, me va a dar pena decirle que tengo el sida aunque yo no lo sabía. Hasta ahora no me acabo de enterar. Es la formación del individuo, cambiar cómo podemos cambiar, (RISAS).

**E:** ¿Crees que la población, hablamos de VIH, hablamos del sida, hablamos de las relaciones sexuales, crees que la población chontaleña habla abiertamente del sexo? En líneas generales, siempre

**EC5:** Creo que ahora se habla más que antes. Ahora sí creo que hemos evolucionado un poco más, pero siempre hay sus limitaciones. Aquí en lo particular, yo como persona soy como un poco inhibida para hablar del sexo, y además fíjate a mi edad, pues. Soy inhibida para de eso, pero es la formación que nos han venido dando. Y yo hablo con mis alumnos y yo me pongo a decir: miren muchachos no es malo tener su novio, pero tenerlos de manera responsable, sana...” y empezamos a hablar de una manera civilizada. Ya te digo que este **concreta** que soy, porque ni yo misma a veces acepto el sexo como algo tan normal, tan natural. Fíjate, que es una traba a veces. Que nosotros lo que queremos es formar. Y digo yo ¿será que les estoy transmitiendo a los muchachos el mensaje real de mi yo misma? A veces lo hablo. En fin a veces nos pasa. Te digo que esto es propio de esta persona. Entonces los muchachos siempre están entre varones y entre mujeres pero hablando de aquella manera, vulgarizada del sexo. ¿Me explico? No te lo hablan como aquel acto bonito, aquel acto sincero, de cariño, de amistad. Hay otros lo hacen como aquel acto de desahogo de emociones. Pero que te lo expresaran de una manera diferente. No como a veces, yo tengo que callar. En los pasillos,



alumnos cuando te hablan de aquella palabra y **te codician a la imagen. Esa imagen fácil ¿verdad? Yo te dije. Entonces yo me llega a vulgarizar.** Y cuando ya la persona vulgariza el sexo, se hace un nido de consecuencias. Entonces porqué, porque a veces se lo ponen como un reto, a, como ellos dicen, a *cogerse a la fulana*. No importa que la fulana, cómo estaba la fulana. Si la fulana es una persona sana, si la personas es... estaba con... Y ahí van poniendo los riesgos. Ellos no los miden. A ellos lo que les interesan es ese reto de joven: cogerse. Por no decirte otras palabras vulgarizadas que también mencionan. Y yo les digo: -muchachos, qué ingratos que son ustedes, ¿saben ustedes que son hijos de una mujer? ¿cómo se hubieran sentido ustedes que hayan escuchado a un hombre hablar así cuando iban a tener algo con su madre?- -Disculpe, disculpe, no sabíamos que nos estaba escuchando-. -Pero si como lo escuché yo lo puede escuchar cualquiera que va pasando-. Y sí eso pasa terriblemente. El sexo siempre hay un **tabón** aunque tratemos ahora de hablar un poco más del sexo pero siempre hay ahí esa cosita, siempre hay ahí esa cosita. Y mientras no lo miren mucho el sexo como algo natural, tendremos muchas limitaciones. Tanto en nuestro desarrollo. ¿Qué hombre....? **Itahisa o ithael...**

**E:** Itahisa.

**EC5:** Gracias.

-INTERRUPCIÓN-

**EC5:** Entonces ¿en qué nos habíamos quedado, Itahisa?

**E:** **Sí, estamos hablando que hasta que no se elimine ese tabú, no se habla abiertamente.**

**EC5:** No vamos a **poder disfrutar** de las relaciones sexuales, tanto sanamente, emocionalmente y satisfactoriamente. Considero que esto va, va bien delgadito fíjate. ¿Cuántas mujeres a mi edad, mayores que yo tienen sexo? Como dice la palabra sexo pero no hay aquel placer sexual. ¿Por qué? Porque les falta hablar con sus parejas abiertamente sobre el sexo, sobre cómo le gusta, sobre qué le gusta y qué no le gusta. Entonces, un amor se limita, se mide a solamente lo que el hombre dice y ella se **limita** en no sentir ningún tipo de placer. **Más que el sexo que utilizar** por el individuo.

**E:** **Sí, que se vea como algo normal, donde tienen que hablar los dos. Tienen que...**

**EC5:** Disfrutar los dos, conversar sin pena. Añoro ese día que llegue. Porque eso cambiaría, fíjate que cambiaría, mucho mucho la percepción **que ya** los hombres no hablarían de promiscuos. Se terminaría la promiscuidad, se terminaría la promiscuidad porque teniendo todo en su casa, disfrutando todo lo que quiere. Muchos dicen, es que el hombre busca en la calle lo que no tienen en su casa. Entonces, teniendo todo en su casa imagínate, qué va a ir buscar en la calle. Si hay una comunicación muy, muy fuerte, entre su pareja. Y eso imagínate que se llega, evita promiscuidad. La promiscuidad te evita tener contacto con otras personas y evitas contagiarte de cualquier tipo de enfermedad y mantener una salud tanto sexual y reproductiva sana. Excepto, verdad, en aquellas enfermedades de transmisión sexual que vienen por infecciones, como dicen ya, por cuestiones hormonales. Correcto. Pero eso sería, pues sí.

**E:** **Y crees que, hablamos de la sociedad en general, pero ¿crees que las familias explican a sus hijos? ¿Hablan de sexualidad? No tiene por qué ser de sexo profundamente pero si explican pues por el hecho de tener relaciones sexuales de evitar, el tener precauciones para evitar posibles contagios o posibles embarazos.**

**EC5:** Sí, sí fíjate que hablan, se habla, se habla pero vuelvo e insisto siempre de una manera hipócrita, siempre ocultando algo. En el caso particular, yo tengo un hijo y una hija. Y mi hijo ya tiene veinte años, veintiuno. Este y, mi niña tiene diez años. Y yo a mi hijo he hablado abiertamente, le hablé desde chiquito abiertamente del sexo. Le hablé abiertamente de las relaciones entre parejas, entre personas, y de qué esperaba de él cuando fuera grande. Pero eso no significa que hizo todo lo que yo le dije. Hay una gran diferencia entre lo que los padres tratamos de transmitir al hijo y lo que él hace realmente. Y a veces nos equivocamos cuando le decimos: ay es que en la casa no le hablamos nunca del sexo a ese hijo. Y mi hijo, ahorita, es papá prematuro ya (INTERRUPCIÓN BREVE) ya le **van** a tener un bebé. Entonces si él

hubiera hecho caso, no hubiese pasado eso, y se le habló. Le dije de qué, le regañé, le hice asumir responsabilidades a corta edad, para que fuera entendiendo y del sexo, qué no le dije de cuántas enfermedades de esto, de las muchachas. Imagino que en el mismo nivel que yo le hablo muchas madres lo hacen. Pero los hijos no hacen lo que nosotros le decimos. Por más que le hablemos de él. Fíjate que bien. Ellos dicen déjennos equivocarnos por nuestra propia cuenta. Que se habla más, si hablamos en el tiempo que mi mamá me educó a mí el tiempo que estoy educando a mis hijos, un claro que sí, mi mamá nunca me dijo, más bien cuando ella estaba hablando con sus amigas, ni nos podíamos cruzar alrededor de ella, nos mandaba y nos castigaba si nos pasábamos a la orilla de ella, cuando ella estaba hablando de sus cosas, ¿ya? Imagínate ahora. A mi niña yo le digo, mira **amor**, tenéis que andar una toallita sanitaria en tu mochila, por (INTERRUPCIÓN) este, yo ya le digo, anda llévate una toallita sanitaria por cualquier cosa, mire a ella ya le empiezan a gustar los niños, ya me empieza a decir mama fíjate que me gusta, está bien que te guste porque eso es natural, sería anormal que me digas que ningún niño no te atrae a esta edad. Pero hay que recordarle que para todo hay un tiempo, ¿ya? Para todo hay tiempo, va a llegar un momento en que usted va a desear estar con un varón pero espero que cuando usted elija ese varón realmente esté segura de lo que va a hacer con ese muchacho. Porque bueno, hay que también decirle, mucho decimos ya le empezamos a formar trabas a los niños, no, pero yo le digo a mi niña, mire no se ande dejando tocar de cualquiera, va a llegar un momento de que a usted le va a interesar una persona y cuando usted elija esa persona y cuando realmente quiere estar con esa persona, entonces sí, no con todo el que usted ahorita dice le gusta, le gusta, se va usted a dejar tocar, porque ya la muchacha se va... a lo mejor ahí estoy siendo un poco machista. Pero yo le digo, ya los chavalos empiezan a decir, “esta muchachita, mira, la toca Juan, la toca Pedro, y la toca miso por qué no voy a llegar yo sin pedir permiso”, ¿verdad? Entonces también fíjate, y tiene diez años mi niña y yo sí le hablo de eso, algo otra cuando yo estoy hablando un día en el colegio, yo quise hablar del tema y, y, y, me dijo, yo creo que era la supervisora, “estee, yo considero mejor que cada cosa de eso se aborde en la casa de los niños, con sus padres”, entonces yo le dije “pero si es aquí en el colegio donde pasan la mayor parte de los niños”, de las horas los niños, ¿por qué no darles también formación integral? A los niños, entonces para que veas que hay cierto grado de discrecionalidad en los colegios en relación a esa parte del sexo, por qué, porque ellos dicen que algunos padres les han acusado de que les están abriendo los sentidos a los muchachos o los instintos para que ellos hagan sexo. No sé si te has dado cuenta que en algunos institutos o algunos colegios no permiten que les den condón, o que les regalen condón. Más bien si se encuentran a un joven con un condón es un problema grave y van a llamar al papá. Sí, lo mandan a llamar al papá y lo empiezan a decir que qué barbaridad que el muchachito andaba con condones en su mochila, ¿para qué los querría? Entonces eso de hablarles a los hijos de la sexualidad, creo que hemos avanzado mucho, ¿verdad? Del tiempo del que yo me crié, del que me educaron a estas fechas, tal vez, mi mamá fue madre soltera, igual y ella tenía cuatro hombres y cuatro mujeres, siempre trató de que nos viéramos como un mismo sexo, ¿me explico?, éramos tan pobres que siempre dormíamos abriendo una tijera en un catre, una mujer y un varón, nunca ella anduvo pensando que podría haber un problema y nunca sucedió eso, gracias al señor, nunca. No sé si fue favorable el que no nos haya hablado de eso o fue desfavorable, pero nosotros sí sentimos que fue bueno porque nunca despertó ese instinto de sexualidad y teníamos 15 y 16 años y yo dormía con mi hermano que ahorita tiene 37 y yo tendría 13 años y nunca sucedió algo parecido, o sea, como estamos anunciando, para nada, ¿verdad? En cambio, se dice que en la familia, la familia es la primera que abusa de la familia, sexualmente, no sé si has escuchado.

**E** Sí

**EC5:** ¿verdad? Hombre ¿por qué? Porque estamos involucrados mucho en lo que es sexo, esto y lo otro, no sé hasta qué nivel es importante hablarles y no hablarles de sexo. Te digo que yo me he quedado todavía con esa, esa... Incógnita. ¿es bueno o no es bueno hablar del sexo? A mí me sirvió el que no me hayan hablado pero ahorita siento que yo les he hablado a mis hijos y mira, ya me hizo abuela el bandido- **rie**- ya me hizo abuela.

Hay otras familias que he escuchado que no les hablan para nada a los hijos de sexo y te digo que no les hablan de nada porque cuando tu le tocas eso se ponen rojos, rojos, rojos, y te cambian completamente de tema. Ay qué vulgar el sexo, te dicen porque eso es tan vulgar, y te estoy hablando de la misma familia, que son hijos de mi madre, imagínate, tienen ese gran tabú, que no les hablan a los hijos de sexo

**E:** Claro también podría ser, porque, si se da entre diferentes familias puede ser la educación, la pero si se da dentro de una misma familia, también puede ser el aprendizaje que cada uno ha tenido fuera, también el que te va abriendo un poquito la visión.

**EC5:** Claro que sí, así es. Otra cosita cuando hablamos de sexualidad, muchas personas, decimos sexualidad solamente miramos lo que es, nos imaginamos mujer y hombre, mujer y hombre, ya si en tu familia empiezas a evaluar sexualidad y miran que tu hijo ya tiene una inclinación diferente, eso para uno se vuelve un trauma, ya a empezar, ni quiera Dios, a sentir vergüenza, rechazo quizás, por tu propio hijo, sexualidad no es. Muchos decimos sexualidad es el hecho de una penetración, sexualidad es la forma como nosotros también presentamos nuestra pudiéramos decir nuestra personalidad, cómo disfrutamos la sexualidad, cómo la demostramos la sexualidad, cómo tiene diferentes formas. Ya nos meteríamos en la diversidad sexual, ¿verdad?

**E:** Sí

**EC5:** ok, que el estar aquí, elige como quiera pero hablar de eso, **hay que es un cochino, se mueve un colchón**. Quién iba a decir a Juan Pérez miran un gran colchón y se la va (22.30)...y le empezaron a desprestigiar y dejó a la mujer. No lo asumimos como aquel hombre de este hombre que, será la inclinación que tendía, **de disfrutarla...** y tiene derecho a hacer de su vida lo que más le plazca. Pero ya nos metemos en el tema de la religión. Cuando hemos sido criado bajo una formación cristiana, bien fuerte. Entonces en vez de ayudar a nuestro semejante como dice la Biblia, nos vamos a destruir a nuestros semejantes. A través de las críticas destructivas que hacemos sobre, estas personas se sienten rechazadas, estas personas no adoptan una disciplina de tener una sola pareja sino que se empiezan a ver qué encuentran. ¿Sí? Te has fijado como nosotros mismos contribuimos a que, a que aquella persona, porque ellos tienen derechos a tener una sola pareja, una estabilidad con otra pareja. Pero cuando vinimos nosotros y empezamos a rechazar, entonces, a la pareja, la ponemos como, una persona que no es normal, también, a la pareja del homosexual. Entonces (23.50)**va a....yo soy normal que voy a ser normal**. Solo le hice un voladito y ya volví nuevamente. Cuando aquel hombre mira al pasado solo pasa por él. ¡cuántas enfermedades le están pasando a ese pobre individuo! Y cuánta enfermedad emocional **hemos causado a ese individuo**. Entonces la sociedad, el individuo como tal, a veces somos el arma destructiva para la persona. Cuando consideramos que el escriba sexual ha salido, pudiéramos decirse el paradigma del mito que nosotros hemos tenido por **antaoño**.

**E:** Entonces, en esta situación, eh por algún caso que me has comentado ¿crees que existen relaciones sexuales, en plural, pa Chontales? ¿Los muchachos se inician a edad temprana?

**EC5:** Sí, es un **hecho** inevitable. Se ha propagado las relaciones sexuales a corta edad, a los doce años. Ya los jovencitos ya anda teniendo relaciones con doce o trece años, ya andan teniendo relaciones con sus novias.

**E:** ¿Y la edad más o menos coincide en chicos, en varones que en mujeres? O quizás hay...

**EC5:** Las niñas más jóvenes, niñas de doce años con niños de quince o dieciséis. Casi siempre el niño es mayor. Sí, bastante se han... y por eso hicieron...Por ejemplo en el colegio, hay un colegio en donde hay condones en los baños, se han usado. Entonces andan detrás de los chavales, estamos hablando de ya de secundaria. Eh, y andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el

condón...entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**E:** Por qué crees que a lo mejor las niñas se pueden iniciar, hablamos antes de religión, hablamos de la importancia de la familia también y generalmente a las mujeres como que se les ha protegido, quizás más, y el hombre aquí también más o menos ya se va viendo. El hombre tiene esa mentalidad de “cuántas más mujeres, mejor”. En cambio la mujer por lo menos antes era, como a lo mejor más educada a (las voces se solapan) entonces ¿por qué se inician antes, ahora las chicas?

**EC5:** Yo pienso que las niñas, la juventud está perdiendo valores. Fíjate que sí, .... con las muchachitas en la universidad, muchachitas de quince-dieciséis años, que te hablan imagínate de qué, un lenguaje tan vulgar, tan cochino, que da pavor escucharlas hablar. Y cuando vos las escuchas, no solamente hablar de sus, cómo te diría yo, hacia referirse a sus amigas, esa tal por cuál, esa es tal por cual... entonces vuelve a empezar a imaginar a esas niñas, cómo se ven sus puerros. Cuando empiezas a investigar a esas niñas y empiezas a valorar, esta chavalita en el colegio tal la corrieron, ¿por qué la corrieron? Porque andaba en el baño con fulano, ah a la fulana sí, en el Liceo, fíjate que en el Liceo, así, así, así.

No sé si tiene que ver mucho con el medio en su hogar, para mí que tiene que ver mucho el medio en su hogar. A veces su madre, su padre, cómo ha visto, fíjate que, por eso a veces, considero de que la relación sexual no puede ser tan abierta, hay padres y madres que no les importa que sus hijos los vean haciendo el sexo, ellos dicen que eso es normal, o que los vean desnudos, eso es normal. Entonces la niña se va creando con esa formación, que es normal desnudarse o tener una relación con alguien y al día siguiente qué bien, mañana no te conozco, porque tengas la visión que tienes, yo he conversado con dos o tres niñas y me dicen: profesora, ¿usted es casada?, no, les digo yo, y ¿tiene marido?, no, no tiene y un ¿queri-novio? ¡Así me lo dijo! Y un queri-novio, cómo queri-novio, más respeto, pues un novio con derecho, un amigo con derecho. Así me hablan las jovencitas, a ver, venid venid, platiquemos, ¿cómo es eso del amigo con derecho? Pues que usted es amigo de alguien, y cuando usted le dé ganas de relajarse, ya lo llama y ya lo hacen y ya está tranquilo. Así piensan las jóvenes, chavalitas de quince- dieciséis años te hablan de si amigo con derecho y te critican porque a mí me acontece estar desperdiciando, así me lo dicen, jovencita usted se está desperdiciando. Entonces para mí tiene que ver mucho el círculo y la forma como te han... Una cosa es hablarles de sexo, de las cosas del sexo y otra cosa es que te vean haciendo sexo. Otra cosa es que ya empieces a enseñar todo tu cuerpo. Las niñas hoy día se manejan con unas falditas hasta aquí, cosita de tirantitos y enseñando todo el ombligo. Es la sexualidad de ellas, así demuestran su sexualidad. Pero ¿qué es lo que pasa con el varón?, el varón también puede mostrar su sexualidad, enamorando a las muchachas, toqueteándolas, ya toqueteándole el bracito, ¿ya? toqueteándole la piernita se va calentando y cuando miremos esto ya se ha convertido en ya, un sexo como tal. Entonces tiene que ver mucho con los valores que se le han inculcado a los hijos y como que vamos perdiéndolos, a veces es bueno ganar comunicación, pero ganar comunicación no es perder valores y muchos nos equivocamos, muchos nos equivocamos, creemos que porque nuestros padres a lo mejor nos hablan, creemos que nos están incitando a hacerlo. ¿Ves? yo en mi caso, buscaba los condones y se los dejaba debajo de la almohada a mi hijo, últimamente cuando ya miré que tenía a la novia, pues, estable, pero eso no significaba que yo les estaba diciendo: andar hacer sexo. ¿Verdad? Es que me dijo la vez pasada, le digo yo, qué barbaridad. Pero él me dijo de los condones en la almohada. No, hijo yo lo que te decía era prevenir pero aún mira, previniendo mira donde está un bebé, ya ahí está el baby. Entonces eso es lo que pasa con las muchachitas de hoy día, que ya no van pensando en aquella concepción que teníamos que, aunque no lo logré mantener yo, pero sí teníamos aquella esperanza de llegar virgen al matrimonio. De que con aquella persona con la que te metías era la persona con la que querías estar toda la vida y que, OK, no te funcionó, me voy a dar un tiempo y reintentarlo para no quedar con el trauma. No, ahora no, “no me funcionó con Juan me voy a andar con fulano “ así te dicen, “no voy a andar llorando por mengano si ahora estoy con fulano” y así cuando miras a una niña de 18 años ya ha tenido diez o veinte aventuras. ¿Sí? Fíjate que es feo decirlo, lamentablemente así estamos con la juventud: pérdida de valores. Completamente segura. Pero la pérdida de valores se da desde el hogar.

Desde el hogar, una madre que viva tomando alcohol, hoy se ha propagado lo que es la droga, la droga le llaman, de cualquier tipo, porque muchos no meten dentro de las drogas fuertes el alcohol y el alcohol es una droga fuerte. Porque ya una mujer alcoholizada o un padre alcoholizado pierde todo respeto. Ahora sumarle marihuana, cocaína, heroína ¿qué se yo?! ¿Cuántas cosas?! ¿Qué pasan con estos niños? ¿Cuál es la formación que van a tener estos niños, del futuro? Y si ya vienen con el grado de cocaína en su sangre, ¿qué no pueden hacer por esa cocaína? También hay que sumar eso, a esa actitud de la juventud. Y hay que recordar que nosotras, las mujeres nos tocan y ya empezamos, nuestras hormonas empiezan a disparar, entonces mejor, más conservaditas más tapaditas porque llamamos un poquito menos la atención ¿sí o no? -RISAS- y evitamos tentaciones.

**E:** Y en esas relaciones, claro ya puedo intuir todo pero pregunto: ¿las relaciones suelen ser esporádicas o suelen ser estables? Hablamos de juventud, de esas niñas que se van iniciando con trece o quince años.

**EC5:** Esporádicas corazón. Muy difícil te vas a encontrar parejitas que hayan tenido relación a los doce años y que se conserven hasta los veinte. Muy poquitas. Y es más la embarazada de los doce o los treces años, los muchachitos no se hacen responsables. Es un hecho, el niño es criado por los abuelos, lo apartan de la madre y ella sigue como si no hubiera parido. Eso son casos que se dan mucho, **acá en Muialpa**. ¿Qué va a pasar con esa criaturita?, esa criaturita va a nacer bajo la responsabilidad de los abuelos. Y la madre sigue su misma rutina porque no le dieron las responsabilidades, que ya debió de asumir. Porque los papás pensaron que ella debiera estar jugando con muñecas, todavía a los doce o trece años. Pero por un error, la niña se convirtió en madre. Y no la iban a castigar, dándole obligaciones.

**E:** Es la frase que ya he escuchado varias veces, de niñas criando a niños.

**EC5:** Así es. Así es. Entonces por ahí andan. Para mí son relaciones demasiado esporádicas, tan esporádicas que las repiten y las repiten, a pesar de que salgan embarazos no deseados. Y eso no es nada, hay otras que hacen abortar. Sale un embarazo no deseado, ella y los papás hacen que aborten. Abortan, esta muchachita va a encontrar a uno, no superan Ese trauma, y siguen las relaciones esporádicas. Y viene otro aborto. Y después cuando miran a esa niña se convirtió en una abortiva, en una niña que la perdió aquella concepción de que la vida es sagrada, de que un hijo es sagrado, que un marido y que una mujer es lo mejor que pueden traer al mundo. Eso se va perdiendo entonces se va viendo a una persona más **lejos**, y a una persona vacía. El sexo es solamente una satisfacción momentánea. No va pensando. Y eso, fíjate que lo que te voy a decir, es bastante eh, pudiéramos decir difícil de probar, pero, eh, es lo que se observa. Pueden haber hombres con la gran o igual intención de estar con aquella persona pero cuando te ve y se da cuenta de todo el pasado que tuviste, se trauma el hombre y se cortó la relación. Porque la persona no ha presentado madurez a ese nivel. Entonces son irresponsables, los padres por no haber hecho que la muchachita de trece años no haya asumido la responsabilidad o por haberle llevado a un aborto. Porque muchas veces los padres, y a veces no los padres, sino los amigos, las amigas o ellas mismas, para ocultar el padre lo que ha sucedido. Pero yo considero que ahí, hay un, pudiéramos decir, un triángulo en el que no se conservó una buena conversación.

Porque, te imaginas, si yo le hablo con mi niña, a los doce años, yo ya he hablado con mi niña de sexualidad, y yo le digo que si en algún momento ella tiene una relación y ya sale embarazada, yo le digo que cuente conmigo, pero que en ningún momento piense en un aborto. Entonces ahí considero que tanto el jovencito, la jovencita y los padres, forman un triángulo que debió haber habido mucha comunicación. Los padres del joven y los padres de la joven. Donde se les pueda decir de que el aborto es algo de que no se debe de llevar a cabo. ¿Por qué? Por la afectación psicológica que puede causar en la muchachita. ¿Ya? Y esa afectación psicológica sería para toda la vida. Que no va, a lo mejor en algún momento, o como te digo, me comprometo mucho a decirte esto, no va a dejar que esta muchacha sea feliz. Eso puedes investigarlo con un psicólogo. Pero lo que he leído, lo que he observado, los programas que he visto, ya una muchacha que se ha hecho aborto muy difícil, ¿puede ser feliz? Se siente incapaz, se siente sin derechos, por tratar solamente de divertirse en la sexualidad.



**E:** En esas relaciones, claro lo último que hemos hablado son los embarazos no deseados, los abortos, entonces puedo deducir que no suelen utilizar métodos anticonceptivos. Pero en líneas generales, ¿crees que esas parejas que esas relaciones esporádicas, muy adolescentes, prematuras, considero para ciertas edades, suelen utilizar métodos anticonceptivos? Había un caso de un colegio que han encontrado, pero ¿en líneas generales?

**EC5:** El anticonceptivo que más se ha usado en estas jovencitas son los condones. Pero que pastillas, yo no, el condón. En casos particulares, no, no muy frecuentes, no muy frecuentes. Pero sí, el único que considero que en algunas ocasiones usan son los anticonceptivos, como anticonceptivo, el condón.

**E:** ¿El masculino?

**EC5:** El masculino, el femenino no lo conozco ni yo, está en la actualidad. Ya están acá, ¿pero ya lo han sacado al mercado?

**E:** Sí, pero no se conoce...

**EC5:** No lo conozco todavía. El masculino es el que más se usa, el condón masculino.

**E:** Entonces ¿por qué crees que?, porque por ejemplo al principio también decíamos que, bueno hay colegios donde sí se les da información, aunque algunos puedan ser más partidarios, la facultad también, porque también ha hecho muchas campañas. Para aquellos jóvenes que sí tienen información pero que así todos, tú antes poníamos un caso muy cercano, ¿no? ¿qué le están dando información pero así todo resulta que quedan embarazados, ¿qué es lo que falla? Porque digamos que la información ¿no ha salido?

**EC5:** Sí digo yo no la han recibido, no tiene la receptividad que esperaba, ¿ya? Eso es como cuando venimos a dar clases, damos una conferencia y tratamos de hacer el mejor papel posible. Pero en esa conferencia no todos tuvieron el mismo aprendizaje. Lo aprendieron dos, tres y lo llevaron a la práctica, pero el resto, no. Entonces es lo que sucede en los hogares. En los hogares les hablamos a nuestros hijos, de las situaciones, más de uno les debe de aplicarla, más de uno. Lamentablemente, fue el mío, en este caso solo fue uno y no lo aplicó. Ojalá Dios quiera que ahora en adelante pues sí, porque le va a costar a él, estoy en el papel de que OK no obedeciste, pero el no haber obedecido lo va a asumir. ¿ya? Quería ser grande, pues va a ser grande. Te va a tocar mantener mujer y mantener hijo, porque yo no estoy para eso. Yo ya crié, yo ya parí, y ya hice todo lo que tenía que hacer, por vos, ahora vos lo va a hacer por tu hijo, lo que te toca. Entonces siempre y cuando hagamos que los hijos asuman las responsabilidades de sus actos, creo que podemos colaborar, podemos ayudar a que él lo vaya cambiando y lo vaya adoptando ese aprendizaje que nosotros queríamos transmitirles, ese conocimiento que nosotros queríamos transmitir en él y desarrollar en él. Pero imagínate que ahorita yo me haga cargo yo de ese bebé y **te lo digo así otra de traérmelo aquí, yo que soy** su abuela. Mañana engendra otro y pasado engendra otro y allá me lo llevan. Entonces van la responsabilidad **del padre**, tanto mía como de él. Pero es verdad quién se lo está permitiendo, yo. Yo **se lo he meditado**. Y la mamá de la joven también. **Si ella está vuelta** con la criaturita, no deja que la muchacha **que se...**(42.43). **Él ....**y no hicieron nada de su vida. Entonces creo que, por ahí tenemos cierto grado de responsabilidad, los padres. En ese sentido.

**E:** ¿Crees que en esa, en esa relaciones eh, digamos que pueden haber como dos roles distintos, ¿la mujer actúa igual que el hombre?, es decir que, que a lo mejor no le da importancia a utilizar métodos de protección, a lo mejor a quedarse embarazada, o hay alguna diferencia? ¿Es más reactivo uno de los miembros de la pareja o quizás más preventivos, o quizás que actúan de manera de saberlo todo?

**EC5:** Considero que la mujer, es más responsable en ese aspecto porque hoy por hoy, recuerda que son a la que nos toca llevar al bebé en nuestro vientre y mantenerlo por la grande irresponsabilidad del hombre, ¿verdad? hoy por hoy. Por tanto asumimos cierto grado de responsabilidad a la hora de tener un acto sexual, pero aún así, mira cuántas madres solteras tenemos. El hombre, actualmente, está ligándose a la responsabilidad, porque se

está ligando a la responsabilidad de prevención de embarazo, por las leyes que están sacando, eh pudiéramos decir el pago, el gobierno, los programas. Ahora no es posible de que un niño nazca de la nada. Este niño debe que tener su padre y ese padre tiene que responder aunque no quiera por él. Entonces el hombre, ya anda un poco te puedo decir, un poco de premeditación. Entonces anda buscando de alguna manera el condón. No estoy diciendo el cien por cien, te estoy hablando un poco. Porque las leyes que están ahorita, han hecho de que este individuo se haga más responsable. Entonces si no quiero tener una paternidad no deseada, siempre voy a buscar, evitar, pero bueno estamos en eso, estamos en eso. Pero por defecto somos las mujeres, las que tratamos de siempre de tendernos a no quedar embarazadas, a protegernos.

**E:** Y en el caso de las jóvenes, decíamos de doce, de trece, de catorce o quince años ¿crees que ellas también, por los comentarios a lo mejor, que tú has ido escuchando de alumnas o cercanas que ellas también son consciente de ese riesgo? Porque claro.

**EC5:** Un poquito. Fíjate, que lo pienso, se dejan llevar por la emoción. Piensan, ¿sabes cómo piensan? Empiezan a ver el método del ritmo, su menstruación. Entonces ellas dicen no, no quedo embarazada. Y algunas ni siquiera se percatan de eso. Simplemente se dejan llevar por la emoción y dicen “ni que fuera”. Así me lo han dicho: “ni que fuera, profe”. Hace, puede ser dos o tres años, me encuentro en un caso de una joven, en llanto, llorando, ¿qué te pasa? Y entonces me voy cerca y empezamos a conversar, “mire usted, estoy embarazada”. Tenía creo diecisiete años, ¿cómo es que estás embarazada? “mañana me voy para León para un aborto”. Pero ¿cómo es posible! digo que te vas a ir a hacer un aborto, y tu mamá sabe, no, y la mamá es enfermera. ¿cómo es posible que te vas a ir a hacer un aborto! “sí profe, que mi mamá me mata, si mi mamá se da cuenta me mata.”... ¿cómo vas a creer vos que no ibas a considerarte que al irte a acostar con ese muchacho no ibas a salir embarazada? “profe, nunca me imaginé, que era la primera vez”. Cuando me dicen que es la primera vez, me acuerdo de mí misma. Porque a la primera vez, quedé embarazada, y sin planificar. O sea, es que digo yo, se repiten las historias, así como a mí me pasó, le pasó a ella. Por eso te lo cuento porque quería llegar ahí, entonces cuando ella me dice “fue la primera vez” yo me caí de inmediato. Y la primera vez y estaba embarazada. Igual yo, le digo y me siento en esa confianza de decirle, “mire mi niña, igual me pasó que a usted” y ya empiezo a contarle mi historia: tal, estaba en mi segundo año de medicina, y yo hacía así, y salí embarazada y no por eso decidí abortar a mi hijo. No por eso decidí irme de mi casa, a hacer cualquier barbaridad, no. Y mi mamá era religiosa, de aquellas señoras super religiosa. Y empiezo a hablar mira aquella muchacha.... (47.51) Estaba en pánico porque al día siguiente se iba a hacer ese aborto que ella ya había pagado, que un amigo le había hecho el contacto y **se lo iba hacer hasta León**. Te puede hasta morir, la cosa quería que riquísimo me siento que esa niña no se hizo el aborto. No se hizo el aborto y después ella al día siguiente “gracias por la charla, fíjese que no piensa en el aborto, y aquí estoy, voy a tener mi hijo, y ya hablé con mi mami anoche después de que hablé con usted. En ocho días me estaba invitando al matrimonio. Se casó con el chaval, y fue la mejor opción que hallaron los padres: casarse. Pero no funcionó. Fue una boda que no funcionó, se separaron. Pero bueno, ahí vamos, al nivel de responsabilidad que tuvieron, la joven, por lo menos esa niña, no abortó. Esa otra niña de hace treinta y nueve años, ya hace veinte o diecinueve años, veintiún años, tampoco abortó. Me imagino que así hay muchas, sí conocíramos el problema que nos halláramos con esa confianza, porque crees, contar una situación como a mí me pasó no es fácil. ¿Ya? Me imagino que esa muchachita, contar esa experiencia de ella, no es fácil contársela a otro, tampoco. ¿verdad? Y creo que de esa manera, nosotros podríamos ayudar a muchas, si contáramos con esa facilidad de conversar y de transmitir, de alguna manera, las experiencias que hemos vivido en nuestra vida. **Porque muchas ni siquiera se imaginan que en la verdadera hayan tenido una vida como la que yo tuve**. Y que muchas mujeres han pasado por ese momento y han sido fuertes y han sabido defender esa gran responsabilidad que tuvieron. Porque acostarse con un hombre fue una responsabilidad. Tomar la decisión, pero la gran responsabilidad vino después cuando **lo abortaron**. Y al verte en el pecho de esa responsabilidad, de vio de ser lo más fácil, pero qué trauma hubiera quedado en la cabeza, **y qué no más hubiese sido en la persona**. Según las historias que oigo hoy en día. Imagínate, una (50.07) otras personas que un aborto y después el otro y después el otro, y en una universidad, yo en Managua, las cosas que podía haber hecho y estudiando medicina donde los médicos me decían “Berta si quieres interrumpir el embarazo, hazlo. Hoy mismo te llevo y

mañana salís”. Así me lo dijeron cuando le conté a una profesora: “**profesora no sé qué hacer**” “¿y qué queréis interrumpir?” señora **es mi hijo**. A veces la gente cree que eso es lo más fácil. Y no es eso lo más fácil. No es eso lo más fácil. Lo más fácil es enfrentarse a una vida y llenarla de responsabilidad, porque eso te hace más fuerte, pero eso no la han sentido las jovencitas de hoy en día. Porque nosotros los padres, las hemos limitado a que ellas sean responsables. (INFORMACIÓN MUY BAJA Y RISAS 51.16).

**E:** Crees que, que por ejemplo decíamos antes que el hecho de que a lo mejor los jóvenes no tomen precauciones, tanto ellos como ellas, pues quizás por esta, ese deseo no, de dejarse llevar, de vivir el momento, de tampoco la sensación de la frase que decía la chica de quizás es la primera vez o aunque sea la décima que “no me va a pasar” que a veces no conocemos el riesgo en... ¿crees que esto tiene algo que ver, te pregunto con a lo mejor, las ganas de emancipación? ¿crees que eso se puede dar? En las mujeres en una mayoría, crees que por la vida que tienen en su casa, ellos y ellas, pues digan “bueno pues vamos a...” es como una vía de escape.

**EC5:** Sí, pero este, cuando me hablas de emancipación es porque considero que alguien se va a hacer responsable de mí, voy a tener una vida más liberada y voy a hacer lo que yo quiera. Desde ese punto de vista puede ser. Pero eso yo lo vinculo a aquellos lugares en los que realmente hay una formación **dibermética**. ¿ya? En aquello donde la madre y el padre no le permiten absolutamente nada a los hijos. Pero no actualmente en esa actualidad, cuando la mayor parte de los padres yo considero que somos, tenemos algún claro de apertura hacia a nuestros hijos. Si te creo en el tiempo de antes, veinte años atrás a lo mejor diez años atrás. No voy a omitir que pueden haber familias, los campesinos pues, no podemos ir a esas zonas. Estas gentes sí, tienen una formación, esos señores de antes que no quieren de que los hombres inviten a sus hijas, y si llega alguien a visitarlos te salen con la pistola y te dicen “fuera de acá”. Entonces las muchachas para salir de ese, se van, pero se van, se van y van formar un hogar. En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo. Aquí en la ciudad yo no creo que sea un factor de emancipación cuando las muchachas se vayan a, con un joven para mí es curiosidad. Para mí yo le llamo a eso la curiosidad. El no respetar su cuerpo. El momento oportuno. Dejarse llevar solo por emociones. Vivir fantasías y **no tener pie en una labor sobre la tierra**. Para mí es a eso a que se debe, eso de la juventud. Y sumémosle también a como yo te decía al inicio, las características particulares de la familia. Cuál es la formación que tiene la familia, en relación a lo sexual, en relación a los vicios y todas esas cosas. Tiene mucho que ver.

En alguna ocasión, te voy a contar una anécdota. Es de una rumana, por parte de padre. Esta muchachita tenía su mamá, una mujer muy simpática, pero tenía una vida muy descarriada, demasiado descarriada. Tomaba, cuando dejó a mi papá, ella estaba embarazada de esa muchacha. Este, **las cosas que ella expresaba con otros hombres**, todas esas cosas. La muchacha llegó a los doce años, mi papá se la quitó. Queriéndola mi papá la muchacha descarriada se le iba a la discoteca. Se le iba a todas partes. Ella dice que **jalacatiendo** pero nunca tuvo nada que ver. Pero mira qué historia más bonita la que tocó vivir a la muchacha. Y entonces ella hizo el feo de salir de esa vida horrible que llevaba su madre se fue con su padre. Mi papá tenía su casa y la finca. Entonces en la casa vivía solo, con otra mujer que se había encontrado pero ella no se sentía bien aunque fue **a parar a la**



finca y la cosa que la muchacha se va a canarear a Hinojado y la pendiada (57). La cosa que un día la muchacha, se hartó, mira bien, de su mamá y de su papá, porque no la dejaban a hacer lo que ella quería. Y ella lo que quería era libertad, y optó por irse. Camino a la lusa. Esa muchacha se fue a Honduras, dice que estuvo en Managua. Me imagino que han de haber pasado cosas feas en su vida pero ella prefiere omitirlas. Pero ella dice que anduvo con gente drogadicta, que ella anduvo con prostitutas pero que gracias a Dios a ella siempre la protegió. Si es así, bendito sea el Señor y qué bien. Esta niña llegó a Guatemala, y no sabe cómo. Solo con el poder de Dios Chiguatemala. Siempre buscando su libertad. En Guatemala ella trabajaba en un bar y allí conoció al hombre que fue su esposo. El hombre era de Guatemala, llegó allí a Guatemala la enamoró, una niña de ¡quince años!, mira bien, ¡quince años tenía! Y ella le dijo que quería viajar a Estados Unidos. Entonces el hombre le dijo que sí que se la iba a llevar. Cuánto riesgo y volvió al hombre a traérsela. Y se la llevó con otro nombre y con otras cosas y se la llevó a Estados Unidos. Pero él estaba que se iba a casar con otra mujer pero pasó que se dejó con la otra mujer y vivía con la chavala. De suerte no fue una trata de blanca, pero mira cuánto riesgo por lograr mira esa emancipación. Es cambiar esa vida que te están ofreciendo tus padres. Por eso digo que los padres somos unos irresponsables a veces. Esa mujer hizo tantas cosas, que gracias a mi Dios Jesucristo, vive muy bien es una religiosa, está casada tiene cuatro hermosos hijos, mira qué bien. Pero, cuántas cosas malas habrá podido pasar ella, que ella prefiere ocultarlas, está en su pleno derecho. Por nadie quiere vivir nuevamente aquella angustia y aquella feas que vivió. Y yo sí creo que vida como esa, ningún joven quiere pasar. O sea tener una madre o un padre regañón, un padre que te castiga mucho y una madre con la vida desordenada que ella tenía, pero esa mujer logró lo que quería Pero con mucho dolor. Se quedan en el camino muchas mueren, muchas se prostituyen y ahí se quedaron en la prostitución. Muchas murieron de sida o se quedan en la drogadicción. Pero este es un cuento muy bonito que se puede contar.

**E:** La verdad es que es una suerte.

**EC5:** Y está con el marido, el marido es mayor que ella, es como veinte años mayor que ella, pero ahí está. Desde los quince o dieciséis años hasta que ella tiene, de mi misma edad, treinta y nueve años. Sí y muy buena persona la mujer. Entonces tiene que ver mucho para mí el patrón familiar, fundamental. Esto te hace más fuerte o te debilita. Son un arma de doble filo. Porque ¿qué pudo haber pasado con esa muchacha? Quedarse en ese mundo de la madre, borracha, prostituta y todo lo demás. Pero ella dice que no le gustaba la vida de la madre.

**E:** Claro ella se quería revelar.

**EC5:** Entonces ella quiso encarar a su padre. Mi padre es un buen hombre pero con un carácter, es como se mire. Con mi mamá se separó cuando mi hermanito tenía como, qué quedó embarazada de mi hermanito. Nos criamos sin papá.

**E:** Pero tuvieron un pilar fundamental.

**EC5:** Oy! Si es lo más lindo que me ha pasado en la vida. Ya tiene ochenta. Es lo más bello. En cambio, todo lo que tenga por prolongarle a mi madre diez años o veinte años, no sé cuántos años, cambio todo lo que tengo. Yo creo que el día que nos falte, muchas me dicen, vas a sobrevivir, pero con un psicólogo. Entonces esa es mi.... Se debe de buscar cómo seamos iguales (1:02.20) Es difícil.

**E:** Hablábamos antes de información de los colegios, de las familias, de la facultad, crees que en los casos que, a lo mejor, hay falta de información o puede ser información o, como decíamos antes, que no llega tampoco o las personas que la tienen que recibir no las reciben, ¿crees que esta falta de información puede acarrear prejuicios hacia las personas que tienen VIH/SIDA o cualquier otra enfermedad?

**EC5:** Claro, claro que sí. Mira, vamos a regresar como habíamos dicho a la religión. A veces la religión juega un papel importantísimo en el trato que le podemos dar a una persona con VIH/SIDA. Porque nos acercan más a ellos. Nos acerca a hacerles sentir persona importante. A hacerlos sentir que son personas a la que no le tenemos asco, miedo. Porque muchos a lo

mejor el no estar bien informados de VIH/SIDA; creemos que con solo tocar a la persona se nos va a pasar. O con solo estar atendiendo en su lecho nos vamos a contagiar. Entonces eso hace de que la persona fallezca más pronto. Le disminuimos su probabilidad de vida. En cambio, cuando son un poco religiosos, tenemos supuestamente un mayor grado de humanismo, de calor humano. Entonces nos permite, este, estar en mayor contacto con estas personas. Pero en relación a la transmisión, hay que recordar de que no solamente es la vía sexual. ¿verdad? Porque estamos claro que muchos tratamos solamente de prevenir la vía sexual porque es la que se propaga más rápido, me imagino. Es la que me imagino es la real, es la que te propaga más rápido. Pero también hay otras formas de transmisión. Y muchas personas no creemos que algún individuo se pudo de haber infectado de otra manera, no. Discriminan. "Ay que era muy mujeriego y de forma pochorno...". No podemos pensar de que a lo mejor pudo haberse infectado por otro medio. ¿Por qué? Porque desconocemos la diferencia que tiene, de infectarse. Y otra forma, otra cosa es la forma es cómo podemos atender a estas personas sida. Porque, ok, prevenimos. Pero ¿lo que no se pudo prevenir? Si ya está. ¿Cómo tratarlo? ¿Cómo hacer que aquella persona pueda disfrutar de mis mismos derechos? Y también de mis mismos deberes, como ciudadanos. Eso es importantísimo.

Aquí se ha creado una ley prosida creo. Aquí en Nicaragua hay una ley prosida, donde se les dan muchos derechos y se les dan deberes también a las personas. El Gobierno ha asumido mucho, mucho, mucho este, compromiso con las personas con sida. Porque una cosa es tener el virus y otra cosa es manifestarlo, que ya es el sida meramente, si no me equivoco. VIH es tener el sida, sida es tener los síntomas, la enfermedad como tal. Entonces en esos dos aspectos tienen que educar. Porque aún nosotros, aquí como maestros universitarios carecemos de información. Por eso nosotros no sabemos el tratamiento del sida, que existe un tratamiento, cuál es el último... y eso debería de ser, como te diría yo, bien publicado. Bien informado. Eso no significa de que como ahora hay medicamentos no hay problema, puedo tener el sida. Porque se puede ver también de esa otra forma. De que como ya hay medicamentos y el gobierno está interesado, no está prohibiendo el medicamento, entonces no hay ningún problema. Puedo contagiarme en cualquier momento, no. Estamos todo lo que es preventivo y todo lo que puede ser para paliar un poco la enfermedad. Eso es importante. Porque no... Porque hay otra cosita, hay personas que tienen el sida, no se dan cuenta que tienen el sida, y pueden andar contagiando a otras personas. ¿Por qué? Porque no tienen aquel **reacciones negativas** o aquel cuidado de estar haciendo chequeo periódico. Porque no es cultura. Porque no estamos acostumbrados a estar chequeándonos cada seis meses o cada tres meses. Además se te dice que el virus yo lo puedo contraer hoy me hago el examen dentro de tres meses y no presento nada, es hasta seis meses después. Entonces debería de estar rebuscando en la gente de que si soy una persona que no tengo una sola pareja y tengo relaciones esporádicas y continuas. Cuando digo esporádicas es con una persona y continuas es con diferentes personas. RISAS ¿verdad? Entonces por lo menos, que me esté chequeando cada seis meses. Que esos chequeos sea gratuitos. Pero qué es lo que pasa, me da vergüenza. Me da pena ¿y si salgo pegada? Es lo primero que te dicen. Aquí se hicieron pruebas de VIH/SIDA no sé cuándo llegaron, pero yo fui una de ella que no fui. Pero yo no fui porqué, porque supuestamente me siento segura de que no lo tengo. ¿De acuerdo? **Me da esa** porqué, solo porque no tengo relaciones sexuales. Pero ¿quién no dice que tantas inyecciones que me han puesto, no lo haya contagiado? ¿Verdad? mira como a veces uno puede equivocarse. Pero yo me siento segura ..... no tengo relaciones... Estoy segura. Obvio que me han puesto inyecciones que han utilizado jeringas, que me han hecho acupuntura, eso lo obvio. Y ahí hay riesgo. Entonces necesitamos informarnos más, de toda y cada una de las causas de que nos podemos contagiar de esa enfermedad. ¿Ya? Y de esa manera poder hablar con....(1.09.30) poder hablar, porque ... yo considero que somos un elemento importante para la información sobre el VIH/SIDA, aquí en la universidad. Porque tenemos imagínate, cada uno tenemos cien o doscientos alumnos en la universidad. Y son dos mil quinientos. Y esos alumnos después le hablan a otro allá afuera y qué bonito, como se van...

**E:** Para después hacer una cadena y además con un referente ¿no? Sobre todo aquellos profesores quizás más cercanos a los estudiantes.

Ya para terminar, crees que, que para prevenir las infecciones ¿no? En general o enfermedades de transmisión sexual, el nuestro caso nos centramos más el VIH ¿una solución podría ser implantar por ejemplo una asignatura de educación para la salud? donde, como hablábamos al principio, no se habla solo de sexo, no es solo sexualidad,

sino es decir que hay una gran variedad factores que pueden influir, que son las drogas que por ejemplo que el alcohol aquí, es fuerte el consumo que hay pero pueden ser otras adicciones también o que también se relaciona muchas veces con las formas de ocio. Entonces aquí si sale mucho al final, el salir puede conllevar beber alcohol o si bebes alcohol no tienes en cuenta... es decir teniendo en cuenta como todas esas relaciones pueden darse.

**EC5:** Así como se da una clase, hay formación hay una clase que se llama “Formación integral” una cosa así se llama. “Formación integral” creo que hay aquí que se les da a los muchachos. Para mí que en esa formación integral se les debe dar un tema o dos, tres temas relativos o entender mejor dicho esta clase porque solamente se miran dos horas o son tres horas a la semana por lo que **no es probable darle** cinco horas a la semana. De tal manera que involucren toda la información que tiene que ver con la vida sexual reproductiva, derechos y deberes de los ciudadanos fíjate que eso es bien importante. Los derechos y deberes. La sexualidad como tal. Y cuando hablamos de sexualidad involucremosle todo lo que puede traer la sexualidad. Que son las enfermedades de transmisión sexual y en ella lleva todo lo que es el VIH. Lo considero importantísimo. Importantísimo. También tendríamos menos muchachas embarazadas, que ya se le troncan sus carreras porque en el transcurso salieron embarazadas **y se marcharon**. Me encantaría.

**E:** Bueno pues esperemos que se pueda...conseguir. (RISAS) Yo lo tengo como una de las propuestas, más o menos por lo que he conocido. Por eso me gusta terminar, más o menos, el guión de la entrevista con esa idea. Porque además generalmente, se va como, en todas las entrevistas en todos los grupos se va como confirmando.

**EC5:** Hablar de las drogas, es que ese es el problema, fíjate que, hoy en día creo que las drogas, es el que te lleva al sida. Fíjate que sí. **Una persona da lugar a otra persona**. Y más cuando es drogadicta, porque..... palito para la marihuana por cualquier cosa. Así cualquier barbaridad te puedo decir. Mujer o hombre porque igual, porque cuando el hombre ..... hace barbaridades..... veinte o treinta pesos. La droga ha sido un apalancamiento para el Sida. Entonces dicen que aquí en..... para contraer y contrarrestar las causas, para disminuir los efectos. Yo creo controlar la droga será posible. (RISAS) La pregunta queda en incógnita ¿será posible controlar la droga? Dicen que, bueno ya esto es ..., a nivel de chisme. Dicen que a nivel que la droga se legalice, se va disminuir su consumo. Porque lo más prohibido es lo que el ser humano tiende a hacer.

**E:** Ese es un debate fuerte que está viendo por Europa y que en España ya se está, se le está empezando a dar más peso. Antes se escuchaba, pero no se cuestionaba mucho y... pero es un gran debate porque es el riesgo, no sabes. Pero sí es cierto que generalmente, por lo menos mi percepción cuando yo era más joven, eh, tú lo has dicho, basta que te digan “no hagas esto” que tú dices uy es que si no..., me dicen que no lo haga es porque algo tiene que tener. ¿No?

**EC5:** Va en la tentación.

**E:** Claro, entonces, claro, es como el riesgo.

**EC5:** Sí, la adrenalina. Se me sube y hay que **descubrir, y ahí está el riesgo**.

**E:** Claro, tú dices ¿por qué no, por qué no? Entonces muchas, por ejemplo, con el tema de las drogas, muchas campañas ya no es el “no consumo” por ejemplo el alcohol, puede ser, no consumas alcohol, sino hazlo siendo responsable.

(RISAS)

**E:** Porque es que ya se sabe. Que si dices que “no”, van a probar. Bueno Bertha pues por mi parte muchísimas gracias por...

**EC5:** A ti por haberme tomado en cuenta  
(RISAS)

**E:** Encantada.

## Anexo 32. Transcripción grupos focales unificados

### GRUPO FOCAL CONISIDA

**Entrevistador/a:** Bueno. En primer lugar, gracias a las cuatros por participar en el grupo. Algunas ya me conocen. Mi nombre es Itahisa. Soy docente en la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España, y estoy realizando mi trabajo de investigación del doctorado sobre los conocimientos y prácticas de riesgo que tienen los estudiantes de la FAREM Chontales con respecto al VIH/SIDA. Entonces por eso, era el reto que se propuso el grupo focal: el poder compartir, conversar con técnicos y con profesionales que trabajan en ese tema y que participan en las reuniones que desarrollan CONISIDA.

Bueno, pues si alguien a lo mejor no ha participado en el grupo focal, lo que consiste es que yo les voy a ir lanzando preguntas y bueno simplemente se trata de conversar, de opinar, que es de manera anónima y, y bueno, cualquier duda o pregunta que tengan, me la pueden hacer.

Para empezar, me gustaría saber: ¿qué opinión tienen ustedes con respecto a la problemática del VIH/SIDA?. Porque, en primer lugar, si consideran que es una problemática centrándonos en Chontales en el Departamento que tenemos de referencia. ¿Creen que es un aspecto muy importante, relevante del Departamento o a lo mejor hay otras problemáticas u otras situaciones más importantes?

**Participante 1:** E... sí considero de que es un problema. Es un problema a nivel de este Departamento de Chontales, porque cada día las estadísticas se nos van aumentando. Y esto es algo muy importante porque las Políticas de Salud nos dicen, nos orientan, que debemos de trabajar con los grupos de riesgo. Los grupos **CEMAR** le llamamos, específicamente dentro de las Políticas de Salud tenemos la atención verdad a la embarazada y que debemos ofertar la prueba a todas las embarazadas en el cien por ciento. A todas nuestras embarazadas que lleguen a las Unidades de Salud de igual manera, otro de los grupos muy importante son los hombres que tienen sexo con hombre, los trabajadores sexuales. Entonces es una problemática tanto a nivel nacional como departamental. Porque esas nuevas líneas de trabajo ya están específicamente dirigidas. Hacia a toda Nicaragua, incluyendo nuestro Departamento que estamos en una epidemia de media **ROBIA**. SILENCIO. [R.GFC1]

**Participante 2:** Considero también de que es una pandemia que se está agudizando más en Nicaragua que antes nos mirábamos como que era de Europa, en otros países, porque, que en el nuestro específicamente en Chontales no lo mirábamos. Yo considero que es algo prioritario, una problemática que se debe tratar como prioritaria. Porque es la que está atacando principalmente a los adolescentes y a los jóvenes. Entonces como institución, como programa yo creo que siempre se debe incluir este tema y darle, este, un enfoque, hacia la población o hacia el sector vulnerable de la población de Juigalpa. [R.GFC2]

**Participante 3:** Decir igualmente, que desde el Departamento de Chontales no éramos considerado zona de riesgo, porque se tomaba en cuenta que zona de riesgo era, digamos, la parte fronteriza al norte con Honduras y al sur con Costa Rica. Sin embargo pues, la movilización que han tenido las comunidades, las poblaciones, del campo a la ciudad o viceversa, el incremento también del comercio en algunos sectores, o como algunos municipios como por ejemplo **El Aiote**, aquí en Chontales, entonces eso ha incrementado el número de casos en esta, en esta zona. Pero también ha contribuido eh, digamos las estrategias de captación o de identificación de, de personas que están infectadas con el VIH a través de las pruebas rápidas que se hacen entorno, los diferentes métodos de **tamizaje**. Entonces esto ha hecho de que, no que se incrementen los casos, pero, por lo menos, que se estén identificando o detectando mayoritariamente los casos, mediante estas técnicas y estrategias que se realizan. [R.GFC3]

**Participante 4:** Bueno yo sí quiero que el trabajo que se hace en Centro de Salud, en coordinación con las instituciones es muy buena por lo que cuidamos el proyecto es una enfermedad que afecta no solo a nuestro país sino a nivel nacional, a nivel mundial y considero que están muy bien las estrategias de coordinar para las personas, de consejería, para

puedan realizar sus pruebas de VIH, que estén solos o con una sola pareja para que así podamos evitar así seguir propagando lo que es esta enfermedad en nuestro país. SILENCIO. [R.GFC4]

**Entrevistador/a:** Aproximadamente saben si hablamos en términos de datos, la cantidad de personas que están infectadas o afectadas por el virus aquí en Chontales. Por ponerlos, aunque no sea exacto, pero más o menos un promedio, una cifra.

**Participante 1:** En lo particular, pero sí en las reuniones que hacemos que intentamos conocer en cada, los casos nuevos que se han detectado, personas que todavía están con VIH o coordinados, se presentan datos generales..., se nos orientan pero aún así, de memoria, no podría decir un dato específico. [R.GFC6]

**Entrevistador/a:** Aunque no tengamos algún dato concreto pero ¿creen que los datos que se están registrando corresponden a la realidad? o ¿son fieles a la realidad?, o ¿quizás alguna aproximación o hay más casos todavía ocultos?

**Participante 1:** Es más oculto. . [R.GFC7]

**Participante 2:** Es lógico que es una aproximación, porque es una enfermedad muy difícil, todavía hay miedo de que no me hago la prueba, ya me van a discriminar, es un mito. . [P.GFC8]

**Participante 3:** Es un hecho que en su registro se ve, lo recoge constantemente. En los datos que se forman... . [R.GFC9]

**Participante 4:** Lógicamente que existe un subregistro por la misma ley docente. Hay personas que son portadoras y que totalmente no le quitamos nuestra, a nivel de departamento, sino que viajan hacia otros departamentos igualmente otras gentes de los otros departamentos vienen aquí. Aquí se hacen las pruebas y aquí se registran como, que son de aquí de Juigalpa. Nosotros al aplicar la información al procesar, nos damos cuenta de que no son de aquí, sino de otros departamentos. Hay problemas y hay problemas de subregistro, lógicamente, algunos en clínicas privadas, otros van a Managua directamente, otros van a Costa Rica, migran hacia Costa Rica. . [R.GFC10]

**Entrevistador/a:** Cambiando un poquito de tercio. ¿Creen que la población Chontaleña, las familias, hablan abiertamente de sexo, de manera general?

**Participante 1:** No, consideramos que no. Todavía existen ciertos tabúes y creencias y los jóvenes lógicamente que se forman en sus escuelas y sus universidades y esto verdad como forma de que están incluido en algún momento en el censum académico. Y esto ellos lo puede llegar a decir a los padres que para qué es bueno usar preservativo no tienen ese grado de confianza. [R.GFC11]

**Participante 2:** También de que los jóvenes, ellos buscan cómo informarse con los amigos a través de internet o otras cosas, pero que la familia hay cierto temor de preguntar porque los padres no, no son abiertos, a conversar sobre este tema, principalmente con adolescentes. Es más bien, hay mucho tabú en las familias. [R.GFC12]

**Participante 3:** Aunque se ha avanzado en este tema pero todavía existen dificultades. En los colegios sí, sí se da cierta apertura pero no por completo para hablar del tema. Principalmente en los colegios que son de tendencia religiosa religiosas, casi que no permiten de que se hable de estos temas. Y en las casas, casi que es un tema prohibido, creo que, que, no creo que en la casa, al menos, los padres hablen con sus hijos acerca del sexo. En primer instante y en segundo instante, si, como dicen mis compañeras, hay mucha información de otras fuentes y también de se le han ofrecido un preservativo llegan a la casa, si un padre llega a encontrar un preservativo, en el bolso de su hijo o de su hija inmediatamente se lleva una carta, porque se piensa de que ya inició una vida sexual, y ni siquiera los demás como, como manera de estar preparada, ante cualquier situación que se presente. [R.GFC13]



**Participante 4:** Es lo mismo que en las escuelas educan a los adolescentes a que usen preservativos para evitar enfermedades de transmisión sexual. Pero luego llegamos a la casa, nuestros padres que nos dicen “niñas...” entonces es lo mismo: tenemos un temor, un miedo hablar directamente de que hay que protegerse para evitar el contacto. Pero siempre desde una escuela, nos educan, pero en la casa, en la parte de confianza y comunicación, entonces hacemos lo que podamos, aprender. [R.GFC14]

**Participante 5:** Principalmente entre aquí, en el sexo femenino, existe un gran problema y esto nos ha venido a dar algunas unas pautas de que una de las cosas que el VIH estaba afectando es en los adolescentes y si nos vamos las estadísticas estamos viendo verdad y cuando hacemos el análisis de las tomas de muestra, el grupo de quince a diecinueve años hay una alta embarazos en adolescentes. Todo esto viene a la confirmar que la información, que la información queda ahí, nada más en los colegios pero que va a llegar hasta los hogares no. [R.GFC15]

**Entrevistador/a:** Ya ha hablado M. de las relaciones sexuales tempranas eh, porque hablaba de embarazo, entonces, en líneas generales, ¿hay relaciones sexuales tempranas en la juventud o adolescencia?

**Participante 1:** Sí, hay porque cada día por ejemplo, pongo un ejemplo ¿verdad?, porque, fui a Nueva Guinea, y me quedé asustada una niña de doce años, embarazada. Pregunto, ¿Hasta dónde el Ministerio de Salud investigaron como fue ese embarazo? Normal, un joven como de catorce años la embarazó, catorce o quince años, entonces ella está embarazada, normal. Para convencerla, porque la quería ver, subimos hasta la casa porque fue una de las Colonias y la mamá normal, dice eso es normal ya que va a tener a su marido, pues ya que lo tuvo temprano, cuanto más temprano mejor, ya se sabes de tus tareas. Entonces, esas son partes de las costumbres y creencias de nuestras gentes en algunas comunidades. Lógicamente, el embarazo en adolescentes, los jóvenes a temprana edad, están teniendo relaciones sexuales y no están haciendo uso del preservativo. Digamos los embarazos de quince, de catorce, de doce a diecinueve, de doce a diecinueve. Y cada día miro en las estadísticas y reportes, que estamos realizando los registros, cada día hay un aumento. Y en realidad nos preguntamos el porqué. Si el Ministerio de Educación da salud sexual reproductiva a estos jóvenes, de la edad de tercero y cuarto grado que empiezan a dar, sin embargo las jóvenes, tenemos más compañeros, se embarazan. [R.GFC16]

**Participante 2:** En el descubrimiento de su cuerpo, llegan hasta límites en que, que no deberían. O llegar, que no deberían de llegar a esa edad de su vida porque las estadísticas están claras. Si nos vamos al menos aquí al hospital, el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable, eso no es lo que dicen las estadísticas. Entonces, tenemos que preguntarnos también qué es lo que hemos hecho. [R.GFC17]

**Entrevistador/a:** Entonces una edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en chicas estudiantes ¿es de los doce a los catorce años?

**Participante 1:** De doce a catorce o más. [R.GFC18]

**Entrevistador/a:** ¿Y la edad es más o menos igual en el caso de los varones?

**Participante 1:** Pues casi igual, pero en el caso de los varones hay también que decir, **de que los padres pueden llevar un control con sus hijos para que se hagan, entre más joven tengan... es mejor.** [R.GFC19]

**Participante 2:** Y si no se casan o si no tienen novia, les tienen que ayudar. [R.GFC19]

**Participante 3:** Es por eso que, hoy en día los padres son más abiertos. [R.GFC20]

**Participante 4:** Y también favorece el hecho de que estén en contacto con otras sustancias, por ejemplo con el alcohol, porque ya los chavalos con doce o trece años están con el cubata, con cerveza, cigarros, y cuando ya están bajo los efectos del alcohol, la situación cambia. Entonces eso incentiva también a mantener una relación más abierta. [R.GFC21]

**Entrevistador/a:** De estas relaciones que... ¿suelen ser con parejas estables..... con parejas estables y duraderas? O ¿se convierten en algo esporádico?

**Participante 1:** Algo esporádico totalmente, porque, ya cuando, o sea, el joven o la joven ya despiertan un poco más, ya hay una separación, ya entra en un núcleo de, donde se va desarrollando lo que es la violencia física intrafamiliar. Sí hay una separación y esos después tienen su otra pareja tanto en la mujer como en el hombre. [R.GFC22]

**Participante 2:** Que este momento, entran en una etapa de experimentación, incluso no lo hacen con la misma persona. [R.GFC23]

**Participante 3:** Están conociendo otras personas y están cambiando de opinión. [R.GFC24]

**Entrevistador/a:** Hablamos de embarazos en adolescentes, hablamos de relaciones tempranas, de información clarísima y comunicación. Pero realmente ¿suelen usar métodos anticonceptivos?, siempre generalizando. Porque claro, si hablamos de a lo mejor, de algunos casos de VIH o de algunos casos por enfermedades. Si hablamos de embarazos no deseados, ¿por qué no los están utilizando o los utilizan mal? O...

**Participante 1:** Eh, bueno lo que se ha observado es que como es una relación que es escondida de los padres, a veces las jóvenes compran los anticonceptivos, los cambian en cuaderno y en algún momento se les olvidó tomarlos y ya está el embarazo. [R.GFC25]

**Participante 2:** Con la mala técnica de ponerse un condón, porque como no tienen experiencia se lo ponen a como ellos. [R.GFC26]

**Participante 3:** La mala técnica del preservativo. [R.GFC27]

**Participante 4:** No acuden a unidades de salud a una preparación previa al inicio de la relación sexual, o utilizan mal los métodos, medios anticonceptivos. Porque por ejemplo, vamos a una farmacia de las PMS (pastilla de la mañana siguiente), pero nosotros dejamos muy claro de que cada vez que usan eso como un método anticonceptivo al final no lo van a hacer. Más bien es para situaciones de emergencia. Ellos no dejan claro que ya en las relaciones,... además ellos se consideran que pueden saber todo cuando en realidad no es así porque ellos piensan que no necesitan preguntarle a nadie cómo hacer, o muchas veces también piensan en que no es igual con preservativo, que las inyecciones que si aumentan o les disminuyen, que si se le va a... cancerígeno. Ellos hablan pero no están muy claro. [R.GFC28]

**Entrevistador/a:** En las relaciones sexuales, sobre todo como nos estamos centrando en la población adolescente y joven ¿suele haber diferencia hacia utilizar el preservativo? ¿Creen que en realidad, es una diferencia de roles? O que tanto el chico como la chica, a lo mejor, no le dan importancia a utilizarlos?

**Participante 1:** Este, es como dice ella, existen muchas cosas, nunca es igual. A veces para la mujer, la percepción de la mujer, es ¿para qué se ponen preservativo si yo no tengo enfermedad, no tengo? [R.GFC29]

**Participante 2:** Es su compañero. Es lo que dicen... [R.GFC30]

**Participante 3:** Y otras son ellos, igualmente lo cumplen, si la mujer le dice ponete el preservativo... Y sí existen algunas barreras, que lógicamente, pues no hacen el uso adecuado del preservativo. [R.GFC31]

**Participante 4:** Ni ambos. [R.GFC32]

**Participante 5:** Ambos o ambas. Ambos pues tienen sus historias, como se dice, decían antes, que el VIH solamente lo tienen las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres. Eso eran verdad, la base que se tenía. Y ahora nos damos cuenta que eso no es así. Que hay heterosexuales mínimo, el porcentaje de las trabajadoras sexuales y el de los hombres que tienen sexo con hombres. Entonces, ahí han venido surgiendo ciertas cosas, ciertos factores, en que la misma creencia que tienen en el uso del preservativo. Sin embargo, pues cada día más se hace promoción en educación sobre el uso del preservativo, pero sí es cierto. [R.GFC33]

**Entrevistador/a:** ¿Cuáles serían la parte, de la principal causa, principales causas, de que los jóvenes, si pudiésemos decir dos o tres, no utilicen métodos anticonceptivos? Porque antes decíamos que bueno, sí se informan, se informaban ya desde la escuela, desde los colegios, se forma en la universidad, se forman en salud, pero entonces ¿por qué ellos no se conciencian o por qué no llegan a utilizar los métodos?

**Participante 1:** Bueno una de las causas puede ser, eh, como es mi única pareja, no tengo otra es la única, no voy a usar preservativo. [R.GFC33]

**Participante 2:** Si estamos con adolescentes, lo primero es el miedo de que si mi mamá me descubre que estoy usando un método, me va a regañar, me va a tratar mal, me va a sacar de clase. Entonces, no usan o si no le bajan la menstruación, lo primero que le preguntan es ¿por qué? Porque hay madres que están pendientes de sus hijas. Entonces, algo que influyan que no han de hacer, pues no lo usan, para que no la descubran. [R.GFC34]

**Participante 3:** El miedo a los cambios físicos, porque hay miedo a que no me vaya a engordarme, a cambiar, que vayan viendo mis cambios, en las mujeres específicamente los cambios que se vayan notando a través del uso del preservativo, es por eso el miedo que de la mamá la vea. [R.GFC35]

**Participante 4:** Yo pienso que también la parte cultural cuenta mucho, porque nosotros somos muy dadas a creer en cuestiones de este tipo. Y entonces como que le damos más importancia, o lo damos por verdadero lo que digan de ti. Entonces hay veces que no se sienten igual teniendo relaciones sexuales con preservativo. Sólo con eso, ya se da por hecho que una relación sexual con preservativo va a ser como algo fracasado, o que no va a tener las mismas sensaciones, las mismas, entonces ya se da. [R.GFC36]

**Participante 5:** La mayoría de las personas piensan eso. [R.GFC37]

**Participante 6:** Por ejemplo, con el mismo..... (minuto 25.10) [R.GFC38]

**Entrevistador/a:** Eh, ¿cómo se podría?, si tuviésemos algo así como la varita mágica, ¿cómo se podría prevenir el VIH en la pubertad? ¿Qué solución...?

**Participante 1:** Bueno una es, considero de que una campaña masiva. Lo que pasa es que en algún momento comenzamos en épocas puntuales. Por ejemplo el día mundial de lucha contra el SIDA. Entonces sería comenzar a hacer la huella del uso de... ya después. Luego vienen las fiestas patronales y vamos a hacer, vamos a hacer. Pero esto debería de hacerse de forma permanente. Ya aquí se han capacitado los grupos juveniles, en VIH para que ellos trabajen con otros grupos de jóvenes en otros sectores, parte de todo eso es hacer una campaña de información, educación y comunicación, el seguimiento, el monitoreo de actividades y talleres, y medir el impacto que tuvo la campaña y que es lo que no se hace. El ver el impacto, ...que pasé un mes hablándoles cómo están estos chavales, si están eh... si se han hecho la prueba del VIH están, o sea, cómo están por decirle así algo, como están los grupos focales enfocándonos en lo que nosotros les informamos, les comunicamos. Esto es lo que lo que ha hecho algo que nuestro país... Pegó más la campaña del cole, como pegó la campaña del 1M1, ¿por qué pegaron? Pues igual nosotros no sabemos autoevaluar, porque estas campañas han dado resultados han tenido un impacto en la población. [R.GFC39]



**Participante 2:** Como si se tratara de una varita mágica, difícil tarea... haciendo las auditorias pero no como las estamos haciendo hasta este momento y..... a las casas pero hablando con las familias, porque decíamos, esto es un tema delicado, del que se ha hablado poco pero así de manera superficial de VIH/SIDA. Porque nosotros les decimos cómo se transmite..... como le decía el movimiento esta tan arraigado en nuestra mente y en nuestro cuerpo (minuto 28.30 - 29.10). [R.GFC39]

**Participante 3:** Entonces, es verdad, es como ella dice, de ratificar a las familias, también sería también como una promoción de valores, en las familias porque desde que son, desde adolescentes, les están enseñando a tener relaciones sexuales, como el trabajo dirigido a las familias. Y las campañas de masiva yo considero que también son un trance porque sí es cierto de que a veces su uso en un tiempo se prohibió no solo a lo que decir sino ya tema de VIH no afectan.... Pero así a nivel general, se habla de VIH pero se desconoce mucho. En el fondo los jóvenes no conocen tanto de información sobre VIH, que es como debería ser, la correcta. Entonces si son necesarias, yo considero que estas campañas masivas, a la vez que existen, sensibilizan. La realidad es que no, los jóvenes no le dan importancia a esto. [R.GFC40]

**Participante 4:** (minuto 30) Es el recibimiento, que vendría desde las escuelas porque los padres... no están dando clase de sexo no, no se están dando, ... qué pasa, que el... se perdiendo, ese tipo de charla y el joven, o sea, no va enterándose de nada ni de... ni de Chontales, poco se puede decir, cómo lo están experimentado, sobre lo qué es el VIH por lo menos....hasta pedirles que usen el método, que planifiquen y todo. Eso sería bueno esa campaña. [R.GFC41]

**Participante 5:** El año pasado,... de que optaran por...porque estaban hablando en clase de tema de embarazo en adolescentes. Entonces la mamá de la niña dijo que estaba la profesora indignada a que.... En realidad, como...no tengo ... que ella, al contrario porque al abordar esos temas la están preparando para la vida de esos chavales. Pero bueno, ella libre de tomar su decisión, ella mandó una carta, acusando a la maestra de educar a los niños de....Como ella mandó una carta negativa Entonces yo mandé una carta de positivo, considerando de que para mí, su opinión me tolera.....[R.GFC41]

**Participante 6:** Porque la mayoría salen embarazadas de las Escuelas. Y no tienen ni idea de lo qué es un embarazo, de a lo que se mete, que ya no es mantener relaciones, que ya ha pasado de tener un hijo o no, sino ya es prepararse para la vida, para tener un bebé. Entonces es importante, eso que no, que por lo menos la... en las escuelas, o en las Chontanas para que hablan sobre eso, para que se vayan retirando esos mitos esos tabús en la sociedad. [R.GFC42]

**Entrevistador/a:** ¿Consideran que la falta de información, porque... las familias, eh, puede provocar actitudes de rechazo, en personas que viven o conviven con el VIH?

**Participante 1:** Sí, se ha dado de verdad, incluso, cuando uno de los niños que entró a preescolar, todas las madres retiraron a sus otros bebés, niños de cinco años, entonces lo retiraron del colegio. Entonces la madre del niño y la maestra tuvieron que hablar con todas las madres, explicarles bien. Eh, después lo pusieron en otra Escuela, pues al inicio sí que hubo un poco de rechazo, pero se habló con las madres. Y hay personas, pues, que no les gustan hablar con personas VIH. [R.GFC43]

**Participante 2:** Que creen que porque le vayan a saludar le van a pasar el VIH. [R.GFC44]

**Participante 3:** Ahorita, hay una muchacha que está hospitalizada, como estoy yendo al hospital me dice, miren que viera qué condiciones hay.... Lógicamente hay problemas de comunicación y hay estigmatización aquí, en todo Nicaragua. Entonces es por eso que sí se han dado en familias, e incluso las mismas familias rechazan a sus hijos.....lo rechazan si tienen VIH lo sacan de la casa, hay un abandono.... Entonces hay rechazo por parte de las familias. [R.GFC45]

**Participante 4:** Hay portadores de que, personas que no se los dicen a su mamá o a sus parientes más cercanos por miedo a que lo echen de la casa. Entonces existe mucho rechazo,

y se ve como una enfermedad ajena que no puedo estar en riesgo de contraer, de ver que aquí que... Lo primero que se preguntan cuando una persona se dice que tiene VIH, lo que preguntan es cómo te infectaste no va a haber el apoyo a esa persona. No la van a ver como una persona que necesita apoyo, que hay que luchar para que ella se integre en su tratamiento, si no se ve cómo ya comenzamos a decir que por qué se produjo porque tenía una vida desordenada, porque era esto...Y no lo estamos viendo como un ser humano, que se merece un respeto **por lo que ha de tener**. [R.GFC46]

**Participante 5:** Yo pienso que es un problema grande **que proviene** de las familias, principalmente. Porque en vez de ser la que nos apoya de que no vayamos a integrar en un programa de salud, a que sigamos el tratamiento, nos discriminan.... Entonces debería de hacer uso de eso, de hablar con las familias para que nos apoyen **para seguir adelante que sepan lo que es tratar con** el VIH, como cuidar como seguir un tratamiento adecuado. [R.GFC47]

**Entrevistador/a:** Y para finalizar, hablamos antes como de recetas **¿no?**, de la solución para prevenir el VIH. Yo les planteo la última cuestión. **¿Consideran que sería importante, para poder prevenir las infecciones generadas, algunas... en implantarlas como finalidad como reproducción para la salud?**, que es mucho más amplio, que hablamos antes de la combinación como por ejemplo con el alcohol, se hablaba de tabaco, se hablaba de valores también, que no sea como algo.....VIH con relaciones sexuales con embarazo no deseado, sino que **¿se les pueda dar una formación muchos más amplia, si quizás no sé, si se podría implementar desde las escuelas pero también en la Universidad? porque al final van a ser los futuros padres los futuros...**

**Participante 1:** Sí, yo considero que la clase de promoción para la salud, ahí, en esa parte, que creo que hay una clase de Educación y Promoción de Valores y esa asignatura se pueden incluir ésta. [R.GFC48]

**Participante 2:** Sería bueno enfocarlo desde la universidad porque puede ser también de que tal vez el docente, no dominan mucha información, entonces no le dan datos claros al joven o al adolescente, porque es un tema muy **agrio** que también el adolescente tiene muchas preguntas y el docente no está preparado en conocimientos y no domina bien para explicarle hablarle ampliamente. Porque puede ser necesario de que el niño, el adolescente tiene muchas preguntas y no **tiene** capacidad de responder claramente. Entonces ahí, este, no se da información como debería de ser. Entonces es importante que desde la Universidad, porque ya cuando salga esa persona, ese profesional que va a ser que guiar la sociedad de la población, también... los niños. [R.GFC49]

**Participante 3:** Nosotras en la facultad, bueno en toda la .... Existe una asignatura que se llama .... Formación Integral, aquí se abarcan muchos temas, ....educación en valores, por la convivencia, por el civismo, **necesidad del cambio**. Pero en realidad no creo que sea la solución al problema, pero sí puede ayudar a formar.... De manera que al final ellos puedan hacer, qué hacer con sus vidas teniendo la información pertinente, en la... Porque en estas clases se **abordan temas de sexos, pero al final cosas que pasan... misma relación...entre los conocimientos... en la práctica, porque de conocimiento para todas ellas...nosotros damos protección, hasta máxima de error. Pero,** sin embargo que esto se interiorice, como para aceptarlo en su estilo de vida no se llega. **¿Qué es lo que falta para eso?** [R.GFC50]

**Participante 4:** **Es cuestión** de actitud, lo que pasa es que la cultura en sí, nosotros mismos, nos dan información, cuando nos la empiezan a dar no prestamos atención, o nos lo tomamos como que ya lo sabemos todo, que **de VIH** ya lo sabemos en realidad. Entonces hay que sensibilizar a la sociedad primero. [R.GFC51]

**Participante 5:** Principalmente. [R.GFC52]

**Entrevistador/a:** Bueno, **¿algo que quieran añadir o aportar algo de lo que ya se ha hablado o que no se haya mencionado?**

**Participante 1:** Yo creo que parte de la Iglesia tiene, al menos en nuestro país, un grupo pero no nos ayuda. No nos ayuda, es que en ese sentido no nos ayudan, Todavía estamos que si podía ser, estamos entrando de que sí que debemos que tener los mismos..... que está penado, la planificación familia, el uso de los métodos anticonceptivos, del preservativo. Solo un poquito tenemos grandes cosas que.... **si hay personas que van a misa, y tratan de cumplir a piel de la letra...** Entonces, ¿qué tenemos ahí? Pues una madre, un padre, muchas influyentes, que influyen negativamente hacia los adolescentes. Porque no es **lo que les digo,...** **que tenemos que reproducimos...(41.45).** Entonces,... la iglesia, no sé de qué corriente, de que **razón** evangélica o apostólica, de cualquier corriente que sea, que nos ayuden a hablar, porque hay que modernizar ese tema, y hablar de ello, porque son temas prohibidos, igual que las relaciones sexuales, asimismo está prohibido el tema del VIH. **Como si no conectaran, integrados en una iglesia, estos adolescentes....**[R.GFC53]

**Participante 2:** Pues yo considero en este aspecto de que, las organizaciones de la Iglesia Católica, y, se ha trabajado mucho en ese tema. Nosotras no trabajamos, en la promoción de tal vez del preservativo, pero sí trabajamos en la parte de prevención en la formación en valores, sí vemos pues, este. Para poner un ejemplo, hace muchos años que existe el preservativo, si cada año se expande más. Vemos que el índice es mayoritario. Entonces vemos que no es la falta, tal vez, del uso o mal uso del preservativo, sino está en la actitud de las personas. Porque pueden existir lo... del preservativo pero si la persona no cambia su actitud, no lo usa. Pero quizás este, de que no, a grandes rasgos, no se vea el trabajo que está haciendo la Iglesia, pero yo estuve en una reunión que donde, la mayoría eran organizaciones, éramos todos, prácticamente, organizaciones religiosas. Y se aplicó una encuesta sobre el uso del preservativo. Entonces, de treinta personas que habíamos en un noventa y cinco por ciento, porque era una encuesta anónima, y en un noventa y cinco por ciento utilizaban preservativos. Y con esto podemos decir de que algunas gentes estén integrados en grupo o en el santoral, están haciendo uso del preservativo, aunque la misma iglesia, la misma fe, diga que no es lo correcto. Pero sabemos que la parte del ser humano, la mayoría no seguimos, como debería de ser, el sacerdote dice, el obispo dice esto, pero a veces como personas no somos lo que debería ser, sino lo que nosotros vamos considerando. Entonces sí con la iglesia, tal vez el avance que si se quisiera ver es el que el pensar que el obispo o tanto Papa o sacerdote, promoviendo un preservativo tal vez a ese punto no vamos a llegar, porque nosotros también promotores de la vida, vamos a descender, este, bajo los principios de esto. Pero que sí que se está haciendo, tal vez es muy sencillo es participar todo...pero sí se está trabajando en esa parte. Nosotros podemos trabajar porque de eso se trata de un trabajo unido no de un trabajo separado. Yo que ustedes.... Promovéis el preservativo, nosotras abarcamos la parte que tal vez, muchas instituciones no tocan, que es la parte formativa. Porque hay muchas instituciones, organizaciones que promueven los preservativos y los anticonceptivos, pero tal vez no estén llegando a la parte de valores, entonces es ahí donde queremos llegar, a las partes donde no se están tocando. Porque **esto de fomentar** los preservativos,..... con la Iglesia sí considero, no puedo decir este, o sea, no opino igual de que no se está haciendo nada, que estamos un obstáculo. Sí estamos trabajando ahorita en la conferencia episcopal se firmó un convenio con Misión Mundial que se va a enfocar este tema del VIH/SIDA. Que ya se va a ver un tema como prioridad para trabajar en el tema de VIH, que nosotros vamos a definir bajo qué estrategias vamos a trabajar, pero que sí para este segundo **semestre** que se está iniciando en este último año ya trabajemos específicamente en una línea pero sí estamos con la Iglesia, estamos trabajando porque esto es bajo la Conferencia Episcopal Latinoamericana se está trabajando con **crisis** mundial. Entonces no comparto la idea de que no estamos haciendo nada y que no estamos trabajando en el tema. [R.GFC54]

**Entrevistador/a:** Bueno pues por mi parte, muchas gracias a las cuatro por vuestro tiempo y por vuestras aportaciones, que es lo fundamental. Ya cuando termine el proyecto, bueno la idea es que pueda enviar un ejemplar a la FAREM de Chontales, entonces bueno, como han participado en él, en una parte importante, en la recogida de datos, pues podrán leerlos detenidamente. Gracias.

#### **GRUPO FOCAL ENCUENTRO**

**Entrevistador/a:** En primer lugar, como yo les decía, pero como tenemos dos compañeros que se han incorporado hoy, el estudio corresponde a una investigación del doctorado, concretamente se denomina de la tesis doctoral y consiste en saber las

correspondientes percepciones que tienen los estudiantes de la Farem sobre el VIH. En el caso, nos vamos a centrar sobre todo en la juventud, que es la población que a mí más me preocupa, son los que están empezando y el futuro de la sociedad, antes eran nuestros padres...y entonces en esta población nos vamos a centrar. Entonces para comenzar, bueno pues primero darles las gracias por participar, por estar aquí, y me gustaría saber, qué opinan ustedes del VIH, en cuanto a si creen que realmente es una problemática, nos centramos en el departamento, vale, Chontales, podemos hablar de Juigalpa Chontales, pero es del departamento completo, si creen que es una problemática, si realmente es importante el VIH, o creen a lo mejor que hay otros temas más importantes, que pueden ser otros temas sanitarios, o de educación o de economía, de infraestructuras, no sé... lo dejé así un poquito abierto. ¿Qué opinan ustedes sobre el VIH?

Si tienen información también, bueno porque a lo mejor yo desconozco en realidad cuál es la situación ¿no?

**Participante 1:** En mi opinión es una problemática y muy grave, porque si nos ponemos a observar, es una enfermedad altamente contagiosa y son muy pocos los cuidados en cuanto a salud sexual, no tienen cuidado por completo la juventud. Es como que no están pensando en su prejuicio, en el prejuicio que les va a llevar el tener relaciones sexuales a temprana edad sin protección ninguna. No buscan información, simplemente lo hacen porque sí y no, no les interesa, solo quieren vivir libremente la experiencia. Eso sería para unir una gran problemática por esta parte en el VIH. [R.GFE55]

**Entrevistador/a:** ¿Están de acuerdo? El resto como lo ven, ven que en realidad es un problema, que es un problema de salud pública también

**Participante 1:** Sí, es un problema de salud pública y hay información en los colegios y padres hay información, pero mayormente no toman esa información, no les dan importancia, este, es como si dijeran ellos esto no me va a dar a mí porque yo me cuido, al ser primera vez y ella también entonces no me va a dar a mí, y eso sólo una falta de contacto padre y madre. [R.GFE56]

**Entrevistador/a:** Creen que habría otros tipos de problemas o alguien que no crea que en realidad tiene un problema importante.

**Participante 1:** El problema simplemente es que los jóvenes de ahora tienen mucha libertad en cuanto a la vida sexual, y a veces nos proporcionan información, el problema es que nosotros...e n realidad tienen información. [R.GFE57]

Minuto 03.49

Minuto 30:00

**Entrevistador/a:** De alcohol, tabaco, son los principales en los más jóvenes, y ya el lema es, bebe pero con moderación, si ya saben, que quien no beba, no funciona, pero eso ha ocurrido siempre, yo creo que en la mayoría de los casos, y si te dicen que no es porque, uy si te dicen que no es porque algo tiene que haber, y ese algo tiene que haber es lo que lleva a .... Hablábamos de de casos que ustedes pudisteis conocer, casos no, si no datos, pudisteis conocer, pues hablaban de.....creen que realmente los datos que existen son fieles a la realidad, estos son los datos de verdad???

**Participante 1:** Yo diría que son más de los oficiales, en realidad cuando yo estuve dando mis prácticas en un centro, yo no me quería dar cuenta, verdad? Pero el mismo muchacho se lo sacó, el llevaba una muchacha embarazada de él, ....traía el VIH y ella estaba preocupada por si el niño se le iba a morir y el llegó preocupado también porque decía que había tenido relaciones con otras parejas, que él se hiciera las pruebas de VIH pero el dijo, yo he tenido relaciones con otras mujeres además de ella, entonces si hay, este los niveles son muy altos, porque sin querer darse cuenta, las parejas no se dan cuenta son el hombre o la mujer cuando lo tienen, cuando lo tienen ya se dan cuenta, es el brinco, el cielo, ya lo tengo, voy a morir, dicen, pero la infección, el descuido hacia la persona misma, yo te digo la verdad, porque siempre lo hacen. [R.GFE58]

**Participante 2:** Yo diría que las cifras son altas porque a diario se contagian por lo menos un treinta por ciento, un veinte a diario, entonces tendrían que hacer investigaciones diarias, para saber, porque mientras no se respete esas dos únicas maneras de peligro, de detenerlo si no

hay abstinencia, no se puede detener, va a seguir creciendo, entonces tendríamos que hacer estudios diarios, para poder saber cuáles son las cifras reales. [R.GFE59]

**Participante 3:** Manejan cifras de personas que se hacen la prueba, también hay miedo a la montaña, a la finca porque ahí es donde se infectan más las personas, al no tener ningún tipo de información que le digan, para las fiestas patronales de las comarcas, además es que son jóvenes, esa pareja de la que yo les hablo la muchacha tenía lo máximo tenía trece años, y el muchacho dieciséis, y estaba embarazada. [R.GFE60]

**Participante 4:** Eso es lo que está sucediendo, niños, niños jugando a ser adultos. [R.GFE61]

**Participante 5:** En las comarcas de las fiestas patronales... a las personas y ... con la misma ideología que tienen de machista, yo soy muy hombre, y cuantas más mujeres soy más hombre. [R.GFE62]

**Participante 6:** Ahhhh entre pecho y espalda. [R.GFE63]

**Entrevistador/a:** Ehhhhh bueno antes hablaba la compañera que la convivencia, la fidelidad... está claro, pero si es cierto que hay una serie de métodos que con mayor o menor precisión pero también previenen embarazos y sobre todo previenen enfermedades de transmisión sexual, el vih una de ellas, eh entonces, ahora bien eh, ¿cómo se podría prevenir el vih? ¿Cómo creen ustedes que podría prevenirse?

**Participante 1:** Dándole a los jóvenes la educación sexual apropiada, la forma correcta de protegerse, porque son tendencias únicas infalibles, porque de cien parejas, una serán fieles, o de cien jóvenes uno o dos serán los que se abstienen, por miedo o porque piensan, entonces sería la forma más adecuada darles una información sexual amplia, para que ellos traten de hacer las cosas correctamente, y sobre todo hacerles saber de que hay otras maneras de contagiar y no solo por contacto sexual que tienen que tener mucho cuidado, con lo que son las drogas, tratar de alejarse o tener cuidado en cuanto a eso, ponerse correctamente el condón, es una de las formas de evitar el vih, es lo más asequible y sobre todo eso, la educación sexual. [R.GFE64]

**Participante 2:** También que el padre de familia se preocupe y cuide de las amistades que tiene, que muchas veces las amistades importan... ahora lo miran la virginidad lo miran como algo que hay que perderlo lo más pronto posible. [R.GFE65]

**Participante 3:** Una epidemia, es una epidemia. [R.GFE66]

**Participante 4:** Hay que tratar de cambiar la forma de pensar, tenemos que abrirnos un poco más. [R.GFE67]

**Participante 5:** Por lo menos en mi sección tengo compañeras que ..... se habla bastante sobre la igualdad de género, [R.GFE68]

**Participante 6:** Yo estoy de acuerdo con la igualdad de género, pero eso es lo que hay que... [R.GFE69]

**Participante 7:** Pero es que lo malinterpretar... [R.GFE70]

**Participante 8:** Pero eso es lo que hay que tratar de explicar, hay que tratar de que no agarren las cosas por el lado que les conviene, y no por el lado que debe de ser, como debe de ser, equidad del hombre, trabajo, igualdad oportunidades, pero no en una vida sexual desordenada. [R.GFE71]



**Participante 9:** No se trata de que la mujer imite lo malo del varón, no se trata de eso, que la mujer quiere imitar lo del varón, puede tomar, puede andarse vaga, puede hacer todo lo que quiera, imita lo malo [R.GFE72]

**Participante 10:** Debíamos de empezar porque ellos se controlen, que cambien su manera de actuar, en lugar de tratar de ser nosotras como ellos, porque entonces estamos ampliando los roles, y arriesgándonos más a cosas peores, por esa parte está pésima la equidad de género, lo siento mucho, pero seguimos diciendo que la mujer que depende de un hombre, difícil de cambiar esa manera de pensar en este siglo, entonces no se qué ha cambiado, si ha cambiado para mal o para bien. [R.GFE73]

**Entrevistador/a:** Eh, estamos hablando todos de que existen relaciones sexuales pero prematuras, ehh

**Participante 1:** Doce años y ya han tenido relaciones, seis parejas ya han tenido, [R.GFE74]

**Entrevistador/a:** Pero más o menos ¿la edad es igual? En líneas generales siempre, en chicos o en chicas, es decir los chicos inician a la misma edad que las chicas o hay algo que

**Participante 1:** Hablamos de que habíamos tomado la equidad de género de manera equivocada, las niñas están comenzadas antes, conozco niñas de once años que ya han tenido relaciones con hombres mayores, [R.GFE75]

**Participante 2:** Porque comienzan varones, pero es por lo que digo, por el ego, las amistades, las malas amistades, y comienzan en cuanto ellos ya se sienten hombrecitos, y tienen oportunidad. [R.GFE76]

**Participante 3:** Y eso será alrededor de los catorce, quince, dieciséis [R.GFE77]

**Participante 4:** De los doce en adelante [R.GFE78]

**Participante 5:** Yo tengo varios amigos que se han casado con jóvenes de quince años ya, casados con niñas, son niñas de quince años y casados, porque tuvieron que ver con esas menores de edad y ellas mayores, [R.GFE79]

**Participante 6:** Eso viene a repercutir en cuando a los problemas con el vih también, porque se está haciendo una práctica sexual desordenada, para eso se necesita la pubertad, la adolescencia, cual es el tiempo más lógico para tener relaciones [R.GFE80]

**Participante 7:** La madurez... [R.GFE81]

**Participante 8:** Por ejemplo, yo me he dado cuenta que en ciertas comunidades rurales, los maestros o las maestras omiten las unidades de programación del ministerio, todo lo que tiene que ver con la sexualidad, eso no se puede dar, y se tienen cohibidos, qué van a decir de mí... [R.GFE82]

**Participante 9:** Al satisfacerle esa curiosidad y decirle que no es nada del otro mundo, como sus compañeritos y compañeritas les dicen, ellos tratarían... de controlar, [R.GFE83]

**Entrevistador/a:** O sea, pero por el miedo quizás, no, eh, tengo que decir, si le explico demasiado, parece que le estoy alentando ..

**Participante 1:** -El internet ha jugado un papel demasiado terrible, [R.GFE84]

**Participante 2:** -todos los programas que hay en la televisión tienen que ver con sexo, la música también, [R.GFE85]

**Participante 3:** -la alcoholemia aunque sea una botella de ron plata, pero siempre sale una mujer desnuda, entonces, lo promueven el sexo. [R.GFE86]

**Participante 4:** -lo promueven, [R.GFE87]

**Participante 5:** Ajá, la canción, escuchemos la letra, todo eso conlleva, a qué, a que todo esté descontrolado, y al vih, es una contaminación terrible del ambiente de los jóvenes y de los niños. [R.GFE88]

**Entrevistador/a:** Eh en esta relaciones sexuales tempranas, estamos hablando en torno a doce- quince,

**Participante 1:** Realmente es que eso, en las niñas que andan buscando varón, ahora son las muchachas las que enamoran, porque son ellas las que se están chafando,, las que se están enamorando, además es que quieren tener esas relaciones sin ningún tipo de protección, no es porque no se les haya informado, si no porque ellas quieren así, eh, este como dice el, ponen.....caritas a lo más guapos, y ahora ha empezado una moda, si no tienes moto, no tienes novia [R.GFE89]

**Participante 2:** -dicen que el perfume es la gasolina, y yo creo que nos estamos quedando en la época de los dinosaurios, las mujeres que somos diferentes, sinceramente soy.....el amor, ahora no existe el amor, todo es la satisfacción sexual, no, en toda Nicaragua, [R.GFE90]

**Participante 3:** Un valor tan bonito y tan importante como el amor que yo diría que es lo que ha hecho que aflore la situación porque se ha perdido, ya ese valor lo vemos tan devaluado....porque en la muchacha. Ahora la muchacha enamora al muchacho, eh viene el muchacho tiene relaciones con ella y lo deja, no tienes nada, no se dispara nada, qué me puedes ofrecer y se va con su hijo y no le importa, y que paso con el amor, que hay ahí, no hay nada, no se, qué está pasando... [R.GFE91]

**Participante 4:** ...Tengo la sensación que es un ..... Circulo vicioso.....y voy a hacer lo que hace la mayoría....no tienen esa conciencia, [R.GFE92]

**Participante 5:** .- ahora, la relación de salir a una fiesta, la mujer y el varón nos vamos a la fiesta y tuvimos relaciones sexuales, se salen de las fiestas, a las aceras, a los baños de la discoteca, [R.GFE93]

**Participante 6:** --en donde sea, eso es lo mismo, es la misma conducta sexual desordenada, que es la que nos tiene ese dilema de la problemática del vih, [R.GFE94]

**Participante 7:** -En la mayoría de los casos suelen ser relaciones sexuales tempranas, pero también está relacionado con relación esporádica generalmente a falta de madurez, pero sí decían que saben de información..... practicando, en la facultad también porque allí hay jóvenes, no? [R.GFE95]

**Participante 8:** Eh eh entonces, el por qué, en líneas generales, el por qué los jóvenes no saben de este tema, porque no tienen medios, no? A parte de lo que decía la compañera, bueno, no tengo la seguridad, de que esos jóvenes, que si no tenemos medios pues no tenemos medios, pero en el caso de vamos a hacerlo pero vamos a utilizar los medios, y el por qué.....si realmente utilizan medios o no, porque claro, lo que pasa es que van sabiendo..... [R.GFE96]

**Participante 9:** -o sea las que andan en la fiesta, y encuentran algún hombre, y tienen algo y "follaran" hoy [R.GFE97]

**Participante 10:** -digamos extrovertida [R.GFE98]

**Participante 11:** -algunas saben a lo que van y otras no, y las que saben a lo que van, [R.GFE99]

**Participante 12:** - Es que ahora se han cambiado los roles bastante, porque antes éramos los varones que nos hacíamos un grupito, mira, yo con este, yo con esta, vamos...vamos mitad y mitad, ahora son ellas, mira este me gusta, ahora cambiaron los roles totalmente [R.GFE100]

**Participante 13:** -Pero en el tema de ese medio, de los métodos que usan, realmente usan o no usan?????? [R.GFE101]

**Participante 14:** -No, no usan...siempre hemos tenido bastante confianza y yo le preguntaba a los maestros, realmente los varones dicen que no lo usan porque no se siente igual, tal vez uno de diez dicen no, porque tienen alergia al condón, pero la mayormente, las mismas amigas mías mujeres, que ha salido embarazada por eso, es porque no les gusta...no les gusta usarlo, no les gusta cómo se siente, [R.GFE102]

**Participante 15:** -Claro y que además él, porque también hay otros, también está el preservativo femenino [R.GFE103]

**Participante 16:** -Esos son los mitos que se han creado en torno a eso del preservativo, que no se siente lo mismo, que vos sos loco o loca, que no logras llegar al orgasmo y ellos mismos ven y se las creen, [R.GFE104]

**Participante 17:** -También el factor género, no? que a lo mejor los chicos, que el tema sea igual en las chicas y se preocupen o que ya más o menos... [R.GFE105]

**Participante 18:** -.....No se pone nada, no sé nada, [R.GFE106]

**Participante 19:** -Viven el momento [R.GFE107]

**Participante 20:** -Ehhhhhhh entonces claro que hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar [R.GFE108]

**Participante 21:** -Bien, primero, yo creo que hay información, pero como decía anteriormente, no? Seguramente las personas que lo hacen....como para que el joven entienda, no hay confianza [R.GFE109]

**Participante 22:** -Por el mismo tabú de la vergüenza, [R.GFE110]

**Participante 23:** -Cuando se celebra el día mundial del sida, se hacen marchas, en parques también y se hacen exposiciones, en los colegios, llevaban...Yo participé en una exposición de vih en el parque donde nos estaban dando notas a nosotros, pero estábamos de cuestión libre al público, que cualquiera que se acercara nosotros le íbamos a explicar con imágenes, con toda la información necesaria, hasta con el uso del condón, hasta hacíamos concursos de quien ponía mejor un condón(jajaajjaajaj)de mujeres y varones y participaron mujeres y varones, y tuvieron ¿?de hacerlo y como abrirlo, se le enseñó cómo se abre bien el condón, cómo se utiliza, evitarlo si está vencido, si no está vencido. Ya lo saben, la población, digamos, la juventud, ya lo sabe todo, de cómo ocupar el condón, pero no lo hacen por eso de que no se siente lo mismo o sea que porque ellos quieren, no porque no se les haya dado la información necesaria [R.GFE111]





**Participante 4:** -Le van a tener lástima [R.GFE121]

**Participante 5:** -Ese mismo miedo les lleva a no querer hacerse la prueba, y eso va aumentando los problemas, educar a la gente en ese sentido de que el vih debe informarse que se contagia, se contagia, sexual, por jeringas contaminadas.. [R.GFE122]

**Participante 6:** -porque se sangra, es el único motivo que se pueda pasar por un beso, la misma saliva [R.GFE123]

**Participante 7:** -Entonces creen que por darle un beso en la mejilla hay ya contagio, por tocarle el pelo, y no, no es así, eso como que aumenta el miedo de la gente de saber si tiene vih, las inhibe de hacerse la prueba y por tanto siguen contagiando a más personas... [R.GFE124]

**Participante 8:** -y ya para terminar, consideran que por todo lo que hemos ido hablando, en este departamento,.....contemple, implantar una asignatura como la educación para la salud, está relacionado directamente con este tipo de acciones, que puede ser alcohol, que también es salud, que también es droga, que también está relacionado con los hábitos saludables también, seguir una serie de indicaciones que de algún modo están relacionados con el vih, con los problemas de transmisión, con prácticas sexuales de riesgo, podría ser por ejemplo una alternativa, ustedes creen es una asignatura de educación para la salud, que se pueda dar en primaria en secundaria, pero también en la universidad. [R.GFE125]

**Participante 9:** -Dar se puede dar, pero antes se debería de formar a los profesores ¿????????? [R.GFE126]

**Participante 10:** -Por lo menos charlas, los encuentros que tenemos los domingos, una horita compartir una charla, [R.GFE127]

**Participante 11:** -Que un profesor un un profesional tiende a apartar para dar una idea de todo lo que es la educación sexual, por lo menos que las personas sean las acertadas y además que se muevan, no solo en una zona específica sino que en todos los lados del país, porque si no, no estamos haciendo nada, y hablamos de la comarca,¿? De puerto día, es una escuelita chiquita, y me imagino que no deben hablar ni mucho menos de la educación sexual, para nada, entonces ese tipo de personas no están informadas, aunque escuchen la radio, aunque escuchen, vean tele, pero o sea no tienen una idea específica de que [R.GFE128]

**Participante 12:** -¿? [R.GFE129]

**Participante 13:** -el tema de la comarca es difícil, pero la gente...¿?? [R.GFE130]

**Participante 14:** -como el chiste de por qué no hay energía que transmite, [R.GFE131]

**Participante 15:** -ehhh entonces en la aquí en la universidad donde están ustedes creen que sería importante ...que puede ser de manera transversal [R.GFE132]

**Participante 16:** -En primaria y secundaria es un eje transversal, [R.GFE133]

**Participante 17:** -¿? [R.GFE134]

**Participante 18:** -es que se está tratando de comenzar un proyecto en que el profesor es consejero del aula, aparte de dar la clase, eh toca este tipo de temas importantes, y tratar de dar consejos acerca de esas problemáticas... [R.GFE135]

**Participante 19:** -Pero si lo llega a comentar, porque mayormente la juventud no lo dice, no lo dice, se queda callado por algún tipo de temor que tengan y que tengan conciencia de que ante cualquier tipo de problema busquen ayuda, y no que se quedan callados y esperan el tiempo a ver qué pasa [R.GFE136]

**Participante 20:** -Lo que pasa no es nada bueno [R.GFE137]

**Participante 21:** -Bueno, algo más que quieran añadir, alguna idea que no la comenté y la quieran decir ahora... [R.GFE138]

**Participante 22:** -.....los datos oficiales no son los de la realidad.....entonces...las parejas homosexuales...¿??? [R.GFE139]

**Participante 23:** -Así asistí a un muchacho que ahora es papá, hace tres años en secundaria, y dice mi papa, siempre con lo mismo de machista, sí, dice mi papa que puede vivir diez años uno, y ahora tienes quince, a 25 años te toca morir. No, me dice, entonces tened cuidado, cuidado con eso, eso no es una jugarreta, y después hasta un embarazo a temprana edad y después qué vas a hacer con ese bebe, dicho y hecho [R.GFE140]

**Participante 24:** -Claro, porque no hay madurez tampoco, no hay éxito de vida... [R.GFE141]

#### **GRUPO FOCAL MATUTINO**

**Entrevistador/a:** En primer lugar buenas tardes gracias por participar por haber venido hoy entonces en primer lugar me gustaría saber si ustedes consideran que el VIH es un aspecto importante en chontales Chontales o en juigalpa no porque es el departamento donde nos vamos a centrar si tienen información si a lo mejor no la tienen no conocen nada si han oído entre la facultad o en sus colegios de primaria o de en medio de la secundaria pues si han escuchado información si creen que en realidad es un problema o es algo que está ahí pero que no se le da mucha importancia.

**Participante 1:** bueno para mí si es un problema porque tanto el hombre como la mujer si tienen VIH lo que hacen es infectar a los otros para mí si es un problema porque tanto el hombre como la mujer lo que hacen si tienen el VIH no se van a detener de tener relaciones sexuales mucho menos una persona que haya tenido que infectar a la otra persona que estemos sanos. ... [R.GFM142]

**Participante 2:** para mí no es más que un problema si no una falta de educación a nosotros mismos porque hay personas como dice ella por maldad lo hacen sabiendo que están infectados lo hacen no quieren morir ellos solos porque aunque este hay tratamiento para el que pueda uno pueda durar más tiempo siempre de todas formas todo mundo nos vamos a morir pero ellos se quieren morir así pero así empiesan y empiesan pero esto no es justo para las demás personas porque uno sin querer pues hace lo que se va hacer y no piensa que esa persona lo está haciendo por maldad también porque aquí tal vez no hablamos de eso por vergüenza porque hay personas que discriminan a los demás solo por tener algún tipo de enfermedad he osea ya no se le acercan se pierden los amigos hasta los familiares cosas así. [R.GFM143]

**Entrevistador/a:** Ustedes creen que ustedes pues son estudiantes de la universidad por lo cual tienen un nivel superior que mucha gente que muchos compañeros de vuestra misma edad ustedes creen que los jóvenes liberales están cencibilizados al problema del VIH

**Participante 1:** ¿sensibilizar cómo? [R.GFM144]

**Entrevistador/a:** He si son conciente de ese riesgo que corren algún comentario a lo mejor por desconocimiento pues no le dan mucha importancia.

**Participante 1:** yo creo que si son conscientes pero la mayoría no se protege porque en la primaria y secundaria a uno le hablan y aquí en la universidad también hablan del VIH sida incluso vienen a dar charla. [R.GFM145]

**Entrevistador/a** A ustedes le hablaron en primaria y secundaria sobre el VIH?.

**Participante 1:** si llegaban enfermeras a dar charlas sobre el VIH sida. [R.GFM146]

**Entrevistador/a** Y tú en las escuelas o en cualquier parte te hablaron en el colegio

**Participante 1:** si en el instituto varias veces llegaron personas del silais a darnos la información sobre lo que es sida sino también de las enfermedades de que están ahí pero no le ponen mucha importancia de cómo el VIH porque no sé cómo le dije anteriormente por la falta de educación que tenemos también por la falta de que de amistad o de confianza [R.GFM147]

**Participante 2:** yo digo que sí es una enfermedad muy grave porque no tiene cura mientras que las otras enfermedades si tienen cura [R.GFM148]

**Participante 3:** no tiene cura pero se puede tratar con tratamiento. Hay personas que se la detectan a tiempo pueden vivir más tiempo pueden tener una vida no normal porque hay personas que se enteran y los discriminan pero si pueden vivir algo feliz por unos tiempos [R.GFM149]

**Entrevistador/a** He ustedes tienen información he de manera aproximada sobre por ejemplo he si el número de infectados por VIH en Juigalpa es alto o a lo mejor aunque se hable de una enfermedad pero a lo mejor no puede salir a la luz al público el número de casos que hay realmente le pueden hablar de que hay mucha gente infectada o no.

**Participante 1:** la verdad aquí para mí no he escuchado sobre el caso o alguna persona que si aiga tenido [R.GFM150]

**Entrevistador/a:** Si le informan pero no les dan datos

**Participante 1:** la cantidad de personas infectadas [R.GFM151]

**Entrevistador/a** En relación a lo que decía Kenia era antes crees que se habla abiertamente del sexo

**Participante 1:** aquí no aquí en juigalpa o en nicaragua no porque tanto para los padres tanto para los amigos este es un tema de que es muy grande para las personas a temprana edad y sin embargo ese es el motivo de que muchos jóvenes incluyéndome a mi podemos obstar aprobar un ejemplo o experimentar verdad se le dice verdad por la falta de educación tanto del padre cuando un hijo le va a preguntar al padre papa que es eso que se hace como se hace entonces ya empiezan de que somos locos para que estamos con esos temas de que cual es el interés de que todavía no tenemos edad ni tamaño porque en la escuela a mi a mi en lo personal desde cuarto grado me estaban enseñando lo que es las partes de las personas de las mujeres y yo me he enterado según padres y hablando con mi madrina ella me decía lo que era lo que era específicamente no me explicaba si que es lo que era pero mas o menos me daba consejos de que eso no hay que adelantarse que tarde o temprano se va a poder hacer y que para eso uno tiene que tener precauciones porque hoy en día las enfermedades están creciendo día a día mas [R.GFM152]

**Entrevistador/a** Entonces en la familia no

**Participante 1:** raros y contados [R.GFM153]

**Entrevistador/a** Ni de educación

**Participante 1:** tal vez de otros temas si pero cuando un hijo ya le va a preguntar a su madre o a su padre especialmente a los padres son los que son más rudos porque tal vez ya piensan que por andar preguntando uno es para que lo vayan a ser si no es para que uno se eduque tal vez no meterlo no cometerlo de forma incorrecta [R.GFM154]

**Entrevistador/a** Claro que tal vez no se arriesga a hablar porque creen que a lo mejor cuanta más información más riesgo de que se vayan a fugar

**Participante 1:** si incluso es lo contrario hoy en día en los jóvenes muchas veces le da temor hablarle a los padres de relaciones sexuales la mayoría no le hablan simplemente habla de otros temas pero no hablan de ese temas [R.GFM155]

**Entrevistador/a** Pero es curioso no porque la compañera nos decía que si tuviesen esa confianza para hablar de esos temas se evitarían cuestiones que pueden ser no de embarazo no deseado

**Participante 1:** a temprana edad [R.GFM156]

**Entrevistador/a:** claro también se puede prevenir ese tipo de enfermedades del vih y cualquier otras enfermedades creen que hay puede haber diferentes ejemplo en la educación de los padres a los hijos en Juigalpa o a lo mejor en otro municipio que sean mas rurales porque Juigalpa al fin y al cabo es la capital del departamento entonces es una ciudad mas grande y se supone que es más avanzada que a lo mejor hay sitio más pequeños mas de campos ustedes creen que a lo mejor con los compañeros y con la gente que conocen que hay diferentes en la mentalidad de los jóvenes por ejemplo a los que vienen de otros municipios o jóvenes de aquí o que vengan de otro departamento también que tengan otra mentalidad a lo mejor mas abierta o que tengan esa confianza con los padres ustedes creen que hay diferencia.

**Participante 1:** Yo creo de que no, si estamos hablando de Nicaragua creo de que no pero si hablamos de otros países [R.GFM157]

**Entrevistador/a** Centrándolos en lo que es Nicaragua.

**Participante 1:** Aquí creo que no hay diferencia porque si se le pregunta a cualquier persona que vive aquí si habla con sus padres es mas hoy en día los jóvenes tenemos más confianza en el novio los amiguitos que a sus propios padres por la edad [R.GFM158]

**Entrevistador/a** Y por ejemplo entre los propios jóvenes entre el grupo de chicas y el grupo de chicos aunque ahora aquí no tengamos chicos si se habla abiertamente de sexo de relaciones sexuales de enfermedades de protección

**Participante 1:** Por ejemplo en mi grupo sí somos de 6 a 7 que nos ponemos hablar de cosas así entonces las personas que han tenido experiencia nos empiezan a decir cosas y nos empiezan a aconsejar entre los mismos jóvenes claro porque ya con adultos es mas diferente [R.GFM159]

**Entrevistador/a** Y tú les hablas a chicas y chicos mezclados

**Participante 1:** Si nosotros revueltos [R.GFM160]

**Participante 1:** la mayoría de los hombres nos dan consejos [R.GFM161]

**Entrevistador/a** De los chicos

**Participante 1:** Si algunos no todos [R.GFM162]

**Entrevistador/a** En la bueno creen que existen relaciones sexuales temprano de que existen como estábamos anteriormente de embarazos a temprana edad empiezan bastante jóvenes a tener relaciones a temprana edad

**Participante 1:** 1 Por la cantidad de embarazo si porque la mayoría están entre los 13 a los 19 años [R.GFM163]

**Participante 1:** de 12 años también a los 12 ya comienzan a tener relaciones sexuales [R.GFM164]

**Entrevistador/a** A los 12 más o menos

**Participante 1:** si ya comienzan a experimentar nuevas cosas [R.GFM165]

**Entrevistador/a** y esas experiencias suele ser con parejas es decir que ya sean novios o estén empezado una relación o pueden ser temporales generalmente

**Participante 1:** la mayoría son novios y son temporales [R.GFM166]

**Entrevistador/a** Por vuestra información que tienen porque están dentro del colectivo de la juventud he ustedes creen que suelen utilizar preservativo cuando los jóvenes tienen relaciones sexuales

**Participante 1:** 1 si la muchacha es muy joven el varón es ya mayor suelen de que por el pretexto de que a el condón que puede prevenir hasta un embarazo una enfermedad hay no, no suele lo mismo mejor no y alo mejor no son estable y de ahí puede venir y en veces entre

los dos experimentan entre los dos y les gusta sin protección viene la segunda por el miedo especialmente de la mujer se le dicen que se protejan lo hacen y entonces prueban u no les gusta entonces mejor se regresan a tener relación sin protección. [R.GFM167]

**Participante 2:** La mayoría de las mujeres también beben una pastilla las ppms [R.GFM168]

**Entrevistador/a** Y estas son no se como le llaman aquí

**Participante 1:** La píldora o la pastilla para la mañana siguiente [R.GFM169]

**Participante 2:** 1 pero lo que hace es evitar los embarazos no evita ninguna enfermedad [R.GFM170]

**Entrevistador/a** Y por ejemplo en estos casos ustedes creen que cuando utilizan la pastilla del día después de la mañana siguiente ellos son consiente de que con eso ellos no están protegiéndose de enfermedades o a lo mejor lo único que piensan lo mas que les preocupa es de que no quedar embarazada

**Participante 1:** Yo creo que la mayor preocupación es que no quede embarazada no se protegen con condones [R.GFM171]

**Participante 2:** 1 Tal vez no queda embarazada por el tipo de familia en que venga si sus padres si el padre es muy estricto que sea el hijo es mas este es mas aventado o tiene demasiada libertad entonces el hace lo que el quiere para retar a sus padres entonces ya les dicen los papas de que si salen embarazadas este la mayoría aquí hacen de que por parte de los padres verdad le dice que se vaya de la casa que si ya tiene pues alguien que responda por ella entonces creo que es por eso solo son conciente de que no vayan a salir embarazada ese es su miedo [R.GFM172]

**Entrevistador/a** Entonces si por ejemplo dijimos al principio que generalmente no hablamos de manera general si tienen información sobre relaciones sexuales en primaria en secundaria he si mucha gente y jóvenes tienen información sobre el riesgo de poder contagiarse de enfermedades porque creen ustedes que a lo mejor solo les preocupen los embarazos porque a lo mejor no se plantean que a lo mejor es el chico o la chica piense yo voy a utilizar condón porque lo que yo no quiero es una enfermedad porque creen que puede ser

**Participante 1:** Muchas veces creo que es porque los condones dan alergia o no se acostumbran [R.GFM173]

**Entrevistador/a** En las chicas suelen conocer que existen preservativos femeninos se conoce aquí en que se puede utilizar porque por ejemplo como decía si a ellos no les gusta el preservativo masculino no el de los chicos otra alternativa puede ser que la chica use el preservativo femenino se conoce aquí el preservativo

**Participante 1:** Aquí el que más se conoce es el del varón [R.GFM174]

**Participante 1:** 1 en mi persona los he escuchado mencionar pero que los vendan aquí no el más común es el del varón [R.GFM175]

**Entrevistador/a** En se suele dar el caso en que jóvenes por ejemplo puedan tener relaciones sexuales sin protección también por las ganas de salir de casa de emanciparse vivir independiente tener familia ya los jóvenes suelen tener ganas de irse de casas de sus padres y alo mejor como la excusa o el pretexto es el tener relaciones con una chica

**Participante 1:** 1 que los varones se van a ir de las casas de sus padres eso es muy raro y contado por lo general son las mujeres las que buscan salirse del dominio de sus padres para irse con el novio o la persona que están teniendo relaciones sexuales [R.GFM176]

**Entrevistador/a** En el caso de las chicas no porque también supongo que también es por la cultura por el machismo no que todavía se ve en algunas familias y en cambio en los chicos no se suele dar eso

**Participante 1:** No la mayoría siempre son las mujeres [R.GFM177]

**Entrevistador/a** Porque a ellos les suelen dar más libertad

**Participante 1:** Aquí a los varones si que a las mujeres porque como son hombres ellos tienen que experimentar [R.GFM178]



**Entrevistador/a** En como creen ustedes desde en desde vuestro punto de vista como creen ustedes que se podría prevenir el VIH teniendo en cuenta el contexto donde estamos Nicaragua, Chontales, Juigalpa para que quizás llegue como más fácil a la juventud concentrándose en la juventud porque son los que están empezando porque son los que pararlo o pueden seguir contagiándose

**Participante 1:** 1 prevenir, prevenir, lo dudo porque un varón no se va a detener ante esas enfermedades como dijo usted por el machismo antes esas enfermedades de que hay solo por eso o por miedo a contagiarme de eso voy a dejar de tener relaciones eso es mentira sin embargo se pueden dar más mas este como le digiera yo mas información abierta porque aquí incluso dentro de la universidad dentro de las escuelas si una alumna le empieza a preguntar al profesor sobre esto sobre lo otro están otras personas escuchando entonces que es lo primero que dicen esa ya quiere querer o ya quiere tener o algo así por el estilo [R.GFM179]

**Entrevistador/a** Porque podríamos decir que también pueden haber prejuicio entre algunos compañeros malas interpretaciones en ese sentido como ocurrió con los padres

**Participante 1:** Muchas veces como ocurrió con los padres reservado lo que uno le pregunte no te contestan o te mienten [R.GFM180]

**Entrevistador/a** Suelen tener confianza con los profesores más jóvenes que sean como mas cercano a los estudiantes o no tiene nada que ver puede haber otros profesores que sean mas mayores y con el que puedan tener mas confianza

**Participante 1:** Con los profesores más jóvenes somos más amigos y tenemos confianza y podemos preguntar mucho. Pero con personas ya de edad la mayoría [R.GFM181]

**Entrevistador/a** Claro porque la verdad son padres

**Participante 1:** si avergüenza también [R.GFM182]

**Entrevistador/a** Antes decía Kenia que al principio creo recordar que el puede provocar la falta de información actitudes de rechazo hacia las personas que tengan VIH se ve mal

**Participante 1:** 1 si una persona esta contagiada o como [R.GFM183]

**Entrevistador/a** Si si si una persona esta contagiada ya esta infectada y el resto se enteran pero si esta en secreto nadie lo sabe pero si el resto se entera la actitud general de la población

**Participante 1:** 1 la primera actitud es si rechazo porque dicen hay solo porque me junto con el me va a contagiar o si talvez me estoy bebiendo una gaseosa me pide me va a contagiar o algo así por el estilo entonces ase que aquella persona se sienta menos y envés de ayudarla a salir adelante la deprimen [R.GFM184]

**Participante 2:** lo discrimina por la enfermedad que tiene [R.GFM185]

**Entrevistador/a** Entonces claro esto si se puede relacionar por la falta de información no aunque todavía se les vaya formando claro todavía hay gente de que todavía están exagerando

**Participante 1:** 1 aunque creen que esa enfermedad no los va a alcanzar a ellos o solo porque tal vez no les ha pasado a ningún familiar o algo así no lo han vivido en experiencia propia [R.GFM186]

**Entrevistador/a** Claro porque tu lo escuchas muchas veces no cuando somos jóvenes y no lo soy tanto como ustedes entonces cuando somos mas jóvenes no tenemos Percepción del riesgo no entonces si escuchamos muchas veces que si seria básico hablar de enfermedades puede existir embarazo pero siempre creemos como que somos los intocables no a eso no me va a pasar a mi no esto todavía queda claro y queda en los jóvenes bueno ya vamos terminando para todo lo que hemos hablado en conclusión con la información que hemos extraído de la conversación consideran que hubo una solución por ejemplo para prevenir he el VIH y otras enfermedades para poder informar a la población seria la he implantar una asignatura por ejemplo para la educación de la salud que fuese algo especial que estuviese por ejemplo en el colegio no se si les han dicho a ustedes charlas puntuales o algún taller concreto que sea asi como una asignatura mas al igual que se estudia sociales, matemáticas estudiar algo de convivencia se puede estudiar como educación para la salud dentro de la facultad ustedes creen que puede servir

**Participante 1:** para mí sí pero no para evitarlo sí no para hacernos conciencia a nosotros mismo de que esto es algo que estamos viviendo día a día no lo podemos dejar atrás pero especialmente en los varones que son más rudos machistas hacer conciencia en ellos que vayan viendo que va a ver un momento de que tal vez les va a pasar y no van a querer que otra persona que no sepan de esa información les hagan lo mismo que ellos están haciendo con otras personas entonces para mí estaría bien [R.GFM187]

**Entrevistador/a** Y aquí por ejemplo en la facultad como estudiantes que son ustedes de la FAREM ustedes creen que aquí serviría esa asignatura que a lo mejor ustedes por ejemplo son estudiantes de carreras distintas entre sí y distintas hablar de este tema no porque a lo mejor el asunto de la salud lo pueden relacionar con enfermería

**Participante 1:** 1 es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas [R.GFM188]

**Participante 2:** no se en qué asignatura [R.GFM189]

**Entrevistador/a** No se podría hacer como una asignatura a lo mejor para todas las carreras porque claro educación para la salud no es solo prevenir el VIH sino por ejemplo de adicciones bueno hay muchas que pueden estar relacionados como actitudes con práctica de riesgo generalmente también los chavales cuando beben cuanto toman se pasan un poquito es cuando pierden el sentido entonces ya es cuando empiezan la despreocupación no de no va a pasar nada entonces ya no toman medidas y entonces en el centro de la salud es más amplio también en nutrición es importante entonces está relacionado al fin y al cabo con todo porque como dice la compañera porque somos personas que vivimos en sociedad pero así todos con todas las carreras o solo tienen una parte hay una parte que está empezando fuerte en España que es de salud laboral entonces creo que les pueden servir a todos los futuros egresados. Bueno algo que quieran añadir que quieran comentar ya hemos terminado porque como somos poquito se hace tan rápido algo que quieran añadir que a lo mejor les ha venido a la mente y no lo hemos dicho ahora se acuerdan no pues muchas gracias a las dos.



### Anexo 33. Frecuencia de todos los códigos

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS  
ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-21 19:04:46

-----  
Codes-Primary-Documents-Table  
-----

Code-Filter: All  
PD-Filter: All

-----  
PRIMARY DOCS  
CODES           1 2 3 Totals

-----  
ABPM           17 16 0 33  
AEPDD           6 4 0 10  
ASRPDA           1 0 0 1  
CCSES           0 6 0 6  
CCSFR           0 1 0 1  
DPRU           14 5 0 19  
DPUR           5 2 0 7  
EDMCM           9 5 0 14  
EDPE           8 7 0 15  
EDPS           10 3 0 13  
EEIG           0 7 0 7  
EFISU           23 7 0 30  
EIEF           30 9 0 39  
EISSI           6 2 0 8  
EPF           17 6 0 23  
EPRIFE           10 8 0 18  
EPRIPS           9 3 0 12  
IDME           5 4 0 9  
IDMF           19 11 0 30  
IDMGI           15 4 0 19

IDMU           3 1 0 4  
IDRE           4 2 0 6  
IDRF           4 1 0 5  
IDRGI           2 0 0 2  
IDRU           0 1 0 1  
IRSTA           5 3 0 8  
IRSTE           7 6 0 13  
IRSTEC           11 15 0 26  
MEXC           13 6 0 19  
MEXF           12 4 0 16  
MEXS           15 2 0 17  
PELGI           8 1 0 9  
PLPEC           10 3 0 13  
PVSICS           26 3 0 29  
PVSIE           37 4 0 41  
PVSSNL           12 12 0 24  
RSD           10 14 0 24  
RSEPE           0 0 0 0  
RSEPNE           7 1 0 8  
RSFPE           7 2 0 9  
RSFPNE           4 7 0 11  
RSIH           4 1 0 5  
RSINC           3 2 0 5  
RSIR           3 1 0 4  
SRPAS           2 3 0 5  
SRPD           0 1 0 1  
SRPDA           3 1 0 4  
SRPFI           17 14 0 31  
SRPI           11 11 0 22  
SRPMCM           0 2 0 2  
SRPP           3 4 0 7  
-----  
Totals           447 238 0 685

## Anexo 34. Citas código ABPM

33 quotation(s) for code:

ABPM

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-24 15:08:09

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:33 [popularmente aquí el preservat..] (60:60) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

popularmente aquí el preservativo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:75 [debe haber una gran mayoría ob..] (115:115) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMGI] [MEXC] [MEXS]

No memos

debe haber una gran mayoría obviamente que usan proteccion pero lo ven mas desde el punto de vista de evitar el embarazo en lugar de protegerse de tal enfermedad, no en si voy a usar un preservativo por, no valla ser que me de algo, a? sino que voy a usar el preservativo para no dejar a esta chavala embarazada, o la chavala: - ponete el condón que no quiero quedar embarazada.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:81 [en el campo también hay enferm..] (132:132) (Super)**

Codes: [ABPM] [EFISU] [EIEF]

No memos

en el campo también hay enfermedades, entonces, este, y ahí es donde vos ves ese nivel de desconocimiento que tienen y es un muchacho que viene a universidad se supone que también está rodeado de información, o sea, lo que hice yo, fue llevármelo a un mural que tienen aquí las enfermeras y le enseñe todas las enfermedades y toda la cosa y en términos, en términos un poco alegre le dije, pues, que, que él tenía que usar condón tanto para no seguir teniendo más hijos, llenándose de hijos que no vas a poder mantener porque el trabajo en el campo es muy difícil, este, él trabaja de machetero, de lo que sea, arrea chanchos, vacas, todo y ¡si usted está estudiando!; le digo, ¿es porque usted se quiere superar, entonces usted no puede seguir llenándose de hijos!, le digo, ya? Entonces, ya pues, además de que le enseñe todas las enfermedades y todo eso pues, ya hace falta el condón, y es más, porque de repente se pide y cuestiones así, y que el iba a llevar esa información al resto de los hombres pues que circulan ahí con él, ya? Entonces, eso, eso... eso además de que en el campo es como un tabú hablar de eso porque es lo que te digo ya el pensamiento en el área rural es un poco más distinto serian otros métodos para que ellos en... entiendan, verdad? Heee..., en términos sencillos todo lo que..., lo que conlleva el uso de...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:88 [A tal punto que en un departam..] (164:164) (Super)**

Codes: [ABPM] [AEPDD] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

A tal punto que en un departamento de economía los estudiantes no sabían cómo colocarse un condón ni lo que era un condón femenino, ni tampoco sabían fecha el método de planificación de **demás mente** sólo compraban la Ppls en la farmacia y la utilizaban lo cual no se le indica los efectos ni las contraindicaciones ni las complicaciones que pueda tener el uso del condón ni del preservativo o preservativos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:112 [desde el punto de vista de la ..] (291:293) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

desde el punto de vista de la educación sexual, la mujer es más la que previene, en adolescentes como desde el punto de vista de la educación sexual tal vez, no se logra como colocar el condón, no quieren mostrar **debilidad**, no lo utiliza.

Pero la chica sí, a la hora del sexo están más dispuestas a prevenir que el hombre. La propaganda desde ese punto de vista **más ... más ágil**, sin condón no hay sexo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:121 [En otro caso, de otra paciente..] (324:327) (Super)**

Codes: [ABPM] [PLPEC] [SRPFI] [SRPI]

No memos

En otro caso, de otra paciente que sabe que tiene VIH, se le dice que tiene vih, no se quede embarazada, porque al tener vih en estos momentos están tratamientos que espere tres meses, bla bla bla. Y qué dice ...sexual, a los seis meses ya tiene su barriga, está embarazada de un Señor que **mide nuevo Toyota y la hernia digital**.

Y salí embarazada y usted cree que pudo coger con él? Entonces eso es una irresponsabilidad.

Independientemente de la relación sexual que **tengas se respeta, coje, oye y acéptalo**, pero que lo sepas que tiene VIH, que lo puedes transmitir a **otros... Cómo te metes?, cómo...**, pues todo lo que hemos hablado pero tiene que haber **una.. Que** osea, el mismo que sea portador sepa que tiene que **prevenir, o decir que el vih va y quien está** transmitiendo además de lo que algo tiene también, que generalmente se sabe que también hay personas que saben que lo tienen.

Y por cada vih cuántos contactos tiene? **No vamos a aprender**, por la vía ilegal y por la vía legal porque ya sabe que **enfermé por la vía y** no lo podemos detener, pero sí con la consejería y con la propaganda de planificación y enfermedades de transmisión sexual podemos detenerlo un poco, pero por la vía legal **es fácil. Tú que harías con todo esto?**

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:156 [se me ocurrió llevar dos cajas..] (429:429) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF] [PELGI]

No memos

se me ocurrió llevar dos cajas de condones, el solo hecho de decirles el emplear el término condón causó una reacción increíble en la comunidad, y lleve un pene de madera y les dije que por favor, pero para que pudiera llegar a ese punto, a ese tema de conversación estuvimos dos horas, de pasivo, nos tomamos un fresquito y tratamos de crear a el clima trasteando, amigable y toqué el tema y causó una, una sensación de de preocupación de ver, que, que el solo hecho de ver el pene de madera puesto sobre la mesa y que yo iba a empezar a colocar un condón, un condón por el pene fue increíble. Lo que me encantó fue la reacción de mis estudiantes, porque ellos empezaron a entregar los condones y todo eso y una señora me dijo esto está prohibido por Dios, y me atreví, no sé si hice bien o no y le dije será que Dios quiere que nazcan cinco niños y que mueran de desnutrición o quizás se muera dentro de cinco o seis años por una enfermedad venérea o por el Sida.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:162 [¿Y qué tal el condón? Bien Raq..] (467:468) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

¿Y qué tal el condón? Bien Raquel, pero después que comimos juntas y ella se bebió su café, después hablamos del condón. Y surtió efecto, lo aceptó, aceptó el condón.

Que lo vaya a usar, ni idea, pero lo bueno es que lo aceptó, aceptó el condón.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRIPE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:180 [quién en la Universidad estamos ..] (493:493) (Super)**

Codes: [ABPM] [EFISU] [EIEF] [PVSIE]

No memos

quién en la Universidad estamos promoviendo mucho lo que es este, la prevención de esas enfermedades, a través de charlas comunitarias a los alumnos, se les ha estado regalando el condón en sí. Pero es lo que vengo y lo digo, le **tapina** tomar el condón. Se lo regalamos, se los damos, "no a mí no, a mí no", le digo: "toma esto es salud, ¿lo vas a ocupar en cualquier momento?" y se lo tengo en la mano **del asiento**. Entonces es como esa formación que tenemos que nos da como pena. Imagínate que aunque le digamos de que es la vida de ellos, ese condón, no lo toman. Lo dejamos ahí, me imagino que después lo toman con reserva y lo guardan. Igual es, si te pones en una esquina a regalar condones, no los toman. Aunque lo necesiten, en un momento determinado ellos piensan que el condón es un elemento importante para prevenir el sida. No lo toman, fíjate que no los toman. Entonces es parte de la cultura de la formación del

individuo y de la educación que debemos nosotros de propagar, de promover. Y crear esa conciencia. En los mismos hospitales, no sé si en algún momento has tenido la oportunidad de hablar con los directores o con los doctores. Han habido casos muy específicos de sida.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:188 [es aquí en el colegio donde pa..] (508:508) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF] [EPF]

No memos

es aquí en el colegio donde pasan la mayor parte de los niños", de las horas los niños, ¿por qué no darles también formación integral? A los niños, entonces para que veas que hay cierto grado de discrecionalidad en los colegios en relación a esa parte del sexo, por qué, porque ellos dicen que algunos padres les han acusado de que les están abriendo los sentidos a los muchachos o los instintos para que ellos hagan sexo. No sé si te has dado cuenta que en algunos institutos o algunos colegios no permiten que les den condón, o que les regalen condón. Más bien si se encuentran a un joven con un condón es un problema grave y van a llamar al papá. Sí, lo mandan a llamar al papá y lo empiezan a decir que qué barbaridad que el muchachito andaba con condones en su mochila

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:189 [Te digo que yo me he quedado t..] (511:512) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPF] [IDMF] [IDRF] [MEXF]

No memos

Te digo que yo me he quedado todavía con esa, esa... Incógnita. ¿es bueno o no es bueno hablar del sexo? A mí me sirvió el que no me hayan hablado pero ahorita siento que yo les he hablado a mis hijos y mira, ya me hizo abuela el bandido- ~~ríe~~- ya me hizo abuela.

Hay otras familias que he escuchado que no les hablan para nada a los hijos de sexo y te digo que no les hablan de nada porque cuando tu le tocas eso se ponen rojos, rojos, rojos, y te cambian completamente de tema. Ay qué vulgar el sexo, te dicen porque eso es tan vulgar, y te estoy hablando de la misma familia, que son hijos de mi madre, imagínate, tienen ese gran tabú, que no les hablan a los hijos de sexo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]

No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón... entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:207 [El anticonceptivo que más se h..] (538:538) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

El anticonceptivo que más se ha usado en estas jovencitas son los condones. Pero que pastillas, yo no, el condón. En casos particulares, no, no muy frecuentes, no muy frecuentes. Pero sí, el único que considero que en algunas ocasiones usan son los anticonceptivos, como anticonceptivo, el condón.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:208 [El masculino, el femenino no l..] (540:540) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

El masculino, el femenino no lo conozco ni yo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:209 [El masculino es el que más se ..] (542:542) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

El masculino es el que más se usa, el condón masculino.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:213 [Entonces anda buscando de algu..] (546:546) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPRIPE] [EPRIPS]

No memos

Entonces anda buscando de alguna manera el condón. No estoy diciendo el cien por cien, te estoy hablando un poco. Porque las leyes que están ahorita, han hecho de que este individuo se haga más responsable. Entonces si no quiero tener una paternidad no deseada, siempre voy a buscar, evitar, pero bueno estamos en eso, estamos en eso. Pero por defecto somos las mujeres, las que tratamos de siempre de tendernos a no quedar embarazadas, a protegernos.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:7 [Todavía existen ciertos tabúes..] (30:30) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMF] [IDRE] [IDRU]

No memos

Todavía existen ciertos tabúes y creencias y los jóvenes lógicamente que se forman en sus escuelas y sus universidades y esto verdad como forma de que están incluido en algún momento en el **censum** académico. Y esto ellos lo puede llegar a decir a los padres que para qué es bueno usar preservativo no tienen ese grado de confianza

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:12 [en las escuelas educan a los a..] (36:36) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF]

No memos

en las escuelas educan a los adolescentes a que usen preservativos para evitar enfermedades de transmisión sexual.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:13 [luego llegamos a la casa, nues..] (36:36) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMF]

No memos

luego llegamos a la casa, nuestros padres que nos dicen "niñas..." entonces es lo mismo: tenemos un temor, un miedo hablar directamente de que hay que protegerse para evitar el contacto. Pero siempre desde una escuela, nos educan, pero en la casa, en la parte de confianza y comunicación, entonces hacemos lo que podamos, aprender

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:22 [a veces las jóvenes compran lo..] (70:70) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS]

No memos

a veces las jóvenes compran los anticonceptivos, los cambian en cuaderno y en algún momento se les olvidó tomarlos y ya está el embarazo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:24 [Ambos o ambas. Ambos pues tien..] (87:87) (Super)**

Codes: [ABPM] [RSIH] [RSIR] [SRPFI]

No memos

Ambos o ambas. Ambos pues tienen sus historias, como se dice, decían antes, que el VIH solamente lo tienen las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres. Eso eran verdad, la basa que se tenía. Y ahora nos damos cuenta que eso no es así. Que hay heterosexuales mínimo, el porcentaje de las trabajadoras sexuales y el de los hombres que tienen sexo con hombres. Entonces, ahí han venido surgiendo ciertas cosas, ciertos factores, en que la misma creencia que tienen en el uso del preservativo. Sin embargo, pues cada día más se hace promoción en educación sobre el uso del preservativo, pero sí es cierto

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:44 [parte de la Iglesia tiene, al ..] (142:142) (Super)**

Codes: [ABPM] [EISSI] [IDRF]

No memos

parte de la Iglesia tiene, al menos en nuestro país, un grupo pero no nos ayuda. No nos ayuda, es que en ese sentido no nos ayudan, Todavía estamos que si podía ser, estamos entrando de que sí que debemos que tener los mismos..... que está penado, la planificación familia, el uso de los métodos anticonceptivos, del preservativo. Solo un poquito tenemos grandes cosas que.... **si hay personas que van a misa, y tratan de cumplir a piel de la letra...** Entonces, ¿qué tenemos ahí? Pues una madre, un padre, muchas influyentes, que influyen negativamente hacia los adolescentes. Porque no es **lo que les digo,.... que tenemos que reproducimos...(41.45)**. Entonces,... la iglesia, no sé de qué corriente, de que **razón** evangélica o apostólica, de cualquier corriente que sea, que nos ayuden a hablar, porque hay que modernizar ese tema, y hablar de ello, porque son temas prohibidos, igual que las relaciones sexuales, asimismo está prohibido el tema del VIH. **Como si no conectaran, integrados en una iglesia, estos**

adolescentes....

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:45 [as organizaciones de la Iglesi..] (144:144) (Super)**

Codes: [ABPM] [EISSI] [SRPFI]

No memos

as organizaciones de la Iglesia Católica, y, se ha trabajado mucho en ese tema. Nosotras no trabajamos, en la promoción de tal vez del preservativo, pero sí trabajamos en la parte de prevención en la formación en valores, sí vemos pues, este. Para poner un ejemplo, hace muchos años que existe el preservativo, si cada año se expande más. Vemos que el índice es mayoritario. Entonces vemos que no es la falta, tal vez, del uso o mal uso del preservativo, sino está en la actitud de las personas. Porque pueden existir lo... del preservativo pero si la persona no cambia su actitud, no lo usa. Pero quizás este, de que no, a grandes rasgos, no se vea el trabajo que está haciendo la Iglesia

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:57 [para la mujer, la percepción d..] (79:79) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPFI]

No memos

para la mujer, la percepción de la mujer, es ¿para qué se ponen preservativo si yo no tengo enfermedad, no tengo? [R.GFC29]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:58 [Es su compañero. Es lo que dic..] (81:81) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPI]

No memos

Es su compañero. Es lo que dicen...

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:59 [no hacen el uso adecuado del p..] (83:83) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPFI]

No memos

no hacen el uso adecuado del preservativo. [R.GFC31]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:98 [Participante 14: -No, no usan.....] (208:217) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

**Participante 14:** -No, no usan...siempre hemos tenido bastante confianza y yo le preguntaba a los maestros, realmente los varones dicen que no lo usan porque no se siente igual, tal vez uno de diez dicen no, porque tienen alergia al condón, pero la mayormente, las mismas amigas más mujeres, que ha salido embarazada por eso, es porque no les gusta...no les gusta usarlo, no les gusta cómo se siente, [R.GFE102]

**Participante 15:** -Claro y que además él, porque también hay otros, también está el preservativo femenino [R.GFE103]

**Participante 16:** -Esos son los mitos que se han creado en torno a eso del preservativo, que no se siente lo mismo, que vos sos loco o loca, que no logras llegar al orgasmo y ellos mismos ven y se las creen, [R.GFE104]

**Participante 17:** -También el factor género, no? que a lo mejor los chicos, que el tema sea igual en las chicas y se preocupen o que ya más o menos... [R.GFE105]

**Participante 18:** -.....No se pone nada, no sé nada, [R.GFE106]

**Participante 19:** -Viven el momento [R.GFE107]

**Participante 20:** -Ehhhhhhh entonces claro que hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar [R.GFE108]

**Participante 21:** -Bien, primero, yo creo que hay información, pero como decía anteriormente, no? Seguramente las personas que lo hacen....como para que el joven entienda, no hay confianza [R.GFE109]

**Participante 22:** -Por el mismo tabú de la vergüenza, [R.GFE110]

**Participante 23:** -Cuando se celebra el día mundial del sida, se hacen marchas, en parques también y se

hacen exposiciones, en los colegios, llevaban...Yo participé en una exposición de vih en el parque donde nos estaban dando notas a nosotros, pero estábamos de cuestión libre al público, que cualquiera que se acercara nosotros le íbamos a explicar con imágenes, con toda la información necesaria, hasta con el uso del condón, hasta hacíamos concursos de quien ponía mejor un condón(jajaajjaajaj)de mujeres y varones y participaron mujeres y varones, y tuvieron ¿?de hacerlo y como abrirlo, se le enseñó cómo se abre bien el condón, cómo se utiliza, evitarlo si está vencido, si no está vencido. Ya lo saben, la población, digamos, la juventud, ya lo sabe todo, de cómo ocupar el condón, pero no lo hacen por eso de que no se siente lo mismo o sea que porque ellos quieren, no porque no se les haya dado la información necesaria [R.GFE111]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:118 [si la muchacha es muy joven el..] (321:321) (Super)**

Codes: [ABPM] [IRSTEC] [SRPI]

No memos

si la muchacha es muy joven el varón es ya mayor suelen de que por el pretexto de que a el condón que puede prevenir hasta un embarazo una enfermedad hay no, no suele lo mismo mejor no y alo mejor no son estable y de ahí puede venir y en veces entre los dos experimentan entre los dos y les gusta sin protección viene la segunda por el miedo especialmente de la mujer se le dicen que se protejan lo hacen y entonces prueban u no les gusta entonces mejor se regresan a tener relación sin protección. [R.GFM167]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:122 [la mayor preocupación es que n..] (329:329) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPI]

No memos

la mayor preocupación es que no quede embarazada no se protegen con condones [R.GFM171]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:123 [Tal vez no queda embarazada po..] (331:331) (Super)**

Codes: [ABPM] [MEXF]

No memos

Tal vez no queda embarazada por el tipo de familia en que venga si sus padres si el padre es muy estricto que sea el hijo es mas este es mas aventado o tiene demasiada libertad entonces el hace lo que el quiere para retar a sus padres entonces ya les dicen los papas de que si salen embarazadas este la mayoría aquí hacen de que por parte de los padres verdad le dice que se vaya de la casa que si ya tiene pues alguien que responda por ella entonces creo que es por eso solo son conciente de que no vayan a salir embarazada ese es su miedo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:125 [Aquí el que más se conoce es e..] (336:336) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

Aquí el que más se conoce es el del varón [R.GFM174]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:126 [que los vendan aquí no el más ..] (338:338) (Super)**

Codes: [ABPM]

No memos

que los vendan aquí no el más común es el del varón [R.GFM175]

## Anexo 35. Citas código AEPDD

10 quotation(s) for code:

AEPDD

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-24 15:09:52

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:34 [a veces salen con una pareja, ..] (60:60) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

a veces salen con una pareja, lo encuentran, quizás están un mes con ella y en el mes le meten 25 ppms. A veces es más importante para el joven el que la mujer no quede embarazada a que contraigan enfermedades

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:35 [se utiliza mucho el ppms] (60:60) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

se utiliza mucho el ppms

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:37 [Pues para no tener problemas c..] (60:60) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

Pues para no tener problemas con el embarazo le doy una pastilla para la mañana siguiente y evito los niños, está solucionado todo y no pasa nada. Así lo mira, el hecho como de tener confianza con alguien para tener relaciones sin preservativos y luego un anticonceptivos para evitar embarazo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:88 [A tal punto que en un departam..] (164:164) (Super)**

Codes: [ABPM] [AEPDD] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

A tal punto que en un departamento de economía los estudiantes no sabían cómo colocarse un condón ni lo que era un condón femenino, ni tampoco sabían fecha el método de planificación de **demás mente** sólo compraban la Ppls en la farmacia y la utilizaban lo cual no se le indica los efectos ni las contraindicaciones ni las complicaciones que pueda tener el uso del condón ni del preservativo o preservativos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:108 [Lo más constante APPNS.] (263:263) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

Lo más constante APPNS.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:113 [no se acuerdan de la PPMS,] (287:287) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

no se acuerdan de la PPMS,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:23 [vamos a una farmacia de las PM..] (75:75) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

vamos a una farmacia de las PMS (pastilla de la mañana siguiente), pero nosotros dejamos muy claro de que cada vez que usan eso como un método anticonceptivo al final no lo van a hacer. Más bien es para situaciones de emergencia.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:91 [hay información, pero después ..] (214:214) (Super)**

Codes: [AEPDD] [EPRIFE] [SRPI]



No memos

hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar [R.GFE108]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:119 [La mayoría de las mujeres tamb..] (322:322) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

La mayoría de las mujeres también beben una pastilla las ppms [R.GFM168]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:120 [La píldora o la pastilla para ..] (325:325) (Super)**

Codes: [AEPDD]

No memos

La píldora o la pastilla para la mañana siguiente [R.GFM169]

## Anexo 36. Citas código CCSES

6 quotation(s) for code:

**CCSES**

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-24 00:12:27

---

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:49 [Yo diría que son más de los of..] (159:159) (Super)**

Codes: [CCSES]

No memos

Yo diría que son más de los oficiales

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:53 [Es más oculto] (20:20) (Super)**

Codes: [CCSES]

No memos

Es más oculto

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:54 [Es un hecho que en su registro..] (24:24) (Super)**

Codes: [CCSES]

No memos

Es un hecho que en su registro se ve, lo recoge constantemente

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:55 [existe un subregistro por la m..] (26:26) (Super)**

Codes: [CCSES]

No memos

existe un subregistro por la misma ley **docente**. Hay personas que son portadoras y que totalmente no le quitamos nuestra, a nivel de departamento, sino que viajan hacia otros departamentos igualmente otras gentes de los otros departamentos vienen aquí. Aquí se hacen las pruebas y aquí se registran

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:56 [Hay problemas y hay problemas ..] (26:26) (Super)**

Codes: [CCSES]

No memos

Hay problemas y hay problemas de subregistro, lógicamente, algunos en clínicas privadas

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:103 [los datos oficiales no son los..] (247:247) (Super)**

Codes: [CCSES]

No memos

los datos oficiales no son los de la realidad.....entonces...las parejas homosexuales

## **Anexo 37. Citas código CCSFR**

**1 quotation(s) for code:**

**CCSFR**

**Report mode: quotation list names and references**

**Quotation-Filter: All**

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-24 00:11:57

---

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:50 [tendríamos que hacer estudios ..] (160:160) (Super)**

Codes: [CCSFR][PLPEC]

No memos

tendríamos que hacer estudios diarios, para poder saber cuáles son las cifras reales

## Anexo 38. Citas código DPRU

19 quotation(s) for code:

DPRU

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-25 15:08:03

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:16 [El joven del campo conoce una ..] (31:31) (Super)**

Codes: [DPRU]

No memos

El joven del campo conoce una octava parte de lo que conoce el joven de la ciudad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:17 [la mujer del campo conoce una ..] (31:31) (Super)**

Codes: [DPRU]

No memos

la mujer del campo conoce una dieciseava parte de lo que conoce alguien de la ciudad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:19 [alguien del campo no lo puede ..] (31:31) (Super)**

Codes: [DPRU]

No memos

alguien del campo no lo puede hacer, alguien de una zona rural es más difícil además que, si te hablo de esta costumbre de no hablar,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:21 [n el campo que hay mucha gente..] (31:31) (Super)**

Codes: [DPRU]

No memos

n el campo que hay mucha gente que no terminó la primaria o la secundaria, el tema se vuelve todavía más extraordinario, es hablar de extraterrestres, de fantasmas, de cosas que no existen, cómo le llaman, leyendas, leyendas urbanas y cosas por el estilo. Sí hay una diferencia enorme.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:65 [comunidades campesinas, no de ..] (99:99) (Super)**

Codes: [DPRU] [IRSTEC]

No memos

comunidades campesinas, no de aquí, de Juigalpa, sino de más adentro, en el lado de ,Muan, como es que se llama aquí del, del Rama, esa vez, este, yo miraba de que es cultura de ellos, agarraban a las niñas de 13 años,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:80 [el joven de Juigalpa, es lo qu..] (131:131) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR]

No memos

el joven de Juigalpa, es lo que te digo, está informando de internet, de esto, de lo otro y bueno, se dan sus cosas, está un poco más informado que el muchacho del campo, en el campo es diferente porque la cultura es diferente y el modo de ver la sexualidad es un poco, incluso hasta mal intencionada porque son un poco más mal pensados verdad! Y su, su estilo de... de entender la sexualidad que el resto de nosotros y..., y también existe una desinformación a nivel rural que es increíble.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:130 [Que las personas que habitan e..] (383:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [MEXC] [PVSICS]

No memos

Que las personas que habitan en la ciudad o tienen un pariente en el campo o emigraron en algún momento de su vida del campo a la ciudad. ¿Eso qué significa? Que información o datos sobre enfermedades son demasiado nuevos para nosotros, como es el VIH. Entonces, ¿cuál es la estructura en el campo? En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual.

Entonces qué pasa, se traslada esa información cultural del campo a la ciudad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:133 [esa información cultural del c..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDME] [IDMF] [MEXC] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:134 [nos toca, pienso, trabajar con..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [EFISU] [EIEF]

No memos

nos toca, pienso, trabajar con la población joven pero empezar de campo a ciudad, aunque estos jóvenes estén incursionando en centros universitarios continúan teniendo influencia del campo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:138 [el elemento cultural nuestro, ..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

el elemento cultural nuestro, muy rural, todavía como que nos inhibe, verdad, para abordar este tipo de temáticas. No se habla suficiente, lo puedes percibir en las escuelas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:139 [los padres en alguna medida qu..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDME] [IDMF] [PVSIE]

No memos

los padres en alguna medida que autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no con el nivel de responsabilidad que se requiere.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:149 [no se establece ningún tipo de..] (408:408) (Super)**

Codes: [DPRU] [IRSTA] [MEXC] [RSEPNE]

No memos

no se establece ningún tipo de relación estable entre la otra persona y es mucho más preocupante porque significa que nos atrevemos a pronosticar, significa que esta joven que tiene 15, 14 años cuando tenga 20, cuántas relaciones y con cuántos mantendrá y que conste a veces se tiene como clasificado, ah! es que las niñas de los sectores pobres, de la periferia de la ciudad son las que inician a más temprana edad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:157 [el elemento religioso quizás e..] (429:429) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDRF]

No memos

el elemento religioso quizás es determinante para ellos, es fuerte fuerte,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el

individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:3 [la movilización que han tenido..] (11:11) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [PVSSNL]

No memos

la movilización que han tenido las comunidades, las poblaciones, del campo a la ciudad o viceversa, el incremento también del comercio en algunos sectores, o como algunos municipios como por ejemplo **El Aiote**, aquí en Chontales, entonces eso ha incrementado el número de casos en esta, en esta zona. Pero también ha contribuido eh, digamos las estrategias de captación o de identificación de, de personas que están infectadas con el VIH a través de las pruebas rápidas que se hacen entorno, los diferentes métodos de **tamizaje**. Entonces esto ha hecho de que, no que se incrementen los casos, pero, por lo menos, que se estén identificando o detectando mayoritariamente los casos, mediante estas técnicas y estrategias

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:51 [también hay miedo a la montaña..] (161:161) (Super)**

Codes: [DPRU] [SRPFI]

No memos

también hay miedo a la montaña, a la finca porque ahí es donde se infectan más las personas, al no tener ningún tipo de información que le digan, para las fiestas patronales de las comarcas, además es que son jóvenes

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:52 [En las comarcas de las fiestas..] (163:163) (Super)**

Codes: [DPRU] [MEXS]

No memos

En las comarcas de las fiestas patronales **...** a las personas y **...** con la misma ideología que tienen de machista, yo soy muy hombre, y cuantas más mujeres soy más hombre. [R.GFE62]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:74 [me he dado cuenta que en ciert..] (186:186) (Super)**

Codes: [DPRU] [PVSIE]

No memos

me he dado cuenta que en ciertas comunidades rurales, los maestros o las maestras omiten las unidades de programación del ministerio, todo lo que tiene que ver con la sexualidad, eso no se puede dar, y se tienen cohibidos, qué van a decir de mí... [R.GFE82]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:113 [si se le pregunta a cualquier ..] (297:297) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDMF] [IDMGI]

No memos

si se le pregunta a cualquier persona que vive aquí si habla con sus padres es mas hoy en día los jóvenes tenemos más confianza en el novio los amiguitos que a sus propios padres por la edad [R.GFM158]

## Anexo 39. Citas código DPUR

7 quotation(s) for code:

DPUR

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-25 15:09:12

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:18 [alguien que ha vivido en Juiga..] (31:31) (Super)**

Codes: [DPUR]

No memos

alguien que ha vivido en Juigalpa tiene mejores oportunidades de escuchar a alguien hablar del tema, quiera o no, estudie donde estudie, ha hablado con sus amigas y tiene más conocimientos sobre el tema,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:20 [uigalpa todavía en familias, c..] (31:31) (Super)**

Codes: [DPUR]

No memos

uigalpa todavía en familias, con gente profesional, con miembros de las familias profesionales y licenciados, médicos, etc., les cuesta hablar del tema por esa cuestión cultural,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:80 [el joven de Juigalpa, es lo qu..] (131:131) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR]

No memos

el joven de Juigalpa, es lo que te digo, está informando de internet, de esto, de lo otro y bueno, se dan sus cosas, está un poco más informado que el muchacho del campo, en el campo es diferente porque la cultura es diferente y el modo de ver la sexualidad es un poco, incluso hasta mal intencionada porque son un poco más mal pensados verdad! Y su, su estilo de... de entender la sexualidad que el resto de nosotros y..., y también existe una desinformación a nivel rural que es increíble.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:133 [esa información cultural del c..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDME] [IDMF] [MEXC] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:150 [las niñas de lacito rosa tambi..] (408:408) (Super)**

Codes: [DPUR] [IRSTA]

No memos

las niñas de lacito rosa también, solo que eso se maneja entre bastidores, y si lo observas, te vas a los centros de educación secundaria, te vas a los baños, y lees toda la información que hay en los baños, eso te da también ideas de cómo y si entras a un recreo, o a un respeto que le llamamos, un intermedio de 15, 20 minutos y te quedas por ahí clandestina escuchando conversaciones de jóvenes de 14 a 16 años

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:3 [la movilización que han tenido..] (11:11) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [PVSSNL]

No memos

la movilización que han tenido las comunidades, las poblaciones, del campo a la ciudad o viceversa, el incremento también del comercio en algunos sectores, o como algunos municipios como por ejemplo **EI Aiote**, aquí en Chontales, entonces eso ha incrementado el número de casos en esta, en esta zona. Pero también ha contribuido eh, digamos las estrategias de captación o de identificación de, de personas que están infectadas con el VIH a través de las pruebas rápidas que se hacen entorno, los diferentes métodos de **tamizaje**. Entonces esto ha hecho de que, no que se incrementen los casos, pero, por lo menos, que

se estén identificando o detectando mayoritariamente los casos, mediante estas técnicas y estrategias

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:113 [si se le pregunta a cualquier ..] (297:297) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDMF] [IDMG]

No memos

si se le pregunta a cualquier persona que vive aquí si habla con sus padres es mas hoy en día los jóvenes tenemos más confianza en el novio los amiguitos que a sus propios padres por la edad [R.GFM158]



## Anexo 40. Citas código EDMCM

14 quotation(s) for code:

EDMCM

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-27 19:28:59

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:44 [medios de comunicación] (72:72) (Super)**

Codes: [EDMCM]

No memos

medios de comunicación

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:50 [y vas por la calle y mirás un ..] (72:72) (Super)**

Codes: [EDMCM]

No memos

y vas por la calle y mirás un cartel diciendo “usa un preservativo” y encendés la tele y mirás otro anuncio que te está diciendo que puedes contraer VIH o una ETS.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:51 [La información te llegara de t..] (72:72) (Super)**

Codes: [EDMCM]

No memos

la información te llegara de todos lados, que incluso en los cigarrillos apareciera “fumar es dañino para la salud y usa preservativos”, que se atacara de todas las formas posibles.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:115 [Yo estoy de acuerdo con una po..] (306:306) (Super)**

Codes: [EDMCM]

No memos

Yo estoy de acuerdo con una política de consejería permanente con propaganda permanente

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:120 [no se toma medidas, si supiera..] (322:322) (Super)**

Codes: [EDMCM] [SRPFI] [SRPI]

No memos

no se toma medidas, si supiera la enfermedad estamos en el fin de ayudarles en todo los de aspectos médicos, legales, consejería y todo, pero que también ellos nos ayude a nosotros **para ser eso nosotros**.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:123 [Entonces el problema del vih n..] (341:341) (Super)**

Codes: [EDMCM] [EFISU]

No memos

Entonces el problema del vih no es un día, **llegado diciembre es** Día mundial del vih, todo se reporta hasta el día que no le hace falta, el vih constantemente tenemos que agotarlo día y noche, en la madrugada, todo.... **La cuesta**. El costo de esta propaganda **están como medidas de capacitación**, cuesta es un Valor que no se ha medido; por todo lo que se ha invertido todavía es caro pero tomando en cuenta un trabajo, de todos unidos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:136 [ya no es la enfermedad de los ..] (385:385) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSICS] [PVSIE] [RSD] [RSIH]

No memos

ya no es la enfermedad de los homosexuales, eso sí, nuestros jóvenes ya manejan eso, ya no están etiquetado como la enfermedad de las prostitutas o la enfermedad de los homosexuales. Y eso ha sido gracias a cómo se ha difundido.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:140 [los medios de comunicación en ..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDMCM] [EIEF]

No memos

los medios de comunicación en nuestra región han abordado temáticas aquí; tenemos canales locales que no se explotan, no explotan esas temáticas en nuestros canales locales. Yo pienso que los medios de comunicación son decisivos, independientemente de que en las aulas universitarias podamos abordarlos, verdad, pero si bombardeáramos esas temáticas por tres o cuatro francos, como te digo, sería mucho más fructífero

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:228 [que me esté chequeando cada se..] (566:566) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PLPEC] [PVSSNL]

No memos

que me esté chequeando cada seis meses. Que esos chequeos sea gratuitos. Pero qué es lo que pasa, me da vergüenza. Me da pena ¿y si salgo pegada?

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:4 [el trabajo que se hace en Cent..] (12:12) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSSNL]

No memos

el trabajo que se hace en Centro de Salud, en coordinación con las instituciones es muy buena por lo que cuidamos el proyecto es una enfermedad que afecta no solo a nuestro país sino a nivel nacional, a nivel mundial y considero que están muy bien las estrategias de coordinar para las personas, de consejerías, para puedan realizar sus pruebas de VIH, que estén solos o con una sola pareja para que así podamos evitar así seguir propagando lo que es esta enfermedad

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:29 [onsidero de que una campaña ma..] (104:104) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PELGI]

No memos

onsidero de que una campaña masiva. Lo que pasa es que en algún momento comenzamos en épocas puntuales. Por ejemplo el día mundial de lucha contra el SIDA. Entonces sería comenzar a hacer la huella del uso de... ya después. Luego vienen las fiestas patronales y vamos a hacer, vamos a hacer. Pero esto debería de hacerse de forma permanente. Ya aquí se han capacitado los grupos juveniles, en VIH para que ellos trabajen con otros grupos de jóvenes en otros sectores, parte de todo eso es hacer una campaña de información, educación y comunicación, el seguimiento, el monitoreo de actividades y talleres, y medir el impacto que tuvo la campaña y que es lo que no se hace. **El ver el impacto**

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:32 [las campañas de masiva yo cons..] (108:108) (Super)**

Codes: [EDMCM] [SRPFI]

No memos

las campañas de masiva yo considero que también son un trance porque sí es cierto de que a veces su uso en un tiempo se prohibió **no solo a lo que decir sino ya tema de VIH no afectan....** Pero así a nivel general, se habla de VIH pero se desconoce mucho. En el fondo los jóvenes no conocen tanto de información sobre VIH, que es como debería ser, la correcta. Entonces si son necesarias, yo considero que estas campañas masivas, a la vez que existen, sensibilizan. La realidad es que no, los jóvenes no le dan importancia a esto.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:43 [a cultura en sí, nosotros mism..] (136:136) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSICS]

No memos

a cultura en sí, nosotros mismos, nos dan información, cuando nos la empiezan a dar no prestamos atención, o nos lo tomamos como que ya lo sabemos todo, que **de VIH** ya lo sabemos en realidad. Entonces hay que sensibilizar a la sociedad primero

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:101 [Por lo menos charlas, los encu..] (234:234) (Super)**

Codes: [EDMCM]

No memos

Por lo menos charlas, los encuentros que tenemos los domingos, una horita compartir una charla, [R.GFE127]

## Anexo 41. Citas código EDPE

15 quotation(s) for code:

EDPE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-26 21:31:11

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIFE] [EPRIPS] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:107 [Son parejas esporádicas, no so..] (259:259) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [RSEPNE]

No memos

Son parejas esporádicas, no son estables, se conocieron y (quiero) es lo que nosotros llamamos a veces, sale embarazada y la muchacha, bueno, se quedó sola

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:141 [la cantidad de embarazos en ad..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la cantidad de embarazos en adolescentes que hay en nuestra región, la cantidad de embarazos en adolescentes. Nuestros jóvenes están sufriendo de enfermedades venéreas,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:142 [la cantidad de jóvenes que ten..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

la cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]

No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón...entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:203 [Y es más la embarazada de los ..] (531:531) (Super)**

Codes: [EDPE]

No memos

Y es más la embarazada de los doce o los trece años, los muchachitos no se hacen responsables. Es un hecho, el niño es criado por los abuelos, lo apartan de la madre y ella sigue como si no hubiera parido.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:216 [Tenía creo diecisiete años, ¿c..] (548:548) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI] [SRPI]

No memos

Tenía creo diecisiete años, ¿cómo es que estás embarazada? “mañana me voy para león para un aborto”. Pero ¡cómo es posible! digo que te vas a ir a hacer un aborto, y tu mamá sabe, no, y la mamá es enfermera. ¡cómo es posible que te vas a ir a hacer un aborto! “sí profe, que mi mamá me mata, si mi mamá se da cuenta me mata.”... ¿cómo vas a creer vos que no ibas a considerarte que al irte a acostar con ese muchacho no ibas a salir embarazada? “profe, nunca me imaginé, que era la primera vez”. Cuando me dicen que es la primera vez, me acuerdo de mí misma. Porque a la primera vez, quedé embarazada, y sin planificar. O sea, es que digo yo, se repiten las historias, así como a mí me pasó, le pasó a ella. Por eso te lo cuento porque quería llegar ahí, entonces cuando ella me dice “fue la primera vez” yo me caí de inmediato. Y la primera vez y estaba embarazada. Igual yo, le digo y me siento en esa confianza de decirle, “mire mi niña, igual me pasó que a usted” y ya empiezo a contarle mi historia: tal, estaba en mi segundo año de medicina, y yo hacía así, y salí embarazada y no por eso decidí abortar a mi hijo. No por eso decidí irme de mi casa, a hacer cualquier barbaridad, no. Y mi mamá era religiosa, de aquellas señoras super religiosa. Y empiezo a hablar mira aquella muchacha.... (47:51) Estaba en pánico porque al día siguiente se iba a hacer ese aborto que ella ya había pagado, que un amigo le había hecho el contacto y se lo iba hacer hasta león. Te puede hasta morir, la cosa quería que riquísimo me siento que esa niña no se hizo el aborto. No se hizo el aborto y después ella al día siguiente “gracias por la charla, fíjese que no piensa en el aborto, y aquí estoy, voy a tener mi hijo, y ya hablé con mi mami anoche después de que hablé con usted. En ocho días me estaba invitando al matrimonio. Se casó con el chaval, y fue la mejor opción que hallaron los padres: casarse. Pero no funcionó. Fue una boda que no funcionó, se separaron. Pero bueno, ahí vamos, al nivel de responsabilidad que tuvieron, la joven, por lo menos esa niña, no abortó. Esa otra niña de hace treinta y nueve años, ya hace veinte o diecinueve años, veintiún años, tampoco abortó

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:14 [si nos vamos las estadísticas ..] (38:38) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IDME] [SRPFI]

No memos

si nos vamos las estadísticas estamos viendo verdad y cuando hacemos el análisis de las tomas de muestra, el grupo de quince a diecinueve años hay una alta embarazos en adolescentes. Todo esto viene a la confirmar que la información, que la información queda ahí, nada más en los colegios pero que va a llegar hasta los hogares no

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:15 [me quedé asustada una niña de ..] (42:42) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IRSTEC] [PVSSNL]

No memos

me quedé asustada una niña de doce años, embarazada. Pregunto, ¿Hasta dónde el Ministerio de Salud investigaron como fue ese embarazo? Normal, un joven como de catorce años la embarazó, catorce o quince años, entonces ella está embarazada, normal. Para convencerla, porque la quería ver, subimos hasta la casa porque fue una de las Colonias y la mamá normal, dice eso es normal ya que va a tener a su marido, pues ya que lo tuvo temprano, cuanto más temprano mejor, ya se sabes de tus tareas. Entonces, esas son partes de las costumbres y creencias de nuestras gentes en algunas comunidades. Lógicamente, el embarazo en adolescentes, los jóvenes a temprana edad, están teniendo relaciones sexuales y no están haciendo uso del preservativo. Digamos los embarazos de quince, de catorce, de doce a diecinueve, de doce a diecinueve. Y cada día miro en las estadísticas y reportes, que estamos realizando los registros, cada día hay un aumento. Y en realidad nos preguntamos el porqué. Si el

Ministerio de Educación da salud sexual reproductiva a estos jóvenes, de la edad de tercero y cuarto grado que empiezan a dar, sin embargo las jóvenes, tenemos más compañeros, se embarazan.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:22 [a veces las jóvenes compran lo..] (70:70) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS]

No memos

a veces las jóvenes compran los anticonceptivos, los cambian en cuaderno y en algún momento se les olvidó tomarlos y ya está el embarazo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:34 [la mayoría salen embarazadas d..] (114:114) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EIEF] [EPRIPE] [EPRIPS]

No memos

la mayoría salen embarazadas de las Escuelas. Y no tienen ni idea de lo qué es un embarazo, de a lo que se mete, **que ya no es mantener relaciones, que ya ha pasado de tener un hijo o no, sino ya es prepararse para la vida**, para tener un bebé. Entonces es importante, eso que no, que por lo menos la... en las escuelas, o en **las Chontanas** para que hablan sobre eso, para que se vayan retirando esos mitos esos tabús en la sociedad

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:112 [a temprana edad [R.GFM156]] (291:291) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIPE] [IDMF]

No memos

a temprana edad [R.GFM156]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:115 [Por la cantidad de embarazo si..] (311:311) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIPE] [IRSTA] [IRSTEC]

No memos

Por la cantidad de embarazo si porque la mayoría están entre los 13 a los 19 años [R.GFM163]

## Anexo 42. Citas código EDPS

13 quotation(s) for code:

EDPS

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-26 21:30:06

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:73 [Te estoy hablando de muchachas..] (107:107) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

Te estoy hablando de muchachas de 15 años que han venido con sus niños chineándolos verdad! Y apenas tienen 15 años, estos son niños criando niños y entonces es ahí donde se rompe esa secuencia de esa información

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:89 [El uso del condón o preservati..] (165:165) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

El uso del condón o preservativo se utiliza más en hombres que mujeres la colocación del condón o preservativo femenino casi no saben colocarlo y eso es un inconveniente en el momento de la relación sexual por qué se puede ir el semen a través de las paredes de la vagina y el preservativo femenino y tener un embarazo no deseado. Y una alta incidencia que tenemos nosotros es el embarazo no deseado nos toca a nosotros luchará para que esa niña venga crear o ver crecer a otra niña. **Y eso que al hospital llegan niñas de doce o trece años a parir**, con su primer embarazo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIFE] [EPRIPS] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:141 [la cantidad de embarazos en ad..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la cantidad de embarazos en adolescentes que hay en nuestra región, la cantidad de embarazos en adolescentes. Nuestros jóvenes están sufriendo de enfermedades venéreas,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:142 [la cantidad de jóvenes que ten..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

la cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRRIPE] [EPRIPS] [SRPFI]  
No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRRIPE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]  
No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón... entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:205 [on relaciones demasiado esporá..] (533:533) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRRIPE] [RSFPNE]  
No memos

on relaciones demasiado esporádicas, tan esporádicas que las repiten y las repiten, a pesar de que salgan embarazos no deseados

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:206 [Abortan, esta muchachita va a ..] (533:533) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRRIPE]  
No memos

Abortan, esta muchachita va a encontrar a uno, no superan Ese trauma, y siguen las relaciones esporádicas. Y viene otro aborto. Y después cuando miran a esa niña se convirtió en una abortiva, en una niña que la perdió aquella concepción de que la vida es sagrada, de que un hijo es sagrado, que un marido y que una mujer es lo mejor que pueden traer al mundo. Eso se va perdiendo entonces se va viendo a una persona más lejos, y a una persona vacía. El sexo es solamente una satisfacción momentánea. No va pensando. Y eso, fíjate que lo que te voy a decir, es bastante eh, pudiéramos decir difícil de probar, pero, eh, es lo que se observa. Pueden haber hombres con la gran o igual intención de estar con aquella persona pero cuando te ve y se da cuenta de todo el pasado que tuviste, se trauma el hombre y se cortó la relación. Porque la persona no ha presentado madurez a ese nivel. Entonces son irresponsables, los padres por no haber hecho que la muchachita de trece años no haya asumido la responsabilidad o por haberle llevado a un aborto. Porque muchas veces los padres, y a veces no los padres, sino los amigos, las amigas o ellas mismas, para ocultar el padre lo que ha sucedido. Pero yo considero que ahí, hay un, pudiéramos decir, un triángulo en el que no se conservó una buena conversación.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:216 [Tenía creo diecisiete años, ¿c..] (548:548) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRRIPE] [EPRIPS] [SRPFI] [SRPI]  
No memos

Tenía creo diecisiete años, ¿cómo es que estás embarazada? "mañana me voy para león para un aborto". Pero ¿cómo es posible! digo que te vas a ir a hacer un aborto, y tu mamá sabe, no, y la mamá es enfermera. ¿cómo es posible que te vas a ir a hacer un aborto! "sí profe, que mi mamá me mata, si mi mamá se da cuenta me mata."... ¿cómo vas a creer vos que no ibas a considerarte que al irte a acostar con ese muchacho no ibas a salir embarazada? "profe, nunca me imaginé, que era la primera vez". Cuando me dicen que es la primera vez, me acuerdo de mí misma. Porque a la primera vez, quedé embarazada, y sin planificar. O sea, es que digo yo, se repiten las historias, así como a mí me pasó, le pasó a ella. Por eso te lo cuento porque quería llegar ahí, entonces cuando ella me dice "fue la primera



vez” yo me caí de inmediato. Y la primera vez y estaba embarazada. Igual yo, le digo y me siento en esa confianza de decirle, “mire mi niña, igual me pasó que a usted” y ya empiezo a contarle mi historia: tal, estaba en mi segundo año de medicina, y yo hacía así, y salí embarazada y no por eso decidí abortar a mi hijo. No por eso decidí irme de mi casa, a hacer cualquier barbaridad, no. Y mi mamá era religiosa, de aquellas señoras super religiosa. Y empiezo a hablar mira aquella muchacha.... (47:51) Estaba en pánico porque al día siguiente se iba a hacer ese aborto que ella ya había pagado, que un amigo le había hecho el contacto y **se lo iba hacer hasta león**. Te puede hasta morir, la cosa quería que riquísimo me siento que esa niña no se hizo el aborto. No se hizo el aborto y después ella al día siguiente “gracias por **la charla**, fíjese que no piensa en el aborto, y aquí estoy, voy a tener mi hijo, y ya hablé con mi mami anoche después de que hablé con usted. En ocho días me estaba invitando al matrimonio. Se casó con el chaval, y fue la mejor opción que hallaron los padres: casarse. Pero no funcionó. Fue una boda que no funcionó, se separaron. Pero bueno, ahí vamos, al nivel de responsabilidad que tuvieron, la joven, por lo menos esa niña, no abortó. Esa otra niña de hace treinta y nueve años, ya hace veinte o diecinueve años, veintinueve años, tampoco abortó

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:22 [a veces las jóvenes compran lo..] (70:70) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS]

No memos

a veces las jóvenes compran los anticonceptivos, los cambian en cuaderno y en algún momento se les olvidó tomarlos y ya está el embarazo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:34 [la mayoría salen embarazadas d..] (114:114) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EIEF] [EPRIFE] [EPRIPS]

No memos

la mayoría salen embarazadas de las Escuelas. Y no tienen ni idea de lo qué es un embarazo, de a lo que se mete, **que ya no es mantener relaciones, que ya ha pasado de tener un hijo o no, sino ya es prepararse para la vida**, para tener un bebé. Entonces es importante, eso que no, que por lo menos la... en las escuelas, o en **las Chontanas** para que hablan sobre eso, para que se vayan retirando esos mitos esos tabús en la sociedad



## Anexo 43. Citas código EEIG

7 quotation(s) for code:

EEIG

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-26 22:51:58

---

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:62 [se habla bastante sobre la igu..] (170:170) (Super)**

Codes: [EEIG]

No memos

se habla bastante sobre la igual de género,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:63 [estoy de acuerdo con la iguald..] (171:171) (Super)**

Codes: [EEIG]

No memos

estoy de acuerdo con la igualdad de género,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:64 [equidad del hombre, trabajo, i..] (173:173) (Super)**

Codes: [EEIG]

No memos

equidad del hombre, trabajo, igualdad oportunidades, pero no en una vida sexual desordenada

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:65 [No se trata de que la mujer im..] (174:174) (Super)**

Codes: [EEIG]

No memos

No se trata de que la mujer imite lo malo del varón, no se trata de eso, que la mujer quiere imitar lo del varón, puede tomar, puede andarse vaga, puede hacer todo lo que quiera, imita lo malo [R.GFE72]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:66 [Debíamos de empezar porque ell..] (175:175) (Super)**

Codes: [EEIG]

No memos

Debíamos de empezar porque ellos se controlen, que cambien su manera de actuar, en lugar de tratar de ser nosotras como ellos, porque entonces estamos ampliando los roles, y arriesgándonos más a cosas peores, por esa parte está pésima la equidad de género, lo siento mucho, pero seguimos diciendo que la mujer que depende de un hombre, difícil de cambiar esa manera de pensar en este siglo, entonces no se qué ha cambiado, si ha cambiado para mal o para bien. [R.GFE73]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:68 [Hablamos de que habíamos tomad..] (179:179) (Super)**

Codes: [EEIG] [IRSTEC]

No memos

Hablamos de que habíamos tomado la equidad de género de manera equivocada, las niñas están comenzadas antes, conozco niñas de once años que ya han tenido relaciones con hombres mayores,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:89 [También el factor género, no? ..] (211:211) (Super)**

Codes: [EEIG] [SRPFI]

No memos

También el factor género, no? que a lo mejor los chicos, que el tema sea igual en las chicas y se preocupen o que ya más o menos...

## Anexo 44. Citas código EFISU

30 quotation(s) for code:

EFISU

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-25 20:38:47

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:56 [un curso, diplomado o meterla ..] (82:83) (Super)**

Codes: [EFISU]

No memos

un curso, diplomado o meterla como una asignatura, creo que sí serviría...  
Pienso que si fuera algo más formal, más serio y de mayor continuidad claro que serviría y sería una buena forma de iniciar en la facultad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:76 [No hay interiorización de la i..] (119:119) (Super)**

Codes: [EFISU]

No memos

No hay interiorización de la información porque, si en la universidad hay campaña y es muy buena, pero que es lo que pasa? lo haces una vez cada cierto tiempo y en la, y en lo que, para que una, para que un tema se interiorice tenes que estarlo diciendo todos los días, entonces, aquí se dicen las cosas, se hacen las campañas pero no es que no sea constante,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:77 [hacer un foro sobre VIH, van t..] (119:119) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

hacer un foro sobre VIH, van todos al auditorio pero pasaron tres meses hasta que los volviste a llevar o solo hicistes dos al año, entonces que le va a quedar al joven, o sea, por lo general, ideay... por un lado les entra y por otro lado le salió y a lo mejor dentro de la, de la, de la mejora verdad? Para esta situación sería tener dentro de esa clase que dan de seminario de formación integral,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:81 [en el campo también hay enferm..] (132:132) (Super)**

Codes: [ABPM] [EFISU] [EIEF]

No memos

en el campo también hay enfermedades, entonces, este, y ahí es donde vos ves ese nivel de desconocimiento que tienen y es un muchacho que viene a universidad se supone que también está rodeado de información, o sea, lo que hice yo, fue llevármelo a un mural que tienen aquí las enfermeras y le enseñe todas las enfermedades y toda la cosa y en términos, en términos un poco alegre le dije, pues, que, que él tenía que usar condón tanto para no seguir teniendo más hijos, llenándose de hijos que no vas a poder mantener porque el trabajo en el campo es muy difícil, este, él trabaja de machetero, de lo que sea, arrea chanchos, vacas, todo y ¡si usted está estudiando!; le digo, ¿es porque usted se quiere superar, entonces usted no puede seguir llenándose de hijos!, le digo, ya? Entonces, ya pues, además de que le enseñe todas las enfermedades y todo eso pues, ya hace falta el condón, y es más, porque de repente se pide y cuestiones así, y que el iba a llevar esa información al resto de los hombres pues que circulan ahí con él, ya? Entonces, eso, eso... eso además de que en el campo es como un tabú hablar de eso porque es lo que te digo ya el pensamiento en el área rural es un poco más distinto serian otros métodos para que ellos en... entiendan, verdad? Heee..., en términos sencillos todo lo que..., lo que conlleva el uso de....

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:85 [es importante? Porque, o sea, ..] (148:148) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

es importante? Porque, o sea, cualquiera de, o cualquier clase o si se quiere tomar como eje transversal

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:123 [Entonces el problema del vih n..] (341:341) (Super)**

Codes: [EDMCM] [EFISU]

No memos

Entonces el problema del vih no es un día, **llegado diciembre es** Día mundial del vih, todo se reporta hasta el día que no le hace falta, el vih constantemente tenemos que agotarlo día y noche, en la madrugada, todo.... **La cuesta.** El costo de esta propaganda **están como medidas de capacitación**, cuesta es un Valor que no se ha medido; por todo lo que se ha invertido todavía es caro pero tomando en cuenta un trabajo, de todos unidos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:127 [Yo estoy de acuerdo en una edu..] (359:359) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

Yo estoy de acuerdo en una educación para la salud permanente, permanente y no esporádica o de momentos, sino educación de salud permanente y debemos nosotros determinar los temas para la educación primaria, la educación secundaria y la educación universitaria.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:134 [nos toca, pienso, trabajar con..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [EFISU] [EIEF]

No memos

nos toca, pienso, trabajar con la población joven pero empezar de campo a ciudad, aunque estos jóvenes estén incursionando en centros universitarios continúan teniendo influencia del campo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:137 [Hay que empezar por los hogare..] (386:386) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [EPF]

No memos

Hay que empezar por los hogares, fíjate. Nuestros jóvenes están con nosotros 4 ó 5 horas, pero en el hogar ¿qué pasa? Hasta hace un par de años comenzábamos con querer formar una escuela de padres o una escuela comunitaria, o algo, donde el joven reciba, bombardear al joven desde el hogar, la comunidad y desde el centro universitario. Podría ser. Pero si vos me preguntás en escala del 1 al 10 cuánta información nuestros jóvenes manejan, a lo mejor soy romántica y te digo que 5, y lo que sí habría que sopesar es la calidad de la información que tienen, que eso es bien superficial. Inclusive, fíjate que hay una confusión entre qué es un virus, una enfermedad, que SIDA es sinónimo de VIH, empezamos por esos elementos básicos. A estas alturas todavía hay confusión alrededor del manejo de eso

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:144 [los puntos medulares son, las ..] (396:396) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [EISSI] [EPF]

No memos

los puntos medulares son, las casas, la familia, cómo incidir en la familia y cómo incidir paralelamente en el centro de estudio. Poder diseñar algo que pueda, paralelo en las dos direcciones y en el contexto que hay el 80% de esas familias que tiene influencia rural, influencia rural significa religión y significa una serie de tabúes.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:145 [el velo está tapando en la cas..] (396:396) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [PVSIE]

No memos

el velo está tapando en la casa y el velo está tapando también en centro de estudio, y te confieso, los docentes no están preparados para tratar esto, habemos unos un poco más adentrados si vos querés, desinhibidos si vos querés, pero que demandamos también más herramientas para hacernos frente

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:151 [o ideal sería empezar desde la..] (409:409) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]  
No memos

o ideal sería empezar desde la primaria, es decir, que cada centro, o por lo menos centros pilotos, 3 o 4 centros de estudio, direccionar un área con 3 o 4 profesionales, que el docente se conecte con esos 3 o 4 profesionales a través de situaciones concretas de su aula de clase y formar un equipo, sería lo ideal, y llevarlo hasta la universidad...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:152 [lo que habría que hacer es pulir.] (414:414) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]  
No memos

lo que habría que hacer es pulir, pulir el canal de comunicación para llegar a ellos, encontrar 3 o 4 docentes idóneos para poder llegar a ellos y luego abordar a los chicos por un lado, y a las chicas por otro lado, y depende del nivel, es decir, hablamos con chicas de primer año es un poco difícil pero no se qué tipo de grupo estuviste tratando

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:153 [hay elementos culturales que h..] (422:422) (Super)**

Codes: [EFISU]  
No memos

hay elementos culturales que hay que tomar en cuenta, no estamos habituados a abordar temáticas como esta en un ambiente, inclusive el ambiente en el salón de clase no es recomendable, sacarlos del salón de clase, un ambiente donde estuviéramos de partir, tomarnos un refresco

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:154 [podría ser un ejercicio que te..] (422:422) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [PELGI]  
No memos

podría ser un ejercicio que te puede llevar 4, 5, 6 horas un promedio, y luego captar un grupito muy pequeño y que ese grupito pequeño sea multiplicador de otro mismo y que al final puedas tener uno de 20, 25 que se puede lograr, se logra, pero es como un trabajito de hormiga, y que él pueda reclutar a otro compañero y un ambiente fuera del salón de clase.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:155 [se podría volverlo a intentar ..] (424:424) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]  
No memos

se podría volverlo a intentar pero buscar 3 o 4 docentes, en que se pudiera caracterizar primero el grupo, caracterizar el grupo y luego buscar 2 o 3 docentes en que ese grupo se sienta agusto, conversar, hay confianza, ganarse la confianza no es fácil, pero se puede construir una confianza donde venga el docente, y ese docente es el que da confianza, entonces [REDACTED] entonces ellos sacan por consecuencia si está el docente que me inspira confianza

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:161 [para que nosotros pudiéramos l..] (465:465) (Super)**

Codes: [EFISU]  
No memos

para que nosotros pudiéramos llegar a esa comunidad y hablar con un poquito de sexualidad lo mezclamos con temas ecológicos, imagínate, solo pregúntate como hicimos, pero bueno hicimos una ensalada rusa, jaja, entonces, pero ya estamos visitando la comunidad desde hace tres meses, es decir, tuvimos que lavarle los trajes a la señora de la casa, tuvimos que pintarle y preguntarle sobre el **chanchito**, sobre la gallinita y le barrimos la casa. Ya, para que ella pudiera acudir a esa cita nosotros estuvimos tres meses antes verificándola. Entonces sí, no voy a ir a una asamblea que la profesora Raquel de la Unan Chontales no, voy con Raquel, entonces lograr llegar hasta ahí es muy importante. Voy con fulano, voy, ella somos iguales, vamos igual a una asamblea, no se puede montar una asamblea de un día para otro, no se puede, por lo menos en comunidades como esta...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRIPE] [EPRIPS] [SRPF]  
No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:173 [trabajando con un grupo de doc..] (483:483) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

trabajando con un grupo de docentes, no con todos, no con todos, porque para empezar tendríamos que captar aquellos docentes, que estén abiertos, muy comunicativos, que tengan el perfil de ser un docente divulgador, en el área de salud, ¿verdad? No estamos excluyendo al resto de los docentes, pero empezar con un grupo, un pilotaje que se yo, un grupo de docente y sí en todas las direcciones,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:180 [qué en la Universidad estamos ..] (493:493) (Super)**

Codes: [ABPM] [EFISU] [EIEF] [PVSIE]

No memos

qué en la Universidad estamos promoviendo mucho lo que es este, la prevención de esas enfermedades, a través de charlas comunitarias a los alumnos, se les ha estado regalando el condón en sí. Pero es lo que vengo y te digo, le **tapina** tomar el condón. Se lo regalamos, se los damos, "no a mí no, a mí no", le digo: "toma esto es salud, ¿lo vas a ocupar en cualquier momento?" y se lo tengo en la mano **del asiento**. Entonces es como esa formación que tenemos que nos da como pena. Imagínate que aunque le digamos de que es la vida de ellos, ese condón, no lo toman. Lo dejamos ahí, me imagino que después lo toman con reserva y lo guardan. Igual es, si te pones en una esquina a regalar condones, no los toman. Aunque lo necesiten, en un momento determinado ellos piensan que el condón es un elemento importante para prevenir el sida. No lo toman, fíjate que no los toman. Entonces es parte de la cultura de la formación del individuo y de la educación que debemos nosotros de propagar, de promover. Y crear esa conciencia. En los mismos hospitales, no sé si en algún momento has tenido la oportunidad de hablar con los directores o con los doctores. Han habido casos muy específicos de sida.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:226 [como maestros universitarios c..] (566:566) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

como maestros universitarios carecemos de información. Por eso nosotros no sabemos el tratamiento del sida, que existe un tratamiento, cuál es el último... y eso debería de ser, como te diría yo, bien publicado. Bien informado. Eso no significa de que como ahora hay medicamentos no hay problema, puedo tener el sida

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:229 [Entonces necesitamos informarn..] (566:566) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

Entonces necesitamos informarnos más, de toda y cada una de las causas de que nos podemos contagiar de esa enfermedad. ¿Ya? Y de esa manera poder hablar con....(1.09.30) poder hablar, porque ... yo considero que somos un elemento importante para la información sobre el VIH/SIDA, aquí en la universidad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:230 [Formación integral" creo que h..] (571:571) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

Formación integral" creo que hay aquí que se les da a los muchachos. Para mí que en esa formación integral se les debe dar un tema o dos, tres temas relativos o entender mejor dicho esta clase porque solamente se miran dos horas o son tres horas a la semana por lo que **no es probable darle** cinco horas a la semana. De tal manera que involucren toda la información que tiene que ver con la vida sexual reproductiva, derechos y deberes de los ciudadanos fíjate que eso es bien importante. Los derechos y deberes. La sexualidad como tal. Y cuando hablamos de sexualidad involucrémosle todo lo que puede

traer la sexualidad. Que son las enfermedades de transmisión sexual y en ella lleva todo lo que es el VIH. Lo considero importantísimo. Importantísimo. También tendríamos menos muchachas embarazadas, que ya se le troncan sus carreras porque en el transcurso salieron embarazadas **y se marcharon**. Me encantaría.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:40 [í, yo considero que la clase d..] (130:130) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

í, yo considero que la clase de promoción para la salud, ahí, en esa parte, que creo que hay una clase de Educación y Promoción de Valores y esa asignatura se pueden incluir ésta.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:41 [Sería bueno enfocarlo desde la..] (132:132) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

Sería bueno enfocarlo desde la universidad porque puede ser también de que tal vez el docente, no dominan mucha información, entonces no le dan datos claros al joven o al adolescente, porque es un tema muy **agrio** que también el adolescente tiene muchas preguntas y el docente no está preparado en conocimientos y no domina bien para explicarle hablarle ampliamente. Porque puede ser necesario de que el niño, el adolescente tiene muchas preguntas y no **tiene** capacidad de responder claramente. Entonces ahí, este, no se da información como debería de ser. Entonces es importante que desde la Universidad, porque ya cuando salga esa persona, ese profesional que va a ser que guiar la sociedad de la población

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:42 [Formación Integral, aquí se ab..] (134:134) (Super)**

Codes: [EFISU]

No memos

Formación Integral, aquí se abarcan muchos temas, ....educación en valores, por la convivencia, por el civismo, **necesidad del cambio**. Pero en realidad no creo que sea la solución al problema, pero sí puede ayudar a formar.... De manera que al final ellos puedan hacer, qué hacer con sus vidas teniendo la información pertinente, en la... Porque en estas clases se **abordan temas de sexos, pero al final cosas que pasan**

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:100 [Dar se puede dar, pero antes s..] (233:233) (Super)**

Codes: [EFISU] [EPF]

No memos

Dar se puede dar, pero antes se debería de formar a los profesores

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:128 [se pueden dar más mas este com..] (348:348) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

se pueden dar más mas este como le digiera yo mas información abierta porque aquí incluso dentro de la universidad dentro de las escuelas si una alumna le empieza a preguntar al profesor sobre esto sobre lo otro están otras personas escuchando entonces que es lo primero que dicen esa ya quiere querer o ya quiere tener o algo así por el estilo [R.GFM179]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:133 [si pero no para evitarlo si no..] (369:369) (Super)**

Codes: [EFISU] [MEXC]

No memos

si pero no para evitarlo si no para hacernos conciencia a nosotros mismo de que esto es algo que estamos viviendo día a día no lo podemos dejar atrás pero especialmente en los varones que son mas rudos machistas hacer conciencia en ellos que vayan viendo que va a ver un momento de que talvez les va pasar y no van a querer que otra persona que no sepan de esa información les hagan lo mismo que ellos están haciendo con otras personas entonces para mi estaría bien [R.GFM187]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:134 [es que aunque estemos estudian..] (372:372) (Super)**

Codes: [EFISU] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas [R.GFM188]

## Anexo 45. Citas código EIEF

39 quotation(s) for code:

EIEF

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-27 19:21:24

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:45 [los colegios de secundaria, la..] (72:72) (Super)**

Codes: [EIEF]

No memos

los colegios de secundaria, la universidad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:49 [si en el colegio te están dici..] (72:72) (Super)**

Codes: [EIEF]

No memos

si en el colegio te están diciendo cuál es el problema, cuáles son los riesgos, cuáles son las consecuencias y llegas a la universidad y te siguen hablando de lo mismo, y

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:77 [hacer un foro sobre VIH, van t..] (119:119) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

hacer un foro sobre VIH, van todos al auditorio pero pasaron tres meses hasta que los volviste a llevar o solo hicistes dos al año, entonces que le va a quedar al joven, o sea, por lo general, ideay... por un lado les entra y por otro lado le salió y a lo mejor dentro de la, de la, de la mejora verdad? Para esta situación seria tener dentro de esa clase que dan de seminario de formación integral,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:81 [en el campo también hay enferm..] (132:132) (Super)**

Codes: [ABPM] [EFISU] [EIEF]

No memos

en el campo también hay enfermedades, entonces, este, y ahí es donde vos ves ese nivel de desconocimiento que tienen y es un muchacho que viene a universidad se supone que también está rodeado de información, o sea, lo que hice yo, fue llevármelo a un mural que tienen aquí las enfermeras y le enseñe todas las enfermedades y toda la cosa y en términos, en términos un poco alegre le dije, pues, que, que él tenía que usar condón tanto para no seguir teniendo más hijos, llenándose de hijos que no vas a poder mantener porque el trabajo en el campo es muy difícil, este, él trabaja de machetero, de lo que sea, arrea chanchos, vacas, todo y ¡si usted está estudiando!; le digo, ¡es porque usted se quiere superar, entonces usted no puede seguir llenándose de hijos!, le digo, ya? Entonces, ya pues, además de que le enseñe todas las enfermedades y todo eso pues, ya hace falta el condón, y es más, porque de repente se pide y cuestiones así, y que el iba a llevar esa información al resto de los hombres pues que circulan ahí con él, ya? Entonces, eso, eso... eso además de que en el campo es como un tabú hablar de eso porque es lo que te digo ya el pensamiento en el área rural es un poco más distinto serian otros métodos para que ellos en... entiendan, verdad? Heee..., en términos sencillos todo lo que..., lo que conlleva el uso de....

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:83 [luego en la escuela] (136:136) (Super)**

Codes: [EIEF]

No memos

luego en la escuela

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:85 [es importante? Porque, o sea, ..] (148:148) (Super)**



Codes: [EFISU] [EIEF]  
No memos

es importante? Porque, o sea, cualquiera de, o cualquier clase o si se quiere tomar como eje transversal

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:93 [integrar a un sin número de pe..] (173:173) (Super)**

Codes: [EIEF] [PVSSNL]  
No memos

integrar a un sin número de personas dedicadas al conocimiento o a capacitar a toda la población femenina y varones no sólo mujeres también a los varones porque dependiendo de esa capacitación a los varones nosotros vamos ayudarles a las mujeres y ayudando la mujer también vamos ayudar al hombre porque es algo que tiene que ser multidireccional transversal vertical de arriba debajo de abajo arriba y a los lados esa información de la sexualidad humana y sexo tenemos que ir cambiando la poco a poco

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:116 [la educación sexual que es alg..] (307:307) (Super)**

Codes: [EIEF]  
No memos

la educación sexual que es algo importantísimo para nosotros desde la primaria y la secundaria y en la universidad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:126 [En este lado, tenemos que tene..] (350:351) (Super)**

Codes: [EIEF] [EPF]  
No memos

**En este lado**, tenemos que tener muy importante la capacitaciones desde el punto de vista de los Padres que viven en las casas comunales, en los consejos de barrio, **aun así** los mismos cabecillas, los mismos dirigentes de la población, se conozca como es el virus y como se transmite y como se manifiesta para que así el resto de la población de cada barrio, de cada poblado, de cada ciudad, verdad, municipio tengan conocimiento de la problemática del vih.

Lo que sucede es que a veces sólo **hemos aterrizado** los colegios nada más y no en la población como tal, educación comunitaria, pero eso sí es una debilidad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:127 [Yo estoy de acuerdo en una edu..] (359:359) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]  
No memos

Yo estoy de acuerdo en una educación para la salud permanente, permanente y no esporádica o de momentos, sino educación de salud permanente y debemos nosotros determinar los temas para la educación primaria, la educación secundaria y la educación universitaria.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:134 [nos toca, pienso, trabajar con..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [EFISU] [EIEF]  
No memos

nos toca, pienso, trabajar con la población joven pero empezar de campo a ciudad, aunque estos jóvenes estén incursionando en centros universitarios continúan teniendo influencia del campo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:137 [Hay que empezar por los hogare..] (386:386) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [EPF]  
No memos

Hay que empezar por los hogares, fíjate. Nuestros jóvenes están con nosotros 4 ó 5 horas, pero en el hogar ¿qué pasa? Hasta hace un par de años comenzábamos con querer formar una escuela de padres o una escuela comunitaria, o algo, donde el joven reciba, bombardear al joven desde el hogar, la comunidad y desde el centro universitario. Podría ser. Pero si vos me preguntás en escala del 1 al 10 cuánta información nuestros jóvenes manejan, a lo mejor soy romántica y te digo que 5, y lo que sí habría que sopesar es la calidad de la información que tienen, que eso es bien superficial. Inclusive, fijate que hay una confusión entre qué es un virus, una enfermedad, que SIDA es sinónimo de VIH, empezamos por

esos elementos básicos. A estas alturas todavía hay confusión alrededor del manejo de eso

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:140 [los medios de comunicación en ..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDMCM] [EIEF]

No memos

los medios de comunicación en nuestra región han abordado temáticas aquí; tenemos canales locales que no se explotan, no explotan esas temáticas en nuestros canales locales. Yo pienso que los medios de comunicación son decisivos, independientemente de que en las aulas universitarias podamos abordarlos, verdad, pero si bombardeáramos esas temáticas por tres o cuatro francos, como te digo, sería mucho más fructífero

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:144 [los puntos medulares son, las ..] (396:396) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [EISSI] [EPF]

No memos

los puntos medulares son, las casas, la familia, cómo incidir en la familia y cómo incidir paralelamente en el centro de estudio. Poder diseñar algo que pueda, paralelo en las dos direcciones y en el contexto que hay el 80% de esas familias que tiene influencia rural, influencia rural significa religión y significa una serie de tabúes.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:145 [el velo está tapando en la cas..] (396:396) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [PVSIE]

No memos

el velo está tapando en la casa y el velo está tapando también en centro de estudio, y te confieso, los docentes no están preparados para tratar esto, habemos unos un poco más adentrados si vos querés, desinhibidos si vos querés, pero que demandamos también más herramientas para hacernos frente

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:151 [o ideal sería empezar desde la..] (409:409) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

o ideal sería empezar desde la primaria, es decir, que cada centro, o por lo menos centros pilotos, 3 o 4 centros de estudio, direccionar un área con 3 o 4 profesionales, que el docente se conecte con esos 3 o 4 profesionales a través de situaciones concretas de su aula de clase y formar un equipo, sería lo ideal, y llevarlo hasta la universidad...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:152 [lo que habría que hacer es pul..] (414:414) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

lo que habría que hacer es pulir, pulir el canal de comunicación para llegar a ellos, encontrar 3 o 4 docentes idóneos para poder llegar a ellos y luego abordar a los chicos por un lado, y a las chicas por otro lado, y depende del nivel, es decir, hablamos con chicas de primer año es un poco difícil pero no se qué tipo de grupo estuviste tratando

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:154 [podría ser un ejercicio que te..] (422:422) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [PELGI]

No memos

podría ser un ejercicio que te puede llevar 4, 5, 6 horas un promedio, y luego captar un grupito muy pequeño y que ese grupito pequeño sea multiplicador de otro mismo y que al final puedas tener uno de 20, 25 que se puede lograr, se logra, pero es como un trabajito de hormiga, y que él pueda reclutar a otro compañero y un ambiente fuera del salón de clase.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:155 [se podría volverlo a intentar ..] (424:424) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

se podría volverlo a intentar pero buscar 3 o 4 docentes, en que se pudiera caracterizar primero el grupo, caracterizar el grupo y luego buscar 2 o 3 docentes en que ese grupo se sienta agusto, conversar, hay confianza, ganarse la confianza no es fácil, pero se puede construir una confianza donde venga el docente, y ese docente es el que da confianza, entonces..... entonces ellos sacan por consecuencia si está el docente que me inspira confianza

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:156 [se me ocurrió llevar dos cajas..] (429:429) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF] [PELGI]

No memos

se me ocurrió llevar dos cajas de condones, el solo hecho de decirles el emplear el término condón causó una reacción increíble en la comunidad, y lleve un pene de madera y les dije que por favor, pero para que pudiera llegar a ese punto, a ese tema de conversación estuvimos dos horas, de pasivo, nos tomamos un fresquito y tratamos de crear a el clima trasteando, amigable y toqué el tema y causó una, una sensación de de preocupación de ver, que, que el solo hecho de ver el pene de madera puesto sobre la mesa y que yo iba a empezar a colocar un condón, un condón por el pene fue increíble. Lo que me encantó fue la reacción de mis estudiantes, porque ellos empezaron a entregar los condones y todo eso y una señora me dijo esto está prohibido por Dios, y me atreví, no sé si hice bien o no y le dije será que Dios quiere que nazcan cinco niños y que mueran de desnutrición o quizás se muera dentro de cinco o seis años por una enfermedad venérea o por el Sida.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:158 [tenemos que empezar también po..] (433:433) (Super)**

Codes: [EIEF]

No memos

tenemos que empezar también por ahí, por los profesionales, por esos centros donde se supone que lo manejan donde no les asuste nada

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo , si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:167 [reclutar jóvenes líderes, en e..] (475:475) (Super)**

Codes: [EIEF] [PELGI]

No memos

reclutar jóvenes líderes, en el aula de clase, siempre hay dos o tres jóvenes líderes, y vos sabes que eso del liderazgo es algo innato, es decir, no te voy a dar el titulo del líder, en el hogar, en la comunidad, en el centro de estudio, lograrán captar por ahí, haríamos, haríamos, haríamos bastante

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:168 [cuando te dicen incidir en la ..] (477:477) (Super)**

Codes: [EIEF] [EPF]

No memos

cuando te dicen incidir en la familia, a lo mejor estamos incidiendo como en cinco familias en un mismo espacio geográfico, entonces, toda esta teoría loca, que si yo llevo a esa casa, va a ser a más de dos familias a las que voy incidir y de ese hogar está saliendo el niño a la escuela, y que atacamos a la maestra, la preparamos, y atacamos al padre de familia, y entonces el niño está en un juego cruzado de educación y salud

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:173 [trabajando con un grupo de doc..] (483:483) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

trabajando con un grupo de docentes, no con todos, no con todos, porque para empezar tendríamos que captar aquellos docentes, que estén abiertos, muy comunicativos, que tengan el perfil de ser un docente divulgador, en el área de salud, ¿verdad? No estamos excluyendo al resto de los docentes, pero empezar con un grupo, un pilotaje que se yo, un grupo de docente y sí en todas las direcciones,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:180 [quí en la Universidad estamos ..] (493:493) (Super)**

Codes: [ABPM] [EFISU] [EIEF] [PVSIE]

No memos

quí en la Universidad estamos promoviendo mucho lo que es este, la prevención de esas enfermedades, a través de charlas comunitarias a los alumnos, se les ha estado regalando el condón en sí. Pero es lo que vengo y te digo, le **tapina** tomar el condón. Se lo regalamos, se los damos, “no a mí no, a mí no”, le digo: “toma esto es salud, ¿lo vas a ocupar en cualquier momento?” y se lo tengo en la mano **del asiento**. Entonces es como esa formación que tenemos que nos da como pena. Imagínate que aunque le digamos de que es la vida de ellos, ese condón, no lo toman. Lo dejamos ahí, me imagino que después lo toman con reserva y lo guardan. Igual es, si te pones en una esquina a regalar condones, no los toman. Aunque lo necesiten, en un momento determinado ellos piensan que el condón es un elemento importante para prevenir el sida. No lo toman, fíjate que no los toman. Entonces es parte de la cultura de la formación del individuo y de la educación que debemos nosotros de propagar, de promover. Y crear esa conciencia. En los mismos hospitales, no sé si en algún momento has tenido la oportunidad de hablar con los directores o con los doctores. Han habido casos muy específicos de sida.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:188 [es aquí en el colegio donde pa..] (508:508) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF] [EPF]

No memos

es aquí en el colegio donde pasan la mayor parte de los niños”, de las horas los niños, ¿por qué no darles también formación integral? A los niños, entonces para que veas que hay cierto grado de discrecionalidad en los colegios en relación a esa parte del sexo, por qué, porque ellos dicen que algunos padres les han acusado de que les están abriendo los sentidos a los muchachos o los instintos para que ellos hagan sexo. No sé si te has dado cuenta que en algunos institutos o algunos colegios no permiten que les den condón, o que les regalen condón. Más bien si se encuentran a un joven con un condón es un problema grave y van a llamar al papá. Sí, lo mandan a llamar al papá y lo empiezan a decir que qué barbaridad que el muchachito andaba con condones en su mochila

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:226 [como maestros universitarios c..] (566:566) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

como maestros universitarios carecemos de información. Por eso nosotros no sabemos el tratamiento del sida, que existe un tratamiento, cuál es el último... y eso debería de ser, como te diría yo, bien publicado. Bien informado. Eso no significa de que como ahora hay medicamentos no hay problema, puedo tener el sida

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:229 [Entonces necesitamos informarn..] (566:566) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

Entonces necesitamos informarnos más, de toda y cada una de las causas de que nos podemos contagiar de esa enfermedad. ¿Ya? Y de esa manera poder hablar con....(1.09.30) poder hablar, porque ... yo considero que somos un elemento importante para la información sobre el VIH/SIDA, aquí en la universidad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:230 [Formación integral” creo que h..] (571:571) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

Formación integral” creo que hay aquí que se les da a los muchachos. Para mí que en esa formación integral se les debe dar un tema o dos, tres temas relativos o entender mejor dicho esta clase porque solamente se miran dos horas o son tres horas a la semana por lo que **no es probable darle** cinco horas a la semana. De tal manera que involucren toda la información que tiene que ver con la vida sexual reproductiva, derechos y deberes de los ciudadanos fíjate que eso es bien importante. Los derechos y

deberes. La sexualidad como tal. Y cuando hablamos de sexualidad involucrémosle todo lo que puede traer la sexualidad. Que son las enfermedades de transmisión sexual y en ella lleva todo lo que es el VIH. Lo considero importantísimo. Importantísimo. También tendríamos menos muchachas embarazadas, que ya se le truncan sus carreras porque en el transcurso salieron embarazadas **y se marcharon**. Me encantaría.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:12 [en las escuelas educan a los a..] (36:36) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF]

No memos

en las escuelas educan a los adolescentes a que usen preservativos para evitar enfermedades de transmisión sexual.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:33 [Es el recibimiento, que vendrí..] (110:110) (Super)**

Codes: [EIEF]

No memos

Es el recibimiento, que vendría desde las escuelas porque los padres... no están dando clase de sexo no, no se están dando, ... qué pasa, que el... se perdiendo, ese tipo de charla y el joven, o sea, no va enterándose de nada ni de... ni de Chontales, poco se puede decir, cómo lo están experimentado, sobre lo qué es el VIH por lo menos....hasta pedirles que usen el método, que planifiquen y todo. Eso sería bueno esa campaña

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:34 [la mayoría salen embarazadas d..] (114:114) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EIEF] [EPRIPE] [EPRIPS]

No memos

la mayoría salen embarazadas de las Escuelas. Y no tienen ni idea de lo qué es un embarazo, de a lo que se mete, **que ya no es mantener relaciones, que ya ha pasado de tener un hijo o no, sino ya es prepararse para la vida**, para tener un bebé. Entonces es importante, eso que no, que por lo menos la... en las escuelas, o en **las Chontanas** para que hablan sobre eso, para que se vayan retirando esos mitos esos tabús en la sociedad

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:40 [í, yo considero que la clase d..] (130:130) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

í, yo considero que la clase de promoción para la salud, ahí, en esa parte, que creo que hay una clase de Educación y Promoción de Valores y esa asignatura se pueden incluir ésta.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:41 [Sería bueno enfocarlo desde la..] (132:132) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

Sería bueno enfocarlo desde la universidad porque puede ser también de que tal vez el docente, no dominan mucha información, entonces no le dan datos claros al joven o al adolescente, porque es un tema muy **agrio** que también el adolescente tiene muchas preguntas y el docente no está preparado en conocimientos y no domina bien para explicarle hablarle ampliamente. Porque puede ser necesario de que el niño, el adolescente tiene muchas preguntas y no **tiene** capacidad de responder claramente. Entonces ahí, este, no se da información como debería de ser. Entonces es importante que desde la Universidad, porque ya cuando salga esa persona, ese profesional que va a ser que guiar la sociedad de la población

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:60 [Dándole a los jóvenes la educa..] (166:166) (Super)**

Codes: [EIEF] [SRPP]

No memos

Dándole a los jóvenes la educación sexual apropiada, la forma correcta de protegerse, porque son tendencias únicas infalibles, porque de cien parejas, una serán fieles, o de cien jóvenes uno o dos serán los que se abstienen, por miedo o porque piensan, entonces sería la forma más adecuada darles una

información sexual amplia, para que ellos traten de hacer las cosas correctamente, y sobre todo hacerles saber de que hay otras maneras de contagiar y no solo por contacto sexual

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:102 [Que un profesor un un profesio..] (235:235) (Super)**

Codes: [EIEF]

No memos

Que un profesor un un profesional tiende a apartar para dar una idea de todo lo que es la educación sexual, por lo menos que las personas sean las acertadas y además que se muevan, no solo en una zona específica sino que en todos los lados del país, porque si no, no estamos haciendo nada, y hablamos de la comarca,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:128 [se pueden dar más mas este com..] (348:348) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF]

No memos

se pueden dar más mas este como le digiera yo mas información abierta porque aquí incluso dentro de la universidad dentro de las escuelas si una alumna le empieza a preguntar al profesor sobre esto sobre lo otro están otras personas escuchando entonces que es lo primero que dicen esa ya quiere querer o ya quiere tener o algo así por el estilo [R.GFM179]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:130 [Con los profesores más jóvenes..] (353:353) (Super)**

Codes: [EIEF]

No memos

Con los profesores más jóvenes somos más amigos y tenemos confianza y podemos preguntar mucho. Pero con personas ya de edad la mayoría [R.GFM181]

## Anexo 46. Citas código EISSI

8 quotation(s) for code:

EISSI

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-25 20:39:41

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIPE] [EPRIPI] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:144 [los puntos medulares son, las ..] (396:396) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [EISSI] [EPF]

No memos

los puntos medulares son, las casas, la familia, cómo incidir en la familia y cómo incidir paralelamente en el centro de estudio. Poder diseñar algo que pueda, paralelo en las dos direcciones y en el contexto que hay el 80% de esas familias que tiene influencia rural, influencia rural significa religión y significa una serie de tabúes.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:160 [Hay que trabajar con la iglesi..] (449:449) (Super)**

Codes: [EISSI]

No memos

Hay que trabajar con la iglesia

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:174 [aprovechar al cura del barrio,..] (485:485) (Super)**

Codes: [EISSI]

No memos

aprovechar al cura del barrio, que es un cura joven

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:175 [está catalogado como un cura pa..] (487:487) (Super)**

Codes: [EISSI]

No memos

está catalogado como un cura para jóvenes

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:176 [la comunidad lo tiene califica..] (487:487) (Super)**

Codes: [EISSI] [PELGI]

No memos

la comunidad lo tiene calificado al padre Enrique como un cura para jóvenes, porque los adultos no logran engancharse con ese entusiasmo, los jóvenes sí, entonces, cuando lográs caracterizar a tres o cuatro

curas con esa tendencia, ¿por qué no explotarlos también? y después del sermón del padre Enrique, hablar cinco o seis minutos sobre condones y sobre problemas de VIH te apuesto a que se logra, se puede y dentro de la iglesia y el cura se prestaría para ello, por supuesto, porque entonces el joven está alimentando su espíritu y también sus conocimientos sobre sexualidad y sobre salud, se puede, pero detectando este tipo de elementos.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:44 [parte de la Iglesia tiene, al ..] (142:142) (Super)**

Codes: [ABPM] [EISSI] [IDRF]

No memos

parte de la Iglesia tiene, al menos en nuestro país, un grupo pero no nos ayuda. No nos ayuda, es que en ese sentido no nos ayudan, Todavía estamos que si podía ser, estamos entrando de que sí que debemos que tener los mismos..... que está penado, la planificación familia, el uso de los métodos anticonceptivos, del preservativo. Solo un poquito tenemos grandes cosas que.... **si hay personas que van a misa, y tratan de cumplir a pie de la letra...** Entonces, ¿qué tenemos ahí? Pues una madre, un padre, muchas influyentes, que influyen negativamente hacia los adolescentes. Porque no es **lo que les digo,... que tenemos que reproducirnos...(41.45)**. Entonces,... la iglesia, no sé de qué corriente, de que **razón** evangélica o apostólica, de cualquier corriente que sea, que nos ayuden a hablar, porque hay que modernizar ese tema, y hablar de ello, porque son temas prohibidos, igual que las relaciones sexuales, asimismo está prohibido el tema del VIH. **Como si no conectaran, integrados en una iglesia, estos adolescentes....**

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:45 [as organizaciones de la Iglesi..] (144:144) (Super)**

Codes: [ABPM] [EISSI] [SRPFI]

No memos

as organizaciones de la Iglesia Católica, y, se ha trabajado mucho en ese tema. Nosotras no trabajamos, en la promoción de tal vez del preservativo, pero sí trabajamos en la parte de prevención en la formación en valores, sí vemos pues, este. Para poner un ejemplo, hace muchos años que existe el preservativo, si cada año se expande más. Vemos que el índice es mayoritario. Entonces vemos que no es la falta, tal vez, del uso o mal uso del preservativo, sino está en la actitud de las personas. Porque pueden existir lo... del preservativo pero si la persona no cambia su actitud, no lo usa. Pero quizás este, de que no, a grandes rasgos, no se vea el trabajo que está haciendo la Iglesia



## Anexo 47. Citas código EPF

23 quotation(s) for code:

EPF

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-27 19:28:05

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:46 [la familia.] (72:72) (Super)**

Codes: [EPF]

No memos

la familia.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:47 [si desde tu familia te estás a..] (72:72) (Super)**

Codes: [EPF]

No memos

si desde tu familia te estás atacando

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:82 [la transmisión de información,..] (136:136) (Super)**

Codes: [EPF]

No memos

la transmisión de información, uno de los aspectos más importantes sería tener que educar a los padres o que la información llegue a los padres de familia para que el padre de familia, pues, tenga suficiencia directamente sobre los hijos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIPE] [EPRIPI] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:96 [Eso que usted plantea de los P..] (178:178) (Super)**

Codes: [ASRPDA] [EPF] [IDMF] [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

Eso que usted plantea de los Padres es bueno porque los Padres en cierta forma, hay familias enteras que el Padre no recibe amor, la Madre nunca recibió amor y cuando nace en sus hijos nacen nothing y cuando el hijo le da el primer beso a la Madre ella se siente incómoda porque fue un hombre el que le dio un beso pero lo miran desde el punto de vista del sexo masculino y femenino o sea cómo voy a permitir que un hombre me dé un beso si sólo mi marido me puede dar un beso pero sí lo mira desde el punto de vista del nacimiento del que es su hijo le está dando un beso con amor afecto y cariño entonces el afecto es diferente entonces ya tienen que comprender los Padres de familia actualmente que todo lo que los niños preguntan no preguntan por hacer daño si no porque quieren saber entonces los Padres se están dando cuenta en estos momentos como ellos fueron criados de otra forma en la actualidad los Padres tienen que darse cuenta o se están dando cuenta que preguntas por los niños sobre este tema no es ningún daño más bien están alimentando a ellos a investigar y a preguntar como Padre de familia dentro

del grupo de Padres de familia y así poder darle cuenta a sus hijos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:117 [La planificación familiar tamb..] (307:307) (Super)**

Codes: [EPF]

No memos

La planificación familiar también porque eso de una u otra forma nos hacen métodos que van a prevenir con el vih

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:126 [En este lado, tenemos que tene..] (350:351) (Super)**

Codes: [EIEF] [EPF]

No memos

**En este lado**, tenemos que tener muy importante la capacitaciones desde el punto de vista de los Padres que viven en las casas comunales, en los consejos de barrio, **aun así** los mismos cabecillas, los mismos dirigentes de la población, se conozca como es el virus y como se transmite y como se manifiesta para que así el resto de la población de cada barrio, de cada poblado, de cada ciudad, verdad, municipio tengan conocimiento de la problemática del vih.

Lo que sucede es que a veces sólo **hemos aterrizado** los colegios nada más y no en la población como tal, educación comunitaria, pero eso sí es una debilidad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:137 [Hay que empezar por los hogare..] (386:386) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [EPF]

No memos

Hay que empezar por los hogares, fíjate. Nuestros jóvenes están con nosotros 4 ó 5 horas, pero en el hogar ¿qué pasa? Hasta hace un par de años comenzábamos con querer formar una escuela de padres o una escuela comunitaria, o algo, donde el joven reciba, bombardear al joven desde el hogar, la comunidad y desde el centro universitario. Podría ser. Pero si vos me preguntás en escala del 1 al 10 cuánta información nuestros jóvenes manejan, a lo mejor soy romántica y te digo que 5, y lo que sí habría que sopesar es la calidad de la información que tienen, que eso es bien superficial. Inclusive, fijate que hay una confusión entre qué es un virus, una enfermedad, que SIDA es sinónimo de VIH, empecemos por esos elementos básicos. A estas alturas todavía hay confusión alrededor del manejo de eso

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:144 [los puntos medulares son, las ..] (396:396) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [EISSI] [EPF]

No memos

los puntos medulares son, las casas, la familia, cómo incidir en la familia y cómo incidir paralelamente en el centro de estudio. Poder diseñar algo que pueda, paralelo en las dos direcciones y en el contexto que hay el 80% de esas familias que tiene influencia rural, influencia rural significa religión y significa una serie de tabúes.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:166 [empecemos por papá y mamá, el ..] (475:475) (Super)**

Codes: [EPF]

No memos

empecemos por papá y mamá, el hogar, nuestros jóvenes no han visto en carne propia, cinco o seis casos, de muerte por el SIDA, han oído, han leído los diarios, pero en carne propia, que en el barrio se haya muerto alguien por sida, esos son casos muy esporádicos, por lo pronto si no tenemos en carne propia esa experiencia, podemos atacarlo por casas y atacarlo como te decía anteriormente,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:168 [cuando te dicen incidir en la ..] (477:477) (Super)**

Codes: [EIEF] [EPF]

No memos

cuando te dicen incidir en la familia, a lo mejor estamos incidiendo como en cinco familias en un mismo espacio geográfico, entonces, toda esta teoría loca, que si yo llego a esa casa, va a ser a más de dos familias a las que voy incidir y de ese hogar está saliendo el niño a la escuela, y que atacamos a la maestra, la preparamos, y atacamos al padre de familia, y entonces el niño está en un juego cruzado de educación y salud

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:179 [nunca la educación es demasiad..] (493:493) (Super)**

Codes: [EPF] [PVSIE]

No memos

nunca la educación es demasiada. Siempre falta. Y ese ha sido un factor muy importante y determinante para que nuestros hijos, los hijos de nuestros hijos, puedan en el futuro tratar de ir disminuyendo eso, ese potencial que es prevenir o evitar las enfermedades de transmisión sexual porque creo que en ella está el VIH/sida: en las enfermedades de transmisión sexual.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:186 [Se terminaría la promiscuidad,..] (506:506) (Super)**

Codes: [EPF]

No memos

Se terminaría la promiscuidad, se terminaría la promiscuidad porque teniendo todo en su casa, disfrutando todo lo que quiere. Muchos dicen, es que el hombre busca en la calle lo que no tienen en su casa. Entonces, teniendo todo en su casa imagínate, qué va a ir buscar en la calle. Si hay una comunicación muy, muy fuerte, entre su pareja. Y eso imagínate que se llega, evita promiscuidad. La promiscuidad te evita tener contacto con otras personas y evitas contagiarte de cualquier tipo de enfermedad y mantener una salud tanto sexual y reproductiva sana. Excepto, verdad, en aquellas enfermedades de transmisión sexual que vienen por infecciones, como dicen ya, por cuestiones hormonales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:188 [es aquí en el colegio donde pa..] (508:508) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF] [EPF]

No memos

es aquí en el colegio donde pasan la mayor parte de los niños", de las horas los niños, ¿por qué no darles también formación integral? A los niños, entonces para que veas que hay cierto grado de discrecionalidad en los colegios en relación a esa parte del sexo, por qué, porque ellos dicen que algunos padres les han acusado de que les están abriendo los sentidos a los muchachos o los instintos para que ellos hagan sexo. No sé si te has dado cuenta que en algunos institutos o algunos colegios no permiten que les den condón, o que les regalen condón. Más bien si se encuentran a un joven con un condón es un problema grave y van a llamar al papá. Sí, lo mandan a llamar al papá y lo empiezan a decir que qué barbaridad que el muchachito andaba con condones en su mochila

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:189 [Te digo que yo me he quedado t..] (511:512) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPF] [IDMF] [IDRF] [MEXF]

No memos

Te digo que yo me he quedado todavía con esa, esa... Incógnita. ¿es bueno o no es bueno hablar del sexo? A mí me sirvió el que no me hayan hablado pero ahorita siento que yo les he hablado a mis hijos y mira, ya me hizo abuela el bandido- ríe- ya me hizo abuela.

Hay otras familias que he escuchado que no les hablan para nada a los hijos de sexo y te digo que no les hablan de nada porque cuando tu le tocas eso se ponen rojos, rojos, rojos, y te cambian completamente de tema. Ay qué vulgar el sexo, te dicen porque eso es tan vulgar, y te estoy hablando de la misma familia, que son hijos de mi madre, imagínate, tienen ese gran tabú, que no les hablan a los hijos de sexo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:190 [si en tu familia empiezas a ev..] (516:516) (Super)**

Codes: [EPF] [RSD] [RSINC]

No memos

si en tu familia empiezas a evaluar sexualidad y miran que tu hijo ya tiene una inclinación diferente, eso para uno se vuelve un trauma, ya a empezar, ni quiera Dios, a sentir vergüenza, rechazo quizás, por tu propio hijo, sexualidad no es. Muchos decimos sexualidad es el hecho de una penetración, sexualidad es la forma como nosotros también presentamos nuestra pudiéramos decir nuestra personalidad, cómo disfrutamos la sexualidad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:211 [siempre y cuando hagamos que l..] (544:544) (Super)**

Codes: [EPF]  
No memos

siempre y cuando hagamos que los hijos asuman las responsabilidades de sus actos, creo que podemos colaborar, podemos ayudar a que él lo vaya cambiando y lo vaya adoptando ese aprendizaje que nosotros queríamos transmitirles, ese conocimiento que nosotros queríamos transmitir en él y desarrollar en él

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:30 [haciendo las auditorias pero n..] (106:106) (Super)**

Codes: [EPF]  
No memos

haciendo las **auditorias** pero no como las estamos haciendo hasta este momento y..... a las casas pero hablando con las familias, **porque decíamos, esto es un tema delicado, del que se ha hablado poco pero así de manera superficial de VIH/SIDA.**

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:31 [atificar a las familias, tambi..] (108:108) (Super)**

Codes: [EPF]  
No memos

**atificar** a las familias, también sería también como una promoción de valores, en las familias porque desde que son, desde adolescentes, les están enseñando a tener relaciones sexuales, como el trabajo dirigido a las familias

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:39 [es un problema grande que prov..] (126:126) (Super)**

Codes: [EPF] [RSD]  
No memos

es un problema grande **que proviene** de las familias, principalmente. Porque en vez de ser la que nos apoya de que no vayamos a integrar en un programa de salud, a que sigamos el tratamiento, nos discriminan.... Entonces debería de hacer uso de eso, de hablar con las familias para que nos apoyen **para seguir adelante que sepan lo que es tratar con** el VIH, como cuidar como seguir un tratamiento adecuado

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:61 [el padre de familia se preocup..] (167:167) (Super)**

Codes: [EPF] [MEXC] [MEXF]  
No memos

el padre de familia se preocupe y cuide de las amistades que tiene, que muchas veces las amistades importan... ahora lo miran la virginidad lo miran como algo que hay que perderlo lo más pronto posible.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:100 [Dar se puede dar, pero antes s..] (233:233) (Super)**

Codes: [EFISU] [EPF]  
No memos

Dar se puede dar, pero antes se debería de formar a los profesores

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:129 [Muchas veces como ocurrió con ..] (350:350) (Super)**

Codes: [EPF]  
No memos

Muchas veces como ocurrió con los padres reservado lo que uno le pregunte no te contestan o te mienten [R.GFM180]

## Anexo 48. Citas código EPRIFE

18 quotation(s) for code:

EPRIFE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-26 22:46:18

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIFE] [EPRIPS] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:107 [Son parejas esporádicas, no so..] (259:259) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [RSEPNE]

No memos

Son parejas esporádicas, no son estables, se conocieron y (quiero) es lo que nosotros llamamos a veces, sale embarazada y la muchacha, bueno, se quedó sola

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:141 [la cantidad de embarazos en ad..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la cantidad de embarazos en adolescentes que hay en nuestra región, la cantidad de embarazos en adolescentes. Nuestros jóvenes están sufriendo de enfermedades venéreas,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:142 [la cantidad de jóvenes que ten..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

la cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]

No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón... entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:205 [on relaciones demasiado esporád.] (533:533) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIFE] [RSFPNE]

No memos

on relaciones demasiado esporádicas, tan esporádicas que las repiten y las repiten, a pesar de que salgan embarazos no deseados

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:206 [Abortan, esta muchachita va a ..] (533:533) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIFE]

No memos

Abortan, esta muchachita va a encontrar a uno, no superan Ese trauma, y siguen las relaciones esporádicas. Y viene otro aborto. Y después cuando miran a esa niña se convirtió en una abortiva, en una niña que la perdió aquella concepción de que la vida es sagrada, de que un hijo es sagrado, que un marido y que una mujer es lo mejor que pueden traer al mundo. Eso se va perdiendo entonces se va viendo a una persona más **lejos**, y a una persona vacía. El sexo es solamente una satisfacción momentánea. No va pensando. Y eso, fíjate que lo que te voy a decir, es bastante eh, pudiéramos decir difícil de probar, pero, eh, es lo que se observa. Pueden haber hombres con la gran o igual intención de estar con aquella persona pero cuando te ve y se da cuenta de todo el pasado que tuviste, se trauma el hombre y se cortó la relación. Porque la persona no ha presentado madurez a ese nivel. Entonces son irresponsables, los padres por no haber hecho que la muchachita de trece años no haya asumido la responsabilidad o por haberle llevado a un aborto. Porque muchas veces los padres, y a veces no los padres, sino los amigos, las amigas o ellas mismas, para ocultar el padre lo que ha sucedido. Pero yo considero que ahí, hay un, pudiéramos decir, un triángulo en el que no se conservó una buena conversación.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:213 [Entonces anda buscando de algu..] (546:546) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPRIFE] [EPRIPS]

No memos

Entonces anda buscando de alguna manera el condón. No estoy diciendo el cien por cien, te estoy hablando un poco. Porque las leyes que están ahorita, han hecho de que este individuo se haga más responsable. Entonces si no quiero tener una paternidad no deseada, siempre voy a buscar, evitar, pero bueno estamos en eso, estamos en eso. Pero por defecto somos las mujeres, las que tratamos de siempre de tendernos a no quedar embarazadas, a protegernos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:216 [Tenía creo diecisiete años, ¿c..] (548:548) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI] [SRPI]

No memos

Tenía creo diecisiete años, ¿cómo es que estás embarazada? “mañana me voy para **león** para un aborto”. Pero ¿cómo es posible! digo que te vas a ir a hacer un aborto, y tu mamá sabe, no, y la mamá es enfermera. ¿cómo es posible que te vas a ir a hacer un aborto! “sí profe, que mi mamá me mata, si mi mamá se da cuenta me mata.”... ¿cómo vas a creer vos que no ibas a considerarte que al irte a acostar con ese muchacho no ibas a salir embarazada? “profe, nunca me imaginé, que era la primera vez”. Cuando me dicen que es la primera vez, me acuerdo de mí misma. Porque a la primera vez, quedé embarazada, y sin planificar. O sea, es que digo yo, se repiten las historias, así como a mí me pasó, le pasó a ella. Por eso te lo cuento porque quería llegar ahí, entonces cuando ella me dice “fue la primera vez” yo me caí de inmediato. Y la primera vez y estaba embarazada. Igual yo, le digo y me siento en esa confianza de decirle, “mire mi niña, igual me pasó que a usted” y ya empiezo a contarle mi historia: tal,

estaba en mi segundo año de medicina, y yo hacía así, y salí embarazada y no por eso decidí abortar a mi hijo. No por eso decidí irme de mi casa, a hacer cualquier barbaridad, no. Y mi mamá era religiosa, de aquellas señoras super religiosa. Y empiezo a hablar mira aquella muchacha.... (47:51) Estaba en pánico porque al día siguiente se iba a hacer ese aborto que ella ya había pagado, que un amigo le había hecho el contacto y **se lo iba hacer hasta león**. Te puede hasta morir, la cosa quería que riquísimo me siento que esa niña no se hizo el aborto. No se hizo el aborto y después ella al día siguiente "gracias por **la charla**, fíjese que no piensa en el aborto, y aquí estoy, voy a tener mi hijo, y ya hablé con mi mami anoche después de que hablé con usted. En ocho días me estaba invitando al matrimonio. Se casó con el chaval, y fue la mejor opción que hallaron los padres: casarse. Pero no funcionó. Fue una boda que no funcionó, se separaron. Pero bueno, ahí vamos, al nivel de responsabilidad que tuvieron, la joven, por lo menos esa niña, no abortó. Esa otra niña de hace treinta y nueve años, ya hace veinte o diecinueve años, veintiún años, tampoco abortó

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:14 [si nos vamos las estadísticas ..] (38:38) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IDME] [SRPFI]

No memos

si nos vamos las estadísticas estamos viendo verdad y cuando hacemos el análisis de las tomas de muestra, el grupo de quince a diecinueve años hay una alta embarazos en adolescentes. Todo esto viene a la confirmar que la información, que la información queda ahí, nada más en los colegios pero que va a llegar hasta los hogares no

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:15 [me quedé asustada una niña de ..] (42:42) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IRSTEC] [PVSSNL]

No memos

me quedé asustada una niña de doce años, embarazada. Pregunto, ¿Hasta dónde el Ministerio de Salud investigaron como fue ese embarazo? Normal, un joven como de catorce años la embarazó, catorce o quince años, entonces ella está embarazada, normal. Para convencerla, porque la quería ver, subimos hasta la casa porque fue una de las Colonias y la mamá normal, dice eso es normal ya que va a tener a su marido, pues ya que lo tuvo temprano, cuanto más temprano mejor, ya se sabes de tus tareas. Entonces, esas son partes de las costumbres y creencias de nuestras gentes en algunas comunidades. Lógicamente, el embarazo en adolescentes, los jóvenes a temprana edad, están teniendo relaciones sexuales y no están haciendo uso del preservativo. Digamos los embarazos de quince, de catorce, de doce a diecinueve, de doce a diecinueve. Y cada día miro en las estadísticas y reportes, que estamos realizando los registros, cada día hay un aumento. Y en realidad nos preguntamos el porqué. Si el Ministerio de Educación da salud sexual reproductiva a estos jóvenes, de la edad de tercero y cuarto grado que empiezan a dar, sin embargo las jóvenes, tenemos más compañeros, se embarazan.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:22 [a veces las jóvenes compran lo..] (70:70) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS]

No memos

a veces las jóvenes compran los anticonceptivos, los cambian en cuaderno y en algún momento se les olvidó tomarlos y ya está el embarazo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:34 [la mayoría salen embarazadas d..] (114:114) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EIEF] [EPRIFE] [EPRIPS]



No memos

la mayoría salen embarazadas de las Escuelas. Y no tienen ni idea de lo qué es un embarazo, de a lo que se mete, **que ya no es mantener relaciones, que ya ha pasado de tener un hijo o no, sino ya es prepararse para la vida**, para tener un bebé. Entonces es importante, eso que no, que por lo menos la... en las escuelas, o en **las Chontanas** para que hablan sobre eso, para que se vayan retirando esos mitos esos tabús en la sociedad

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:91 [hay información, pero después ..] (214:214) (Super)**

Codes: [AEPDD] [EPRIFE] [SRPI]

No memos

hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar [R.GFE108]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:112 [a temprana edad [R.GFM156]] (291:291) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IDMF]

No memos

a temprana edad [R.GFM156]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:115 [Por la cantidad de embarazo si..] (311:311) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IRSTA] [IRSTEC]

No memos

Por la cantidad de embarazo si porque la mayoría están entre los 13 a los 19 años [R.GFM163]



## Anexo 49. Citas código EPRIPS

12 quotation(s) for code:

EPRIPS

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-26 21:31:54

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:73 [Te estoy hablando de muchachas..] (107:107) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

Te estoy hablando de muchachas de 15 años que han venido con sus niños chineándolos verdad! Y apenas tienen 15 años, estos son niños criando niños y entonces es ahí donde se rompe esa secuencia de esa información

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:89 [El uso del condón o preservati..] (165:165) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

El uso del condón o preservativo se utiliza más en hombres que mujeres la colocación del condón o preservativo femenino casi no saben colocarlo y eso es un inconveniente en el momento de la relación sexual por qué se puede ir el semen a través de las paredes de la vagina y el preservativo femenino y tener un embarazo no deseado. Y una alta incidencia que tenemos nosotros es el embarazo no deseado nos toca a nosotros luchará para que esa niña venga crear o ver crecer a otra niña. **Y eso que al hospital llegan niñas de doce o trece años a parir**, con su primer embarazo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIFE] [EPRIPS] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:141 [la cantidad de embarazos en ad..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la cantidad de embarazos en adolescentes que hay en nuestra región, la cantidad de embarazos en adolescentes. Nuestros jóvenes están sufriendo de enfermedades venéreas,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:142 [la cantidad de jóvenes que ten..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

la cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRIPE] [EPRIPS] [SRPFI]  
No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]  
No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón... entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:213 [Entonces anda buscando de algu..] (546:546) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPRIPE] [EPRIPS]  
No memos

Entonces anda buscando de alguna manera el condón. No estoy diciendo el cien por cien, te estoy hablando un poco. Porque las leyes que están ahorita, han hecho de que este individuo se haga más responsable. Entonces si no quiero tener una paternidad no deseada, siempre voy a buscar, evitar, pero bueno estamos en eso, estamos en eso. Pero por defecto somos las mujeres, las que tratamos de siempre de tendernos a no quedar embarazadas, a protegernos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:216 [Tenía creo diecisiete años, ¿c..] (548:548) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS] [SRPFI] [SRPI]  
No memos

Tenía creo diecisiete años, ¿cómo es que estás embarazada? “mañana me voy para león para un aborto”. Pero ¡cómo es posible! digo que te vas a ir a hacer un aborto, y tu mamá sabe, no, y la mamá es enfermera. ¡cómo es posible que te vas a ir a hacer un aborto! “sí profe, que mi mamá me mata, si mi mamá se da cuenta me mata.” ... ¿cómo vas a creer vos que no ibas a considerarte que al irte a acostar con ese muchacho no ibas a salir embarazada? “profe, nunca me imaginé, que era la primera vez”. Cuando me dicen que es la primera vez, me acuerdo de mí misma. Porque a la primera vez, quedé embarazada, y sin planificar. O sea, es que digo yo, se repiten las historias, así como a mí me pasó, le pasó a ella. Por eso te lo cuento porque quería llegar ahí, entonces cuando ella me dice “fue la primera vez” yo me caí de inmediato. Y la primera vez y estaba embarazada. Igual yo, le digo y me siento en esa confianza de decirle, “mire mi niña, igual me pasó que a usted” y ya empiezo a contarle mi historia: tal, estaba en mi segundo año de medicina, y yo hacía así, y salí embarazada y no por eso decidí abortar a mi hijo. No por eso decidí irme de mi casa, a hacer cualquier barbaridad, no. Y mi mamá era religiosa, de aquellas señoras super religiosa. Y empiezo a hablar mira aquella muchacha.... (47.51) Estaba en pánico porque al día siguiente se iba a hacer ese aborto que ella ya había pagado, que un amigo le había hecho el contacto y se lo iba hacer hasta león. Te puede hasta morir, la cosa quería que riquísimo me siento que esa niña no se hizo el aborto. No se hizo el aborto y después ella al día siguiente “gracias por la charla, fíjese que no piensa en el aborto, y aquí estoy, voy a tener mi hijo, y ya hablé con mi mami anoche después de que hablé con usted. En ocho días me estaba invitando al matrimonio. Se casó con el chaval, y fue la mejor opción que hallaron los padres: casarse. Pero no funcionó. Fue una boda que no funcionó, se separaron. Pero bueno, ahí vamos, al nivel de responsabilidad que tuvieron, la joven, por lo menos esa niña, no abortó. Esa otra niña de hace treinta y nueve años, ya hace veinte o diecinueve años, veintinueve años, tampoco abortó

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]  
No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:22 [a veces las jóvenes compran lo..] (70:70) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS]  
No memos

a veces las jóvenes compran los anticonceptivos, los cambian en cuaderno y en algún momento se les olvidó tomarlos y ya está el embarazo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:34 [la mayoría salen embarazadas d..] (114:114) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EIEF] [EPRIFE] [EPRIPS]  
No memos

la mayoría salen embarazadas de las Escuelas. Y no tienen ni idea de lo qué es un embarazo, de a lo que se mete, **que ya no es mantener relaciones, que ya ha pasado de tener un hijo o no, sino ya es prepararse para la vida**, para tener un beber. Entonces es importante, eso que no, que por lo menos la... en las escuelas, o en **las Chontanas** para que hablan sobre eso, para que se vayan retirando esos mitos esos tabús en la sociedad

## Anexo 50. Citas código IDME

9 quotation(s) for code:

IDME

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-23 18:41:33

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:97 [Se está empezando un poco pero..] (187:187) (Super)**

Codes: [IDME] [MEXF] [PVSIE]

No memos

Se está empezando un poco pero todavía no, todavía no **hay imagen de pago** o sea nosotros cada vez somos más abiertos en ese lenguaje con nuestros hijos pero la población que no está en este campo e inclusive en este campo hay Padres que no toman el aspecto sexo, entonces lo hijos se dan cuenta por la misma población o por la situación de salud que vive o por los pacientes que mueren en este ramo o por las mismas enfermedades que se **procesan en las** clases entonces ellos están dando cuenta del reciclaje.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:133 [esa información cultural del c..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDME] [IDMF] [MEXC] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:139 [los padres en alguna medida qu..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDME] [IDMF] [PVSIE]

No memos

los padres en alguna medida que autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no con el nivel de responsabilidad que se requiere.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:143 [En las escuelas primarias, a n..] (391:391) (Super)**

Codes: [IDME] [IDMF] [PVSIE]

No memos

En las escuelas primarias, a nivel de texto está, en 3º, 4º grado, no sé ya quinto ese material que hay, pero si mirás los libros de 3º y 4º grado, está, en teoría está, el Ministerio de Educación lo contempla, el problema está entre el texto, el intermediario que es el docente y el receptor que son nuestros niños. Entonces, ¿qué es lo que pasa también? Nuestros docentes de primaria y secundaria todavía no están, no tienen todos los instrumentos para interpretar ese texto. Contradictorio verdad, porque se supone que el texto fue diseñado para que nuestros docentes de primaria y secundaria lo pudieran interpretar y reproducir en consecuencia, pero en este impas, de interpretar lo que el texto te dice y pasarlo al estudiante, hay problema, hay problema. Porque cuando ese docente logre en alguna medida canalizar esa información al joven, y el niño llega al hogar y lo transmite, entonces rebota de manera negativa hacia el docente

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:184 [ni yo misma a veces acepto el ..] (497:497) (Super)**

Codes: [IDME] [IDMU]

No memos

ni yo misma a veces acepto el sexo como algo tan normal, tan natural. Fíjate, que es una traba a veces. Que nosotros lo que queremos es formar. Y digo yo ¿será que les estoy transmitiendo a los muchachos el

mensaje real de mi yo misma?

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:14 [si nos vamos las estadísticas ..] (38:38) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IDME] [SRPFI]

No memos

si nos vamos las estadísticas estamos viendo verdad y cuando hacemos el análisis de las tomas de muestra, el grupo de quince a diecinueve años hay una alta embarazos en adolescentes. Todo esto viene a la confirmar que la información, que la información queda ahí, nada más en los colegios pero que va a llegar hasta los hogares no

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:106 [en la primaria y secundaria a ..] (261:261) (Super)**

Codes: [IDME] [IDMU]

No memos

en la primaria y secundaria a uno le hablan y aquí en la universidad también hablan del VIH sida incluso vienen a dar charla. [R.GFM145]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:107 [llegaban enfermeras a dar char..] (264:264) (Super)**

Codes: [IDME]

No memos

llegaban enfermeras a dar charlas sobre el VIH sida. [R.GFM146]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:108 [si en el instituto varias vece..] (267:267) (Super)**

Codes: [IDME] [PVSIE]

No memos

si en el instituto varias veces llegaron personas del silais a darnos la información sobre lo que es sida sino también de las enfermedades de que están ahí pero no le ponen mucha importancia de cómo el VIH porque no sé cómo le dije anteriormente por la falta de educación que tenemos también por la falta de que de amistad o de confianza [R.GFM147]

## Anexo 51. Citas código IDMF

30 quotation(s) for code:

IDMF

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-23 18:40:29

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:6 [En la familia no te lo van a t..] (11:11) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

En la familia no te lo van a tocar nunca, un padre que una hija le pregunte algo sobre unas relaciones, sobre el preservativo, sobre el VIH, no son temas comunes en nosotros, son muy pocos los padres que logran hacer eso, las familias que logran tener una comunicación muy fuerte con sus hijos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:8 [mi mamá por ejemplo jamás habl..] (15:15) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

mi mamá por ejemplo jamás habló conmigo de sexo, y a la fecha yo nunca he llevado a una muchacha a tener relaciones sexuales a mi casa, tengo que irme a otro lado, no lo puedo hacer. En las familias, sobre todo las más arraigadas a sus raíces, valga la redundancia, no se habla, no se habla por miedo, no se habla por tabú, no se habla en algunos casos creo que porque los padres piensen que si hablan con sus hijos sobre eso, en lugar de orientarlas las van a inducir a hacerlo. Igual con los hijos, el machismo es bastante fuerte aquí, si un padre te va a dar un consejo es "mirá tened tantas mujeres que así vas a tener respeto de tus amigos", y ahí te vas quedando, tus amigos te dicen lo mismo, tus compañeros te dicen lo mismo, las personas mayores con las que puedes tener confianza de preguntarle igual te hablan de lo mismo, que cuantas más mujeres tengás mejor. Para los varones, para las mujeres es como más inhibido hablar sobre esto, ni en la familia, con sus amigas, incluso entre mujeres, siento que les cuesta hablar sobre estos temas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:62 [mi familia igual me criaron de..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF] [PVSIE]

No memos

mi familia igual me criaron de esa manera ya, que si tenes un novio, que si tenes otro novio, pero nada de relaciones que eso es hasta el matrimonio, entonces, te crían de una manera pero vos vas aprendiendo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:68 [lo que te dice tu madre, andas..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF]

No memos

lo que te dice tu madre, andas con uno, andas con otro, andas jugado de segua, o sea que una mano paso sobre vos, otra mano paso sobre vos y eso tiene que ver sobre los valores que tu familia te inculca, pero si tu familia no te inculca eso y vos te dejás influenciar por el resto del mundo, vos vas a hacer lo que el resto del mundo hace y en ese sentido, pues, las mujeres más que todo, cometemos el error, hee, de a lo mejor andar o tener relaciones sexuales

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:70 [la información no te viene dir..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMF] [PVSIE]

No memos

la información no te viene directamente desde tu casa, porque los padres tienen mucho miedo de hablar sobre la sexualidad con los hijos, porque ellos mismos tampoco fueron educados en un momento o nadie les dijo y entonces es ahí donde se vuelve un ciclo de falta de información en todos los niveles,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:92 [el grado cultural defecto qu..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS]

No memos

iel grado cultural **defecto** que tiene esta población baja hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alta el machismo es alto en esta población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:96 [Eso que usted plantea de los P..] (178:178) (Super)**

Codes: [ASRPDA] [EPF] [IDMF] [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

Eso que usted plantea de los Padres es bueno porque los Padres en cierta **forma, hay familias** enteras que el Padre no recibe amor, la Madre nunca recibió amor y cuando nace en sus hijos nacen **nothing** y cuando el hijo le da el primer beso a la Madre ella se siente incómoda porque fue un hombre el que le dio un beso pero lo miran desde el punto de vista del sexo masculino y femenino o sea cómo voy a permitir que un hombre me dé un beso si sólo mi marido me puede dar un beso pero sí lo mira desde el punto de vista del nacimiento del que es su hijo le está dando un beso con amor afecto y cariño entonces el afecto es diferente entonces ya tienen que comprender los Padres de familia actualmente que todo lo que los niños pregunten no preguntan por hacer daño si no porque quieren saber entonces los Padres se están dando cuenta en estos momentos como ellos fueron criados de otra forma en la actualidad los Padres tienen que darse cuenta o se están dando cuenta que preguntas por los niños sobre este tema no es ningún daño más bien están alimentando a ellos a investigar y a preguntar como Padre de familia **dentro** del grupo de Padres de familia y así poder darle cuenta a sus hijos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:114 [Es posible y es un punto muy f..] (297:299) (Super)**

Codes: [IDMF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

Es posible y es un punto muy fundamental de este tema, en que la relación social de la familia sea un factor importante en que las adolescentes lanzaban **un...** Auxilio y amor en su pareja, y atención. Pero también ahí que diferenciar la libertad del libertinaje, hay mucha gente ahora que sugiere que el libertinaje tiene que darla cuando es posible porque ya tienen dieciocho años, que ya no son niñas, o sea, ante una situación mundial en la que vivimos de drogadicción, alcoholismo, prostitución, tráfico de órganos, aborto; los Padres de familia luchan contra esas situaciones con una hija no se consuman pero es que, entonces los Padres de familia hacen que la niña no salga continuamente, mientras que otras niñas **si salen como anticonceptivos** ... Las que no salen quieren ser igual a las que salen y encueñan eso, que es un daño que están haciendo los Padres a ellas, **como no** dejarla salir. Y expresan ya no soy una niña, ya soy una mujer, mientras que tiene solamente diecisiete años, dieciocho años. Lo que hace que entre en discordia la relación Padres hijos, hijas Padres. Esta discordia obliga a la hija a tener malos entendidos con los Padres y por lo tanto busca el refugio en el novio. A buscar el refugio en el novio, el novio con toda la amabilidad posible que le **ha dado a ella ya que el objetivo es el** acto sexual, le da todo **y la llena de todo lo** que él pueda entre sus posibilidades y aquí ella se siente halagada y siente que está protegida por el novio.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:131 [En el campo no se usa mucha pr..] (383:383) (Super)**

Codes: [IDMF] [SRPFI]

No memos

En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:133 [esa información cultural del c..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDME] [IDMF] [MEXC] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:138 [el elemento cultural nuestro, ..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

el elemento cultural nuestro, muy rural, todavía como que nos inhibe, verdad, para abordar este tipo de temáticas. No se habla suficiente, lo puedes percibir en las escuelas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:139 [los padres en alguna medida qu..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDME] [IDMF] [PVSIE]

No memos

los padres en alguna medida que autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no con el nivel de responsabilidad que se requiere.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:143 [En las escuelas primarias, a n..] (391:391) (Super)**

Codes: [IDME] [IDMF] [PVSIE]

No memos

En las escuelas primarias, a nivel de texto está, en 3º, 4º grado, no sé ya quinto ese material que hay, pero si mirás los libros de 3º y 4º grado, está, en teoría está, el Ministerio de Educación lo contempla, el problema está entre el texto, el intermediario que es el docente y el receptor que son nuestros niños. Entonces, ¿qué es lo que pasa también? Nuestros docentes de primaria y secundaria todavía no están, no tienen todos los instrumentos para interpretar ese texto. Contradictorio verdad, porque se supone que el texto fue diseñado para que nuestros docentes de primaria y secundaria lo pudieran interpretar y reproducir en consecuencia, pero en este impas, de interpretar lo que el texto te dice y pasarlo al estudiante, hay problema, hay problema. Porque cuando ese docente logre en alguna medida canalizar esa información al joven, y el niño llega al hogar y lo transmite, entonces rebota de manera negativa hacia el docente

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:146 [Lo que está pasando es que las..] (404:404) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF]

No memos

Lo que está pasando es que las mujeres siguen funcionando bastante en el campo laboral, informal o formal, pero siguen funcionando y por muchas dificultades que tengamos económicas en nuestro país, por mucha crisis que haya, pero la mujer está progresando, ya sea de manera eventual, de tres, cuatro, cinco meses consigue algún tipo de ingreso, y eso que te indica, que también puedo ir a un restaurante, que puedo ir a un lugar recreativo, puedo tomarme un par de cervezas y no necesito del hombre que me pague la cuenta, al no necesitar del hombre que me pague la cuenta entonces estoy colocándome en el mismo nivel que el aunque para mí eso es un autoengaño, pero esto implica también que en alguna medida, y yo me atrevo a manejar, mal manejado, está tomando la iniciativa en el campo sexual también. Tomar la iniciativa para ellas es, bueno no vamos a usar preservativo porque yo no quiero usarlo, entonces estoy condicionando la relación, está mal manejado, a mí no me parece, ¿por qué las mujeres jóvenes, nuestras mujeres jóvenes están actuando así? A lo mejor una crisis que estamos atravesando como sociedad larga, la mujer también acosa, nuestras jóvenes acosan ya, en muchas ocasiones he buscado a las muchachas en las aulas de clase, **a veces tenemos que cuidar más** a los varones a los jovencitos y a las jovencitas, la mujer está tomando la iniciativa, vamos yo pago, ¿de dónde obtiene esos ingresos? Algunas veces como te repito son de esos empleos en lo cual las empresas privadas están empleando mucho a las jóvenes que les llaman impulsadoras de productos, esto implica un ingreso temporal, pero eso también las hace sentir también, entrecomillado, que las hace tomar decisiones o tomar iniciativas, así está sucediendo, está sucediendo, mal conducido, mal manejado, pero está pasando, inclusive el de embarazarse no lo están tomando como algo que requiera preocupación, me embarace y ya estoy embarazada, como quien dice me puse hoy un cartón nuevo y ya, es decir, la magnitud de esa situación no la ven, pero yo vuelvo a insistir, ¿qué está pasando en los hogares? Hay un porcentaje de hogares, se dice la última estadística que se hizo a nivel nacional, que de cada diez hogares, seis hogares eran mantenidos económicamente por mujeres y dirigidos por mujeres. ¿Cómo está, qué rol está jugando el hombre en los hogares? ¿Tenemos padres en los hogares? La estadística dice que solo cuatro padres hay de cada diez hogares, el resto son mujeres, a lo mejor eso tendría que ver es posible, y esa imagen, la madre adulta le está transmitiendo a su hija adolescente,... podría ser.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:178 [Este y siempre está el papel, ..] (493:493) (Super)**



Codes: [IDMF] [PVSIE]  
No memos

Este y siempre está el papel, pudiéramos decir de las familias. Bien en educar, a nuestros hijos, en la medida de lo posible, en relación a esta enfermedad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:189 [Te digo que yo me he quedado t..] (511:512) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPF] [IDMF] [IDRF] [MEXF]  
No memos

Te digo que yo me he quedado todavía con esa, esa... Incógnita. ¿es bueno o no es bueno hablar del sexo? A mí me sirvió el que no me hayan hablado pero ahorita siento que yo les he hablado a mis hijos y mira, ya me hizo abuela el bandido- ríe- ya me hizo abuela.

Hay otras familias que he escuchado que no les hablan para nada a los hijos de sexo y te digo que no les hablan de nada porque cuando tu le tocas eso se ponen rojos, rojos, rojos, y te cambian completamente de tema. Ay qué vulgar el sexo, te dicen porque eso es tan vulgar, y te estoy hablando de la misma familia, que son hijos de mi madre, imagínate, tienen ese gran tabú, que no les hablan a los hijos de sexo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:197 [para mí que tiene que ver much..] (528:528) (Super)**

Codes: [IDMF] [IRSTEC] [MEXF] [RSEPNE]  
No memos

para mí que tiene que ver mucho el medio en su hogar. A veces su madre, su padre, cómo ha visto, fíjate que, por eso a veces, considero de que la relación sexual no puede ser tan abierta, hay padres y madres que no les importa que sus hijos los vean haciendo el sexo, ellos dicen que eso es normal, o que los vean desnudos, eso es normal. Entonces la niña se va creando con esa formación, que es normal desnudarse o tener una relación con alguien y al día siguiente qué bien, mañana no te conozco,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:199 [el varón también puede mostrar..] (528:528) (Super)**

Codes: [IDMF] [IRSTE]  
No memos

el varón también puede mostrar su sexualidad, enamorando a las muchachas, toqueteándolas, ya toqueteándole el bracito, ¿ya? toqueteándole la piernita se va calentando y cuando miremos esto ya se han convertido en ya, un sexo como tal. Entonces tiene que ver mucho con los valores que se le han inculcado a los hijos y como que vamos perdiéndolos, a veces es bueno ganar comunicación, pero ganar comunicación no es perder valores y muchos nos equivocamos, muchos nos equivocamos, creemos que porque nuestros padres a lo mejor nos hablan, creemos que nos están incitando a hacerlo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]  
No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:7 [Todavía existen ciertos tabúes..] (30:30) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMF] [IDRE] [IDRU]

No memos

Todavía existen ciertos tabúes y creencias y los jóvenes lógicamente que se forman en sus escuelas y sus universidades y esto verdad como forma de que están incluido en algún momento en el **censum** académico. Y esto ellos lo puede llegar a decir a los padres que para qué es bueno usar preservativo no tienen ese grado de confianza

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:9 [la familia hay cierto temor de..] (32:32) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

la familia hay cierto temor de preguntar porque los padres no, no son abiertos, a conversar sobre este tema, principalmente con adolescentes. Es más bien, hay mucho tabú en las familias

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:11 [en las casas, casi que es un t..] (34:34) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

en las casas, casi que es un tema prohibido, creo que, que, no creo que en la casa, al menos, los padres hablen con sus hijos acerca del sexo. En primer instante, en segundo instante, si, como dicen mis compañeras, hay mucha información de otras fuentes y también de se le han ofrecido un preservativo llegan a la casa, si un padre llega a encontrar un preservativo, en el bolso de su hijo o de su hija inmediatamente se lleva una carta, porque se piensa de que ya inició una vida sexual, y ni siquiera los demás como, como manera de estar preparada, ante cualquier situación que se presente

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:13 [luego llegamos a la casa, nues..] (36:36) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMF]

No memos

luego llegamos a la casa, nuestros padres que nos dicen "niñas..." entonces es lo mismo: tenemos un temor, un miedo hablar directamente de que hay que protegerse para evitar el contacto. Pero siempre desde una escuela, nos educan, pero en la casa, en la parte de confianza y comunicación, entonces hacemos lo que podamos, aprender

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:26 [Si estamos con adolescentes, l..] (93:93) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF] [SRPP]

No memos

Si estamos con adolescentes, lo primero es el miedo de que si mi mamá me descubre que estoy usando un método, me va a regañar, me va a tratar mal, me va a sacar de clase. Entonces, no usan o si no le bajan la menstruación, lo primero que le preguntan es ¿por qué? Porque hay madres que están pendientes de sus hijas. Entonces, algo que influyan que no han de hacer, pues no lo usan, para que no la descubran.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:94 [La educación académica, primer..] (221:221) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

La educación académica, primero y la educación en un hogar, porque ¿? El chavalito está pequeño y ya te dice? ¿una mala palabra, entonces ya está metiendo la mala palabra ¿? Porque no le han dado educación.....porque lo que le extraña no es que le digan, aprender de esto, pedirle ayudarle darle algo que lo vaya a formar [R.GFE115]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:109 [tanto para los padres tanto pa..] (279:279) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

tanto para los padres tanto para los amigos este es un tema de que es muy grande para las personas a temprana edad y sin embargo ese es el motivo de que muchos jóvenes incluyéndome a mi podemos obstar aprobar un ejemplo o experimentar verdad se le dice verdad por la falta de educación tanto del

padre cuando un hijo le va a preguntar al padre papa que es eso que se hace como se hace entonces ya empiezan de que somos locos para que estamos con esos temas de que cual es el interés de que todavía no tenemos edad ni tamaño

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:110 [raros y contados [R.GFM153]] (282:282) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

raros y contados [R.GFM153]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:111 [cuando un hijo ya le va a preg..] (285:285) (Super)**

Codes: [IDMF]

No memos

cuando un hijo ya le va a preguntar a su madre o a su padre especialmente a los padres son los que son más rudos porque tal vez ya piensan que por andar preguntando uno es para que lo vayan a ser si no es para que uno se eduque tal vez no meterlo no cometerlo de forma incorrecta [R.GFM154]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:112 [a temprana edad [R.GFM156]] (291:291) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IDMF]

No memos

a temprana edad [R.GFM156]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:113 [si se le pregunta a cualquier ..] (297:297) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDMF] [IDMGI]

No memos

si se le pregunta a cualquier persona que vive aquí si habla con sus padres es mas hoy en día los jóvenes tenemos más confianza en el novio los amiguitos que a sus propios padres por la edad [R.GFM158]

## Anexo 52. Citas código IDMGI

19 quotation(s) for code:

IDMGI

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-23 18:42:17

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:25 [a veces el resto de tu grupo t..] (43:43) (Super)**

Codes: [IDMGI]

No memos

a veces el resto de tu grupo tampoco ha tenido relaciones y te inducen a vos a que las tengas, es bastante chistoso por un lado pero es interesante cómo te pueden inducir a hacer algo que tal vez no estás preparado, no manejas nada el tema, te inducen de la misma forma y ellos no lo han hecho.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:26 [en los varones es muy fuerte q..] (47:47) (Super)**

Codes: [IDMGI]

No memos

en los varones es muy fuerte que las mujeres, por lo mismo, seguimos hablando de lo mismo, el machismo aquí es muy grande

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:27 [Con las mujeres pues, en el gr..] (47:47) (Super)**

Codes: [IDMGI]

No memos

Con las mujeres pues, en el grupo de mujeres muy pocas mujeres van a atreverse a decir he estado con 22, las mirarían como unas prostitutas o la mirarían como una fácil, no sé qué palabra utilizar, pero en el grupo de los varones sí.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:28 [ahí sí te digo influyen, los g..] (52:52) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IDMU]

No memos

ahí sí te digo influyen, los grupos influyen en la parte sexual incluso más de lo que deberían, sobre todo cuando sos de las personas que acostumbrás a andar con bastantes amigos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:63 [te las tiran tus mismos amigos..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXS]

No memos

te las tiran tus mismos amigos, o sea, en sí, toda esa información, toda esas nuevas tendencias te las tiran tus amigos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:67 [la influencia del que se hace ..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMGI]

No memos

la influencia del que se hace tu amigo o tu amiga sobre vos, tiene que ver mucho con el inicio pues, de las relaciones sexuales a temprana edad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:74 [la mujer aquí tiene esa concep..] (111:111) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IRSTE] [IRSTEC] [MEXC] [MEXS] [RSFPE]

No memos

la mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no tos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:75 [debe haber una gran mayoría ob..] (115:115) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMGI] [MEXC] [MEXS]

No memos

debe haber una gran mayoría obviamente que usan proteccion pero lo ven mas desde el punto de vista de evitar el embarazo en lugar de protegerse de tal enfermedad, no en si voy a usar un preservativo por, no valla ser que me de algo, a? sino que voy a usar el preservativo para no dejar a esta chavala embarazada, o la chavala: - ponete el condón que no quiero quedar embarazada.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:102 [el sexo masculino ha dicho que..] (211:211) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [RSEPNE] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el sexo masculino ha dicho que la mujer que quiera con ellos sexo, pero así tan rápidamente poder decir **fluidemente**, yo soy hombre, entonces el machismo viene **presentándose**,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:103 [Y la mujer es más reservada, e..] (212:212) (Super)**

Codes: [IDMGI] [RSFPE]

No memos

Y la mujer es más reservada, en la mujer lo **que planean es** que tenga curiosidad y también la curiosidad acompañada del querer a aquella persona, aquel novio y más que nada en la secundaria, no se da en la universidad, de las que yo tengo en el hospital.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:164 [dentro de nuestra cultura mach..] (473:473) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXS] [PVSICS]

No memos

dentro de nuestra cultura machista, el chico, dice, bueno, vos me rechazás, lo voy a aceptar, y yo puedo buscarme otra, pero esa chica **.....** pero viene otro detrás de vos, y ahora esa chica le sale con la misma respuesta que la anterior ya tenemos dos chicas jjejejejeje entonces en la medida que el encuentre obstáculos por cada chica que busque, entonces, el qué pasa aquí, yo tengo también que sensibilizarme,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:183 [El sexo siempre hay un tabón a..] (497:497) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IDMU]

No memos

El sexo siempre hay un **tabón** aunque tratemos ahora de hablar un poco más del sexo pero siempre hay ahí esa cosita, siempre hay ahí esa cosita. Y mientras no lo miren mucho el sexo como algo natural, tendremos muchas limitaciones. Tanto en nuestro desarrollo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:185 [No vamos a poder disfrutar de ..] (504:504) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [MEXF] [MEXS]

No memos

No vamos a **a poder disfrutar** de las relaciones sexuales, tanto sanamente, emocionalmente y satisfactoriamente. Considero que esto va, va bien delgadito fijate. ¿Cuántas mujeres a mi edad, mayores que yo tienen sexo? Como dice la palabra sexo pero no hay aquel placer sexual. ¿Por qué? Porque les falta hablar con sus parejas abiertamente sobre el sexo, sobre cómo le gusta, sobre qué le gusta y qué no le gusta. Entonces, un amor se limita, se mide a solamente lo que el hombre dice y ella se **limita** en no sentir ningún tipo de placer. **Más que el sexo que utilizar** por el individuo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:191 [le empezaron a desprestigiar y..] (520:520) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [MEXS]

No memos

le empezaron a desprestigiar y dejó a la mujer. No lo asumimos como aquel hombre de este hombre que, será la inclinación que tenía, **de disfrutarla...** y tiene derecho a hacer de su vida lo que más le plazca.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe

lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:8 [los jóvenes, ellos buscan cómo..] (32:32) (Super)**

Codes: [IDMGI]

No memos

los jóvenes, ellos buscan cómo informarse con los amigos a través de internet o otras cosas

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:69 [las amistades, las malas amist..] (180:180) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IRSTE]

No memos

las amistades, las malas amistades, y comienzan en cuanto ellos ya se sienten hombrecitos, y tienen oportunidad. [R.GFE76]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:113 [si se le pregunta a cualquier ..] (297:297) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDMF] [IDMGI]

No memos

si se le pregunta a cualquier persona que vive aquí si habla con sus padres es mas hoy en día los jóvenes tenemos más confianza en el novio los amiguitos que a sus propios padres por la edad [R.GFM158]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:114 [en mi grupo sí somos de 6 a 7 ..] (300:300) (Super)**

Codes: [IDMGI]

No memos

en mi grupo sí somos de 6 a 7 que nos ponemos hablar de cosas así entonces las personas que han tenido experiencia nos empiezan a decir cosas y nos empiezan a aconsejar entre los mismos jóvenes claro porque ya con adultos es mas diferente [R.GFM159]

## Anexo 53. Citas código IDMU

4 quotation(s) for code:

IDMU

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 18:43:07

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:28 [ahí sí te digo influyen, los g..] (52:52) (Super)**

Codes: [IDMG] [IDMU]

No memos

ahí sí te digo influyen, los grupos influyen en la parte sexual incluso más de lo que deberían, sobre todo cuando sos de las personas que acostumbras a andar con bastantes amigos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:183 [El sexo siempre hay un tabón a..] (497:497) (Super)**

Codes: [IDMG] [IDMU]

No memos

El sexo siempre hay un **tabón** aunque tratemos ahora de hablar un poco más del sexo pero siempre hay ahí esa cosita, siempre hay ahí esa cosita. Y mientras no lo miren mucho el sexo como algo natural, tendremos muchas limitaciones. Tanto en nuestro desarrollo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:184 [ni yo misma a veces acepto el ..] (497:497) (Super)**

Codes: [IDME] [IDMU]

No memos

ni yo misma a veces acepto el sexo como algo tan normal, tan natural. Fíjate, que es una traba a veces. Que nosotros lo que queremos es formar. Y digo yo ¿será que les estoy transmitiendo a los muchachos el mensaje real de mi yo misma?

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:106 [en la primaria y secundaria a ..] (261:261) (Super)**

Codes: [IDME] [IDMU]

No memos

en la primaria y secundaria a uno le hablan y aquí en la universidad también hablan del VIH sida incluso vienen a dar charla. [R.GFM145]

## Anexo 54. Citas código IDRE

6 quotation(s) for code:

IDRE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 18:36:36

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:5 [si se suele hablar, pero es má..] (11:11) (Super)**

Codes: [IDRE]

No memos

si se suele hablar, pero es más complicado, sobre todo en algunos colegios, donde la parte religiosa tiene mucho que ver. Por ejemplo cuando yo daba clases, y los colegios de acá, católicos, uno de las monjas y otros de los frailes, las dos veces intenté llevar charlas de educación sexual allá y fue bastante complejo, ya cuando yo mostré o hablé sobre lo que eran las charlas aquí, entonces las monjas miraban saltando los ojos por qué iban a decir los padres, que estábamos promoviendo la promiscuidad o qué se yo, entonces ya fue más difícil.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:60 [la parte, incluso, heee..., reli..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDRE] [IDRF]

No memos

la parte, incluso, heee..., religiosa, ha tenido bastante influencia pues, en cuanto a esa situación

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:94 [los arraigos del poder patriar..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDRE] [IDRF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

los arraigos del poder patriarcal son enormes y no se pueden quitar de la noche a la mañana entonces la mujer a veces nos ha limitado desde los estudios de primaria secundaria a no hablar de sexualidad en los colegios hasta cuando ya entras en la universidad dependiendo de los algunos grupos como nosotros pues de enfermería que nos abunda plantear esta situación a los estudiantes y por eso desde el punto de vista de la metodología e investigación e investigación aplicada hemos realizado estudios de conocimientos y actitudes y plástica, verdad, en los estudiantes y encontramos nuevamente repito en un sector de los estudiantes de economía encontramos deficientes conocimientos del sexo y planificación familiar dentro de la universidad en los estudiantes de cuarto y quinto del departamento de ciencias económicas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:95 [Tenemos una población que por ..] (174:174) (Super)**

Codes: [IDRE]

No memos

Tenemos una población que por las leyes y la iglesia no nos permite hablar mucho del sexo en los grados de primaria y secundaria y de planificación familiar mucho menos porque ellos creen que estamos induciendo nosotros a que la paciente tenga sexo, verdad, y garantizándoles a qué método planificar

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:7 [Todavía existen ciertos tabúes..] (30:30) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMF] [IDRE] [IDRU]

No memos

Todavía existen ciertos tabúes y creencias y los jóvenes lógicamente que se forman en sus escuelas y sus universidades y esto verdad como forma de que están incluido en algún momento en el censum académico. Y esto ellos lo puede llegar a decir a los padres que para qué es bueno usar preservativo no tienen ese grado de confianza

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:10 [En los colegios sí, sí se da c..] (34:34) (Super)**

Codes: [IDRE]

No memos

En los colegios sí, sí se da cierta apertura pero no por completo para hablar del tema. Principalmente en los colegios que son de tendencia religiosa religiosas, casi que no permiten de que se hable de estos temas.



## Anexo 55. Citas código IDRF

5 quotation(s) for code:

IDRF

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 18:34:59

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:60 [la parte, incluso, heee..., reli..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDRE] [IDRF]

No memos

la parte, incluso, heee..., religiosa, ha tenido bastante influencia pues, en cuanto a esa situación

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:94 [los arraigos del poder patriar..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDRE] [IDRF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

los arraigos del poder patriarcal son enormes y no se pueden quitar de la noche a la mañana entonces la mujer a veces nos ha limitado desde los estudios de primaria secundaria a no hablar de sexualidad en los colegios hasta cuando ya entras en la universidad dependiendo de los algunos grupos como nosotros pues de enfermería que nos abunda plantear esta situación a los estudiantes y por eso desde el punto de vista de la metodología e investigación e investigación aplicada hemos realizado estudios de conocimientos y actitudes y plástica, verdad, en los estudiantes y encontramos nuevamente repito en un sector de los estudiantes de economía encontramos deficientes conocimientos del sexo y planificación familiar dentro de la universidad en los estudiantes de cuarto y quinto del departamento de ciencias económicas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:157 [el elemento religioso quizás e..] (429:429) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDRF]

No memos

el elemento religioso quizás es determinante para ellos, es fuerte fuerte,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:189 [Te digo que yo me he quedado t..] (511:512) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPF] [IDMF] [IDRF] [MEXF]

No memos

Te digo que yo me he quedado todavía con esa, esa... Incógnita. ¿es bueno o no es bueno hablar del sexo? A mí me sirvió el que no me hayan hablado pero ahorita siento que yo les he hablado a mis hijos y mira, ya me hizo abuela el bandido- ríe- ya me hizo abuela.

Hay otras familias que he escuchado que no les hablan para nada a los hijos de sexo y te digo que no les hablan de nada porque cuando tu le tocas eso se ponen rojos, rojos, rojos, y te cambian completamente de tema. Ay qué vulgar el sexo, te dicen porque eso es tan vulgar, y te estoy hablando de la misma familia, que son hijos de mi madre, imagínate, tienen ese gran tabú, que no les hablan a los hijos de sexo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:44 [parte de la Iglesia tiene, al ..] (142:142) (Super)**

Codes: [ABPM] [EISSI] [IDRF]

No memos

parte de la Iglesia tiene, al menos en nuestro país, un grupo pero no nos ayuda. No nos ayuda, es que en ese sentido no nos ayudan, Todavía estamos que si podía ser, estamos entrando de que sí que debemos que tener los mismos..... que está penado, la planificación familia, el uso de los métodos anticonceptivos, del preservativo. Solo un poquito tenemos grandes cosas que.... si hay personas que van a misa, y tratan de cumplir a piel de la letra... Entonces, ¿qué tenemos ahí? Pues una madre, un padre, muchas influyentes, que influyen negativamente hacia los adolescentes. Porque no es lo que les digo,... que tenemos que reproducirnos...(41.45). Entonces,... la iglesia, no sé de qué corriente, de que razón evangélica o apostólica, de cualquier corriente que sea, que nos ayuden a hablar, porque hay que modernizar ese tema, y hablar de ello, porque son temas prohibidos, igual que las relaciones sexuales, asimismo está prohibido el tema del VIH. Como si no conectaran, integrados en una iglesia, estos adolescentes....

## **Anexo 56. Citas código IDRGI**

**2 quotation(s) for code:**

**IDRGI**

**Report mode: quotation list names and references**

**Quotation-Filter: All**

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 18:38:16

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:24 [Es que incluso a veces tu amig..] (39:39) (Super)**

Codes: [IDRGI]

No memos

Es que incluso a veces tu amigo o tu grupo con el que estás te motiva a que tengas relaciones para que des el paso de niño a hombre.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:192 [nos metemos en el tema de la r..] (520:520) (Super)**

Codes: [IDRGI]

No memos

nos metemos en el tema de la religión. Cuando hemos sido criado bajo una formación cristiana, bien fuerte

## Anexo 57. Citas código IDRU

1 quotation(s) for code:

IDRU

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 18:39:07

---

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:7 [Todavía existen ciertos tabúes..] (30:30) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMF] [IDRE] [IDRU]

No memos

Todavía existen ciertos tabúes y creencias y los jóvenes lógicamente que se forman en sus escuelas y sus universidades y esto verdad como forma de que están incluido en algún momento en el **censum** académico. Y esto ellos lo puede llegar a decir a los padres que para qué es bueno usar preservativo no tienen ese grado de confianza

## Anexo 58. Citas código IRSTA

8 quotation(s) for code:

IRSTA

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-24 10:41:57

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:23 [Y las muchachas aunque no lo d..] (39:39) (Super)**

Codes: [IRSTA]

No memos

Y las muchachas aunque no lo digan, tal vez a veces puede ser un poco más tarde, pero también hay muchas que lo pierden a esa edad, en promedio yo te diría que los 15 años las mujeres

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:101 [Entre la mujer estamos habland..] (203:203) (Super)**

Codes: [IRSTA]

No memos

Entre la mujer estamos hablando de catorce años para adelante jóvenes adolescentes.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:147 [Hay una tendencia que se está ..] (408:408) (Super)**

Codes: [IRSTA]

No memos

Hay una tendencia que se está más iniciando un poco antes en edad en las chicas, si estamos hablando de 14 o 15 años.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:149 [no se establece ningún tipo de..] (408:408) (Super)**

Codes: [DPRU] [IRSTA] [MEXC] [RSEPNE]

No memos

no se establece ningún tipo de relación estable entre la otra persona y es mucho más preocupante porque significa que nos atrevemos a pronosticar, significa que esta joven que tiene 15, 14 años cuando tenga 20, cuántas relaciones y con cuántos mantendrá y que conste a veces se tiene como clasificado, ah! es que las niñas de los sectores pobres, de la periferia de la ciudad son las que inician a más temprana edad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:150 [las niñas de lacito rosa tambi..] (408:408) (Super)**

Codes: [DPUR] [IRSTA]

No memos

las niñas de lacito rosa también, solo que eso se maneja entre bastidores, y si lo observas, te vas a los centros de educación secundaria, te vas a los baños, y lees toda la información que hay en los baños, eso te da también ideas de cómo y si entras a un recreo, o a un respeto que le llamamos, un intermedio de 15, 20 minutos y te quedas por ahí clandestina escuchando conversaciones de jóvenes de 14 a 16 años

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:17 [De doce a catorce o más.] (48:48) (Super)**

Codes: [IRSTA] [IRSTEC]

No memos

De doce a catorce o más.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:70 [Y eso será alrededor de los ca..] (181:181) (Super)**

Codes: [IRSTA]

No memos

Y eso será alrededor de los catorce, quince, dieciséis

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:115 [Por la cantidad de embarazo si..] (311:311) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IRSTA] [IRSTEC]

No memos

Por la cantidad de embarazo si porque la mayoría están entre los 13 a los 19 años [R.GFM163]

## Anexo 59. Citas código IRSTE

13 quotation(s) for code:

IRSTE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-24 10:43:59

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:22 [los muchachos que conozco han ..] (39:39) (Super)**

Codes: [IRSTE]

No memos

los muchachos que conozco han perdido su o han tenido su primera relación sexual a los 12 ó 14 años.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:74 [la mujer aquí tiene esa concep..] (111:111) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IRSTE] [IRSTEC] [MEXC] [MEXS] [RSFPE]

No memos

la mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no tos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:100 [es más frecuente en varones, v..] (203:203) (Super)**

Codes: [IRSTE]

No memos

es más frecuente en varones, verdad, que tengan una relación sexual precoz, doce años de edad, trece años, catorce

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:193 [í, es un hecho inevitable. Se ..] (522:522) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

í, es un **hecho** inevitable. Se ha propagado las relaciones sexuales a corta edad, a los doce años. Ya los jovencitos ya anda teniendo relaciones con doce o trece años, ya andan teniendo relaciones con sus novias.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:195 [Casi siempre el niño es mayor] (524:524) (Super)**

Codes: [IRSTE]

No memos

Casi siempre el niño es mayor

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]

No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón...entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce

años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:199 [el varón también puede mostrar..] (528:528) (Super)**

Codes: [IDMF] [IRSTE]

No memos

el varón también puede mostrar su sexualidad, enamorando a las muchachas, toqueteándolas, ya toqueteándole el bracito, ¿ya? toqueteándole la piernita se va calentando y cuando miremos esto ya se ha convertido en ya, un sexo como tal. Entonces tiene que ver mucho con los valores que se le han inculcado a los hijos y como que vamos perdiéndolos, a veces es bueno ganar comunicación, pero ganar comunicación no es perder valores y muchos nos equivocamos, muchos nos equivocamos, creemos que porque nuestros padres a lo mejor nos hablan, creemos que nos están incitando a hacerlo.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:67 [Doce años y ya han tenido rela..] (177:177) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

Doce años y ya han tenido relaciones,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:69 [las amistades, las malas amist..] (180:180) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IRSTE]

No memos

las amistades, las malas amistades, y comienzan en cuanto ellos ya se sienten hombreritos, y tienen oportunidad. [R.GFE76]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:71 [De los doce en adelante] (182:182) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

De los doce en adelante

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:80 [ahora, la relación de salir a ..] (199:199) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC] [RSFPNE]

No memos

ahora, la relación de salir a una fiesta, la mujer y el varón nos vamos a la fiesta y tuvimos relaciones sexuales, se salen de las fiestas, a las aceras, a los baños de la discoteca, [R.GFE93]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:82 [En la mayoría de los casos sue..] (201:201) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC] [RSFPNE]

No memos

En la mayoría de los casos suelen ser relaciones sexuales tempranas, pero también está relacionado con relación esporádica

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:116 [a los 12 ya comienzan a tener ..] (312:312) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

a los 12 ya comienzan a tener relaciones sexuales [R.GFM164]

## Anexo 60. Citas código IRSTEC

26 quotation(s) for code:

IRSTEC

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-24 10:42:46

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:64 [estas bombardeado todo el tiem..] (99:99) (Super)**

Codes: [IRSTEC]

No memos

estas bombardeado todo el tiempo a que te estén impulsando a tener relaciones temprana

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:65 [comunidades campesinas, no de ..] (99:99) (Super)**

Codes: [DPRU] [IRSTEC]

No memos

comunidades campesinas, no de aquí, de Juigalpa, sino de más adentro, en el lado de ,Muan, como es que se llama aquí del, del Rama, esa vez, este, yo miraba de que es cultura de ellos, agarraban a las niñas de 13 años,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:73 [Te estoy hablando de muchachas..] (107:107) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

Te estoy hablando de muchachas de 15 años que han venido con sus niños chineándolos verdad! Y apenas tienen 15 años, estos son niños criando niños y entonces es ahí donde se rompe esa secuencia de esa información

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:74 [la mujer aquí tiene esa concep..] (111:111) (Super)**

Codes: [IDMG] [IRSTE] [IRSTEC] [MEXC] [MEXS] [RSFPE]

No memos

la mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no tos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:142 [la cantidad de jóvenes que ten..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC]

No memos

la cantidad de jóvenes que tengan ya relaciones a temprana edad pero lo planteamos, intuimos que sí, por la cantidad de embarazadas que hay a temprana edad. Y en la comisaría de la mujer, manejan unos datos que no son abarcadores pero sí afloran esa cantidad de casos que hay de embarazadas, entonces, 13 años, 14 años, 15 años.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:148 [Hay juegos, ya estamos habland..] (408:408) (Super)**

Codes: [IRSTEC]

No memos

Hay juegos, ya estamos hablando de chicas de 13, 14 años con juegos ya

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:193 [í, es un hecho inevitable. Se ..] (522:522) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

í, es un **hecho** inevitable. Se ha propagado las relaciones sexuales a corta edad, a los doce años. Ya los jovencitos ya anda teniendo relaciones con doce o trece años, ya andan teniendo relaciones con sus novias.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:194 [Las niñas más jóvenes, niñas d..] (524:524) (Super)**

Codes: [IRSTEC]

No memos

Las niñas más jóvenes, niñas de doce años

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]

No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón... entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:197 [para mí que tiene que ver much..] (528:528) (Super)**

Codes: [IDMF] [IRSTEC] [MEXF] [RSEPNE]

No memos

para mí que tiene que ver mucho el medio en su hogar. A veces su madre, su padre, cómo ha visto, fíjate que, por eso a veces, considero de que la relación sexual no puede ser tan abierta, hay padres y madres que no les importa que sus hijos los vean haciendo el sexo, ellos dicen que eso es normal, o que los vean desnudos, eso es normal. Entonces la niña se va creando con esa formación, que es normal desnudarse o tener una relación con alguien y al día siguiente qué bien, mañana no te conozco,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:15 [me quedé asustada una niña de ..] (42:42) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IRSTEC] [PVSSNL]

No memos

me quedé asustada una niña de doce años, embarazada. Pregunto, ¿Hasta dónde el Ministerio de Salud investigaron como fue ese embarazo? Normal, un joven como de catorce años la embarazó, catorce o quince años, entonces ella está embarazada, normal. Para convencerla, porque la quería ver, subimos hasta la casa porque fue una de las Colonias y la mamá normal, dice eso es normal ya que va a tener a su marido, pues ya que lo tuvo temprano, cuanto más temprano mejor, ya se sabes de tus tareas. Entonces, esas son partes de las costumbres y creencias de nuestras gentes en algunas comunidades. Lógicamente, el embarazo en adolescentes, los jóvenes a temprana edad, están teniendo relaciones sexuales y no están haciendo uso del preservativo. Digamos los embarazos de quince, de catorce, de doce a diecinueve, de doce a diecinueve. Y cada día miro en las estadísticas y reportes, que estamos realizando los registros, cada día hay un aumento. Y en realidad nos preguntamos el porqué. Si el Ministerio de Educación da salud sexual reproductiva a estos jóvenes, de la edad de tercero y cuarto grado que empiezan a dar, sin embargo las jóvenes, tenemos más compañeros, se embarazan.



**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:17 [De doce a catorce o más.] (48:48) (Super)**

Codes: [IRSTA] [IRSTEC]

No memos

De doce a catorce o más.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:18 [favorece el hecho de que estén..] (58:58) (Super)**

Codes: [IRSTEC]

No memos

favorece el hecho de que estén en contacto con otras sustancias, por ejemplo con el alcohol, porque ya los chavalos con doce o trece años están con el cubata, con cerveza, cigarros, y cuando ya están bajo los efectos del alcohol, la situación cambia. Entonces eso incentiva también a mantener una relación más abierta

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:67 [Doce años y ya han tenido rela..] (177:177) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

Doce años y ya han tenido relaciones,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:68 [Hablamos de que habíamos tomad..] (179:179) (Super)**

Codes: [EEIG] [IRSTEC]

No memos

Hablamos de que habíamos tomado la equidad de género de manera equivocada, las niñas están comenzadas antes, conozco niñas de once años que ya han tenido relaciones con hombres mayores, [R.GFE79]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:71 [De los doce en adelante] (182:182) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

De los doce en adelante

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:72 [tengo varios amigos que se han..] (183:183) (Super)**

Codes: [IRSTEC]

No memos

tengo varios amigos que se han casado con jóvenes de quince años ya, casados con niñas, son niñas de quince años y casados, porque tuvieron que ver con esas menores de edad y ellas mayores, [R.GFE79]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:78 [las niñas que andan buscando v..] (195:195) (Super)**

Codes: [IRSTEC]

No memos

las niñas que andan buscando varón, ahora son las muchachas las que enamoran, porque son ellas las que se están chafando,, las que se están enamorando, además es que quieren tener esas relaciones sin ningún tipo de protección, no es porque no se les haya informado, si no porque ellas quieren así, eh, este como dice el, ponen .....caritas a lo más guapos, y ahora ha empezado una moda,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:79 [Circulo vicioso.....y voy a hac..] (198:198) (Super)**

Codes: [IRSTEC]

No memos

Circulo vicioso .....y voy a hacer lo que hace la mayoría....no tienen esa conciencia, [R.GFE92]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:80 [ahora, la relación de salir a ..] (199:199) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC] [RSFPNE]

No memos

ahora, la relación de salir a una fiesta, la mujer y el varón nos vamos a la fiesta y tuvimos relaciones sexuales, se salen de las fiestas, a las aceras, a los baños de la discoteca, [R.GFE93]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:82 [En la mayoría de los casos sue..] (201:201) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC] [RSFPNE]

No memos

En la mayoría de los casos suelen ser relaciones sexuales tempranas, pero también está relacionado con relación esporádica

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:115 [Por la cantidad de embarazo si..] (311:311) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IRSTA] [IRSTEC]

No memos

Por la cantidad de embarazo si porque la mayoría están entre los 13 a los 19 años [R.GFM163]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:116 [a los 12 ya comienzan a tener ..] (312:312) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC]

No memos

a los 12 ya comienzan a tener relaciones sexuales [R.GFM164]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:118 [si la muchacha es muy joven el..] (321:321) (Super)**

Codes: [ABPM] [IRSTEC] [SRPI]

No memos

si la muchacha es muy joven el varón es ya mayor suelen de que por el pretexto de que a el condón que puede prevenir hasta un embarazo una enfermedad hay no, no suele lo mismo mejor no y alo mejor no son estable y de ahí puede venir y en veces entre los dos experimentan entre los dos y les gusta sin protección viene la segunda por el miedo especialmente de la mujer se le dicen que se protejan lo hacen y entonces prueban u no les gusta entonces mejor se regresan a tener relación sin protección. [R.GFM167]

## Anexo 61. Citas código MEXC

19 quotation(s) for code:

MEXC

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 13:18:00

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:12 [Claro que sí, hay una gran dif..] (27:27) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS]

No memos

Claro que sí, hay una gran diferencia. Las mujeres Chontaleñas y Juigalpinas por excelencia, son súper más reservadas sólo para el hecho de tener relaciones, el hombre no, el chavalito anda buscando con mujeres, sabe que puede contraer, lo sabe y puede estar claro de eso, pero su meta es tener relaciones con mujeres y va a seguir ahí, y si no lo puede con ella va a intentarlo con otra, y aunque pueda con ella va a intentarlo con otra. Mientras que las mujeres no, es lo que te digo la parte machista influye mucho, es la parte cultural, las mujeres son, por la misma fuerza de la familia o inducción de la familia en que no lo debe hacer. En fregadera andábamos con un grupo de chavalitos aquí, y uno de ellos que es bien loco decía "tenemos un índice muy alto de virginidad en la universidad, hay que acabar con esto, no puede ser que en la universidad haya tantas vírgenes". Y él lo hizo en broma pero realmente sí porque aquí todavía te encuentras muchas muchachas vírgenes, llegan a la universidad siendo vírgenes y aquí las agarran y un poco además de excelencia y bla bla, y pasan cosas. Ahora lo mismo, las muchachas que se mantienen vírgenes hasta cierto tiempo son las que menos saben lo que va a pasar, de lo que va a suceder, las que son vírgenes ni siquiera se lo dicen a sus amigas, porque es complicado hablar de eso, llegan, tienen relaciones con alguien, no se protegen y luego esa persona no sabe con cuántas ha tenido relaciones, con cuántas ni cómo. La diferencia es muy abismal, la forma en que la mujer mira el acto sexual es hacer el amor, la forma en la que lo mira el hombre, hablo en su mayoría verdad, no en su totalidad, la manera en la que la mira el hombre "es un trofeo más", un punto más a favor, al menos que realmente sucediera el hecho de enamorarse o querer estar con alguien

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:66 [después a los veinte años, ya ..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS]

No memos

después a los veinte años, ya la mujer, ya esta vieja, ya no sirve para él, ahí hay una diversidad en la manera en como nosotros entendemos la sexualidad como tal o el inicio de las relaciones sexuales

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:69 [el caso de los hombres es un p..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS] [PVSICS] [SRPFI]

No memos

el caso de los hombres es un poco diferente, aquí el hombre que... que tiene más mujeres es más hombre, mientras que la mujer, si tiene más hombres, es otra cosa, es una prostitutas, o es una cualquiera pues, o sea que anda con cualquiera, es la fácil. Si, si pero como la sociedad de nosotros es más machista, es más marcada y no los haces cambiar de idea, al hombre que piensa así, muy difícilmente lo haces cambiar de idea y entonces por eso yo considero que es muy importante que se hable de estos temas

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:74 [la mujer aquí tiene esa concep..] (111:111) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IRSTE] [IRSTEC] [MEXC] [MEXS] [RSFPE]

No memos

la mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no todos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:75 [debe haber una gran mayoría ob..] (115:115) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMGI] [MEXC] [MEXS]

No memos

debe haber una gran mayoría obviamente que usan protección pero lo ven más desde el punto de vista de evitar el embarazo en lugar de protegerse de tal enfermedad, no en si voy a usar un preservativo por, no valla ser que me de algo, a? sino que voy a usar el preservativo para no dejar a esta chavala embarazada, o la chavala: - ponete el condón que no quiero quedar embarazada.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:92 [i el grado cultural defecto qu..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS]

No memos

i el grado cultural **defecto** que tiene esta población baja hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alta el machismo es alto en esta población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:102 [el sexo masculino ha dicho que..] (211:211) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [RSEPNE] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el sexo masculino ha dicho que la mujer que quiera con ellos sexo, pero así tan rápidamente poder decir **fluidemente**, yo soy hombre, entonces el machismo viene **presentándose**,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:130 [Que las personas que habitan e..] (383:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [MEXC] [PVSICS]

No memos

Que las personas que habitan en la ciudad o tienen un pariente en el campo o emigraron en algún momento de su vida del campo a la ciudad. ¿Eso qué significa? Que información o datos sobre enfermedades son demasiado nuevos para nosotros, como es el VIH. Entonces, ¿cuál es la estructura en el campo? En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual. Entonces qué pasa, se traslada esa información cultural del campo a la ciudad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:133 [esa información cultural del c..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDME] [IDMF] [MEXC] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:149 [no se establece ningún tipo de..] (408:408) (Super)**

Codes: [DPRU] [IRSTA] [MEXC] [RSEPNE]

No memos

no se establece ningún tipo de relación estable entre la otra persona y es mucho más preocupante porque significa que nos atrevemos a pronosticar, significa que esta joven que tiene 15, 14 años cuando tenga 20, cuántas relaciones y con cuántos mantendrá y que conste a veces se tiene como clasificado, ah! es que las niñas de los sectores pobres, de la periferia de la ciudad son las que inician a más temprana edad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:185 [No vamos a poder disfrutar de ..] (504:504) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [MEXF] [MEXS]

No memos

No vamos **a poder disfrutar** de las relaciones sexuales, tanto sanamente, emocionalmente y satisfactoriamente. Considero que esto va, va bien delgadito fijate. ¿Cuántas mujeres a mi edad, mayores que yo tienen sexo? Como dice la palabra sexo pero no hay aquel placer sexual. ¿Por qué? Porque les falta hablar con sus parejas abiertamente sobre el sexo, sobre cómo le gusta, sobre qué le gusta y qué no le gusta. Entonces, un amor se limita, se mide a solamente lo que el hombre dice y ella se **limita** en no sentir ningún tipo de placer. **Más que el sexo que utilizar** por el individuo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:191 [le empezaron a desprestigiar y..] (520:520) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [MEXS]

No memos

le empezaron a desprestigiar y dejó a la mujer. No lo asumimos como aquel hombre de este hombre que,

será la inclinación que tendía, **de disfrutarla...** y tiene derecho a hacer de su vida lo que más le plazca.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:61 [el padre de familia se preocup..] (167:167) (Super)**

Codes: [EPF] [MEXC] [MEXF]

No memos

el padre de familia se preocupe y cuide de las amistades que tiene, que muchas veces las amistades importan...ahora lo miran la virginidad lo miran como algo que hay que perderlo lo más pronto posible.

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:83 [o sea las que andan en la fies..] (203:203) (Super)**

Codes: [MEXC] [RSFPNE]

No memos

o sea las que andan en la fiesta, y encuentran algún hombre, y tienen algo y "follaran" hoy

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:84 [digamos extrovertida] (204:204) (Super)**

Codes: [MEXC]

No memos

digamos extrovertida

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:85 [algunas saben a lo que van y o..] (205:205) (Super)**

Codes: [MEXC]

No memos

algunas saben a lo que van y otras no, y las que saben a lo que van,

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:86 [Es que ahora se han cambiado l..] (206:206) (Super)**

Codes: [MEXC]

No memos

Es que ahora se han cambiado los roles bastante, porque antes éramos los varones que nos hacíamos un grupito, mira, yo con este, yo con esta, vamos... vamos mitad y mitad, ahora son ellas, mira este me gusta, ahora cambiaron los roles totalmente [R.GFE100]

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:133 [si pero no para evitarlo si no..] (369:369) (Super)**

Codes: [EFISU] [MEXC]

No memos

si pero no para evitarlo si no para hacernos conciencia a nosotros mismo de que esto es algo que estamos viviendo día a día no lo podemos dejar atrás pero especialmente en los varones que son mas rudos machistas hacer conciencia en ellos que vayan viendo que va a ver un momento de que talvez les va pasar y no van a querer que otra persona que no sepan de esa información les hagan lo mismo que ellos están haciendo con otras personas entonces para mi estaría bien [R.GFM187]

## Anexo 62. Citas código MEXF

16 quotation(s) for code:

**MEXF**

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 12:38:46

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:62 [mi familia igual me criaron de..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF] [PVSIE]

No memos

mi familia igual me criaron de esa manera ya, que si tenes un novio, que si tenes otro novio, pero nada de relaciones que eso es hasta el matrimonio, entonces, te crían de una manera pero vos vas aprendiendo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:68 [lo que te dice tu madre, andas..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF]

No memos

lo que te dice tu madre, andas con uno, andas con otro, andas jugado de segua, o sea que una mano paso sobre vos, otra mano paso sobre vos y eso tiene que ver sobre los valores que tu familia te inculca, pero si tu familia no te inculca eso y vos te dejás influenciar por el resto del mundo, vos vas a hacer lo que el resto del mundo hace y en ese sentido, pues, las mujeres más que todo, cometemos el error, hee, de a lo mejor andar o tener relaciones sexuales

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:78 [en el caso del hombre, el homb..] (123:123) (Super)**

Codes: [MEXF] [SRPAS] [SRPFI]

No memos

en el caso del hombre, el hombre te dice no! Que no quiere usar preservativo, pero, eso es de las mujeres verdad? que ya realmente están informada entonces que es lo que te dice el hombre, -¡es que con condón no siento nada!, y entonces vos te quedas ahí, como no siente nada, -¡dale pues y accedes a tener una relación sexual sin preservativo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:92 [i el grado cultural defecto qu..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS]

No memos

i el grado cultural **defecto** que tiene esta población baja hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alta el machismo es alto en esta población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:96 [Eso que usted plantea de los P..] (178:178) (Super)**

Codes: [ASRPDA] [EPF] [IDMF] [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

Eso que usted plantea de los Padres es bueno porque los Padres en cierta **forma, hay familias** enteras que el Padre no recibe amor, la Madre nunca recibió amor y cuando nace en sus hijos nacen **nothing** y cuando el hijo le da el primer beso a la Madre ella se siente incómoda porque fue un hombre el que le dio un beso pero lo miran desde el punto de vista del sexo masculino y femenino o sea cómo voy a permitir que un hombre me dé un beso si sólo mi marido me puede dar un beso pero sí lo mira desde el punto de vista del nacimiento del que es su hijo le está dando un beso con amor afecto y cariño entonces el afecto es diferente entonces ya tienen que comprender los Padres de familia actualmente que todo lo que los niños pregunten no preguntan por hacer daño si no porque quieren saber entonces los Padres se están dando cuenta en estos momentos como ellos fueron criados de otra forma en la actualidad los Padres tienen que darse cuenta o se están dando cuenta que preguntas por los niños sobre este tema no es ningún daño más bien están alimentando a ellos a investigar y a preguntar como Padre de familia **dentro** del grupo de Padres de familia y así poder darle cuenta a sus hijos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:97 [Se está empezando un poco pero..] (187:187) (Super)**

Codes: [IDME] [MEXF] [PVSIE]

No memos

Se está empezando un poco pero todavía no, todavía no **hay imagen de pago** o sea nosotros cada vez somos más abiertos en ese lenguaje con nuestros hijos pero la población que no está en este campo e inclusive en este campo hay Padres que no toman el aspecto sexo, entonces lo hijos se dan cuenta por la misma población o por la situación de salud que vive o por los pacientes que mueren en este ramo o por las mismas enfermedades que se **procesan en las** clases entonces ellos están dando cuenta del reciclaje.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:146 [Lo que está pasando es que las..] (404:404) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF]

No memos

Lo que está pasando es que las mujeres siguen funcionando bastante en el campo laboral, informal o formal, pero siguen funcionando y por muchas dificultades que tengamos económicas en nuestro país, por mucha crisis que haya, pero la mujer está progresando, ya sea de manera eventual, de tres, cuatro, cinco meses consigue algún tipo de ingreso, y eso que te indica, que también puedo ir a un restaurante, que puedo ir a un lugar recreativo, puedo tomarme un par de cervezas y no necesito del hombre que me pague la cuenta, al no necesitar del hombre que me pague la cuenta entonces estoy colocándome en el mismo nivel que el aunque para mí eso es un autoengaño, pero esto implica también que en alguna medida, y yo me atrevo a manejar, mal manejado, está tomando la iniciativa en el campo sexual también. Tomar la iniciativa para ellas es, bueno no vamos a usar preservativo porque yo no quiero usarlo, entonces estoy condicionando la relación, está mal manejado, a mí no me parece, ¿por qué las mujeres jóvenes, nuestras mujeres jóvenes están actuando así? A lo mejor una crisis que estamos atravesando como sociedad larga, la mujer también acosa, nuestras jóvenes acosan ya, en muchas ocasiones he buscado a las muchachas en las aulas de clase, **a veces tenemos que cuidar más** a los varones a los jovencitos y a las jovencitas, la mujer está tomando la iniciativa, vamos yo pago, ¿de dónde obtiene esos ingresos? Algunas veces como te repito son de esos empleos en lo cual las empresas privadas están empleando mucho a las jóvenes que les llaman impulsadoras de productos, esto implica un ingreso temporal, pero eso también las hace sentir también, entrecomillado, que las hace tomar decisiones o tomar iniciativas, así está sucediendo, está sucediendo, mal conducido, mal manejado, pero está pasando, inclusive el de embarazarse no lo están tomando como algo que requiera preocupación, me embarace y ya estoy embarazada, como quien dice me puse hoy un cartón nuevo y ya, es decir, la magnitud de esa situación no la ven, pero yo vuelvo a insistir, ¿qué está pasando en los hogares? Hay un porcentaje de hogares, se dice la última estadística que se hizo a nivel nacional, que de cada diez hogares, seis hogares eran mantenidos económicamente por mujeres y dirigidos por mujeres. ¿Cómo está, qué rol está jugando el hombre en los hogares? ¿Tenemos padres en los hogares? La estadística dice que solo cuatro padres hay de cada diez hogares, el resto son mujeres, a lo mejor eso tendría que ver es posible, y esa imagen, la madre adulta le está transmitiendo a su hija adolescente,... podría ser.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:185 [No vamos a poder disfrutar de ..] (504:504) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [MEXF] [MEXS]

No memos

No vamos **a poder disfrutar** de las relaciones sexuales, tanto sanamente, emocionalmente y satisfactoriamente. Considero que esto va, va bien delgadito fíjate. ¿Cuántas mujeres a mi edad, mayores que yo tienen sexo? Como dice la palabra sexo pero no hay aquel placer sexual. ¿Por qué? Porque les falta hablar con sus parejas abiertamente sobre el sexo, sobre cómo le gusta, sobre qué le gusta y qué no le gusta. Entonces, un amor se limita, se mide a solamente lo que el hombre dice y ella se **limita** en no sentir ningún tipo de placer. **Más que el sexo que utilizar** por el individuo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:189 [Te digo que yo me he quedado t..] (511:512) (Super)**

Codes: [ABPM] [EPF] [IDMF] [IDRF] [MEXF]

No memos

Te digo que yo me he quedado todavía con esa, esa... Incógnita. ¿es bueno o no es bueno hablar del sexo? A mí me sirvió el que no me hayan hablado pero ahorita siento que yo les he hablado a mis hijos y mira, ya me hizo abuela el bandido- **ríe**- ya me hizo abuela.

Hay otras familias que he escuchado que no les hablan para nada a los hijos de sexo y te digo que no les hablan de nada porque cuando tu le tocas eso se ponen rojos, rojos, rojos, y te cambian completamente de tema. Ay qué vulgar el sexo, te dicen porque eso es tan vulgar, y te estoy hablando de la misma familia, que son hijos de mi madre, imagínate, tienen ese gran tabú, que no les hablan a los hijos de sexo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:197 [para mí que tiene que ver much..] (528:528) (Super)**

Codes: [IDMF] [IRSTEC] [MEXF] [RSEPNE]

No memos

para mí que tiene que ver mucho el medio en su hogar. A veces su madre, su padre, cómo ha visto, fíjate



que, por eso a veces, considero de que la relación sexual no puede ser tan abierta, hay padres y madres que no les importa que sus hijos los vean haciendo el sexo, ellos dicen que eso es normal, o que los vean desnudos, eso es normal. Entonces la niña se va creando con esa formación, que es normal desnudarse o tener una relación con alguien y al día siguiente qué bien, mañana no te conozco,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:212 [la mujer, es más responsable e..] (546:546) (Super)**

Codes: [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

la mujer, es más responsable en ese aspecto porque hoy por hoy, recuerda que son a la que nos toca llevar al bebé en nuestro vientre y mantenerlo por la grande irresponsabilidad del hombre, ¿verdad? hoy por hoy. Por tanto asumimos cierto grado de responsabilidad a la hora de tener un acto sexual, pero aún así, mira cuántas madres solteras tenemos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:26 [Si estamos con adolescentes, l..] (93:93) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF] [SRPP]

No memos

Si estamos con adolescentes, lo primero es el miedo de que si mi mamá me descubre que estoy usando un método, me va a regañar, me va a tratar mal, me va a sacar de clase. Entonces, no usan o si no le bajan la menstruación, lo primero que le preguntan es ¿por qué? Porque hay madres que están pendientes de sus hijas. Entonces, algo que influyan que no han de hacer, pues no lo usan, para que no la descubran.

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:61 [el padre de familia se preocup..] (167:167) (Super)**

Codes: [EPF] [MEXC] [MEXF]

No memos

el padre de familia se preocupe y cuide de las amistades que tiene, que muchas veces las amistades importan, ahora lo miran la virginidad lo miran como algo que hay que perderlo lo más pronto posible.

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:123 [Tal vez no queda embarazada po..] (331:331) (Super)**

Codes: [ABPM] [MEXF]

No memos

Tal vez no queda embarazada por el tipo de familia en que venga si sus padres si el padre es muy estricto que sea el hijo es mas este es mas aventado o tiene demasiada libertad entonces el hace lo que el quiere para retar a sus padres entonces ya les dicen los papas de que si salen embarazadas este la mayoría aquí hacen de que por parte de los padres verdad le dice que se vaya de la casa que si ya tiene pues alguien que responda por ella entonces creo que es por eso solo son conciente de que no vayan a salir embarazada ese es su miedo

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:127 [son las mujeres las que buscan..] (340:340) (Super)**

Codes: [MEXF] [SRPFI]

No memos

son las mujeres las que buscan salirse del dominio de sus padres para irse con el novio o la persona que están teniendo relaciones sexuales [R.GFM176]



## Anexo 63. Citas código MEXS

17 quotation(s) for code:

**MEXS**

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-23 09:15:54

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:12 [Claro que sí, hay una gran dif..] (27:27) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS]

No memos

Claro que sí, hay una gran diferencia. Las mujeres Chontaleñas y Juigalpinas por excelencia, son súper más reservadas sólo para el hecho de tener relaciones, el hombre no, el chavalo anda buscando con mujeres, sabe que puede contraer, lo sabe y puede estar claro de eso, pero su meta es tener relaciones con mujeres y va a seguir ahí, y si no lo puede con ella va a intentarlo con otra, y aunque pueda con ella va a intentarlo con otra. Mientras que las mujeres no, es lo que te digo la parte machista influye mucho, es la parte cultural, las mujeres son, por la misma fuerza de la familia o inducción de la familia en que no lo debe hacer. En fregadera andábamos con un grupo de chavalos aquí, y uno de ellos que es bien loco decía “tenemos un índice muy alto de virginidad en la universidad, hay que acabar con esto, no puede ser que en la universidad haya tantas vírgenes”. Y él lo hizo en broma pero realmente sí porque aquí todavía te encuentras muchas muchachas vírgenes, llegan a la universidad siendo vírgenes y aquí las agarran y un poco además de excelencia y bla bla, y pasan cosas. Ahora lo mismo, las muchachas que se mantienen vírgenes hasta cierto tiempo son las que menos saben lo que va a pasar, de lo que va a suceder, las que son vírgenes ni siquiera se lo dicen a sus amigas, porque es complicado hablar de eso, llegan, tienen relaciones con alguien, no se protegen y luego esa persona no sabe con cuántas ha tenido relaciones, con cuántas ni cómo. La diferencia es muy abismal, la forma en que la mujer mira el acto sexual es hacer el amor, la forma en la que lo mira el hombre, hablo en su mayoría verdad, no en su totalidad, la manera en la que la mira el hombre “es un trofeo más”, un punto más a favor, al menos que realmente sucediera el hecho de enamorarse o querer estar con alguien

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:14 [yo siempre he dicho que es más..] (27:27) (Super)**

Codes: [MEXS]

No memos

yo siempre he dicho que es más propenso que un chavalo menor de 25 años contraiga VIH que alguien mayor a esa edad, es algo que lo he evaluado, estadísticamente pues no sé cómo estamos, no he visto los últimos estudios de MINSA ni nada por el estilo, pero sí siempre he mantenido el hecho de contraer VIH o cualquier otra ETS es más propensa en los jóvenes porque somos más irresponsables para tener relaciones.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:59 [en nuestra cultura, anteriorme..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

en nuestra cultura, anteriormente verdad, si tu tenías un novio, es un novio de mano sudada, como quien dice verdad! Es un novio que vos salís con él, que vos, hee..., que agarrados de la mano y todo eso, eso era antes tener un novio y que no implicaba la relación sexual porque dentro de la parte, incluso, heee..., religiosa, ha tenido bastante influencia

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:61 [os medios de comunicación, las..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

os medios de comunicación, las telenovelas, osea, ya se da un cambio en esa percepción de las relaciones amorosas en sí, pues, y de que si pues, ya tener novio conlleva a tener relaciones sexuales y eso es un cambio

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:63 [te las tiran tus mismos amigos..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXS]

No memos

te las tiran tus mismos amigos, o sea, en sí, toda esa información, toda esas nuevas tendencias te las tiran tus amigos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:66 [después a los veinte años, ya ..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS]

No memos

después a los veinte años, ya la mujer, ya esta vieja, ya no sirve para él, ahí hay una diversidad en la manera en como nosotros entendemos la sexualidad como tal o el inicio de las relaciones sexuales

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:69 [el caso de los hombres es un p..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS] [PVSICS] [SRPFI]

No memos

el caso de los hombres es un poco diferente, aquí el hombre que..., que tiene más mujeres es más hombre, mientras que la mujer, si tiene más hombres, es otra cosa, es una prostitutas, o es una cualquiera pues, o sea que anda con cualquiera, es la fácil. ? Si, si pero como la sociedad de nosotros es mas machista, es más marcada y no los haces cambiar de idea, al hombre que piensa así, muy difícilmente lo haces cambiar de idea y entonces por eso yo considero que es muy importante que se hable de estos temas

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:74 [la mujer aquí tiene esa concep..] (111:111) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IRSTE] [IRSTEC] [MEXC] [MEXS] [RSFPE]

No memos

la mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no tos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:75 [debe haber una gran mayoría ob..] (115:115) (Super)**

Codes: [ABPM] [IDMGI] [MEXC] [MEXS]

No memos

debe haber una gran mayoría obviamente que usan proteccion pero lo ven mas desde el punto de vista de evitar el embarazo en lugar de protegerse de tal enfermedad, no en si voy a usar un preservativo por, no valla ser que me de algo, a? sino que voy a usar el preservativo para no dejar a esta chavala embarazada, o la chavala: - ponete el condón que no quiero quedar embarazada.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:92 [i el grado cultural defecto qu..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS]

No memos

i el grado cultural **defecto** que tiene esta población baja hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alta el machismo es alto en esta población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:106 [Que le choca el machismo treme..] (237:237) (Super)**

Codes: [MEXS]

No memos

**Que le choca el machismo** tremendo, es cierto,...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:164 [dentro de nuestra cultura mach..] (473:473) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXS] [PVSICS]

No memos

dentro de nuestra cultura machista, el chico, dice, bueno, vos me rechazás, lo voy a aceptar, y yo puedo buscarme otra, pero esa chica ..... pero viene otro detrás de vos, y ahora esa chica le sale con la misma respuesta que la anterior ya tenemos dos chicas jjejejejeje entonces en la medida que el encuentre obstáculos por cada chica que busque, entonces, el qué pasa aquí, yo tengo también que sensibilizarme,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:185 [No vamos a poder disfrutar de ..] (504:504) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [MEXF] [MEXS]

No memos

No vamos a **poder disfrutar** de las relaciones sexuales, tanto sanamente, emocionalmente y

satisfactoriamente. Considero que esto va, va bien delgadito fíjate. ¿Cuántas mujeres a mi edad, mayores que yo tienen sexo? Como dice la palabra sexo pero no hay aquel placer sexual. ¿Por qué? Porque les falta hablar con sus parejas abiertamente sobre el sexo, sobre cómo le gusta, sobre qué le gusta y qué no le gusta. Entonces, un amor se limita, se mide a solamente lo que el hombre dice y ella se **limita** en no sentir ningún tipo de placer. **Más que el sexo que utilizar** por el individuo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:191 [le empezaron a desprestigiar y..] (520:520) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [MEXS]

No memos

le empezaron a desprestigiar y dejó a la mujer. No lo asumimos como aquel hombre de este hombre que, será la inclinación que tendría, **de disfrutarla...** y tiene derecho a hacer de su vida lo que más le plazca.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:25 [como es mi única pareja, no te..] (91:91) (Super)**

Codes: [MEXS] [RSFPE] [SRPI]

No memos

como es mi única pareja, no tengo otra es la única, no voy a usar preservativo.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:52 [En las comarcas de las fiestas..] (163:163) (Super)**

Codes: [DPRU] [MEXS]

No memos

En las comarcas de las fiestas patronales... a las personas y ... con la misma ideología que tienen de machista, yo soy muy hombre, y cuantas más mujeres soy más hombre. [R.GFE62]

## Anexo 64. Citas código PELGI

9 quotation(s) for code:

PELGI

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-27 19:20:01

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:48 [si te encontrás con amigos que..] (72:72) (Super)**

Codes: [PELGI]

No memos

si te encontrás con amigos que tienen información igual o mejor que la tuya

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:154 [podría ser un ejercicio que te..] (422:422) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [PELGI]

No memos

podría ser un ejercicio que te puede llevar 4, 5, 6 horas un promedio, y luego captar un grupito muy pequeño y que ese grupito pequeño sea multiplicador de otro mismo y que al final puedas tener uno de 20, 25 que se puede lograr, se logra, pero es como un trabajito de hormiga, y que él pueda reclutar a otro compañero y un ambiente fuera del salón de clase.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:156 [se me ocurrió llevar dos cajas..] (429:429) (Super)**

Codes: [ABPM] [EIEF] [PELGI]

No memos

se me ocurrió llevar dos cajas de condones, el solo hecho de decirles el emplear el término condón causó una reacción increíble en la comunidad, y lleve un pene de madera y les dije que por favor, pero para que pudiera llegar a ese punto, a ese tema de conversación estuvimos dos horas, de pasivo, nos tomamos un fresquito y tratamos de crear a el clima trasteando, amigable y toqué el tema y causó una, una sensación de de preocupación de ver, que, que el solo hecho de ver el pene de madera puesto sobre la mesa y que yo iba a empezar a colocar un condón, un condón por el pene fue increíble. Lo que me encantó fue la reacción de mis estudiantes, porque ellos empezaron a entregar los condones y todo eso y una señora me dijo esto está prohibido por Dios, y me atreví, no sé si hice bien o no y le dije será que Dios quiere que nazcan cinco niños y que mueran de desnutrición o quizás se muera dentro de cinco o seis años por una enfermedad venérea o por el Sida.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:159 [Trabajo comunitario ligado al ..] (445:445) (Super)**

Codes: [PELGI]

No memos

Trabajo comunitario ligado al voluntariado, que pudiéramos identificar 5 o 6 jóvenes por sector y a manera desinteresada y este voluntariado juntado al trabajo comunitario estaría bien...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:165 [pero viene otro detrás de vos,..] (473:473) (Super)**

Codes: [PELGI] [RSIR]

No memos

pero viene otro detrás de vos, y ahora esa chica le sale con la misma respuesta que la anterior ya tenemos dos chicas jjejejejeje entonces en la medida que el encuentre obstáculos por cada chica que busque, entonces, el qué pasa aquí, yo tengo también que sensibilizarme

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:167 [reclutar jóvenes líderes, en e..] (475:475) (Super)**

Codes: [EIEF] [PELGI]

No memos

reclutar jóvenes líderes, en el aula de clase, siempre hay dos o tres jóvenes líderes, y vos sabes que eso del liderazgo es algo innato, es decir, no te voy a dar el título del líder, en el hogar, en la comunidad, en el centro de estudio, lograrán captar por ahí, haríamos, haríamos, haríamos bastante

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:176 [la comunidad lo tiene califica..] (487:487) (Super)**

Codes: [EISSI] [PELGI]

No memos

la comunidad lo tiene calificado al padre Enrique como un cura para jóvenes, porque los adultos no logran engancharse con ese entusiasmo, los jóvenes sí, entonces, cuando logras caracterizar a tres o cuatro curas con esa tendencia, ¿por qué no explotarlos también? y después del sermón del padre Enrique, hablar cinco cinco o seis minutos sobre condones y sobre problemas de vih te apuesto a que se logra, se puede y dentro de la iglesia y el cura se prestaría para ello, por supuesto, porque entonces el joven está alimentando su espíritu y también sus conocimientos sobre sexualidad y sobre salud, se puede, pero detectando este tipo de elementos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:217 [podríamos ayudar a muchas, si ..] (548:548) (Super)**

Codes: [PELGI]

No memos

podríamos ayudar a muchas, si contáramos con esa facilidad de conversar y de transmitir,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:29 [onsidero de que una campaña ma..] (104:104) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PELGI]

No memos

onsidero de que una campaña masiva. Lo que pasa es que en algún momento comenzamos en épocas puntuales. Por ejemplo el día mundial de lucha contra el SIDA. Entonces sería comenzar a hacer la huella del uso de... ya después. Luego vienen las fiestas patronales y vamos a hacer, vamos a hacer. Pero esto debería de hacerse de forma permanente. Ya aquí se han capacitado los grupos juveniles, en VIH para que ellos trabajen con otros grupos de jóvenes en otros sectores, parte de todo eso es hacer una campaña de información, educación y comunicación, el seguimiento, el monitoreo de actividades y talleres, y medir el impacto que tuvo la campaña y que es lo que no se hace. **El ver el impacto**

## Anexo 65. Citas código PLPEC

13 quotation(s) for code:

PLPEC

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-26 22:48:58

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:118 [todo paciente con vih ha sido ..] (307:308) (Super)**

Codes: [PLPEC]

No memos

todo paciente con vih **ha sido sancionado por mentir** porque no puede aplicar al resto **de la población, al mucho ejemplo hay, la ley que dice que no puedes, que no puedes hacer esto... Entonces quien tenga vih podrá contaminar a uno a otro. Si o no?**

... La ley que diga, es cierto que no puedes decir, pero sí que la gente diga: paciente como vih... Si se le investiga y se confirma que ella es culpable por contaminar al muchacho, es posible que el que le obliga a tener vih, es posible que por su mentira **ustedes sea** vih.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:119 [Pero aquel paciente que tiene ..] (316:318) (Super)**

Codes: [PLPEC]

No memos

Pero aquel paciente que tiene el virus, yo estoy de acuerdo que sí tiene el virus, concretamente tiene el vih y el es feliz y contento, pero se saben cuidar. **Si...** Magnífico, pero también use condón, **... Su condón, a protegerse y todo eso verdad? Y tampoco sin maniobras que obliguen a un daño en la mucosa, o tratamiento, o algo por el estilo, isotris.**

Pero hay personas, que tienen el pene así y no actúan desgraciadamente, no actuar con responsabilidad si no con irresponsabilidad.

Entonces ante esa situación, la ley no toma ninguna medida,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:121 [En otro caso, de otra paciente..] (324:327) (Super)**

Codes: [ABPM] [PLPEC] [SRPFI] [SRPI]

No memos

En otro caso, de otra paciente que sabe que tiene VIH, se le dice que tiene vih, no se quede embarazada, porque al tener vih en estos momentos están tratamientos que espere tres meses, bla bla bla. Y qué dice ...sexual, a los seis meses ya tiene su barriga, está embarazada de un Señor que **mide nuevo Toyota y la hernia digital.**

Y salí embarazada y usted cree que pudo coger con él? Entonces eso es una irresponsabilidad.

Independientemente de la relación sexual que **tengas se respeta, coje, oye y acéptalo**, pero que lo sepas que tiene VIH, que lo puedes transmitir a **otros... Cómo te metes?, cómo...**, pues todo lo que hemos hablado pero tiene que haber **una.. Que** osea, el mismo que sea portador sepa que tiene que **prevenir, o decir que el vih va y quien está** transmitiendo además de lo que algo tiene también, que generalmente se sabe que también hay personas que saben que lo tienen.

Y por cada vih cuántos contactos tiene? **No vamos a aprender**, por la vía ilegal y por la vía legal porque ya sabe que **enfermé por la vía y** no lo podemos detener, pero sí con la consejería y con la propaganda de planificación y enfermedades de transmisión sexual podemos detenerlo un poco, pero por la vía legal **es fácil. Tú que harías con todo esto?**

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:122 [Entonces es ahí donde podemos ..] (331:332) (Super)**

Codes: [PLPEC]

No memos

Entonces es ahí donde podemos decir, cuántas personas lo tienen que lo saben y lo van multiplicando, sabiendo que tienen que prevenirse, que tienen que protegerse y **sabiendo que tiene que ser honesto.** Entonces la deshonestidad aquellos pacientes que lo tienen nos da a nosotros aumentándola, la **morbilidad** nos está aumentándola mortalidad y nos están vendiendo embarazo con niños con vih

portador ..... porque la mortalidad infantil se nos va a dar ..... vamos estamos bien , pacientes que salen embarazadas con VIH con niños que son portadores ya y que en última instancia esa niña o niño se nos va morir y la mortalidad se nos va a aumentar además de de la infección..... Y todo eso es vih, en ese aspecto.

La ilegalidad tal vez no, tiene que estar que no se hayan dado cuenta que tienen **vih por sexo** y nosotros tampoco sabemos, pero las que ya saben, a eso yo voy también, ¿creé usted que justo o que no es justo?

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:124 [el gobierno con una ley que ob..] (341:341) (Super)**

Codes: [PLPEC]

No memos

el gobierno con una ley que obligue a los exportadores no **seguir estableciéndose**, verdad, no sé cómo porque desde el punto de vista, bueno, jurídico estamos nosotros..... Pertenece a otro campo, bueno al final tiene concurrir algo, que es algo que a mí no me gusta, no me gusta, no es que no me gusta **tratar con él**, no no, tratamos **cada sexo** verdad, yo trato y le doy buena atención al paciente con vih, hombre o mujer, lo que no me gusta es la actitud del agente portador del vih que sabe que tiene vih y contamine a otro que no tiene nada.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:182 [Yo tuve cerca de mí a un joven..] (495:495) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSSNL] [SRPFI]

No memos

Yo tuve cerca de mí a un jovencito guapísimo y su pareja, su novia. Un joven que, quien iba a creer que iba a llegar a tener una enfermedad, le llaman Virus del Papiloma. Un muchacho de diecinueve años y cuando este muchacho, la mamá se da cuenta pon un grito al cielo y empiezan a hacer la cadena. "Cómo está esta situación". La novia de diecinueve años igual, pegada. Imagínate que eso te trae un cáncer, ¿ya? Y muchos pensamos del sida, sida, sida. Y esto un cáncer. La jovencita estaba ya con, creo que estaba con un MIA1. MIA1 y el muchacho también le tuvieron que hacer cirugía y no sé cuantas cosas. ....(min 5.28) . Se vio a tiempo, como dice la mamá, y dicen...se vio a tiempo y le detectaron a tiempo y tomaron el medicamento a tiempo. Porque si no imagínate, a cuántas muchachitas, este muchacho, contagió este virus. Porque ya no se le pidió haciendo cadena. Se le trató de crear conciencia para que él buscara a las muchachas con las que había tenido relaciones

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:223 [otra cosa es la forma es cómo ..] (565:565) (Super)**

Codes: [PLPEC]

No memos

otra cosa es la forma es cómo podemos atender a estas personas sida. Porque, ok, prevenimos. Pero ¿lo que no se pudo prevenir? Si ya está. ¿Cómo tratarlo? ¿Cómo hacer que aquella persona pueda disfrutar de mis mismos derechos? Y también de mis mismos deberes, como ciudadanos. Eso es importantísimo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:224 [se ha creado una ley prosida] (566:566) (Super)**

Codes: [PLPEC]

No memos

se ha creado una ley prosida

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:225 [ley prosida, donde se les dan ..] (566:566) (Super)**

Codes: [PLPEC]

No memos

ley prosida, donde se les dan muchos derechos y se les dan deberes también a las personas. El Gobierno ha asumido mucho, mucho, mucho este, compromiso con las personas con sida. Porque una cosa es tener el virus y otra cosa es manifestarlo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:228 [que me esté chequeando cada se..] (566:566) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PLPEC] [PVSSNL]

No memos

que me esté chequeando cada seis meses. Que esos chequeos sea gratuitos. Pero qué es lo que pasa, me da vergüenza. Me da pena ¿y si salgo pegada?

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:50 [tendríamos que hacer estudios ..] (160:160) (Super)**

Codes: [CCSFR] [PLPEC]

No memos

tendríamos que hacer estudios diarios, para poder saber cuáles son las cifras reales

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:104 [si es un problema porque tanto..] (253:253) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSSNL]

No memos

si es un problema porque tanto el hombre como la mujer si tienen vih lo que hacen es infectar a los otros para mi si es un problema porque tanto el hombre como la mujer lo que hacen si tienen el vih no se van a detener de tener relaciones sexuales mucho menos una persona que haya tenido que infectar a la otra persona que estemos sanos. ... [R.GFM142]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:105 [una falta de educacion a nosot..] (255:255) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSIE] [RSD]

No memos

una falta de educacion a nosotros mismos porque hay personas como dice ella por maldad lo acen sabiendo que estan infectados lo hacen no quieren morirce ellos solos porque aunque este hay tratamiento para el que pueda uno pueda durar mas tiempo siempre de todas formas todo mundo nos vamos a morir pero ellos se quieren morir asi pero asi empiesan y empiesan pero esto no es justo para las demas personas porque uno sin querer pues hace lo que se va hacer y no piensa que esa persona lo esta haciendo por maldad tambien porque aquí talvez no hablamos de eso por vergüenza porque hay personas que descriminan a los demas solo por tener algun tipo de enfermeda he osea ya no se le hacercan se pierden los amigos hasta los familiares cosas asi. [R.GFM143]



## Anexo 66. Citas código PVSICS

29 quotation(s) for code:

PVSICS

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-21 14:19:32

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:1 [el tema del VIH aunque ahora s..] (6:6) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

el tema del VIH aunque ahora se hable mucho más de él, se sepa más de él sigue siendo un tema con problemas culturales, todavía hay mucha gente que mira el VIH como algo de otro mundo, de otro planeta, y es complicado a veces hablar de eso

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:4 [Aquí en la universidad suelen ..] (7:7) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

Aquí en la universidad suelen hacer muchas veces exámenes del VIH y después saliera más de uno pálido esperando los resultados porque no saben qué le van a decir. El homosexualismo es algo que ha ido trayendo bastante auge, no sé qué palabra utilizar, en este último tiempo, y los muchachos después de que tienen relaciones, que han logrado tener relaciones homosexuales también han caminado preocupados por esto.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:7 [le echo la culpa a nuestra cul..] (15:15) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

le echo la culpa a nuestra cultura

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:10 [tú te acostumbras a algo, a ha..] (19:19) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

tú te acostumbras a algo, a hacer algo de manera continua, se vuelve una costumbre difícilmente la vas a cambiar.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:13 [yo siempre he dicho que es más..] (27:27) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

yo siempre he dicho que es más propenso que un chavalo menor de 25 años contraiga VIH que alguien mayor a esa edad, es algo que lo he evaluado, estadísticamente pues no sé cómo estamos, no he visto los últimos estudios de MINSA ni nada por el estilo, pero sí siempre he mantenido el hecho de contraer VIH o cualquier otra ETS es más propensa en los jóvenes porque somos más irresponsables para tener relaciones.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:52 [Y el problema cultural es enor..] (74:74) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

Y el problema cultural es enorme, estamos rechazados culturalmente para..., incluso tener relaciones con una chavala aquí tenés que hacer miles de maravillas para poderlo hacer, no podés ir y decirle "mirá quiero que tengamos relaciones", ya es para que te trate y jamás te vuelva a hablar en su vida. Hasta ese punto, pero pienso que si lo pudiéramos hablar más abiertamente pues las cosas se harían con mayor responsabilidad, no serían tan a la ligera o tan fugaces de que sólo pasan en el momento y ya no me importa nada más...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:57 [es un tema que no debería de g..] (99:99) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

es un tema que no debería de gastarse nunca, en primer lugar, debido a que el contexto en que nosotros estamos viviendo actualmente como jóvenes y todos los chavalos que vienen... estamos siendo influenciados por una cultura distinta en cuanto a la sexualidad,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:59 [en nuestra cultura, anteriorme..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

en nuestra cultura, anteriormente verdad, si tu tenías un novio, es un novio de mano sudada, como quien dice verdad! Es un novio que vos salís con él, que vos, hee..., que agarrados de la mano y todo eso, eso era antes tener un novio y que no implicaba la relación sexual porque dentro de la parte, incluso, heee..., religiosa, ha tenido bastante influencia

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:61 [os medios de comunicación, las..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

os medios de comunicación, las telenovelas, osea, ya se da un cambio en esa percepción de las relaciones amorosas en sí, pues, y de que si pues, ya tener novio conlleva a tener relaciones sexuales y eso es un cambio

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:69 [el caso de los hombres es un p..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS] [PVSICS] [SRPFI]

No memos

el caso de los hombres es un poco diferente, aquí el hombre que..., que tiene más mujeres es más hombre, mientras que la mujer, si tiene más hombres, es otra cosa, es una prostitutas, o es una cualquiera pues, o sea que anda con cualquiera, es la fácil.? Si, si pero como la sociedad de nosotros es mas machista, es más marcada y no los haces cambiar de idea, al hombre que piensa así, muy difícilmente lo haces cambiar de idea y entonces por eso yo considero que es muy importante que se hable de estos temas

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:71 [una mente un poco cerrada, Ver..] (107:107) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

una mente un poco cerrada, Vergüenza al hablar de estos temas y también un poco de restricción porque, tampoco del todo es que ha desaparecido verdad! La parte de que de, de muchas personas que te inculcan un poco de valores pues, morales, un poco más elevados que los demás, no se habla tampoco porque era lo que decía en la idea anterior, no está un ciclo de información completa

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:86 [es una enfermedad de salud púb..] (161:161) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSSNL]

No memos

es una enfermedad de salud pública pues se coge a toda la población y a todos los sectores sociales económico político económico y culturales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:90 [El vih sida para todos nosotros..] (167:167) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

El vih sida para todos nosotros es muy importante para todo los docentes en Chontales así como para todos los que trabajamos en salud y se ha llevado una capacitación en vih a nivel del hospital en FARES hemos dado conferencia sobre lo que es el virus, por qué razón no hemos encontrado cura y eso muchos estudiantes de FARES preguntan porque no hemos encontrado cura, bueno porque tiene una alta potencia mutajena y eso hace que un tratamiento no es para un no es para dos entonces hay muchas personas que han vivido más tiempo pero son por los antivirales que en la actualidad han atendido con más vida a los pacientes y también la alimentación **con que se le ha dado a los pacientes** ustedes porque saben que es una enfermedad inmunodeficiente que ataca todos los órganos del cuerpo y eso a nosotros en cierta medida **no** como país subdesarrollado si no tenemos los antivirales nuestra población se va morir poco a poco y si el vih ataca a la población joven y a población adulta, vejez ya no vamos a tener en Nicaragua.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIPE] [EPRIPS] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]  
No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:92 [i el grado cultural defecto qu..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS]  
No memos

i el grado cultural **defecto** que tiene esta población baja hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alto el machismo es alto en esta población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:94 [los arraigos del poder patriar..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDRE] [IDRF] [PVSICS] [PVSIE]  
No memos

los arraigos del poder patriarcal son enormes y no se pueden quitar de la noche a la mañana entonces la mujer a veces nos ha limitado desde los estudios de primaria secundaria a no hablar de sexualidad en los colegios hasta cuando ya entras en la universidad dependiendo de los algunos grupos como nosotros pues de enfermería que nos **abunda** plantear esta situación a los estudiantes y por eso desde el punto de vista de la metodología e investigación e investigación aplicada hemos realizado estudios de conocimientos y actitudes y **plástica, verdad, en** los estudiantes y encontramos nuevamente repito en un sector de los estudiantes de economía encontramos deficientes conocimientos del sexo y planificación familiar dentro de la universidad en los estudiantes de cuarto y quinto del departamento de ciencias económicas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:96 [Eso que usted plantea de los P..] (178:178) (Super)**

Codes: [ASRPDA] [EPF] [IDMF] [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]  
No memos

Eso que usted plantea de los Padres es bueno porque los Padres en cierta **forma, hay familias** enteras que el Padre no recibe amor, la Madre nunca recibió amor y cuando nace en sus hijos nacen **nothing** y cuando el hijo le da el primer beso a la Madre ella se siente incómoda porque fue un hombre el que le dio un beso pero lo miran desde el punto de vista del sexo masculino y femenino o sea cómo voy a permitir que un hombre me dé un beso si sólo mi marido me puede dar un beso pero sí lo mira desde el punto de vista del nacimiento del que es su hijo le está dando un beso con amor afecto y cariño entonces el afecto es diferente entonces ya tienen que comprender los Padres de familia actualmente que todo lo que los niños pregunten no preguntan por hacer daño si no porque quieren saber entonces los Padres se están dando cuenta en estos momentos como ellos fueron criados de otra forma en la actualidad los Padres tienen que darse cuenta o se están dando cuenta que preguntas por los niños sobre este tema no es ningún daño más bien están alimentando a ellos a investigar y a preguntar como Padre de familia **dentro** del grupo de Padres de familia y así poder darle cuenta a sus hijos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:114 [Es posible y es un punto muy f..] (297:299) (Super)**

Codes: [IDMF] [PVSICS] [PVSIE]  
No memos

Es posible y es un punto muy fundamental de este tema, en que la relación social de la familia sea un factor importante en que las adolescentes lanzaban **un...** Auxilio y amor en su pareja, y atención. Pero también ahí que diferenciar la libertad del libertinaje, hay mucha gente ahora que sugiere que el libertinaje tiene que darla cuando es posible porque ya tienen dieciocho años, que ya no son niñas, o sea, ante una situación mundial en la que vivimos de drogadicción, alcoholismo, prostitución, tráfico de órganos, aborto; los Padres de familia luchan contra esas situaciones con una hija no se consuman pero es que, entonces los Padres de familia hacen que la niña no salga continuamente, mientras que otras niñas **si salen como anticonceptivos ...** Las que no salen quieren ser igual a las que salen y encueñan eso, que es un daño que están haciendo los Padres a ellas, **como no** dejarla salir. Y expresan ya no soy una niña, ya soy una mujer, mientras que tiene solamente diecisiete años, dieciocho años. Lo que hace que entre en discordia la relación Padres hijos, hijas Padres. Esta discordia obliga a la hija a tener malos entendidos con los Padres y por lo tanto busca el refugio en el novio. A buscar el refugio en el

novio, el novio con toda la amabilidad posible que le **ha dado a ella ya que el objetivo es el** acto sexual, le da todo **y la llena de todo lo** que él pueda entre sus posibilidades y aquí ella se siente halagada y siente que está protegida por el novio.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:129 [nuestra región básicamente un ..] (383:383) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

nuestra región básicamente un 80% está influenciado por ámbitos, por culturas rurales

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:130 [Que las personas que habitan e..] (383:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [MEXC] [PVSICS]

No memos

Que las personas que habitan en la ciudad o tienen un pariente en el campo o emigraron en algún momento de su vida del campo a la ciudad. ¿Eso qué significa? Que información o datos sobre enfermedades son demasiado nuevos para nosotros, como es el VIH. Entonces, ¿cuál es la estructura en el campo? En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual. Entonces qué pasa, se traslada esa información cultural del campo a la ciudad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:133 [esa información cultural del c..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDME] [IDMF] [MEXC] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:136 [ya no es la enfermedad de los ..] (385:385) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSICS] [PVSIE] [RSD] [RSIH]

No memos

ya no es la enfermedad de los homosexuales, eso sí, nuestros jóvenes ya manejan eso, ya no están etiquetado como la enfermedad de las prostitutas o la enfermedad de los homosexuales. Y eso ha sido gracias a cómo se ha difundido.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:138 [el elemento cultural nuestro, ..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

el elemento cultural nuestro, muy rural, todavía como que nos inhibe, verdad, para abordar este tipo de temáticas. No se habla suficiente, lo puedes percibir en las escuelas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:164 [dentro de nuestra cultura mach..] (473:473) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXS] [PVSICS]

No memos

dentro de nuestra cultura machista, el chico, dice, bueno, vos me rechazás, lo voy a aceptar, y yo puedo buscarme otra, pero esa chica .....pero viene otro detrás de vos, y ahora esa chica le sale con la misma respuesta que la anterior ya tenemos dos chicas jjejejejeje entonces en la medida que el encuentre obstáculos por cada chica que busque, entonces, el qué pasa aquí, yo tengo también que sensibilizarme,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:212 [la mujer, es más responsable e..] (546:546) (Super)**

Codes: [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

la mujer, es más responsable en ese aspecto porque hoy por hoy, recuerda que son a la que nos toca llevar al bebé en nuestro vientre y mantenerlo por la grande irresponsabilidad del hombre, ¿verdad? hoy por hoy. Por tanto asumimos cierto grado de responsabilidad a la hora de tener un acto sexual, pero aún así, mira cuántas madres solteras habemos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:2 [considero que es algo prioritaria..] (9:9) (Super)**

Codes: [PVSICS]

No memos

considero que es algo prioritario, una problemática que se debe tratar como prioritaria. Porque es la que está atacando principalmente a los adolescentes y a los jóvenes. Entonces como institución, como programa yo creo que siempre se debe incluir este tema y darle, este, un enfoque, hacia la población o hacia el sector vulnerable de la población

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:43 [a cultura en sí, nosotros mism..] (136:136) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSICS]

No memos

a cultura en sí, nosotros mismos, nos dan información, cuando nos la empiezan a dar no prestamos atención, o nos lo tomamos como que ya lo sabemos todo, que de VIH ya lo sabemos en realidad. Entonces hay que sensibilizar a la sociedad primero

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:134 [es que aunque estemos estudian..] (372:372) (Super)**

Codes: [EFISU] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas [R.GFM188]

## Anexo 67. Citas código PVSIE

41 quotation(s) for code:

PVSIE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-22 19:46:14

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:3 [La universidad se ha preocupad..] (7:7) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

La universidad se ha preocupado por las charlas, por la información, sobre todo el departamento de salud, es algo que yo siempre he destacado en ello, que estén preocupados por esa parte, pero falta, falta mucho trabajo, falta hacer entender a la gente muchas cosas, y más que todo como dice la democracia una educación en sexual es educar a las personas sexualmente, los tabúes son muy fuertes y muy arraigados en nuestra cultura.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:9 [Hay una gran mayoría de la soc..] (15:15) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

Hay una gran mayoría de la sociedad de Juigalpa que hablar de esto es complicado, yo me siento a veces con grupos de alumnos y comienzo a hablarlo de la manera más educacional que puedo, la forma en la que logro captar su atención es hablarle de mi experiencia, que tampoco es abismal porque tampoco soy un Brad Pitt, pero sí tengo algo de experiencia, y cuando logro obtener su atención y comienzo a hablar sobre esto, sobre por qué hacerlo, sobre por qué no hacerlo, sobre hacerlo con responsabilidad, todas las enfermedades venéreas, transmisión sexual, capto mucho su atención y me doy cuenta ahí que nunca han tenido una plática así con nadie y que cuando lo logran tener me prestan atención como si les estuviera dando la mejor cátedra de mi vida. Me gusta porque yo sé que les va a ayudar aunque sea 20 minutos, media hora lo que hable con ellos, se van para su casa, yo sé que se van pensando en eso, y es de la manera en que yo me acerco a mis hermanos, a mis amigas cercanas es la manera en que les hablo, y funciona, pero no todos lo hacen.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:11 [Ahora las charlas se dan, por ..] (19:19) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

Ahora las charlas se dan, por ejemplo una de las charlas que más me gustó era en la que les enseñábamos a los muchachos, les enseñábamos digo porque yo participé en algunas, les enseñábamos a los muchachos la forma correcta en la cual ponerse el preservativo y la charla causaba risa, causaba, sobre todo cuando se iba a la parte práctica, con unos penes hechos de palo que tienen en la parte de enfermería, y cuando las muchachas estaban poniendo el preservativo se hacía un relajó. La parte bonita en la que los muchachos lo estaban trabajando de forma dinámica y viendo de forma real cómo poner el preservativo de manera correcta y quitarlo de manera correcta pero aún así cambiar eso de la noche a la mañana no es fácil, a algunos sí se le queda, a otros no. La información se la llevan todos pero no todos la utilizan. Tal vez de manera más continua, si el tema fuese más allá, en toda la sociedad, todos los factores que influyen en la sociedad creo que fuera, fuera más positivo, no sé, no encuentro la palabra.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:58 [a en las escuelas se están abr..] (99:99) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

a en las escuelas se están abriendo; verdad, algunas metodologías, este... que le van enseñando al joven, al niño, todo lo que es la parte de la sexualidad, la concepción, hee..., la natalidad y todos esos temas,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:59 [en nuestra cultura, anteriorme..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

en nuestra cultura, anteriormente verdad, si tu tenías un novio, es un novio de mano sudada, como quien dice verdad! Es un novio que vos salís con él, que vos, hee..., que agarrados de la mano y todo eso, eso era antes tener un novio y que no implicaba la relación sexual porque dentro de la parte, incluso, heee..., religiosa, ha tenido bastante influencia

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:61 [os medios de comunicación, las..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

os medios de comunicación, las telenovelas, osea, ya se da un cambio en esa percepción de las relaciones amorosas en sí, pues, y de que si pues, ya tener novio conlleva a tener relaciones sexuales y eso es un cambio

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:62 [mi familia igual me criaron de..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF] [PVSIE]

No memos

mi familia igual me criaron de esa manera ya, que si tenes un novio, que si tenes otro novio, pero nada de relaciones que eso es hasta el matrimonio, entonces, te crían de una manera pero vos vas aprendiendo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:70 [la información no te viene dir..] (99:99) (Super)**

Codes: [IDMF] [PVSIE]

No memos

la información no te viene directamente desde tu casa, porque los padres tienen mucho miedo de hablar sobre la sexualidad con los hijos, porque ellos mismos tampoco fueron educados en un momento o nadie les dijo y entonces es ahí donde se vuelve un ciclo de falta de información en todos los niveles,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:71 [una mente un poco cerrada, Ver..] (107:107) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

una mente un poco cerrada, Vergüenza al hablar de estos temas y también un poco de restricción porque, tampoco del todo es que ha desaparecido verdad! La parte de que de, de muchas personas que te inculcan un poco de valores pues, morales, un poco más elevados que los demás, no se habla tampoco porque era lo que decía en la idea anterior, no está un ciclo de información completa

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:72 [lo básico, yo creo que te lo d..] (107:107) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

lo básico, yo creo que te lo deben decir en tu casa

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:79 [Sí, eso de, dentro, dentro de ..] (127:127) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

Sí, eso de, dentro, dentro de los programas educativos hay, hay algo sobre la reproducción sexual, en años anteriores había un poco más de información, pero con estas restricciones también un poco..., heee... que para los valores y todo eso, hay..., hay estilos, es que ese es el problema, que hay estilos de escritura o de expresar la información que a lo mejor no son los adecuados para los jóvenes, incluso dentro del medio educativo y entonces muchos padres de familia, eso fue hace varios años ya, se quejaron pues de que..., de que era demasiado explícito y todo eso pues, más que todo en jóvenes menores ya de trece a quince años, pero actualmente vos le preguntas a un chavalo y..., te contesta todo,

todo saben, ¿Por qué?, porque en la escuela, les...

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:88 [A tal punto que en un departam..] (164:164) (Super)**

Codes: [ABPM] [AEPDD] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

A tal punto que en un departamento de economía los estudiantes no sabían cómo colocarse un condón ni lo que era un condón femenino, ni tampoco sabían fecha el método de planificación de **demás mente** sólo compraban la Ppls en la farmacia y la utilizaban lo cual no se le indica los efectos ni las contraindicaciones ni las complicaciones que pueda tener el uso del condón ni del preservativo o preservativos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:90 [El vih sida para todos nosotros..] (167:167) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

El vih sida para todos nosotros es muy importante para todo los docentes en Chontales así como para todos los que trabajamos en salud y se ha llevado una capacitación en vih a nivel del hospital en FARES hemos dado conferencia sobre lo que es el virus, por qué razón no hemos encontrado cura y eso muchos estudiantes de FARES preguntan porque no hemos encontrado cura, bueno porque tiene una alta potencia mutajena y eso hace que un tratamiento no es para un no es para dos entonces hay muchas personas que han vivido más tiempo pero son por los antivirales que en la actualidad han atendido con más vida a los pacientes y también la alimentación **con que se le ha dado a los pacientes** ustedes porque saben que es una enfermedad inmunodeficiente que ataca todos los órganos del cuerpo y eso a nosotros en cierta medida **no** como país subdesarrollado si no tenemos los antivirales nuestra población se va morir poco a poco y si el vih ataca a la población joven y a población adulta, vejez ya no vamos a tener en Nicaragua.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIFE] [EPRIPS] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:94 [los arraigos del poder patriar..] (173:173) (Super)**

Codes: [IDRE] [IDRF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

los arraigos del poder patriarcal son enormes y no se pueden quitar de la noche a la mañana entonces la mujer a veces nos ha limitado desde los estudios de primaria secundaria a no hablar de sexualidad en los colegios hasta cuando ya entras en la universidad dependiendo de los algunos grupos como nosotros pues de enfermería que nos **abunda** plantear esta situación a los estudiantes y por eso desde el punto de vista de la metodología e investigación e investigación aplicada hemos realizado estudios de conocimientos y actitudes y **plástica, verdad, en** los estudiantes y encontramos nuevamente repito en un sector de los estudiantes de economía encontramos deficientes conocimientos del sexo y planificación familiar dentro de la universidad en los estudiantes de cuarto y quinto del departamento de ciencias económicas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:96 [Eso que usted plantea de los P..] (178:178) (Super)**

Codes: [ASRPDA] [EPF] [IDMF] [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

Eso que usted plantea de los Padres es bueno porque los Padres en cierta **forma, hay familias** enteras que el Padre no recibe amor, la Madre nunca recibió amor y cuando nace en sus hijos nacen **nothing** y cuando el hijo le da el primer beso a la Madre ella se siente incómoda porque fue un hombre el que le dio



un beso pero lo miran desde el punto de vista del sexo masculino y femenino o sea cómo voy a permitir que un hombre me dé un beso si sólo mi marido me puede dar un beso pero sí lo mira desde el punto de vista del nacimiento del que es su hijo le está dando un beso con amor afecto y cariño entonces el afecto es diferente entonces ya tienen que comprender los Padres de familia actualmente que todo lo que los niños pregunten no preguntan por hacer daño si no porque quieren saber entonces los Padres se están dando cuenta en estos momentos como ellos fueron criados de otra forma en la actualidad los Padres tienen que darse cuenta o se están dando cuenta que preguntas por los niños sobre este tema no es ningún daño más bien están alimentando a ellos a investigar y a preguntar como Padre de familia **dentro** del grupo de Padres de familia y así poder darle cuenta a sus hijos

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:97 [Se está empezando un poco pero..] (187:187) (Super)**

Codes: [IDME] [MEXF] [PVSIE]

No memos

Se está empezando un poco pero todavía no, todavía no **hay imagen de pago** o sea nosotros cada vez somos más abiertos en ese lenguaje con nuestros hijos pero la población que no está en este campo e inclusive en este campo hay Padres que no toman el aspecto sexo, entonces lo hijos se dan cuenta por la misma población o por la situación de salud que vive o por los pacientes que mueren en este ramo o por las mismas enfermedades que se **procesan en las** clases entonces ellos están dando cuenta del reciclaje.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:98 [cuando el tema no lo dominamos..] (191:191) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

cuando el tema no lo dominamos todos cambiamos de tema

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:99 [tal vez no está en ese momento..] (191:191) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

tal vez no está en ese momento capacitada para darle la respuesta, entonces después los estudiantes te dicen, no me quiso contestar o se desvió del tema o le dio pena, ahí sí le dio pena. Entonces hay profesores que no domina o por la misma pena de hablar, verdad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:114 [Es posible y es un punto muy f..] (297:299) (Super)**

Codes: [IDMF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

Es posible y es un punto muy fundamental de este tema, en que la relación social de la familia sea un factor importante en que las adolescentes lanzaban **un...** Auxilio y amor en su pareja, y atención. Pero también ahí que diferenciar la libertad del libertinaje, hay mucha gente ahora que sugiere que el libertinaje tiene que darla cuando es posible porque ya tienen dieciocho años, que ya no son niñas, o sea, ante una situación mundial en la que vivimos de drogadicción, alcoholismo, prostitución, tráfico de órganos, aborto; los Padres de familia luchan contra esas situaciones con una hija no se consuman pero es que, entonces los Padres de familia hacen que la niña no salga continuamente, mientras que otras niñas **si salen como anticonceptivos** ... Las que no salen quieren ser igual a las que salen y encueñan eso, que es un daño que están haciendo los Padres a ellas, **como no** dejarla salir. Y expresan ya no soy una niña, ya soy una mujer, mientras que tiene solamente diecisiete años, dieciocho años. Lo que hace que entre en discordia la relación Padres hijos, hijas Padres. Esta discordia obliga a la hija a tener malos entendidos con los Padres y por lo tanto busca el refugio en el novio. A buscar el refugio en el novio, el novio con toda la amabilidad posible que le **ha dado a ella ya que el objetivo es el** acto sexual, le da todo **y la llena de todo lo** que él pueda entre sus posibilidades y aquí ella se siente halagada y siente que está protegida por el novio.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:132 [Y hablar de condones o hablar ..] (383:383) (Super)**

Codes: [PVSIE] [SRPFI]

No memos

Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:133 [esa información cultural del c..] (384:384) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [IDME] [IDMF] [MEXC] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

esa información cultural del campo a la ciudad. Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres prácticas sexuales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:135 [Desconocen mucho sobre eso, se..] (384:384) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

Desconocen mucho sobre eso, se manejan datos sueltos, información suelta, pero algo que esté bien detallado sobre la enfermedad como tal, no, aunque sabemos que sí, que ya hay muchos trabajos de investigación, que los medios de comunicación, pero yo percibo, yo R., que se ha manejado de manera tan mecánica, que hay que difundirlo se difunde, pero hasta ahí.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:136 [ya no es la enfermedad de los ..] (385:385) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSICS] [PVSIE] [RSD] [RSIH]

No memos

ya no es la enfermedad de los homosexuales, eso sí, nuestros jóvenes ya manejan eso, ya no están etiquetado como la enfermedad de las prostitutas o la enfermedad de los homosexuales. Y eso ha sido gracias a cómo se ha difundido.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:138 [el elemento cultural nuestro, ..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

el elemento cultural nuestro, muy rural, todavía como que nos inhibe, verdad, para abordar este tipo de temáticas. No se habla suficiente, lo puedes percibir en las escuelas.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:139 [los padres en alguna medida qu..] (390:390) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDME] [IDMF] [PVSIE]

No memos

los padres en alguna medida que autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no con el nivel de responsabilidad que se requiere.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:143 [En las escuelas primarias, a n..] (391:391) (Super)**

Codes: [IDME] [IDMF] [PVSIE]

No memos

En las escuelas primarias, a nivel de texto está, en 3º, 4º grado, no sé ya quinto ese material que hay, pero si mirás los libros de 3º y 4º grado, está, en teoría está, el Ministerio de Educación lo contempla, el problema está entre el texto, el intermediario que es el docente y el receptor que son nuestros niños. Entonces, ¿qué es lo que pasa también? Nuestros docentes de primaria y secundaria todavía no están, no tienen todos los instrumentos para interpretar ese texto. Contradictorio verdad, porque se supone que el texto fue diseñado para que nuestros docentes de primaria y secundaria lo pudieran interpretar y reproducir en consecuencia, pero en este impas, de interpretar lo que el texto te dice y pasarlo al estudiante, hay problema, hay problema. Porque cuando ese docente logre en alguna medida canalizar esa información al joven, y el niño llega al hogar y lo transmite, entonces rebota de manera negativa hacia el docente

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:145 [el velo está tapando en la cas..] (396:396) (Super)**

Codes: [EFISU] [EIEF] [PVSIE]

No memos

el velo está tapando en la casa y el velo está tapando también en centro de estudio, y te confieso, los docentes no están preparados para tratar esto, habemos unos un poco más adentrados si vos querés, desinhibidos si vos querés, pero que demandamos también más herramientas para hacernos frente

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:177 [la cultura. La formación del i..] (493:493) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

la cultura. La formación del individuo. Y aquí yo creo que por más que, muchos organismos están tratando de controlar en la educación de cada uno de nosotros. Este, creo siempre que es muy poca, la educación. Falta mucho.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:178 [Este y siempre está el papel, ..] (493:493) (Super)**

Codes: [IDMF] [PVSIE]

No memos

Este y siempre está el papel, pudiéramos decir de las familias. Bien en educar, a nuestros hijos, en la medida de lo posible, en relación a esta enfermedad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:179 [nunca la educación es demasiad..] (493:493) (Super)**

Codes: [EPF] [PVSIE]

No memos

nunca la educación es demasiada. Siempre falta. Y ese ha sido un factor muy importante y determinante para que nuestros hijos, los hijos de nuestros hijos, puedan en el futuro tratar de ir disminuyendo **eso**, ese potencial que es prevenir o evitar las enfermedades de transmisión sexual porque creo que en ella está el VIH/sida: en las enfermedades de transmisión sexual.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:180 [quí en la Universidad estamos ..] (493:493) (Super)**

Codes: [ABPM] [EFISU] [EIEF] [PVSIE]

No memos

quí en la Universidad estamos promoviendo mucho lo que es este, la prevención de esas enfermedades, a través de charlas comunitarias a los alumnos, se les ha estado regalando el condón en sí. Pero es lo que vengo y te digo, le **tapina** tomar el condón. Se lo regalamos, se los damos, "no a mí no, a mí no", le digo: "toma esto es salud, ¿lo vas a ocupar en cualquier momento?" y se lo tengo en la mano **del asiento**. Entonces es como esa formación que tenemos que nos da como pena. Imagínate que aunque le digamos de que es la vida de ellos, ese condón, no lo toman. Lo dejamos ahí, me imagino que después lo toman con reserva y lo guardan. Igual es, si te pones en una esquina a regalar condones, no los toman. Aunque lo necesiten, en un momento determinado ellos piensan que el condón es un elemento importante para prevenir el sida. No lo toman, fíjate que no los toman. Entonces es parte de la cultura de la formación del individuo y de la educación que debemos nosotros de propagar, de promover. Y crear esa conciencia. En los mismos hospitales, no sé si en algún momento has tenido la oportunidad de hablar con los directores o con los doctores. Han habido casos muy específicos de sida.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:196 [andan detrás de los chavales ¿..] (524:524) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTE] [IRSTEC] [PVSIE]

No memos

andan detrás de los chavales ¿cómo es posible que esté allí usado? Pero, ¡qué bien! Que usó el condón. Mira que solo andamos detrás, revisando la mochila al muchacho y llamando al padre por lo que hizo este muchacho. Pero deberíamos de ver que ese muchachito está educado, está bien educado porque usó el condón. Cuántos no usan el condón. Imaginaros que es de ahí donde vienen los embarazos. Pero en el colegio y los institutos salen niñas embarazadas, cada año salen sus hijos y las niñas de trece o catorce años embarazadas. Si usaran el condón...entonces es un índice que se está dando. Y si nos vamos a estos barrios, uy hermanita, en estos barrios las jovencitas de trece años ya están paridas, trece o catorce años ya tienen su bebé. Entonces está más que probado que los jóvenes sí están teniendo relaciones sexuales a una edad muy temprana, muy temprana.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:201 [la pérdida de valores se da de..] (528:528) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

la pérdida de valores se da desde el hogar.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:210 [En los hogares les hablamos a ..] (544:544) (Super)**

Codes: [PVSIE]

No memos

En los hogares les hablamos a nuestros hijos, de las situaciones, más de uno les debe de aplicarla,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:212 [la mujer, es más responsable e..] (546:546) (Super)**

Codes: [MEXF] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

la mujer, es más responsable en ese aspecto porque hoy por hoy, recuerda que son a la que nos toca llevar al bebé en nuestro vientre y mantenerlo por la grande irresponsabilidad del hombre, ¿verdad? hoy por hoy. Por tanto asumimos cierto grado de responsabilidad a la hora de tener un acto sexual, pero aún así, mira cuántas madres solteras habemos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:218 [En el campo eso sucede. Te dig..] (552:552) (Super)**

Codes: [DPRU] [IDMF] [IDMGI] [IRSTEC] [MEXC] [MEXF] [MEXS] [PVSICS] [PVSIE]

No memos

En el campo eso sucede. Te digo que en el campo se vive una vida las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí sí cabe lo que dices, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, parricidio es cuando papá mata a la mujer, ay ay ay, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener, encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar, en algunos casos ya llega hasta tal frustración hasta tal grado de frustración de que el hombre mata a la mujer. Y en otros casos, la mujer viene se la pega con otro, se van con otro porque no pudo conseguir eso que mencionabas: la emancipación. Que ella dejó a su familia se fue con el individuo, en el individuo volvió a encontrar un encierro, lo que ella no esperaba y se fue al otro cuando miré ya está haciendo una cadena la mujer, porque no encontró. Pero por eso considero de que se da mucho en el campo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:74 [me he dado cuenta que en ciert..] (186:186) (Super)**

Codes: [DPRU] [PVSIE]

No memos

me he dado cuenta que en ciertas comunidades rurales, los maestros o las maestras omiten las unidades de programación del ministerio, todo lo que tiene que ver con la sexualidad, eso no se puede dar, y se tienen cohibidos, qué van a decir de mí... [R.GFE82]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:105 [una falta de educacion a nosot..] (255:255) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSIE] [RSD]

No memos

una falta de educacion a nosotros mismos porque hay personas como dice ella por maldad lo acen sabiendo que estan infectados lo hacen no quieren morirce ellos solos porque aunque este hay tratamiento para el que pueda uno pueda durar mas tiempo siempre de todas formas todo mundo nos vamos a morir pero ellos se quieren morir así pero así empiesan y empiesan pero esto no es justo para las demas personas porque uno sin querer pues hace lo que se va hacer y no piensa que esa persona lo esta haciendo por maldad tambien porque aquí talvez no hablamos de eso por vergüenza porque hay personas que descriminan a los demas solo por tener algun tipo de enfermeda he osea ya no se le hacercan se pierden los amigos hasta los familiares cosas así. [R.GFM143]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:108 [si en el instituto varias vece..] (267:267) (Super)**

Codes: [IDME] [PVSIE]

No memos

si en el instituto varias veces llegaron personas del silais a darnos la información sobre lo que es sida sino también de las enfermedades de que están ahí pero no le ponen mucha importancia de cómo el VIH porque no sé cómo le dije anteriormente por la falta de educación que tenemos también por la falta de que de amistad o de confianza [R.GFM147]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:134 [es que aunque estemos estudian..] (372:372) (Super)**

Codes: [EFISU] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas [R.GFM188]

## Anexo 68. Citas código PVSSNL

24 quotation(s) for code:

PVSSNL

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-22 14:21:17

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:2 [En los jóvenes, por así decir..] (6:6) (Super)**

Codes: [PVSSNL]

No memos

En los jóvenes, por así decirlo mis amigos, con las personas más cercanas a mí, pues hablamos del tema siempre con miedo, de que te lo puedan transmitir, de que lo puedas contraer, pero a la vez las prácticas sexuales suelen no ser las que deberían de ser no? Y muchos de los muchachos, sobre todo en los varones, comenten errores, error fundamental sabiendo las necesidades e importancia del uso del preservativo pues muchas veces no lo hacen, y después andan con el problema de qué va a pasar.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:71 [una mente un poco cerrada, Ver..] (107:107) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

una mente un poco cerrada, Vergüenza al hablar de estos temas y también un poco de restricción porque, tampoco del todo es que ha desaparecido verdad! La parte de que de, de muchas personas que te inculcan un poco de valores pues, morales, un poco más elevados que los demás, no se habla tampoco porque era lo que decía en la idea anterior, no está un ciclo de información completa

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:86 [es una enfermedad de salud púb..] (161:161) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSSNL]

No memos

es una enfermedad de salud pública pues se coge a toda la población y a todos los sectores sociales económico político económico y culturales.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:87 [la enfermedad de transmisión s..] (162:162) (Super)**

Codes: [PVSSNL]

No memos

la enfermedad de transmisión sexual incluyendo el vih ha ido en aumento y tenemos unas enfermedades de enfermedades de transmisión sexual como es el **virus humano** que no se están presentando en poblaciones adolescentes de 12, 13, 14 y quince años de edad.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:88 [A tal punto que en un departam..] (164:164) (Super)**

Codes: [ABPM] [AEPDD] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

A tal punto que en un departamento de economía los estudiantes no sabían cómo colocarse un condón ni lo que era un condón femenino, ni tampoco sabían fecha el método de planificación de **demás mente** sólo compraban la Ppls en la farmacia y la utilizaban lo cual no se le indica los efectos ni las contraindicaciones ni las complicaciones que pueda tener el uso del condón ni del preservativo o preservativos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:90 [El vih sida para todos nosotros..] (167:167) (Super)**

Codes: [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

El vih sida para todos nosotros es muy importante para todo los docentes en Chontales así como para todos los que trabajamos en salud y se ha llevado una capacitación en vih a nivel del hospital en FARES hemos dado conferencia sobre lo que es el virus, por qué razón no hemos encontrado cura y eso muchos estudiantes de FARES preguntan porque no hemos encontrado cura, bueno porque tiene una alta potencia mutajena y eso hace que un tratamiento no es para un no es para dos entonces hay muchas personas que han vivido más tiempo pero son por los antivirales que en la actualidad han atendido con más vida a los pacientes y también la alimentación **con que se le ha dado a los pacientes** ustedes porque

saben que es una enfermedad inmunodeficiente que ataca todos los órganos del cuerpo y eso a nosotros en cierta medida **no** como país subdesarrollado si no tenemos los antivirales nuestra población se va morir poco a poco y si el vih ataca a la población joven y a población adulta, vejez ya no vamos a tener en Nicaragua.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:91 [Por eso tenemos que evitar lo ..] (168:168) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EISSI] [EPF] [EPRIPE] [EPRIPS] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

Por eso tenemos que evitar lo antes posible que la paciente adolescente desde la niñez la ocasión sexual en el colegio pero que nos ayuden a probar la iglesia que nos ayuden en cierto momento para que nuestra población estudiantil sea capaz de poder diferenciar lo que un acto un deseo de querer deseo de amar y un deseo de tener sexo con responsabilidad y no sin responsabilidad y por consiguiente al tener sexo vamos a tener también nosotros sino ayudamos a comprender lo que es un momento lo que es la sexualidad y el deseo de sexo vamos a tener ante eso enfermedades de transmisión sexual y vamos a tener embarazos no deseado que en la población adolescente vamos a tener un gran inconveniente por consiguiente enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado de nuestra población

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:93 [integrar a un sin número de pe..] (173:173) (Super)**

Codes: [EIEF] [PVSSNL]

No memos

integrar a un sin número de personas dedicadas al conocimiento o a capacitar a toda la población femenina y varones no sólo mujeres también a los varones porque dependiendo de esa capacitación a los varones nosotros vamos ayudarles a las mujeres y ayudando la mujer también vamos ayudar al hombre porque es algo que tiene que ser multidireccional transversal vertical de arriba debajo de abajo arriba y a los lado esa información de la sexualidad humana y sexo tenemos que ir cambiando la poco a poco

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:109 [O las enfermedades de transmis..] (275:275) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [SRPDA]

No memos

O las enfermedades de transmisión sexual? En las dos cosas nosotros le hemos orientado, aunque a mí me contaban que es la oportunidad de su vida, la oportunidad del adolescente hombre o mujer y el tiempo y el espacio que tiene para hacer el sexo no está ni un condón ni está **una...** Píldora del día siguiente. O sea un ejemplo es la pareja que sale a pasear sola y fuera de su lugar en ese momento se encontraron el espacio el tiempo los minutos las horas, la lluvia y los embargo el amor y la pasión, **fun**, y praticaron sexo. Pero nunca se acordaba de tener un condón en la mano ni nada.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:182 [Yo tuve cerca de mí a un joven..] (495:495) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSSNL] [SRPFI]

No memos

Yo tuve cerca de mí a un jovencito guapísimo y su pareja, su novia. Un joven que, quien iba a creer que iba a llegar a tener una enfermedad, le llaman Virus del Papiloma. Un muchacho de diecinueve años y cuando este muchacho, la mamá se da cuenta pon un grito al cielo y empiezan a hacer la cadena. "Cómo está esta situación". La novia de diecinueve años igual, pegada. Imagínate que eso te trae un cáncer, ¿ya? Y muchos pensamos del sida, sida, sida. Y esto un cáncer. La jovencita estaba ya con, creo que estaba con un MIA1. MIA1 y el muchacho también le tuvieron que hacer cirugía y no sé cuantas cosas. ....(min 5.28) . Se vio a tiempo, como dice la mamá, y dicen...se vio a tiempo y le detectaron a tiempo y tomaron el medicamento a tiempo. Porque si no imagínate, a cuántas muchachitas, este muchacho, contagió este virus. Porque ya no se le pidió haciendo cadena. Se le trató de crear conciencia para que él buscara a las muchachas con las que había tenido relaciones

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:227 [hay personas que tienen el sid..] (566:566) (Super)**

Codes: [PVSSNL]

No memos

hay personas que tienen el sida, no se dan cuenta que tienen el sida, y pueden andar contagiando a otras personas. ¿Por qué? Porque no tienen aquel **reacciones negativas** o aquel cuidado de estar haciendo chequeo periódico. Porque no estamos acostumbrados a estar chequeándonos cada seis meses o cada tres meses.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:228 [que me esté chequeando cada se..] (566:566) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PLPEC] [PVSSNL]

No memos

que me esté chequeando cada seis meses. Que esos chequeos sea gratuitos. Pero qué es lo que pasa, me da vergüenza. Me da pena ¿y si salgo pegada?

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:1 [las Políticas de Salud nos dic..] (7:7) (Super)**

Codes: [PVSSNL]

No memos

las Políticas de Salud nos dicen, nos orientan, que debemos de trabajar con los grupos de riesgo. Los grupos **CEMAR** le llamamos, específicamente dentro de las Políticas de Salud tenemos la atención verdad a la embarazada y que debemos ofertar la prueba a todas las embarazadas en el cien por ciento. A todas nuestras embarazadas que lleguen a las Unidades de Salud de igual manera, otro de los grupos muy importante son los hombres que tienen sexo con hombre, las trabajadoras sexuales. Entonces es una problemática tanto a nivel nacional como departamental. Porque esas nuevas líneas de trabajo ya están específicamente dirigidas

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:3 [la movilización que han tenido..] (11:11) (Super)**

Codes: [DPRU] [DPUR] [PVSSNL]

No memos

la movilización que han tenido las comunidades, las poblaciones, del campo a la ciudad o viceversa, el incremento también del comercio en algunos sectores, o como algunos municipios como por ejemplo **EI Aiote**, aquí en Chontales, entonces eso ha incrementado el número de casos en esta, en esta zona. Pero también ha contribuido eh, digamos las estrategias de captación o de identificación de, de personas que están infectadas con el VIH a través de las pruebas rápidas que se hacen entorno, los diferentes métodos de **tamizaje**. Entonces esto ha hecho de que, no que se incrementen los casos, pero, por lo menos, que se estén identificando o detectando mayoritariamente los casos, mediante estas técnicas y estrategias

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:4 [el trabajo que se hace en Cent..] (12:12) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSSNL]

No memos

el trabajo que se hace en Centro de Salud, en coordinación con las instituciones es muy buena por lo que cuidamos el proyecto es una enfermedad que afecta no solo a nuestro país sino a nivel nacional, a nivel mundial y considero que están muy bien las estrategias de coordinar para las personas, de consejerías, para puedan realizar sus pruebas de VIH, que estén solos o con una sola pareja para que así podamos evitar así seguir propagando lo que es esta enfermedad

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:5 [sí en las reuniones que hacemos..] (16:16) (Super)**

Codes: [PVSSNL]

No memos

sí en las reuniones que hacemos que intentamos conocer en cada, los casos nuevos que se han detectado, personas que todavía están con VIH o coordinados, se presentan datos generales..., se nos orientan pero aún así, de memoria, no podría decir un dato específico.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:6 [Es lógico que es una aproximac..] (22:22) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [RSD] [RSINC]

No memos

Es lógico que es una aproximación, porque es una enfermedad muy difícil, todavía hay miedo de que no me hago la prueba, ya me van a discriminar, es un mito.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:15 [me quedé asustada una niña de ..] (42:42) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IRSTEC] [PVSSNL]

No memos

me quedé asustada una niña de doce años, embarazada. Pregunto, ¿Hasta dónde el Ministerio de Salud investigaron como fue ese embarazo? Normal, un joven como de catorce años la embarazó, catorce o quince años, entonces ella está embarazada, normal. Para convencerla, porque la quería ver, subimos hasta la casa porque fue una de las Colonias y la mamá normal, dice eso es normal ya que va a tener a su marido, pues ya que lo tuvo temprano, cuanto más temprano mejor, ya se sabes de tus tareas. Entonces, esas son partes de las costumbres y creencias de nuestras gentes en algunas comunidades. Lógicamente, el embarazo en adolescentes, los jóvenes a temprana edad, están teniendo relaciones sexuales y no están haciendo uso del preservativo. Digamos los embarazos de quince, de catorce, de doce a diecinueve, de doce a diecinueve. Y cada día miro en las estadísticas y reportes, que estamos realizando los registros, cada día hay un aumento. Y en realidad nos preguntamos el porqué. Si el



Ministerio de Educación da salud sexual reproductiva a estos jóvenes, de la edad de tercero y cuarto grado que empiezan a dar, sin embargo las jóvenes, tenemos más compañeros, se embarazan.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:46 [En mi opinión es una problemát..] (151:151) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [SRPI]

No memos

En mi opinión es una problemática y muy grave, porque si nos ponemos a observar, es una enfermedad altamente contagiosa y son muy pocos los cuidados en cuanto a salud sexual, no tienen cuidado por completo la juventud. Es como que no están pensando en su prejuicio, en el prejuicio que les va a llevar el tener relaciones sexuales a temprana edad sin protección ninguna. No buscan información, simplemente lo hacen porque sí y no, no les interesa, solo quieren vivir libremente la experiencia. Eso sería para unir una gran problemática por esta parte en el VIH

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:47 [: Sí, es un problema de salud ..] (153:153) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [SRPI]

No memos

¡ Sí, es un problema de salud pública y hay información en los colegios y padres hay información, pero mayormente no toman esa información, no les dan importancia, este, es como si dijeran ellos esto no me va a dar a mi porque yo me cuido, al ser primera vez y ella también entonces no me va a dar a mi, y eso sólo una falta de contacto padre y madre.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:48 [preocupado también porque decí..] (159:159) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [RSD] [SRPI]

No memos

preocupado también porque decía que había tenido relaciones con otras parejas, que él se hiciera las pruebas de VIH pero el dijo, yo he tenido relaciones con otras mujeres además de ella, entonces si hay, este los niveles son muy altos, porque sin querer darse cuenta, las parejas no se dan cuenta son el hombre o la mujer cuando lo tienen, cuando lo tienen ya se dan cuenta, es el brinco, el cielo, ya lo tengo, voy a morir, dicen, pero la infección, el descuido hacia la persona misma, yo te digo la verdad, porque siempre lo hacen

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:104 [si es un problema porque tanto..] (253:253) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSSNL]

No memos

si es un problema porque tanto el hombre como la mujer si tienen vih lo que hacen es infectar a los otros para mi si es un problema porque tanto el hombre como la mujer lo que hacen si tienen el vih no se van a detener de tener relaciones sexuales mucho menos una persona que haya tenido que infectar a la otra persona que estemos sanos. ... [R.GFM142]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:134 [es que aunque estemos estudian..] (372:372) (Super)**

Codes: [EFISU] [PVSICS] [PVSIE] [PVSSNL]

No memos

es que aunque estemos estudiando carreras diferentes somos una sociedad y nos afecta tanto humanamente como socialmente creo que no solo a enfermería porque ellos se van a dedicar a eso sino porque somos personas y vivimos día con día relacionándonos con todo tipo de personas [R.GFM188]

## Anexo 69. Citas código RSD

24 quotation(s) for code:

RSD

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-26 01:23:05

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:53 [sí existe, el rechazo todavía ..] (78:78) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

sí existe, el rechazo todavía existe, lo miro menos que antes, pero todavía existe, rechazo o miedo en acercarse a las personas,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:54 [Hay gente que no se le quiere ..] (78:78) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

Hay gente que no se le quiere acercarse a alguien que tiene VIH

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:55 [aún existe el rechazo, la no a..] (78:78) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

aún existe el rechazo, la no aceptación o mejor me alejo o qué se yo. Sí que existe miedo todavía de la gente, y el miedo que existe es por falta de información.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:84 [Si porque por lo general la ge..] (144:144) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

Si porque por lo general la gente cree en los mitos y leyendas que, o sea nosotros tenemos un pensamiento bastante fantasioso y, y, y..., y si vos supieras por lo menos de que por ver a una persona, o por tocar a una persona con SIDA no te vas a contagiar, por lo menos si no tienes relación con ellos, relación social con ellos, por lo menos lo respetas y te da igual pues, que este ahí o que no este, pero si no tienes la información: -¡haaa, este tiene SIDA o haaa, mira, no, ni te le acerques, por casualidad no sabes, a lo que, a lo que se refiere.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:125 [Si la población desconoce esta..] (349:349) (Super)**

Codes: [RSD] [SRPFI]

No memos

Si la población desconoce esta información o lo toma muy a la ligera, vamos a ser un rechazo de todos los pacientes con vih. Lo que hay personas que creen que con salvar a un paciente con vih, o darle un beso en la mejilla ya se **descontaminación** con vih, lo que creemos que no debe ser así, la información tenemos que darla más fluida y a todo el resto de la población.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:136 [ya no es la enfermedad de los ..] (385:385) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSICS] [PVSIE] [RSD] [RSIH]

No memos

ya no es la enfermedad de los homosexuales, eso sí, nuestros jóvenes ya manejan eso, ya no están

etiquetado como la enfermedad de las prostitutas o la enfermedad de los homosexuales. Y eso ha sido gracias a cómo se ha difundido.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:169 [Si si, la información está, pe..] (479:479) (Super)**

Codes: [RSD] [RSINC]

No memos

Si si, la información está, pero está mal manejada, mal canalizada, en esas áreas rurales, verdad?? Si hay cantidad, de clichés, hay cantidad de pero si, si genera rechazo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:190 [si en tu familia empiezas a ev..] (516:516) (Super)**

Codes: [EPF] [RSD] [RSINC]

No memos

si en tu familia empiezas a evaluar sexualidad y miran que tu hijo ya tiene una inclinación diferente, eso para uno se vuelve un trauma, ya a empezar, ni quiera Dios, a sentir vergüenza, rechazo quizás, por tu propio hijo, sexualidad no es. Muchos decimos sexualidad es el hecho de una penetración, sexualidad es la forma como nosotros también presentamos nuestra pudiéramos decir nuestra personalidad, cómo disfrutamos la sexualidad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:220 [muchos a lo mejor el no estar ..] (565:565) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

muchos a lo mejor el no estar bien informados de VIH/SIDA; creemos que con solo tocar a la persona se nos va a pasar. O con solo estar atendiendo en su lecho nos vamos a contagiar. Entonces eso hace de que la persona fallezca más pronto. Le disminuamos su probabilidad de vida

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:222 [muchas personas no creemos que..] (565:565) (Super)**

Codes: [RSD] [RSINC]

No memos

muchas personas no creemos que algún individuo se pudo de haber infectado de otra manera, no. Discriminan. "Ay que era muy mujeriego y de forma pochorno... No podemos pensar de que a lo mejor pudo haberse infectado por otro medio. ¿Por qué? Porque desconocemos la diferencia que tiene, de infectarse

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:6 [Es lógico que es una aproximac..] (22:22) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [RSD] [RSINC]

No memos

Es lógico que es una aproximación, porque es una enfermedad muy difícil, todavía hay miedo de que no me hago la prueba, ya me van a discriminar, es un mito.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:35 [Sí, se ha dado de verdad, incl..] (118:118) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

Sí, se ha dado de verdad, incluso, cuando uno de los niños que entró a preescolar, todas las madres retiraron a sus otros bebés, niños de cinco años, entonces lo retiraron del colegio.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:36 [Que creen que porque le vayan ..] (120:120) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

Que creen que porque le vayan a saludar le van a pasar el VIH.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:37 [ógicamente hay problemas de co..] (122:122) (Super)**

Codes: [RSD]  
No memos

ógicamente hay problemas de comunicación y hay estigmatización aquí, en todo Nicaragua. Entonces es por eso que sí se han dado en familias, e incluso las mismas familias rechazan a sus hijos .....lo rechazan si tienen VIH lo sacan de la casa, hay un abandono..... Entonces hay rechazo por parte de las familias

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:38 [existe mucho rechazo, y se ve ..] (124:124) (Super)**

Codes: [RSD] [RSINC]  
No memos

existe mucho rechazo, y se ve como una enfermedad ajena que no puedo estar en riesgo de contraer, de ver que aquí que... Lo primero que se preguntan cuando una persona se dice que tiene VIH, lo que preguntan es cómo te infectaste no va a haber el apoyo a esa persona. No la van a ver como una persona que necesita apoyo, que hay que luchar para que ella se integre en su tratamiento, si no se ve cómo ya comenzamos a decir que por qué se produjo porque tenía una vida desordenada, porque era esto...Y no lo estamos viendo como un ser humano, que se merece un respeto **por lo que ha de tener**

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:39 [es un problema grande que prov..] (126:126) (Super)**

Codes: [EPF] [RSD]  
No memos

es un problema grande **que proviene** de las familias, principalmente. Porque en vez de ser la que nos apoya de que no vayamos a integrar en un programa de salud, a que sigamos el tratamiento, nos discriminan.... Entonces debería de hacer uso de eso, de hablar con las familias para que nos apoyen **para seguir adelante que sepan lo que es tratar con** el VIH, como cuidar como seguir un tratamiento adecuado

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:48 [preocupado también porque decí..] (159:159) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [RSD] [SRPI]  
No memos

preocupado también porque decía que había tenido relaciones con otras parejas, que él se hiciera las pruebas de VIH pero el dijo, yo he tenido relaciones con otras mujeres además de ella, entonces si hay, este los niveles son muy altos, porque sin querer darse cuenta, las parejas no se dan cuenta son el hombre o la mujer cuando lo tienen, cuando lo tienen ya se dan cuenta, es el brinco, el cielo, ya lo tengo, voy a morir, dicen, pero la infección, el descuido hacia la persona misma, yo te digo la verdad, porque siempre lo hacen

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:95 [Sí, acarrea porque comúnmente ..] (225:225) (Super)**

Codes: [RSD]  
No memos

Sí, acarrea porque comúnmente la gente cree que dentro de la falta de información que tienen, la gente se cree que solo se acerca a alguien que tiene sida si hace lo contrario, que tal vez que porque estomude cerca, ahí ya, entonces ahí se confunde vih con sida y de ahí sale el miedo de que no quieren hacerse la prueba, porque se van a sentir discriminadas si alguien se da cuenta que es seropositiva, comienza la discriminación por la falta de información. [R.GFE118]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:96 [Porque se les discrimina tambi..] (227:227) (Super)**

Codes: [RSD]  
No memos

Porque se les discrimina también, se les discrimina y entonces no dicen la realidad y qué van a decir de mí [R.GFE120]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:97 [Ese mismo miedo les lleva a no..] (229:229) (Super)**

Codes: [RSD]  
No memos

Ese mismo miedo les lleva a no querer hacerse la prueba, y eso va aumentando los problemas, educar a la gente en ese sentido de que el vih debe informarse que se contagia, se contagia, sexual, por jeringas contaminadas.. [R.GFE122]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:99 [Entonces creen que por darle u..] (231:231) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

Entonces creen que por darle un beso en la mejilla hay ya contagio, por tocarle el pelo, y no, no es así, eso como que aumenta el miedo de la gente de saber si tiene vih, las inhibe de hacerse la prueba y por tanto siguen contagiando a más personas... [R.GFE124]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:105 [una falta de educacion a nosot..] (255:255) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSIE] [RSD]

No memos

una falta de educacion a nosotros mismos porque hay personas como dice ella por maldad lo acen sabiendo que estan infectados lo hacen no quieren morirce ellos solos porque aunque este hay tratamiento para el que pueda uno pueda durar mas tiempo siempre de todas formas todo mundo nos vamos a morir pero ellos se quieren morir asi pero asi empiesan y empiesan pero esto no es justo para las demas personas porque uno sin querer pues hace lo que se va hacer y no piensa que esa persona lo esta haciendo por maldad tambien porque aquí talvez no hablamos de eso por vergüenza porque hay personas que descriminan a los demas solo por tener algun tipo de enfermeda he osea ya no se le hacercan se pierden los amigos hasta los familiares cosas asi. [R.GFM143]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:131 [la primera actitud es si rech..] (363:363) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

la primera actitud es si rechazo porque dicen hay solo porque me junto con el me va a contagiar o si talvez me estoy bebiendo una gaseosa me pide me va a contagiar o algo así por el estilo entonces ase lo que aquella persona se sienta menos y envés de ayudarla a salir adelante la deprimen [R.GFM184]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:132 [lo discrimina por la enfermeda..] (364:364) (Super)**

Codes: [RSD]

No memos

lo discrimina por la enfermedad que tiene [R.GFM185]

## Anexo 70. Citas código RSEPNE

8 quotation(s) for code:

RSEPNE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-28 19:28:21

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:29 [En una gran mayoría es esporád..] (56:56) (Super)**

Codes: [RSEPNE]

No memos

En una gran mayoría es esporádica

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:102 [el sexo masculino ha dicho que..] (211:211) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [RSEPNE] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el sexo masculino ha dicho que la mujer que quiera con ellos sexo, pero así tan rápidamente poder decir **fluidezmente**, yo soy hombre, entonces el machismo viene **presentándose**,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:107 [Son parejas esporádicas, no so..] (259:259) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [RSEPNE]

No memos

Son parejas esporádicas, no son estables, se conocieron y (**quiero**) es lo que nosotros llamamos a veces, sale embarazada y la muchacha, bueno, se quedó sola

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:149 [no se establece ningún tipo de..] (408:408) (Super)**

Codes: [DPRU] [IRSTA] [MEXC] [RSEPNE]

No memos

no se establece ningún tipo de relación estable entre la otra persona y es mucho más preocupante porque significa que nos atrevemos a pronosticar, significa que esta joven que tiene 15, 14 años cuando tenga 20, cuántas relaciones y con cuántos mantendrá y que conste a veces se tiene como clasificado, ah! es que las niñas de los sectores pobres, de la periferia de la ciudad son las que inician a más temprana edad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:197 [para mí que tiene que ver much..] (528:528) (Super)**

Codes: [IDMF] [IRSTEC] [MEXF] [RSEPNE]

No memos

para mí que tiene que ver mucho el medio en su hogar. A veces su madre, su padre, cómo ha visto, fíjate que, por eso a veces, considero de que la relación sexual no puede ser tan abierta, hay padres y madres que no les importa que sus hijos los vean haciendo el sexo, ellos dicen que eso es normal, o que los vean desnudos, eso es normal. Entonces la niña se va creando con esa formación, que es normal desnudarse o tener una relación con alguien y al día siguiente qué bien, mañana no te conozco,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:198 [amigo con derecho? Pues que us..] (528:528) (Super)**

Codes: [RSEPNE]

No memos

amigo con derecho? Pues que usted es amigo de alguien, y cuando usted le dé ganas de relajarse, ya lo llama y ya lo hacen y ya está tranquilo. Así piensan las jóvenes, chavalitas de quince- dieciséis años te hablan de si amigo con derecho

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:204 [Esporádicas] (531:531) (Super)**

Codes: [RSEPNE]

No memos

Esporádicas

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:117 [la mayoría son novios y son te..] (318:318) (Super)**

Codes: [RSEPNE]

No memos

la mayoría son novios y son temporales [R.GFM166]

## Anexo 71. Citas código RSFPE

9 quotation(s) for code:

RSFPE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-28 19:30:19

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:30 [las relaciones estables se dan..] (56:56) (Super)**

Codes: [RSFPE]

No memos

las relaciones estables se dan, y se dan bastante entre novios

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:31 [en cierto modo pueden ser esta..] (56:56) (Super)**

Codes: [RSFPE]

No memos

en cierto modo pueden ser estables que pasan buen tiempo con una sola persona.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:32 [en universidad sí el chavalo p..] (56:56) (Super)**

Codes: [RSFPE] [RSFPNE]

No memos

en universidad sí el chavalo puede estar, si le gusta alguien puede estar con esa persona teniendo relaciones estables, aunque al mismo tiempo, aunque al mismo tiempo si no tiene una relación puede andar viendo qué caza, viendo qué encuentra por ahí.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:38 [la muchacha ha tenido un solo ..] (64:64) (Super)**

Codes: [RSFPE]

No memos

la muchacha ha tenido un solo novio y relaciones ese sólo novio,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:74 [la mujer aquí tiene esa concep..] (111:111) (Super)**

Codes: [IDMGI] [IRSTE] [IRSTEC] [MEXC] [MEXS] [RSFPE]

No memos

la mujer aquí tiene esa concepción, o sea, si te enamoras o algo es esa persona y toda la vida va a ser esa persona, por lo general, entonces viene el hombre aprovechado, no tos son iguales, verdad? Pero una gran mayoría es así, tienen relaciones con las chavalas y las dejan, más que todo eso es lo que sucede, tienen relaciones y las dejan.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:103 [Y la mujer es más reservada, e..] (212:212) (Super)**

Codes: [IDMGI] [RSFPE]

No memos

Y la mujer es más reservada, en la mujer lo **que planean es** que tenga curiosidad y también la curiosidad acompañada del querer a aquella persona, aquel novio y más que nada en la secundaria, no se da en la universidad, de las que yo tengo en el hospital.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:202 [Muy difícil te vas a encontrar..] (531:531) (Super)**

Codes: [RSFPE]

No memos



Muy difícil te vas a encontrar parejitas que hayan tenido relación a los doce años y que se conserven hasta los veinte. Muy poquitas.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:19 [Algo esporádico totalmente, po..] (62:62) (Super)**

Codes: [RSFPE] [RSPNE]

No memos

Algo esporádico totalmente, porque, ya cuando, o sea, el joven o la joven ya despiertan un poco más, ya hay una separación, ya entra en un núcleo de, donde se va desarrollando lo que es la violencia física intrafamiliar. Sí hay una separación y esos después tienen su otra pareja tanto en la mujer como en el hombre

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:25 [como es mi única pareja, no te..] (91:91) (Super)**

Codes: [MEXS] [RSFPE] [SRPI]

No memos

como es mi única pareja, no tengo otra es la única, no voy a usar preservativo.

## Anexo 72. Citas código RSFPNE

11 quotation(s) for code:

RSFPNE

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-28 19:31:30

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:32 [en universidad sí el chavalo p..] (56:56) (Super)**

Codes: [RSFPE] [RSFPNE]

No memos

en universidad sí el chavalo puede estar, si le gusta alguien puede estar con esa persona teniendo relaciones estables, aunque al mismo tiempo, aunque al mismo tiempo si no tiene una relación puede andar viendo qué caza, viendo qué encuentra por ahí.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:39 [yo no sé con cuántas tuvo rela..] (64:64) (Super)**

Codes: [RSFPNE]

No memos

yo no sé con cuántas tuvo relación el novio de ella y ese es un error de razonamiento muy común, que te dejas llevar por la muchacha no por las personas con las que pueda estar la muchacha

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:200 [cuando miras a una niña de 18 ..] (528:528) (Super)**

Codes: [RSFPNE]

No memos

cuando miras a una niña de 18 años ya ha tenido diez o veinte aventuras

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:205 [on relaciones demasiado esporá..] (533:533) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIFE] [RSFPNE]

No memos

on relaciones demasiado esporádicas, tan esporádicas que las repiten y las repiten, a pesar de que salgan embarazos no deseados

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:19 [Algo esporádico totalmente, po..] (62:62) (Super)**

Codes: [RSFPE] [RSFPNE]

No memos

Algo esporádico totalmente, porque, ya cuando, o sea, el joven o la joven ya despiertan un poco más, ya hay una separación, ya entra en un núcleo de, donde se va desarrollando lo que es la violencia física intrafamiliar. Sí hay una separación y esos después tienen su otra pareja tanto en la mujer como en el hombre

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:20 [entran en una etapa de experim..] (64:64) (Super)**

Codes: [RSFPNE]

No memos

entran en una etapa de experimentación, incluso no lo hacen con la misma persona

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:21 [Están conociendo otras persona..] (66:66) (Super)**

Codes: [RSFPNE]

No memos

Están conociendo otras personas y están cambiando de opinión

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:73 [Eso viene a repercutir en cuan..] (184:184) (Super)**

Codes: [RSFPNE] [SRPFI]

No memos

Eso viene a repercutir en cuando a los problemas con el vih también, porque se está haciendo una práctica sexual desordenada, para eso se necesita la pubertad, la adolescencia, cual es el tiempo más lógico para tener relaciones [R.GFE80]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:80 [ahora, la relación de salir a ..] (199:199) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC] [RSFPNE]

No memos

ahora, la relación de salir a una fiesta, la mujer y el varón nos vamos a la fiesta y tuvimos relaciones sexuales, se salen de las fiestas, a las aceras, a los baños de la discoteca, [R.GFE93]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:82 [En la mayoría de los casos sue..] (201:201) (Super)**

Codes: [IRSTE] [IRSTEC] [RSFPNE]

No memos

En la mayoría de los casos suelen ser relaciones sexuales tempranas, pero también está relacionado con relación esporádica

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:83 [o sea las que andan en la fies..] (203:203) (Super)**

Codes: [MEXC] [RSFPNE]

No memos

o sea las que andan en la fiesta, y encuentran algún hombre, y tienen algo y "follaran" hoy

## Anexo 73. Citas código RSIH

5 quotation(s) for code:

RSIH

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-26 01:26:56

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:136 [ya no es la enfermedad de los ..] (385:385) (Super)**

Codes: [EDMCM] [PVSICS] [PVSIE] [RSD] [RSIH]

No memos

ya no es la enfermedad de los homosexuales, eso sí, nuestros jóvenes ya manejan eso, ya no están etiquetado como la enfermedad de las prostitutas o la enfermedad de los homosexuales. Y eso ha sido gracias a cómo se ha difundido.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:170 [todavía la homosexualidad no s..] (479:479) (Super)**

Codes: [RSIH]

No memos

todavía la homosexualidad no somos maduros para manejarla, aquí te confieso que hay tres o cuatro docentes, que he tenido que desatar una guerra con cuartel con ellos, para que procesen, para que filtren lo de las tendencias sexuales

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:171 [si hay rechazo, que esa homofo..] (479:479) (Super)**

Codes: [RSIH]

No memos

si hay rechazo, que esa homofobia, si se le puede llamar así, no se ha desencadenado en agresiones

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:172 [una especie de aislamiento sí,..] (479:479) (Super)**

Codes: [RSIH]

No memos

una especie de aislamiento sí, sí, aislamiento sí, a nivel de familia, la familia te aísla

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:24 [Ambos o ambas. Ambos pues tien..] (87:87) (Super)**

Codes: [ABPM] [RSIH] [RSIR] [SRPFI]

No memos

Ambos o ambas. Ambos pues tienen sus historias, como se dice, decían antes, que el VIH solamente lo tienen las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexos con hombres. Eso eran verdad, la basa que se tenía. Y ahora nos damos cuenta que eso no es así. Que hay heterosexuales mínimo, el porcentaje de las trabajadoras sexuales y el de los hombres que tienen sexo con hombres. Entonces, ahí han venido surgiendo ciertas cosas, ciertos factores, en que la misma creencia que tienen en el uso del preservativo. Sin embargo, pues cada día más se hace promoción en educación sobre el uso del preservativo, pero sí es cierto

## Anexo 74. Citas código RSINC

5 quotation(s) for code:

RSINC

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-26 01:23:51

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:169 [Si si, la información está, pe..] (479:479) (Super)**

Codes: [RSD] [RSINC]

No memos

Si si, la información está, pero está mal manejada, mal canalizada, en esas áreas rurales, verdad?? Si hay cantidad, de clichés, hay cantidad de pero si, si genera rechazo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:190 [si en tu familia empiezas a ev..] (516:516) (Super)**

Codes: [EPF] [RSD] [RSINC]

No memos

si en tu familia empiezas a evaluar sexualidad y miran que tu hijo ya tiene una inclinación diferente, eso para uno se vuelve un trauma, ya a empezar, ni quiera Dios, a sentir vergüenza, rechazo quizás, por tu propio hijo, sexualidad no es. Muchos decimos sexualidad es el hecho de una penetración, sexualidad es la forma como nosotros también presentamos nuestra pudiéramos decir nuestra personalidad, cómo disfrutamos la sexualidad

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:222 [muchas personas no creemos que..] (565:565) (Super)**

Codes: [RSD] [RSINC]

No memos

muchas personas no creemos que algún individuo se pudo de haber infectado de otra manera, no. Discriminan. "Ay que era muy mujeriego y de forma pochorno... No podemos pensar de que a lo mejor pudo haberse infectado por otro medio. ¿Por qué? Porque desconocemos la diferencia que tiene, de infectarse

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:6 [Es lógico que es una aproximac..] (22:22) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [RSD] [RSINC]

No memos

Es lógico que es una aproximación, porque es una enfermedad muy difícil, todavía hay miedo de que no me hago la prueba, ya me van a discriminar, es un mito.

**P 2: grupos focales unificadas.rtf - 2:38 [existe mucho rechazo, y se ve ..] (124:124) (Super)**

Codes: [RSD] [RSINC]

No memos

existe mucho rechazo, y se ve como una enfermedad ajena que no puedo estar en riesgo de contraer, de ver que aquí que... Lo primero que se preguntan cuando una persona se dice que tiene VIH, lo que preguntan es cómo te infectaste no va a haber el apoyo a esa persona. No la van a ver como una persona que necesita apoyo, que hay que luchar para que ella se integre en su tratamiento, si no se ve cómo ya comenzamos a decir que por qué se produjo porque tenía una vida desordenada, porque era esto...Y no lo estamos viendo como un ser humano, que se merece un respeto por lo que ha de tener

## Anexo 75. Citas código RSIR

4 quotation(s) for code:

RSIR

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-26 01:27:42

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:165 [pero viene otro detrás de vos,..] (473:473) (Super)**

Codes: [PELGI] [RSIR]

No memos

pero viene otro detrás de vos, y ahora esa chica le sale con la misma respuesta que la anterior ya tenemos dos chicas jjejejejeje entonces en la medida que el encuentre obstáculos por cada chica que busque, entonces, el qué pasa aquí, yo tengo también que sensibilizarme

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:219 [Claro, claro que sí. Mira, vam..] (565:565) (Super)**

Codes: [RSIR]

No memos

Claro, claro que sí. Mira, vamos a regresar como habíamos dicho a la religión. A veces la religión juega un papel importantísimo en el trato que le podemos dar a una persona con VIH/SIDA. Porque nos acercan más a ellos. Nos acerca a hacerles sentir persona importante. A hacerlos sentir que son personas a la que no le tenemos asco, miedo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:221 [cuando son un poco religiosos,..] (565:565) (Super)**

Codes: [RSIR]

No memos

cuando son un poco religiosos, tenemos supuestamente un mayor grado de humanismo, de calor humano. Entonces nos permite, este, estar en mayor contacto con estas personas

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:24 [Ambos o ambas. Ambos pues tien..] (87:87) (Super)**

Codes: [ABPM] [RSIH] [RSIR] [SRPF]

No memos

Ambos o ambas. Ambos pues tienen sus historias, como se dice, decían antes, que el VIH solamente lo tienen las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexos con hombres. Eso eran verdad, la basa que se tenía. Y ahora nos damos cuenta que eso no es así. Que hay heterosexuales mínimo, el porcentaje de las trabajadoras sexuales y el de los hombres que tienen sexo con hombres. Entonces, ahí han venido surgiendo ciertas cosas, ciertos factores, en que la misma creencia que tienen en el uso del preservativo. Sin embargo, pues cada día más se hace promoción en educación sobre el uso del preservativo, pero sí es cierto

## Anexo 76. Citas código SRPAS

5 quotation(s) for code:

SRPAS

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-28 22:19:37

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:40 [En el caso de los que tienen i..] (69:69) (Super)**

Codes: [SRPAS]

No memos

En el caso de los que tienen información no lo usan porque pienso que muchos de ellos es por la sensación, la pérdida de sensibilidad, el preservativo o porque se sienten mejor hacerlo por tener relaciones sin preservativo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:78 [en el caso del hombre, el homb..] (123:123) (Super)**

Codes: [MEXF] [SRPAS] [SRPFI]

No memos

en el caso del hombre, el hombre te dice no! Que no quiere usar preservativo, pero, eso es de las mujeres verdad? que ya realmente están informada entonces que es lo que te dice el hombre, -jes que con condón no siento nada!, y entonces vos te quedas ahí, como no siente nada, -¡dale pues y accedes a tener una relación sexual sin preservativo

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:87 [los varones dicen que no lo us..] (208:208) (Super)**

Codes: [SRPAS]

No memos

los varones dicen que no lo usan porque no se siente igual, tal vez uno de diez dicen no, porque tienen alergia al condón, pero la mayormente, las mismas amigas mías mujeres, que ha salido embarazada por eso, es porque no les gusta...no les gusta usarlo, no les gusta cómo se siente, [R.GFE102]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:88 [Esos son los mitos que se han ..] (210:210) (Super)**

Codes: [SRPAS]

No memos

Esos son los mitos que se han creado en torno a eso del preservativo, que no se siente lo mismo, que vos sos loco o loca, que no logras llegar al orgasmo y ellos mismos ven y se las creen, [R.GFE104]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:93 [no lo hacen por eso de que no ..] (217:217) (Super)**

Codes: [SRPAS]

No memos

no lo hacen por eso de que no se siente lo mismo o sea que porque ellos quieren, no porque no se les haya dado la información necesaria [R.GFE111]

## **Anexo 77. Citas código SRPD**

**1 quotation(s) for code:**

**SRPD**

**Report mode: quotation list names and references**

**Quotation-Filter: All**

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-28 22:21:49

---

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:77 [la alcoholemia aunque sea una ..] (191:191) (Super)**

Codes: [SRPD]

No memos

la alcoholemia aunque sea una botella de ron plata, pero siempre sale una mujer desnuda, entonces, lo promueven el sexo



## Anexo 78. Citas código SRPDA

4 quotation(s) for code:

SRPDA

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-28 22:20:19

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:109 [O las enfermedades de transmis..] (275:275) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [SRPDA]

No memos

O las enfermedades de transmisión sexual? En las dos cosas nosotros le hemos orientado, aunque a mí me contaban que es la oportunidad de su vida, la oportunidad del adolescente hombre o mujer y el tiempo y el espacio que tiene para hacer el sexo no está ni un condón ni está una... Píldora del día siguiente. O sea un ejemplo es la pareja que sale a pasear sola y fuera de su lugar en ese momento se encontraron el espacio el tiempo los minutos las horas, la lluvia y los embargo el amor y la pasión, fun, y praticaron sexo. Pero nunca se acordaba de tener un condón en la mano ni nada.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:110 [van sin idea de practicar sexo..] (279:279) (Super)**

Codes: [SRPDA]

No memos

van sin idea de practicar sexo, pero la situación obligó a tener sexo. Y no tenían en ese momento nada de que ponerse.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:111 [no se pone el condón, no se ac..] (287:287) (Super)**

Codes: [SRPDA] [SRPI]

No memos

no se pone el condón, no se acuerdan de la PPMS, no se previenen lo que había que prevenirse, todos esos problemas se arreglan con, en ese momento

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:28 [la parte cultural cuenta mucho..] (96:96) (Super)**

Codes: [SRPDA] [SRPFI]

No memos

la parte cultural cuenta mucho, porque nosotros somos muy dadas a creer en cuestiones de este tipo. Y entonces como que le damos más importancia, o lo damos por verdadero lo que digan de ti. Entonces hay veces que no se sienten igual teniendo relaciones sexuales con preservativo. Sólo con eso, ya se da por hecho que una relación sexual con preservativo va a ser como algo fracasado, o que no va a tener las mismas sensaciones

## Anexo 79. Citas código SRPFI

31 quotation(s) for code:

SRPFI

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-28 22:14:42

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:15 [Y en el caso de las mujeres es..] (27:27) (Super)**

Codes: [SRPFI] [SRPP]

No memos

Y en el caso de las mujeres es falta de conocimiento, falta de apertura para hablar del tema y miedo, miedo de hablar del mismo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:41 [La falta de información sigue ..] (69:69) (Super)**

Codes: [SRPFI]

No memos

La falta de información sigue siendo un problema serio en una gran mayoría, el tabú de la sociedad y las familias como tal también influye mucho.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:43 [es pasa porque tengan relacion..] (69:69) (Super)**

Codes: [SRPFI] [SRPI]

No memos

es pasa porque tengan relaciones en estado de ebriedad y el mismo estado de ebriedad se les olvida o no les importa y tienen más relaciones así por así. No son mayoría pero he conocido a muchas personas que les ha pasado esto, o a otros que por la pasión, tal vez primera vez que están con su novia juntos y no quieren matar el instante, y sucede todo tan rápido que, que pasa por.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:69 [el caso de los hombres es un p..] (99:99) (Super)**

Codes: [MEXC] [MEXS] [PVSICS] [SRPFI]

No memos

el caso de los hombres es un poco diferente, aquí el hombre que..., que tiene más mujeres es más hombre, mientras que la mujer, si tiene más hombres, es otra cosa, es una prostitutas, o es una cualquiera pues, o sea que anda con cualquiera, es la fácil. Si, si pero como la sociedad de nosotros es mas machista, es más marcada y no los haces cambiar de idea, al hombre que piensa así, muy difícilmente lo haces cambiar de idea y entonces por eso yo considero que es muy importante que se hable de estos temas

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:78 [en el caso del hombre, el homb..] (123:123) (Super)**

Codes: [MEXF] [SRPAS] [SRPFI]

No memos

en el caso del hombre, el hombre te dice no! Que no quiere usar preservativo, pero, eso es de las mujeres verdad? que ya realmente están informada entonces que es lo que te dice el hombre, -jes que con condón no siento nada!, y entonces vos te quedas ahí, como no siente nada, -¡dale pues y accedes a tener una relación sexual sin preservativo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:89 [El uso del condón o preservati..] (165:165) (Super)**

Codes: [EDPS] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

El uso del condón o preservativo se utiliza más en hombres que mujeres la colocación del condón o preservativo femenino casi no saben colocarlo y eso es un inconveniente en el momento de la relación sexual por qué se puede ir el semen a través de las paredes de la vagina y el preservativo femenino y tener un embarazo no deseado. Y una alta incidencia que tenemos nosotros es el embarazo no deseado nos toca a nosotros luchará para que esa niña venga crear o ver crecer a otra niña. **Y eso que al hospital llegan niñas de doce o trece años a parir**, con su primer embarazo

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:102 [el sexo masculino ha dicho que..] (211:211) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [RSEPNE] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el sexo masculino ha dicho que la mujer que quiera con ellos sexo, pero así tan rápidamente poder decir **fluidezmente**, yo soy hombre, entonces el machismo viene **presentándose**,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:120 [no se toma medidas, si supiera..] (322:322) (Super)**

Codes: [EDMCM] [SRPFI] [SRPI]

No memos

no se toma medidas, si supiera la enfermedad estamos en el fin de ayudarles en todo los de aspectos médicos, legales, consejería y todo, pero que también ellos nos ayude a nosotros **para ser eso nosotros**.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:121 [En otro caso, de otra paciente..] (324:327) (Super)**

Codes: [ABPM] [PLPEC] [SRPFI] [SRPI]

No memos

En otro caso, de otra paciente que sabe que tiene VIH, se le dice que tiene vih, no se quede embarazada, porque al tener vih en estos momentos están tratamientos que espere tres meses, bla bla bla. Y qué dice ...sexual, a los seis meses ya tiene su barriga, está embarazada de un Señor que **mide nuevo Toyota y la hernia digital**.

Y salí embarazada y usted cree que pudo coger con él? Entonces eso es una irresponsabilidad.

Independientemente de la relación sexual que **tengas se respeta, coje, oye y acéptalo**, pero que lo sepas que tiene VIH, que lo puedes transmitir a **otros... Cómo te metes?, cómo...**, pues todo lo que hemos hablado pero tiene que haber **una.. Que osea, el mismo que sea portador sepa que tiene que prevenir, o decir que el vih va y quien está** transmitiendo además de lo que algo tiene también, que generalmente se sabe que también hay personas que saben que lo tienen.

Y por cada vih cuántos contactos tiene? **No vamos a aprender**, por la vía ilegal y por la vía legal porque ya sabe que **enfermé por la vía y** no lo podemos detener, pero sí con la consejería y con la propaganda de planificación y enfermedades de transmisión sexual podemos detenerlo un poco, pero por la vía legal **es fácil. Tú que harías con todo esto?**

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:125 [Si la población desconoce esta..] (349:349) (Super)**

Codes: [RSD] [SRPFI]

No memos

Si la población desconoce esta información o lo toma muy a la ligera, vamos a ser un rechazo de todos los pacientes con vih. Lo que hay personas que creen que con salvar a un paciente con vih, o darle un beso en la mejilla ya se **descontaminación** con vih, lo que creemos que no debe ser así, la información tenemos que darla más fluida y a todo el resto de la población.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:131 [En el campo no se usa mucha pr..] (383:383) (Super)**

Codes: [IDMF] [SRPFI]

No memos

En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:132 [Y hablar de condones o hablar ..] (383:383) (Super)**

Codes: [PVSIE] [SRPFI]

No memos

Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:141 [la cantidad de embarazos en ad..] (390:390) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la cantidad de embarazos en adolescentes que hay en nuestra región, la cantidad de embarazos en adolescentes. Nuestros jóvenes están sufriendo de enfermedades venéreas,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:163 [la joven, un poco preocupada, ..] (473:473) (Super)**

Codes: [ABPM] [EDPE] [EDPS] [EFISU] [EIEF] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI]

No memos

la joven, un poco preocupada, pero necesita ayuda, para que su preocupación se convierta en un acto de responsabilidad, yo pienso que capitalizamos esa preocupación tendríamos que trabajar en dirección de las chicas, dicen que no hay mejor huelga que la huelga del sexo, si la chica se resiste, si surge de ella, podemos trabajar, y nuestras chicas, por mucho embarazo que haya en adolescentes y todo, y logramos captarlas, y trabajarlas, los resultados serían mucho más fructíferos que si trabajáramos con los chicos,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:182 [Yo tuve cerca de mí a un joven..] (495:495) (Super)**

Codes: [PLPEC] [PVSSNL] [SRPFI]

No memos

Yo tuve cerca de mí a un jovencito guapísimo y su pareja, su novia. Un joven que, quien iba a creer que iba a llegar a tener una enfermedad, le llaman Virus del Papiloma. Un muchacho de diecinueve años y cuando este muchacho, la mamá se da cuenta pon un grito al cielo y empiezan a hacer la cadena. "Cómo está esta situación". La novia de diecinueve años igual, pegada. Imagínate que eso te trae un cáncer, ¿ya? Y muchos pensamos del sida, sida, sida. Y esto un cáncer. La jovencita estaba ya con, creo que estaba con un MIA1. MIA1 y el muchacho también le tuvieron que hacer cirugía y no sé cuantas cosas. ....(min 5.28) . Se vio a tiempo, como dice la mamá, y dicen...se vio a tiempo y le detectaron a tiempo y tomaron el medicamento a tiempo. Porque si no imagínate, a cuántas muchachitas, este muchacho, contagió este virus. Porque ya no se le pidió haciendo cadena. Se le trató de crear conciencia para que él buscara a las muchachas con las que había tenido relaciones

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:215 [Empiezan a ver el método del r..] (548:548) (Super)**

Codes: [SRPFI] [SRPI]

No memos

Empiezan a ver el método del ritmo, su menstruación. Entonces ellas dicen no, no quedo embarazada. Y algunas ni siquiera se percatan de eso. Simplemente se dejan llevar por la emoción y dicen "ni que fuera"

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:216 [Tenía creo diecisiete años, ¿c..] (548:548) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [SRPFI] [SRPI]

No memos

Tenía creo diecisiete años, ¿cómo es que estás embarazada? "mañana me voy para león para un aborto". Pero ¡cómo es posible! digo que te vas a ir a hacer un aborto, y tu mamá sabe, no, y la mamá es enfermera. ¡cómo es posible que te vas a ir a hacer un aborto! "sí profe, que mi mamá me mata, si mi mamá se da cuenta me mata."... ¿cómo vas a creer vos que no ibas a considerarte que al irte a acostar con ese muchacho no ibas a salir embarazada? "profe, nunca me imaginé, que era la primera vez". Cuando me dicen que es la primera vez, me acuerdo de mí misma. Porque a la primera vez, quedé embarazada, y sin planificar. O sea, es que digo yo, se repiten las historias, así como a mí me pasó, le pasó a ella. Por eso te lo cuento porque quería llegar ahí, entonces cuando ella me dice "fue la primera vez" yo me caí de inmediato. Y la primera vez y estaba embarazada. Igual yo, le digo y me siento en esa confianza de decirle, "mire mi niña, igual me pasó que a usted" y ya empiezo a contarle mi historia: tal, estaba en mi segundo año de medicina, y yo hacía así, y salí embarazada y no por eso decidí abortar a mi hijo. No por eso decidí irme de mi casa, a hacer cualquier barbaridad, no. Y mi mamá era religiosa, de aquellas señoras super religiosa. Y empiezo a hablar mira aquella muchacha.... (47.51) Estaba en pánico porque al día siguiente se iba a hacer ese aborto que ella ya había pagado, que un amigo le había hecho el contacto y se lo iba hacer hasta león. Te puede hasta morir, la cosa quería que riquísimo me siento que

esa niña no se hizo el aborto. No se hizo el aborto y después ella al día siguiente “gracias por la charla, fíjese que no piensa en el aborto, y aquí estoy, voy a tener mi hijo, y ya hablé con mi mami anoche después de que hablé con usted. En ocho días me estaba invitando al matrimonio. Se casó con el chaval, y fue la mejor opción que hallaron los padres: casarse. Pero no funcionó. Fue una boda que no funcionó, se separaron. Pero bueno, ahí vamos, al nivel de responsabilidad que tuvieron, la joven, por lo menos esa niña, no abortó. Esa otra niña de hace treinta y nueve años, ya hace veinte o diecinueve años, veintiún años, tampoco abortó

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:14 [si nos vamos las estadísticas ..] (38:38) (Super)**

Codes: [EDPE] [EPRIFE] [IDME] [SRPFI]

No memos

si nos vamos las estadísticas estamos viendo verdad y cuando hacemos el análisis de las tomas de muestra, el grupo de quince a diecinueve años hay una alta embarazos en adolescentes. Todo esto viene a la confirmar que la información, que la información queda ahí, nada más en los colegios pero que va a llegar hasta los hogares no

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:24 [Ambos o ambas. Ambos pues tien..] (87:87) (Super)**

Codes: [ABPM] [RSIH] [RSIR] [SRPFI]

No memos

Ambos o ambas. Ambos pues tienen sus historias, como se dice, decían antes, que el VIH solamente lo tienen las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres. Eso eran verdad, la basa que se tenía. Y ahora nos damos cuenta que eso no es así. Que hay heterosexuales mínimo, el porcentaje de las trabajadoras sexuales y el de los hombres que tienen sexo con hombres. Entonces, ahí han venido surgiendo ciertas cosas, ciertos factores, en que la misma creencia que tienen en el uso del preservativo. Sin embargo, pues cada día más se hace promoción en educación sobre el uso del preservativo, pero sí es cierto

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:28 [la parte cultural cuenta mucho..] (96:96) (Super)**

Codes: [SRPDA] [SRPFI]

No memos

la parte cultural cuenta mucho, porque nosotros somos muy dadas a creer en cuestiones de este tipo. Y entonces como que le damos más importancia, o lo damos por verdadero lo que digan de ti. Entonces hay veces que no se sienten igual teniendo relaciones sexuales con preservativo. Sólo con eso, ya se da por hecho que una relación sexual con preservativo va a ser como algo fracasado, o que no va a tener las mismas sensaciones

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:32 [las campañas de masiva yo cons..] (108:108) (Super)**

Codes: [EDMCM] [SRPFI]

No memos

las campañas de masiva yo considero que también son un trance porque sí es cierto de que a veces su uso en un tiempo se prohibió **no solo a lo que decir sino ya tema de VIH no afectan....** Pero así a nivel general, se habla de VIH pero se desconoce mucho. En el fondo los jóvenes no conocen tanto de información sobre VIH, que es como debería ser, la correcta. Entonces si son necesarias, yo considero que estas campañas masivas, a la vez que existen, sensibilizan. La realidad es que no, los jóvenes no le

dan importancia a esto.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:45 [as organizaciones de la Iglesi..] (144:144) (Super)**

Codes: [ABPM] [EISSI] [SRPFI]

No memos

as organizaciones de la Iglesia Católica, y, se ha trabajado mucho en ese tema. Nosotras no trabajamos, en la promoción de tal vez del preservativo, pero sí trabajamos en la parte de prevención en la formación en valores, sí vemos pues, este. Para poner un ejemplo, hace muchos años que existe el preservativo, si cada año se expande más. Vemos que el índice es mayoritario. Entonces vemos que no es la falta, tal vez, del uso o mal uso del preservativo, sino está en la actitud de las personas. Porque pueden existir lo... del preservativo pero si la persona no cambia su actitud, no lo usa. Pero quizás este, de que no, a grandes rasgos, no se vea el trabajo que está haciendo la Iglesia

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:51 [también hay miedo a la montaña..] (161:161) (Super)**

Codes: [DPRU] [SRPFI]

No memos

también hay miedo a la montaña, a la finca porque ahí es donde se infectan más las personas, al no tener ningún tipo de información que le digan, para las fiestas patronales de las comarcas, además es que son jóvenes

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:57 [para la mujer, la percepción d..] (79:79) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPFI]

No memos

para la mujer, la percepción de la mujer, es ¿para qué se ponen preservativo si yo no tengo enfermedad, no tengo? [R.GFC29]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:59 [no hacen el uso adecuado del p..] (83:83) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPFI]

No memos

no hacen el uso adecuado del preservativo. [R.GFC31]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:73 [Eso viene a repercutir en cuan..] (184:184) (Super)**

Codes: [RSFPNE] [SRPFI]

No memos

Eso viene a repercutir en cuando a los problemas con el vih también, porque se está haciendo una práctica sexual desordenada, para eso se necesita la pubertad, la adolescencia, cual es el tiempo más lógico para tener relaciones [R.GFE80]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:89 [También el factor género, no? ..] (211:211) (Super)**

Codes: [EEIG] [SRPFI]

No memos

También el factor género, no? que a lo mejor los chicos, que el tema sea igual en las chicas y se preocupen o que ya más o menos...

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:121 [pero lo que hace es evitar los..] (327:327) (Super)**

Codes: [SRPFI]

No memos

pero lo que hace es evitar los embarazos no evita ninguna enfermedad [R.GFM170]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:124 [Muchas veces creo que es porqu..] (333:333) (Super)**

Codes: [SRPFI]

No memos

Muchas veces creo que es porque los condones dan alergia o no se acostumbran [R.GFM173]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:127 [son las mujeres las que buscan..] (340:340) (Super)**

Codes: [MEXF] [SRPFI]

No memos

son las mujeres las que buscan salirse del dominio de sus padres para irse con el novio o la persona que están teniendo relaciones sexuales [R.GFM176]

## Anexo 80. Citas código SRPI

22 quotation(s) for code:

SRPI

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA

File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 13-05-28 22:17:44

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:36 [El chavalo de acá está acostum..] (60:60) (Super)**

Codes: [SRPI]

No memos

El chavalo de acá está acostumbrado, por ponerte un ejemplo, viene una chavala, le conozco su historia, sé que no ha tenido muchos novios, que no es alguien que anda con uno y con otro y con otro, entonces me confío en eso y puedo tener relaciones con ella sin preservativos.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:42 [sí existe todavía algunos que ..] (69:69) (Super)**

Codes: [SRPI]

No memos

sí existe todavía algunos que creen que no les puede pasar, son muy pocos pienso porque ya han visto que les puede dar a cualquiera, pues no es, no selecciona ni razas, ni credos políticos, ni estatus social ni nada por el estilo, le puede dar a cualquiera pero sí todavía hay sus cuantos que se creen los inmortales

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:43 [es pasa porque tengan relacion..] (69:69) (Super)**

Codes: [SRPFI] [SRPI]

No memos

es pasa porque tengan relaciones en estado de ebriedad y el mismo estado de ebriedad se les olvida o no les importa y tienen más relaciones así por así. No son mayoría pero he conocido a muchas personas que les ha pasado esto, o a otros que por la pasión, tal vez primera vez que están con su novia juntos y no quieren matar el instante, y sucede todo tan rápido que, que pasa por.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:102 [el sexo masculino ha dicho que..] (211:211) (Super)**

Codes: [IDMGI] [MEXC] [RSEPNE] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el sexo masculino ha dicho que la mujer que quiera con ellos sexo, pero así tan rápidamente poder decir **fluidemente**, yo soy hombre, entonces el machismo viene **presentándose**,

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:111 [no se pone el condón, no se ac..] (287:287) (Super)**

Codes: [SRPDA] [SRPI]

No memos

no se pone el condón, no se acuerdan de la PPMS, no se previenen lo que había que prevenirse, todos esos problemas se **arreglan con**, en ese momento

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:120 [no se toma medidas, si supiera..] (322:322) (Super)**

Codes: [EDMCM] [SRPFI] [SRPI]

No memos

no se toma medidas, si supiera la enfermedad estamos en el fin de ayudarles en todo los de aspectos médicos, legales, consejería y todo, pero que también ellos nos ayude a nosotros **para ser eso nosotros**.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:121 [En otro caso, de otra paciente..] (324:327) (Super)**



Codes: [ABPM] [PLPEC] [SRPFI] [SRPI]  
No memos

En otro caso, de otra paciente que sabe que tiene VIH, se le dice que tiene vih, no se quede embarazada, porque al tener vih en estos momentos están tratamientos que espere tres meses, bla bla bla. Y qué dice ...sexual, a los seis meses ya tiene su barriga, está embarazada de un Señor que **mide nuevo Toyota y la hernia digital**.

Y salí embarazada y usted cree que pudo coger con él? Entonces eso es una irresponsabilidad.

Independientemente de la relación sexual que **tengas se respeta, coje, oye y acéptalo**, pero que lo sepas que tiene VIH, que lo puedes transmitir a **otros... Cómo te metes?, cómo...**, pues todo lo que hemos hablado pero tiene que haber **una.. Que** osea, el mismo que sea portador sepa que tiene que **prevenir, o decir que el vih va y quien está** transmitiendo además de lo que algo tiene también, que generalmente se sabe que también hay personas que saben que lo tienen.

Y por cada vih cuántos contactos tiene? **No vamos a aprender**, por la vía ilegal y por la vía legal porque ya sabe que **enfermé por la vía y** no lo podemos detener, pero sí con la consejería y con la propaganda de planificación y enfermedades de transmisión sexual podemos detenerlo un poco, pero por la vía legal **es fácil. Tú que harías con todo esto?**

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:128 [La otra situación es, yo tengo..] (368:368) (Super)**

Codes: [SRPI]  
No memos

La otra situación es, yo tengo algo siempre también, uno puede tomar tranquilamente, ese hombre está tomando socialmente, se puede tomar su juguito, su cerveza y bailar, disfrutar, que tú disfrutes del licor y no que el licor disfrute de usted, ya ha conseguido que el licor disfrute de usted, usted ya ha pasado a otro estado y a otra vida porque no sabes lo que estás haciendo y no sabes después de la fiesta dónde vas a caer. Por eso usted disfrute de su licor todos somos ..... Y nos divertimos como sea y si vamos a hacer tal cosa, sabemos que lo vamos a ser consciente porque en un momento dado también está demostrado que 3, 4 copitas o 4 o 6 cervecitas te inducen a un **erótico y te desinhibes, es normal..... Pero no te vas a tomar dos Cajillas, y decir que después de dos cajillas vas a hacer el amor cuatro veces después en la casa, en la casa después va a roncar..... El licor, es una situación que puede acomodar a relaciones sexuales, y el cigarro, la droga, son cosas que podemos tomar en la educación de salud.**

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:214 [se dejan llevar por la emoción..] (548:548) (Super)**

Codes: [SRPI]  
No memos

se dejan llevar por la emoción

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:215 [Empiezan a ver el método del r..] (548:548) (Super)**

Codes: [SRPFI] [SRPI]  
No memos

Empiezan a ver el método del ritmo, su menstruación. Entonces ellas dicen no, no quedo embarazada. Y algunas ni siquiera se percatan de eso. Simplemente se dejan llevar por la emoción y dicen "ni que fuera"

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:216 [Tenía creo diecisiete años, ¿c..] (548:548) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIPE] [EPRIPS] [SRPFI] [SRPI]  
No memos

Tenía creo diecisiete años, ¿cómo es que estás embarazada? "mañana me voy para **león** para un aborto". Pero ¡cómo es posible! digo que te vas a ir a hacer un aborto, y tu mamá sabe, no, y la mamá es enfermera. ¡cómo es posible que te vas a ir a hacer un aborto! "sí profe, que mi mamá me mata, si mi mamá se da cuenta me mata."... ¿cómo vas a creer vos que no ibas a considerarte que al irte a acostar con ese muchacho no ibas a salir embarazada? "profe, nunca me imaginé, que era la primera vez". Cuando me dicen que es la primera vez, me acuerdo de mí misma. Porque a la primera vez, quedé embarazada, y sin planificar. O sea, es que digo yo, se repiten las historias, así como a mí me pasó, le pasó a ella. Por eso te lo cuento porque quería llegar ahí, entonces cuando ella me dice "fue la primera vez" yo me caí de inmediato. Y la primera vez y estaba embarazada. Igual yo, le digo y me siento en esa confianza de decirle, "mire mi niña, igual me pasó que a usted" y ya empiezo a contarle mi historia: tal, estaba en mi segundo año de medicina, y yo hacía así, y salí embarazada y no por eso decidí abortar a

mi hijo. No por eso decidí irme de mi casa, a hacer cualquier barbaridad, no. Y mi mamá era religiosa, de aquellas señoras super religiosa. Y empiezo a hablar mira aquella muchacha.... (47:51) Estaba en pánico porque al día siguiente se iba a hacer ese aborto que ella ya había pagado, que un amigo le había hecho el contacto y **se lo iba hacer hasta león**. Te puede hasta morir, la cosa quería que riquísimo me siento que esa niña no se hizo el aborto. No se hizo el aborto y después ella al día siguiente "gracias por **la charla**, fíjese que no piensa en el aborto, y aquí estoy, voy a tener mi hijo, y ya hablé con mi mami anoche después de que hablé con usted. En ocho días me estaba invitando al matrimonio. Se casó con el chaval, y fue la mejor opción que hallaron los padres: casarse. Pero no funcionó. Fue una boda que no funcionó, se separaron. Pero bueno, ahí vamos, al nivel de responsabilidad que tuvieron, la joven, por lo menos esa niña, no abortó. Esa otra niña de hace treinta y nueve años, ya hace veinte o diecinueve años, veintiún años, tampoco abortó

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:16 [el grupo de las mujeres que má..] (44:44) (Super)**

Codes: [EDPE] [EDPS] [EPRIFE] [EPRIPS] [IRSTEC] [PVSSNL] [SRPFI] [SRPI]

No memos

el grupo de las mujeres que más paren está entre los doce a dieciséis diecisiete años. Entonces si aquí está pariendo a los doce años, como mínimo tienen vida sexual, a los doce ¿a los doce años alguien puede estar consciente de lo que en realidad significa una relación sexual? ¿Puede estar consciente que si tú no te proteges sabes cuáles son las consecuencias que va a tener? Entonces no, lo decíamos anteriormente, eso depende no solo de la educación, sino también de la comunicación. Pero también algo ha fallado en esta comunicación o en esa información que se les damos. Porque por más que hablamos y hablamos, decimos, les comentamos de los pros de los contras de la maternidad y de la conducta responsable

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:25 [como es mi única pareja, no te..] (91:91) (Super)**

Codes: [MEXS] [RSFPE] [SRPI]

No memos

como es mi única pareja, no tengo otra es la única, no voy a usar preservativo.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:46 [En mi opinión es una problemát..] (151:151) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [SRPI]

No memos

En mi opinión es una problemática y muy grave, porque si nos ponemos a observar, es una enfermedad altamente contagiosa y son muy pocos los cuidados en cuanto a salud sexual, no tienen cuidado por completo la juventud. Es como que no están pensando en su prejuicio, en el prejuicio que les va a llevar el tener relaciones sexuales a temprana edad sin protección ninguna. No buscan información, simplemente lo hacen porque sí y no, no les interesa, solo quieren vivir libremente la experiencia. Eso sería para unir una gran problemática por esta parte en el VIH

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:47 [: Sí, es un problema de salud ..] (153:153) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [SRPI]

No memos

☑ Sí, es un problema de salud pública y hay información en los colegios y padres hay información, pero mayormente no toman esa información, no les dan importancia, este, es como si dijeran ellos esto no me va a dar a mi porque yo me cuido, al ser primera vez y ella también entonces no me va a dar a mi, y eso sólo una falta de contacto padre y madre.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:48 [preocupado también porque decí..] (159:159) (Super)**

Codes: [PVSSNL] [RSD] [SRPI]

No memos

preocupado también porque decía que había tenido relaciones con otras parejas, que él se hiciera las pruebas de VIH pero el dijo, yo he tenido relaciones con otras mujeres además de ella, entonces si hay, este los niveles son muy altos, porque sin querer darse cuenta, las parejas no se dan cuenta son el hombre o la mujer cuando lo tienen, cuando lo tienen ya se dan cuenta, es el brinco, el cielo, ya lo tengo, voy a morir, dicen, pero la infección, el descuido hacia la persona misma, yo te digo la verdad, porque siempre lo hacen

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:58 [Es su compañero. Es lo que dic..] (81:81) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPI]

No memos

Es su compañero. Es lo que dicen...

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:81 [la misma conducta sexual desor..] (200:200) (Super)**

Codes: [SRPI]

No memos

la misma conducta sexual desordenada, que es la que nos tiene ese dilema de la problemática del vih,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:90 [Viven el momento] (213:213) (Super)**

Codes: [SRPI]

No memos

Viven el momento

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:91 [hay información, pero después ..] (214:214) (Super)**

Codes: [AEPDD] [EPRIFE] [SRPI]

No memos

hay información, pero después a la hora de la verdad, en las prácticas no utilizan medios, en realidad es que con esa información no logramos llegar a ellos o que a lo mejor podrían no sé, o bueno a lo mejor no me estoy protegiendo contra una enfermedad sexual, pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, a lo mejor se usan otro tipo de métodos, que si la pastilla, que después la píldora, entonces qué error ven ustedes, porque si hay información, pero después ellos como que no la llegan a asimilar [R.GFE108]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:118 [si la muchacha es muy joven el..] (321:321) (Super)**

Codes: [ABPM] [IRSTEC] [SRPI]

No memos

si la muchacha es muy joven el varón es ya mayor suelen de que por el pretexto de que a el condón que puede prevenir hasta un embarazo una enfermedad hay no, no suele lo mismo mejor no y alo mejor no son estable y de ahí puede venir y en veces entre los dos experimentan entre los dos y les gusta sin protección viene la segunda por el miedo especialmente de la mujer se le dicen que se protejan lo hacen y entonces prueban u no les gusta entonces mejor se regresan a tener relación sin protección. [R.GFM167]

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:122 [la mayor preocupación es que n..] (329:329) (Super)**

Codes: [ABPM] [SRPI]

No memos

la mayor preocupación es que no quede embarazada no se protegen con condones [R.GFM171]

## **Anexo 81. Citas código SRPMCM**

**2 quotation(s) for code:**

**SRPMCM**

**Report mode: quotation list names and references**

**Quotation-Filter: All**

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-28 22:21:09

---

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:75 [El internet ha jugado un papel..] (189:189) (Super)**

Codes: [SRPMCM]

No memos

El internet ha jugado un papel demasiado terrible,

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:76 [todos los programas que hay en..] (190:190) (Super)**

Codes: [SRPMCM]

No memos

todos los programas que hay en la televisión tienen que ver con sexo, la música también

## Anexo 82. Citas código SRPP

7 quotation(s) for code:

SRPP

Report mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

---

HU: SIDA  
File: [C:\Users\Home\Desktop\TESIS ITAHISA\ANALISIS\SIDA.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 13-05-28 22:18:42

---

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:15 [Y en el caso de las mujeres es..] (27:27) (Super)**

Codes: [SRPFI] [SRPP]

No memos

Y en el caso de las mujeres es falta de conocimiento, falta de apertura para hablar del tema y miedo, miedo de hablar del mismo.

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:104 [nos hace falta todavía ese tip..] (220:220) (Super)**

Codes: [SRPP]

No memos

nos hace falta todavía ese tipo de respuesta que en un... No se da por la vergüenza ¿Sí o no haber?

**P 1: entrevistas unificadas.rtf - 1:105 [Entonces nos falta todavía, es..] (224:224) (Super)**

Codes: [SRPP]

No memos

Entonces nos falta todavía, es algo que es, ésta **anidado** en la mente tener tales de estudio, pero no ha podido, o sea, yo tengo un **buen cumplido**, y una psicología que puedo pensar pero no, a veces me da la idea de que estoy invadiendo más sentimientos, que no quiero dañar, tal vez hasta dónde he llegado la docencia tiene la confianza que podemos seguir platicando y que confíen en mí, como adulto mayor, que confíen en mí, en la consejería de la familia, también confían en mí, pero en esas preguntas así, resultado respuesta hay que llegar más allá y eso **es...** De corazón que la docencia a mí me dio, **anteriores** lágrimas, es que fue violada, ¿que sentiste?, aunque sea violada, porque eso también ayuda. Las violaciones también tienen sus sentimientos entonces que pensaste? En matarlo, pero no, bueno; y en la adolescencia que lo hace con su cuerpo justo y como no debería de hacer tu satisfacción, fue satisfactorio tu relación sexual? Conseguiste lo que querías anhelar? Experimentaste lo que te decían tus compañeros? O le diste un... Eso sería fantástico.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:26 [Si estamos con adolescentes, l..] (93:93) (Super)**

Codes: [IDMF] [MEXF] [SRPP]

No memos

Si estamos con adolescentes, lo primero es el miedo de que si mi mamá me descubre que estoy usando un método, me va a regañar, me va a tratar mal, me va a sacar de clase. Entonces, no usan o si no le bajan la menstruación, lo primero que le preguntan es ¿por qué? Porque hay madres que están pendientes de sus hijas. Entonces, algo que influyan que no han de hacer, pues no lo usan, para que no la descubran.

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:27 [las mujeres específicamente lo..] (94:94) (Super)**

Codes: [SRPP]

No memos

las mujeres específicamente los cambios que se vayan notando a través del uso del preservativo, es por eso el miedo que de la mamá la vea

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:60 [Dándole a los jóvenes la educa..] (166:166) (Super)**

*Itahisa Pérez Pérez*

Codes: [EIEF] [SRPP]  
No memos

Dándole a los jóvenes la educación sexual apropiada, la forma correcta de protegerse, porque son tendencias únicas infalibles, porque de cien parejas, una serán fieles, o de cien jóvenes uno o dos serán los que se abstienen, por miedo o porque piensan, entonces sería la forma más adecuada darles una información sexual amplia, para que ellos traten de hacer las cosas correctamente, y sobre todo hacerles saber de que hay otras maneras de contagiar y no solo por contacto sexual

**P 2: grupos focales unificados.rtf - 2:92 [Por el mismo tabú de la vergüe..] (216:216) (Super)**

Codes: [SRPP]  
No memos

Por el mismo tabú de la vergüenza, [R.GFE110]

*Siempre hay un principio, ... y todo tiene un final...  
pero a veces, el final, es sólo el principio*

**Desconocido**