

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



MARLON ROBERTO BETANCOURT VELIZ

GUATEMALA, MAYO DE 2011

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

“FACTORES PSICOLÓGICOS INFLUYENTES PARA ADQUIRIR VIH Y SIDA”

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MARLON ROBERTO BETANCOURT VELIZ

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO**

GUATEMALA, MAYO DE 2011

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 34-2011
DIR. 904-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

27 de abril de 2011

Estudiante
Marlon Roberto Betancourt Veliz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN OCHOCIENTOS OCHENTA GUIÓN DOS MIL ONCE (880-2011), que literalmente dice:

"OCHOCIENTOS OCHENTA": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"FACTORES PSICOLÓGICOS INFLUYENTES PARA ADQUIRIR VIH Y SIDA"** De la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

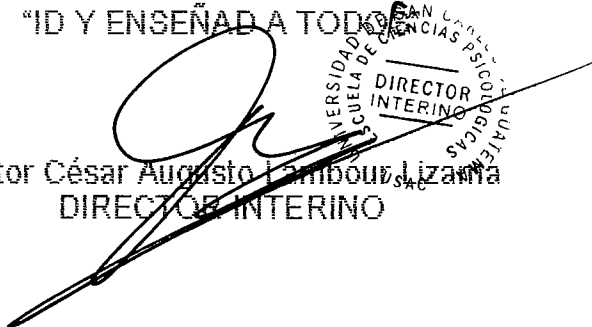
Marlon Roberto Betancourt Veliz

CARNÉ No. 2001-40819

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Olga Carolina Santizo y revisado por el Licenciado Carlos Marroquín. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DIRECTOR INTERINO

Doctor César Augusto Lombouza Lizama
DIRECTOR INTERINO

Izusy G.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 034-2011
REG: 142-2010
REG: 142-2010

INFORME FINAL

Guatemala, 05 de Abril 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos Antonio Marroquín Villacorta ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“FACTORES PSICOLÓGICOS INFLUYENTES PARA ADQUIRIR VIH Y SIDA.”


ESTUDIANTE:
Marlon Roberto Betancourt Veliz

CARNÉ No:
2001-40819

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 04 de Abril 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 05 de Abril 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 035-2011

REG: 142-2010

REG 142-2010

Guatemala, 05 de Abril 2011

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs. - "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"FACTORES PSICOLÓGICOS INFLUYENTES PARA ADQUIRIR
VIH Y SIDA."**

ESTUDIANTE:

Marlon Roberto Betancourt Veliz

CARNE

2001-40319

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 09 de Marzo 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

**Licenciado Carlos Antonio Marroquín Villacorta
DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Ciudad Guatemala, 24 de Enero de 2,011

Licda. Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

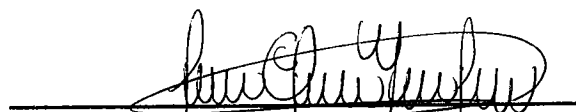
Estimada Licenciada Alvarez:

Me permito informarle que he tenido a mi cargo la orientación y asesoría del Informe final de investigación titulado "Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA" realizado en Aldea Nueva Venecia, Santo Domingo Suchitepéquez, durante el año 2010-2011. Realizado por el estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología, Marlon Roberto Betancourt Veliz, carné No. 200140819.

El trabajo fue realizado a partir del mes de Mayo de 2010, y culminado el día 24 de Enero de 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por CIEPs, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Atentamente,



Licda. Olga Carolina Santizo Macz

Psicóloga Colegiada No. 067

Asesora de contenido





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaapsic@usac.edu.gt

CIEPs: 856-2010

REG: 142-2010

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 04 de Noviembre 2010

ESTUDIANTE:
Marlon Roberto Betancourt Veliz

CARNÉ No.
2001-40819

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Licenciatura en Psicología** titulado:

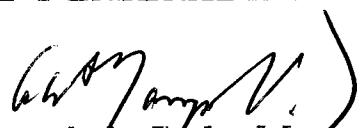
FACTORES PSICOLÓGICOS INFLUYENTES PARA ADQUIRIR VIH Y SIDA."

ASESORADO POR Licenciada Olga Carolina Santizo


Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación, el día 28 de Octubre 2010 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑADA A TODOS"


Licenciado Carlos Marroquin
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora,
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

/Arelis
c.c. archivo



Aldea Nueva Venecia, Santo Domingo, Suchitepéquez
25 de Septiembre 2,010

Licda. Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

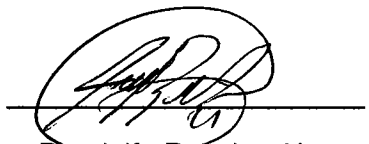
Licenciada Luna:

Reciba un cordial saludo de los habitantes de Aldea Nueva Venecia, Santo Domingo Suchitepéquez.

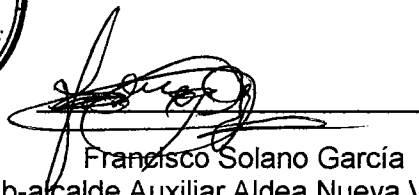
De manera atenta nos dirigimos a usted para hacer constar que el trabajo de investigación titulado "**Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA**", se realizó durante el año 2010 y las entrevistas del trabajo de campo fueron aplicadas los días 23, 24 y 25 de Septiembre de 2010, por el estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología, Marlon Roberto Betancourt Veliz, carné No. 200140819.

Así mismo hacemos saber que estamos satisfechos con el trabajo realizado, puesto que será de mucha ayuda para la comunidad, esperando llegue pronto a su conclusión.

Sin otro particular nos suscribimos de usted, atentamente.



Juan Randofo Rosales Almengor
Alcalde Auxiliar Aldea Nueva Venecia
Santo Domingo, Suchitepéquez



Francisco Solano García
Sub-alcalde Auxiliar Aldea Nueva Venecia
Santo Domingo, Suchitepéquez



Martín Ayala Rosales
Presidente de COCODE Aldea Nueva Venecia
Santo Domingo, Suchitepéquez

PADRINOS DE GRADUACIÓN

MÓNICA MARLENI CRUZ HERRERA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 2336

OLGA CAROLINA SANTIZO MACZ
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 067

Dedicatoria

A Dios

Por darme la vida, protegerme y aunque muchas veces le he fallado he conocido su bondad hacia mí, sobre mis seres queridos y el mundo.

A mis abuelos, (Q.E.P.D)

Especialmente a Sixto Betancourt, por su amor, y ser cómplice de mis travesuras de niño. Viejito lindo no te olvido.

A mi Papá y Mamá

Por su amor incondicional en las buenas y en las malas por ser ejemplo de lucha, trabajo, bondad y comprensión. Los amo mucho.

A mis hermanas y hermanos

Marvin, Marjori, Baldomero, Gregorio (Q.E.P.D.), Glendy, Marisol y Sixto. Por todo su apoyo incondicional. Diosito no me pudo enviar mejores hermanos que ustedes.

A mis sobrinos y sobrinas

Porque con sus travesuras siempre me roban una sonrisa cuando me siento triste.

A mis amigos y compañeros de promoción

Gracias por su apoyo, éxitos en la vida.

Agradecimientos

A la universidad de San Carlos de Guatemala, a la Escuela de Ciencias Psicológicas, forjadora de profesionales y a los docentes, por sembrar en mí su sabiduría.

Agradecer a los habitantes de Aldea Nueva Venecia del municipio de Santo Domingo, Suchitepéquez. Sobre todo a sus hombres que cada día se levantan muy temprano a trabajar y a cosechar la tierra, con el fin de apropiarse de unas cuantas monedas para llevar el alimento a su hogar. Gracias por abrirme las puertas de su hogar y brindar su colaboración, apoyo, sinceridad y confiar en mí esos aspectos personales de su vida, que dieron como resultado la culminación de la presente investigación.

Agradecer también a las autoridades civiles comunitarias de Aldea Nueva Venecia, a los alcaldes auxiliares y miembros del COCODE por su valiosa colaboración en todo momento, durante todo el proceso investigativo.

Sin olvidar mi agradecimiento a mi asesora de tesis, Olga Carolina Santizo Macz, por su apoyo, paciencia y compartir conmigo su sabiduría. De corazón gracias.

Índice

Resumen.....	
Prólogo.....	
I. Introducción.....	5
1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico.....	8
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	8
1.1.2 Marco Teórico.....	10
1.2 Delimitación.....	34
II. Técnicas e Instrumentos.....	35
2.1 Técnicas.....	35
2.1.1 Observación participativa.....	35
2.1.2 Entrevista semi-estructurada.....	35
2.1.3 Entrevista a profundidad.....	36
2.2 Instrumentos.....	37
2.2.1 Cuestionario.....	37
2.2.2 Guía para orientar la entrevista.....	37
III. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados...	38
3.1 Características del lugar y de la población.....	38
3.1.1 Características del lugar.....	38
3.1.2 Características de la población.....	39
3.2. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados en general	40
IV. Conclusiones y Recomendaciones.....	52
4.1 Conclusiones.....	52
4.2 Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	
Anexos.....	

Resumen

La presente investigación fue realizada en Aldea Nueva Venecia, municipio de Santo Domingo, Suchitepéquez, durante el año 2010-2011. Contiene los resultados obtenidos del estudio de investigación de titulado “Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA”. El objetivo general de esta investigación fue “Identificar factores psicológicos que fomentan las prácticas sexuales de riesgo para adquirir el virus del VIH y SIDA, en habitantes de aldea Nueva Venecia, municipio de Santo Domingo, Suchitepéquez.” Se aplicaron 20 entrevistas a profundidad a una muestra representativa de la población de 20 personas de género masculino activos sexualmente, comprendidos entre las edades de 20 a 35 años, que residen dentro de la comunidad.

Se utilizó la metodología cualitativa durante la investigación. Este tipo de investigación fundamenta sus estudios en la subjetividad del individuo desde el contexto natural, para que el investigado tuviera la libertad de emitir su opinión, forma de pensar, sentir, percibir, analizar, describir, y reflexionar, desde su experiencia de vida a las preguntas formuladas por el investigador.

Se utilizó el muestreo por selección intencionada o por conveniencia, el cual consistió en seleccionar por métodos no aleatorios, una muestra representativa de la población en estudio, determinada por el investigador.

El tipo de estudio que se aplicó fue el explicativo, ayudando a responder e identificar factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA.

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron fueron: La observación participativa, la entrevista semi-estructurada y, a profundidad, el cuestionario.

Con estas técnicas e instrumentos se logró concluir que los factores psicológicos conductuales, cognitivos y emocionales, influyen para que las personas se coloquen en riesgo de adquirir VIH y SIDA; las prácticas sexuales de riesgo están influenciadas por la conducta, la falsa creencia y pensamientos culturalmente establecidos en los patrones de crianza, de no usar el preservativo en sus relaciones sexuales, haciendo que estas sean parte de la vida cotidiana.

Prólogo

En Guatemala la infección por VIH y SIDA, es un problema en salud al que no se le ha dado la importancia que merece. Es por esta razón que cada día se diagnostican nuevos casos por infección por VIH y SIDA, el diagnóstico generalmente se da en la etapa SIDA, sobre todo cuando las personas comienzan a padecer enfermedades e infecciones oportunistas y buscan ayuda médica, ayuda que no habían buscado anteriormente porque no sabían que vivían con la infección por VIH y SIDA, falta de recursos económicos, temor y acceso a realizarse la prueba de VIH y SIDA. Lo preocupante es que mientras usted lee este apartado, en este preciso momento a varias personas se les está informando el diagnóstico de su condición seropositiva y un gran número de guatemaltecos la está adquiriendo. Los casos seguirán aumentando si no se toma de manera responsable y coordinada la función de promoción en prevención del VIH y SIDA, que se logra con el acceso a la información, conocimiento y práctica sobre las formas de transmisión y prevención, transmitida oportunamente a la población en general dentro del casco urbano y área rural, que es donde más se necesita.

Guatemala es un país donde el tema de la sexualidad sigue siendo un tabú, esto fomenta desconocimiento en el tema de la infección por VIH y SIDA, aunado a una conducta sexual desordenada, la ignorancia sobre el mecanismo de transmisión y prevención del VIH y SIDA, sin olvidar la parte emocional, hacen crecer el riesgo de adquirir el virus del VIH y SIDA.

Por esta razón en el presente informe de investigación, resalta la oportuna intervención de la Escuela de Ciencias Psicológicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala, mediante la psicología de la salud en identificar los factores psicológicos que influyen en las prácticas sexuales de riesgo para adquirir el virus del VIH y SIDA, y de esta manera se presentan dos perspectivas: La primera consistió en brindar plan educacional sobre el tema de VIH y SIDA, a las personas que participaron en la investigación, y así contribuir

a la sensibilización y concientización sobre el VIH y SIDA, a través de los resultados obtenidos en el presente informe de investigación. En segundo lugar proponer estrategias de intervención en las comunidades rurales, a través de la intervención de otras instituciones gubernamentales como el Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA, tomando como antecedente los resultados y hallazgos de la presente investigación, y la información ya recabada por instituciones a fines, que han realizado estudios a nivel nacional en el tema del VIH y SIDA, como lo son las ONGs que se dedican a nivel nacional a la prevención del VIH y SIDA, organizaciones internacionales como; PASMO, ONUSIDA, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, etc.

De igual manera se demuestra la ineficacia de los mecanismos de prevención desarrollados por el Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA, en la falta de capacitación al personal de salud a nivel nacional sobre el tema del VIH y SIDA, y la nula o poca cantidad de talleres informativos, que se brinda en las escuelas, colegios y a la población guatemalteca sobre el tema del VIH y SIDA, esta negligencia y falta de compromiso con la sociedad lo convierte en cómplice de forma indirecta de cada uno de los nuevos casos diagnosticados.

La razón de trabajar la presente investigación en una aldea rural, es debido a que la información es poca o nula con respecto al tema de VIH y SIDA, como resultado se observan personas que están en riesgo de adquirir la infección. Sin olvidar que nos brinda una idea de la realidad con respecto al tema del VIH y SIDA, en las aldeas rurales del país.

I. Introducción

La presente investigación fue realizada en Aldea Nueva Venecia, municipio de Santo Domingo, Suchitepéquez, durante el año 2010-2011. La aldea se encuentra ubicada a 40 kilómetros de la cabecera departamental Mazatenango Suchitepéquez, su acceso es por medio de un camino de terracería en un trayecto aproximado de 2 horas en Pick Up del municipio a la comunidad.

La investigación que se realizó en la comunidad lleva por nombre “Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA.” El objetivo principal de la investigación fue identificar los factores psicológicos que fomentan las prácticas sexuales de riesgo dentro de la comunidad, debido a que es una comunidad rural cuyo acceso es bastante difícil y brindaría información valiosa de la realidad de las aldeas rurales del país con respecto a la infección por VIH y SIDA.

Para recabar la información se seleccionó una muestra representativa de la población de 20 individuos de género masculino, comprendidos entre las edades de 20 a 35 años, activos sexualmente, estado civil solteros, unidos, casados y separados, identidad sexual heterosexuales, profesan la religión católica, evangélica y ninguna religión, escolaridad analfabetas, primaria incompleta, primaria completa y básicos, profesión u oficio agricultores y futbolistas, los sujetos participantes del estudio viven dentro de la comunidad de Aldea Nueva Venecia, Santo Domingo, Suchitepéquez, por ser el lugar objeto de estudio.

Se utilizó la metodología cualitativa durante la investigación. Este tipo de investigación fundamenta sus estudios en la subjetividad del individuo desde el contexto natural, para interpretar fenómenos de acuerdo con los significados personales, para que el investigado tenga la libertad de omitir su opinión, forma de pensar, sentir, conocimientos, percibir, analizar, describir, identificar y reflexionar, desde su experiencia de vida sobre un tema en el cual se encuentra inmerso, como es el riesgo de adquirir VIH y SIDA.

Se utilizó el muestreo por selección intencionada o por conveniencia, el cual consistió en seleccionar por métodos no aleatorios, un número de personas

representativas de la población en estudio, que fue determinada por el investigador.

El tipo de estudio que se aplicó fue explicativo, que ayudó a responder e identificar la causa de los eventos sociales que afectan a la población en estudio. Para recabar la información se utilizaron las técnicas e instrumentos, como la observación participativa, la entrevista semi-estructura, el cuestionario y la entrevista a profundidad que se aplicó a la muestra.

Las preguntas que contenía la entrevista fueron preparadas específicamente para la población del área rural donde el tema de la sexualidad es un tabú, produciendo resultados concretos y profundos en significado.

La forma de proceder consistió en realizar visitas en los hogares de las personas previamente seleccionadas; se informó el propósito de la entrevista y de la investigación, solicitando su participación en forma voluntaria y confidencial, informándole que los datos obtenidos se utilizarían con el único fin de dar respuestas a una investigación científica en que el entrevistado se encontraba inmerso, y fue la persona participante quien decidió el lugar y la hora de la entrevista.

La entrevista constó de 20 preguntas abiertas, se realizó de forma personal; el entrevistador realizó las preguntas al investigado y se anotaron las respuestas a lápiz, con el fin de poder modificarlas si el investigado así lo requería.

Terminada la entrevista se brindó plan educacional sobre el VIH y SIDA, con el fin de aclarar dudas y falsas creencias sobre el tema.

Los resultados de investigación fueron concluyentes; los factores psicológicos conductuales, cognitivos y emocionales, definitivamente influyen para que las personas se coloquen en riesgo de adquirir VIH y SIDA; las prácticas sexuales de riesgo están influenciadas por la conducta que los individuos tienen por la falsa creencia y pensamientos culturalmente establecidos mediante los patrones de crianza en la comunidad, como el hecho de no usar el preservativo en sus relaciones sexuales, provocando que las prácticas sexuales de riesgo sean un

estilo de vida y parte de la vida cotidiana, provocando el inicio y desarrollo de la infección por VIH y SIDA.

Los individuos participantes de la muestra poseen los conocimientos básicos de las formas de transmisión y prevención del VIH y SIDA, según resultados obtenidos, pero psicológicamente existe una distorsión de la realidad con patrones de vida establecidos, que los hacen pensar, creerse, sentirse invulnerables y contraer la infección por VIH y SIDA.

En el Capítulo I se redactó la introducción y el marco teórico que sustenta la investigación. El Capítulo II describe las técnicas e instrumentos utilizados. El Capítulo III describe el análisis de los resultados obtenidos mediante los instrumentos utilizados. El Capítulo IV muestra las conclusiones y recomendaciones que surgieron a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación

Los objetivos que se plantearon en esta investigación los cuales se cumplieron fueron los siguientes:

- ✓ Identificar los factores psicológicos que fomentan las prácticas sexuales de riesgo para adquirir el virus del VIH y SIDA, en habitantes de aldea Nueva Venecia, Santo Domingo, Suchitpequez.
- ✓ Analizar y concluir que los factores psicológicos promueven la negligencia en las prácticas sexuales de riesgo.
- ✓ Diagnosticar el nivel de desinformación en el tema del VIH y SIDA en las comunidades rurales del país, como factor principal en la adquisición de la infección y posteriormente la enfermedad por VIH y SIDA.
- ✓ Educar a la población en estudio sobre las formas de transmisión y prevención del VIH y SIDA, de manera que protejan su salud física, la de su pareja, y gocen de una sexualidad sana y responsable.
- ✓ Sensibilizar y concientizar a la población mediante la presente investigación en prevenir las prácticas sexuales de riesgo para no adquirir el virus del VIH y SIDA.

1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico

1.1.1 Planteamiento del Problema

Si visitaran su hogar y le informaran que se están realizando pruebas de VIH totalmente gratuitas, ¿usted se la haría?.

Sin duda es una pregunta que a cualquiera lo pondría en qué pensar, surgirían temores, dudas, percepciones y pensamientos fatalistas. Pocas personas tendrían el valor de aceptar practicársela; la experiencia con la vida cotidiana nos indica que si usted decide realizársela, sería de las pocas personas que se han sometido a este tipo de prueba de los 14 millones de guatemaltecos.

¿Sabe por qué usted dudaría de realizarse la prueba?, por el temor de saber que en algún momento de su vida sexual ha estado en riesgo de contraer la infección por VIH y SIDA.

No es fácil plantear un problema de estudio de un tema que desde el plano psicológico a algunos les causa, temor, dudas, desprecio, discriminación, y hasta ideas de suicidio con el hecho de imaginarse ser VIH Positivo.

En el ser humano el cuidado de la salud mental es muy importante para poder disfrutar de este viaje maravilloso al que algunos llaman vida, parte del cuidado de la salud mental comprende el equilibrio psicológico, el cual se dividió en esta investigación en tres partes; factores conductuales, cognitivos y emocionales.

Los factores psicológicos relacionados con el tema de investigación que lleva por nombre “Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA”, comprenden; actitudes, prácticas, conocimientos, pensamientos, percepciones, identificación, opinión, reflexión, mitos y tabúes, experiencias de vida, emociones y sentimientos en relación al VIH y SIDA.

En la investigación se clasificó e identificó estos componentes como parte de los factores psicológicos, predisponiendo a la persona a contraer la infección por VIH y SIDA, la negación de la enfermedad, el no sentirse vulnerable de contraer la infección por VIH y SIDA, aún cuando se tienen prácticas sexuales de riesgo,

influye para que las personas de forma consciente o inconsciente se coloquen en riesgo de adquirir la infección por VIH y SIDA.

¿Cómo se logró comprobar esta información?, mediante la realización del estudio de investigación sobre la subjetividad y prácticas sexuales en la vida diaria, clasificando la información obtenida mediante la entrevista a profundidad, comprobándose que las personas participantes en la investigación están propensas a contraer la infección por VIH y SIDA.

Los indicadores que guiaron el estudio fue diagnosticar si los habitantes de la comunidad tienen prácticas sexuales de riesgo e identificar los factores psicológicos que influyen para adquirir el virus del VIH y SIDA. Se entiende por prácticas sexuales de riesgo, aquellas que se realizan con una o varias parejas sexuales sin el uso del preservativo o condón haciendo vulnerable a la persona a contraer la infección por VIH y SIDA; mientras que los factores psicológicos comprenden, pensamientos, ideas, de origen cognitivo y emocional que se manifiestan en la conducta y la vida diaria, creando falsas creencias en torno a la sexualidad y el VIH y SIDA.

Las preguntas que guiaron la investigación y a la cual se dieron respuestas en el capítulo III del análisis e interpretación de resultados son: Los hombres de aldea Nueva Venecia, ¿tienen prácticas sexuales de riesgo?, ¿por qué se dan las prácticas sexuales de riesgo?, ¿qué factores psicológicos fomentan las prácticas sexuales de riesgo para el VIH y SIDA?, ¿las prácticas sexuales de riesgo se dan con las mujeres de la comunidad o con mujeres trabajadoras del sexo?, ¿utilizan el preservativo los hombres de aldea Nueva Venecia en las prácticas sexuales de riesgo, nunca?, ¿qué pasa si alguien contrae la infección por VIH y SIDA?, ¿qué pasa si alguien contrae VIH y SIDA?, ¿a nivel físico, emocional, comunidad, social?, ¿Qué problemas se pueden derivar del VIH y SIDA?.

1.1.2 Marco Teórico

El informe de diciembre de 2,000 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) el cual señala que; la infección por VIH comenzó a diseminarse ampliamente en el mundo a mediados de 1,970. Hoy en día se ha demostrado su existencia, de al menos un caso, desde mediados de 1,950.¹ El lugar donde surgió la infección por VIH se remontan a principios de 1,970 en los países de África central Zaire y Uganda del continente Africano.²

En la actualidad la comunidad científica ha descubierto un tipo de infección parecida al VIH en monos a lo que le han denominado Virus de Inmunodeficiencia Símbal (VHS); el mono es únicamente portador del virus y no causa todas las enfermedades e infecciones oportunistas como en los seres humanos. Esto nos da una perspectiva de cómo pasó el virus del mono al ser humano.

En África muchas tribus cazan y consumen la carne de mono como una dieta básica en su alimentación, si el mono era portador del virus, durante el consumo y el destace de su carne, el humano tuvo contacto con su sangre, si tuvo una herida en sus manos, ésta entró en contacto con los fluidos sanguíneos del mono, permitiendo que el virus entrara en su organismo, adquiriendo la infección a la que se le denominó VIH.

El virus encontró en la estructura biológica del ser humano el huésped perfecto; dentro de él mutó y pasó de ser un virus asintomático en los monos a uno que destruye el sistema de defensas (células CD4) en humanos provocando infecciones oportunistas.

Existen dos tipos de VIH en el mundo; El VIH1, es el responsable de la mayoría de los casos a nivel mundial, es el que se encuentra en los países de América Latina, fue aislado en el año 1983; el VIH2, se encuentra principalmente en el África Occidental en los países de Senegal, Gambia, Angola. etc., fue aislado en

¹ Núñez, Cesar Antonio, Víctor Hugo Fernández y Sergio Aguilar. **Exclusión Social y VIH Y SIDA en Guatemala.** (cuadernos de desarrollo humano; 2001-2010). Guatemala: sistema de naciones unidas, 2001. Pág. 8.

² Taylor, Shelley. **Psicología de la salud.** Sexta edición. Traducido por Maria del Carmen Hano Roa. Mcgraw-Hill. México: 2007. Pág. 388.

1986, estos dos tipos de VIH han mutado conforme pasan los años. En la actualidad se conocen varios subtipos de VIH, clasificados VIH1 ó 2 a, b, c. etc. En 1,981 el mundo escuchó por primera vez sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Este diagnóstico vago y muy general fue hecho en los Estados Unidos a un grupo de hombres jóvenes. Los médicos observaron que las personas permanecían asintomáticas varios años, hasta que comenzaban a presentar infecciones oportunistas como neumonía y sarcoma de kaposi, sin respuesta del sistema inmunológico, que al término 3 a 6 meses provocaba la muerte.³

Los primeros perfiles en torno a la investigación dieron paso a los grupos de riesgo identificados; se creía que era una enfermedad exclusiva de los homosexuales, mujeres trabajadoras del sexo y usuarios de drogas inyectables, lo que originó las primeras formas de estigmatización.

En 1,983 se identificó al Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) como causante del SIDA; su descubridor, el científico francés Luc Montaigner; en 1,986 denominó al agente como Virus de Inmunodeficiencia Humana. Se describió las vías de transmisión, contacto sexual, transfusiones de sangre con el virus y transmisión vertical madre-hijo.

En 1,985 se comenzó a utilizar la primera prueba para detectar anticuerpos para el VIH, lo que permitió tener un mejor control en los bancos de sangre que se encontraban vulnerables ante la enfermedad, siendo focos propagadores de la infección por VIH y SIDA a principios de la epidemia.

Al principio de la epidemia los primeros casos en Guatemala fueron diagnosticados a personas provenientes de Estados Unidos, quienes retornaban en fases avanzadas de la enfermedad, sobre todo homosexuales. También hubo personas heterosexuales que retornaron en fase asintomática sin conocer su diagnóstico, que transmitieron la infección a su esposa o pareja que residía en el territorio nacional.

³ Núñez, Cesar Antonio, Víctor Hugo Fernández y Sergio Aguilar. **Exclusión Social y VIH Y SIDA en Guatemala.** (cuadernos de desarrollo humano; 2001-2010). Guatemala: sistema de naciones unidas, 2001. Pág. 7.

El primer caso VIH y SIDA en Guatemala, según reporte del Ministerio de Salud Pública se dio en Junio 1,984 en un hombre de 28 años de edad proveniente de Estado Unidos, guatemalteco.

En abril de 1,986 se dieron los primeros 2 casos de mujeres de 34 y 31 años guatemaltecas que residían en Estados Unidos y que informaron haber recibido transfusiones sanguíneas.

En Abril de 1,988 se reportan los primeros 2 casos de SIDA en personas residentes de Guatemala, el primero una niña de 12 años de edad que había recibido transfusión sanguínea y un varón homosexual de 38 años.

Los 2 primeros casos de niños menores de 4 años en 1,990; en 1,993 se conocieron los primeros casos de transmisión vertical.⁴

ONUSIDA considera que en el mundo existen 35.8 millones de personas que vivían con el virus del VIH y SIDA en el 2,008.⁵

En Guatemala a partir del diagnóstico del primer caso de VIH y SIDA, de Enero 1,984 a Octubre 2,009 se habían diagnosticado y notificado 20,488 casos en estadíos de VIH y SIDA, divididos de la siguiente forma: El género masculino tenía un total 12,831 (62.63%); el género femenino tenía un total de 7,635 (37.26); sin dato 22 (0.11%) de los casos.

El 75% de los casos (15,511) hasta octubre 2,009 se encontraban acumulados en siete departamentos del país; Guatemala 6,311 casos; Escuintla 2,101; San Marcos 1,914; Quetzaltenango 1,435; Izabal 1,418; Suchitepéquez 1,182; Retalhuleu 1,150. Es importante señalar que los departamentos con mayor número de casos, coinciden con las vías de comunicación terrestre a nivel nacional e internacional a Norte América, Centroamérica y Sur América.

El diagnóstico y notificación de casos por edad muestran que el 51.69% (10,589) de los 20,488 casos se encuentra concentrados de la siguiente manera: de 20-

⁴ Núñez, Cesar Antonio, Víctor Hugo Fernández y Sergio Aguilar. **Exclusión Social y VIH Y SIDA en Guatemala.** (cuadernos de desarrollo humano; 2001-2010). Guatemala: sistema de naciones unidas, 2001. Pág. 9.

⁵ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS). **Situación de la Epidemia de SIDA Diciembre 2009.** Ginebra, Suiza: 2009. Pág. 7.

24 años 3,179 casos (15.52%); de 25-29 años 4,128 (20.15%); de 30-35 años 3,282 (16.02%), siendo los grupos de edades con mayor incidencia a nivel nacional; la media para el diagnóstico se sitúa en 27.5 años de edad.

Si se toma en cuenta que en nuestro país no existe el cuidado de realizarse la prueba de VIH y SIDA, a las personas por lo general se les diagnostica la infección cuando se encuentran en fase SIDA, el cual surge en un promedio de 5-10 años desde la infección por VIH, se puede entender entonces que la mayoría de personas contrae la infección a la edad de 17.5-22.5 años.

Las formas en las cuales las personas han contraído la infección se presentan a continuación: Vía sexual 19,226 (94.04%); Vía vertical madre-hijo 1,048 (5.12%); Otros 18 (0.09%); Desconocido 156 (0.76%) para hacer un total de 20,448 casos.

La distribución de casos por Quinquenio se han notificado de la siguiente manera: 1984-1989, 50 casos (0.24%); 1990-1994, 426 (2.08%); 1995-1999, 1,960 (9.57%); 2000-2004, 4,984 (24.33%); 2005-2009, 13,053 (63.71%); sin dato 14, (0.07%), para un total de 20,448 casos.

En Guatemala, la prevalencia en la población general es de 0.9%. Se estima que existen 59,000 personas viviendo con la infección por VIH y aún no lo saben.⁶

En el año 2,009 en Guatemala ocurrieron un promedio de 17 nuevas infecciones por VIH por día,⁷ lo más preocupante es que cada día se reportan nuevos casos en estadios avanzados de la enfermedad (SIDA).

Muchas de esas personas desconocían que existía la enfermedad y sus mecanismos de transmisión. Pero también existían otras que conocían de la enfermedad sin embargo la contrajeron por el hecho de sentirse invulnerables.

⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. **Estadística de casos acumulados notificados VIH y SIDA, Enero 1,984-October 2,010.** Ciudad Guatemala: Noviembre 2009. Págs. 2-6.

⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. **Informe de Progreso UNGASS Guatemala 2010.** Ciudad Guatemala: Marzo 2010. Pág. 6

VIH, es el virus causante de la enfermedad denominada SIDA. El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, es decir que tiene la capacidad de convertir su ARN vírico en DNA vírico, característica especial de los retrovirus.

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana, virus es la clasificación en términos médicos; inmunodeficiencia porque ataca y destruye en el sistema inmunológico de defensas llamadas células CD4; humana significa que sólo afecta y se transmite entre en seres humanos. SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; síndrome es un conjunto de enfermedades, inmunodeficiencia significa que ataca, debilita y destruye el sistema de defensas CD4, adquirida significa que no se hereda y que tampoco se pega, si, no que se transmite.

VIH es la fase asintomática, puede durar de 1 a 10 años la persona no presenta síntomas de la enfermedad pero si es capaz de transmitir la infección a otras personas, el recuento de las células CD4 son mayores a 200 por milímetro cuadrado (lo normal es que el ser humano tenga de 800 a 1,200 células de CD4 por milímetro cuadrado). Mientras que en la fase SIDA, los recuentos de las células CD4 son menores a 200 por milímetro cuadrado, y es cuando aparecen infecciones oportunistas que pueden afectar diferentes órganos del cuerpo humano.

Las fases del VIH y SIDA son 3: Fase 1) Primoinfección o periodo de ventana, inicia desde el primer día de la infección hasta los 6 meses; en esta fase la persona que se realiza la prueba de anticuerpos para VIH obtiene un resultado negativo debido a que no existe suficiente cantidad de virus en la sangre; si la persona ha estado en riesgo, ha tenido contactos sexuales con una o varias parejas sexuales sin protección, es necesario que se realice pruebas de seguimiento cada 3 o 6 meses durante un año para descartar la infección por VIH; pasado los 6 meses del periodo de ventana las pruebas pueden detectar los anticuerpos para la infección por VIH.

Fase 2) Periodo asintomático o VIH, inicia de los primeros 6 meses de la infección hasta los 10 años, en esta fase la persona puede realizar sus actividades normalmente como trabajar, hacer deporte, viajar, y no padecer ninguna enfermedad o infección relacionada con el VIH y SIDA; sus defensas todavía lo protegen de todo tipo de enfermedades; es en esta fase donde se transmite el mayor número de infecciones debido a que la persona desconoce de su condición seropositiva.

Fase 3) SIDA, es el estadio final de la infección y se convierte en la enfermedad denominada SIDA, la persona comienza a enfermar e inevitablemente aparecen las infecciones oportunistas, la persona puede desarrollar: Tuberculosis, afecta a los pulmones; neumonía por neumococo, afecta pulmones y sistema respiratorio; toxoplasmosis, afecta y se sitúa en el cerebro; la histoplasmosis, afecta principalmente el sistema digestivo, pero puede diseminarse de igual forma que la tuberculosis a todo el cuerpo; meningitis por criptococo, afecta las meninges y el cerebro; retinitis por citomegalovirus, afecta los ojos provocando ceguera, con daños irreversibles; candidiasis esofágica, afecta el esófago principalmente la garganta; sarcoma de Kaposi, es un tipo de cáncer en la piel, etc.

No está demás mencionar que éstas serían las fases normales en las cuales se desarrolla la infección por VIH y SIDA, en términos de 10 años a nivel mundial y menos de 10 años para Guatemala; la persona estaría muriendo si no se le brinda tratamiento antirretroviral, sabiendo o no el diagnóstico. Mientras que con un diagnóstico a tiempo (en fase VIH), la persona iniciaría tratamiento antirretroviral a partir del recuento igual o menor a 360 células de CD4 por milímetro cuadrado; si la persona toma sus medicamentos constantemente siguiendo las instrucciones médicas, se retrasaría varias décadas el hecho que la persona llegue a la fase SIDA.

La única forma de saber si una persona es positiva para el VIH y SIDA, es por medio de una prueba de laboratorio de VIH y SIDA, las más comunes que utilizan las instituciones que se dedican al diagnóstico y tratamiento de la

infección por VIH son; Determine, Elisa, Western Blot, Ora Quic. Aunque existen muchas más pero con un costo elevado.

Las formas básicas de transmisión del VIH y SIDA son tres: 1) Vía sexual, por tener relaciones sexuales (vaginal, oral, anal) con una o varias parejas sin uso del preservativo y que estén infectadas con el virus del VIH; 2) Vía sanguínea, por transfusiones de sangre con VIH, usar jeringas infectadas, tatuajes, piercing; 3) Vía transmisión vertical; infección de la madre al hijo durante el embarazo, al momento de nacer, o durante la lactancia materna.

¿En qué fluidos se encuentra el VIH? Se encuentra en el semen, fluidos vaginales, la sangre y la leche materna. ¿En qué fluidos no se encuentra el VIH? En la saliva, orina, heces fecales, sudor, lágrimas. ¿Cómo no se transmite el VIH y SIDA? Por abrazar, saludar de mano, besar, beber en el mismo vaso, usar los mismos utensilios para comer o beber, usar el mismo baño, dormir en la cama de una persona VIH Positiva, usar la misma ropa de una persona VIH Positiva, picaduras de insectos. ¿Cómo se previene contraer la infección por VIH y SIDA? Por medio de la abstinencia, fidelidad, uso del preservativo en las relaciones sexuales de riesgo, pruebas de VIH y SIDA en mujeres embarazadas.⁸

En la actualidad el hombre tiende a transmitir la infección por VIH y SIDA, porque, no es fiel y tiene prácticas sexuales de riesgo; la mujer es más vulnerable a contraer la infección por VIH, debido a la anatomía física de sus órganos genitales, porque cuando el hombre no usa preservativo y eyacula, el esperma se queda dentro del cuerpo de la mujer por varias horas o días, lo que da margen a que en cualquier momento se introduzca en torrente sanguíneo.

El diagnóstico, al principio de la epidemia de VIH y SIDA, clasificó a los grupos de riesgo como: homosexuales, trabajadores del sexo, y usuarios de drogas

⁸ ONUSIDA, México. **Guía de vital importancia en la era del SIDA**. Diseño gráfico y producción. México: 2003. Págs. 4-18.

inyectables; en Guatemala se tiene la falsa creencia de que si la persona, no pertenece a uno de esos grupos no se puede contraer la infección.

La sociedad Guatemalteca se ha quedado atrasada en la historia y el tiempo del VIH y SIDA, el prejuicio, estigma y discriminación hacia la enfermedad y a las personas que la padecen; ha llegado al punto de negar la problemática a nivel social y las personas no buscan información sobre la infección por VIH y SIDA, por el hecho de no sentirse vulnerables; pero esta falsa creencia es lo que realmente hace vulnerable a contraer la infección por VIH y SIDA.

Cualquier ser humano, de cualquier edad, incluso antes de nacer, de género femenino o masculino, de cualquier orientación o preferencia sexual sin importar raza, condición socioeconómica, puede contraer el VIH, si, no toma las precauciones necesarias. Lo que hace vulnerable a una persona no es el grupo social al cual se pertenece, sino, la práctica sexual de riesgo que una persona realiza.

El VIH y SIDA es una enfermedad que día a día enluta hogares del territorio nacional, en la actualidad no existen los mecanismos de prevención y los pocos que se han creado por medio el Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA, y algunas ONGs que luchan por frenar la expansión de la enfermedad en todos los extractos sociales ha fracasado, debido a que no se cuenta con el recurso económico y la negligencia por parte de nuestras autoridades gubernamentales en hacer frente a esta problemática. El VIH y SIDA, está catalogada como una enfermedad incurable, cuando las personas enferman y son hospitalizadas, provocan un gasto mayor en los hospitales públicos por la compra de medicamentos, para combatir las infecciones oportunistas que las personas presentan al momento de ser hospitalizadas

En la actualidad el VIH y SIDA, está clasificada como una infección de transmisión sexual, ¿entonces como se pretende que las personas se informen del VIH y SIDA, si nunca han recibido información sobre educación sexual?

La sexualidad humana de acuerdo con la psicología humanista, desde el consenso suscitado por la teoría de Maslow sobre las necesidades humanas, las necesidades sexuales forman parte de las más primarias en las personas y, considerando que según se satisfacen las necesidades básicas, las personas desarrollan otros deseos más altos o complejos, la insatisfacción en el ámbito sexual condicionaría la elaboración de este tipo de deseos, de orden superior.

La especie humana se conoce como los seres vivos más inteligentes en el universo, no hay ningún otro ser vivo que pueda igualarle. En contraparte su inteligencia se queda rezagada en la evolución de la especie, cuando se trata de complacer sus necesidades e instintos, como del hambre, la sed, instinto de supervivencia, de amor, y sobre todo de reproducción.

En términos de evolución de la especie, se podría decir que el fin de la vida humana es la reproducción de la especie; el hombre por lo tanto tendrá la obligación consciente o inconsciente de complacer sus necesidades e instintos y regar su semilla para mantener la supervivencia de su especie y su prole, como legado a la vida.

El análisis anterior nos permite conocer la actitud que asume el hombre cuando se trata de la actividad sexual; no se puede luchar contra esa necesidad primaria, pero sí se puede modificar de manera que las prácticas sexuales se convierta en responsables, citando a Skinner quien en 1,966 en su artículo *Pylogeny and ontogeny of behavior* señala que una de las características del ser humano es su readaptación y condicionamiento a las circunstancias de la vida, y que la evolución biológica produce conductas adaptativas en el organismo⁹, sugiriendo que hay una determinación biológica de la conducta y que el aprendizaje es semejante a los efectos de evolución.

⁹ Stats, W. Arthur. **Conducta y personalidad**. Conductismo psicológico. Traducción Jesús Ma. Carillo. Desclee de Brouwe, S.A. Bilbao, España: 1997. Pág. 225.

También es necesario comprender la sexualidad desde el punto de vista biológico y social, y conocer ciertos conceptos que forman parte de la sexualidad humana.

El sexo es dado desde el momento de la fecundación y lo forman una serie de características que identifican a los humanos como hombre o como mujer; el sexo define el género masculino o femenino.¹⁰ El sexo, es lo que somos, no lo que hacemos o practicamos. Los órganos genitales y los órganos internos del ser humano dan características diferentes para el hombre y para la mujer, esto constituye la genitalidad.

La sexualidad, es todo lo que físicamente somos, pensamos, sentimos y hacemos por pertenecer a uno u otro sexo, abarca todas las expresiones humanas es mucho más que dar o recibir placer sexogenital o función reproductiva, incluye aspectos, psicológicos, culturales y sociales, su expresión la podemos observar en las actitudes, creencias, valores, fantasías, prácticas y actividades físicas.

Salud sexual, es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social.

Durante la adolescencia surgen cambios en el cuerpo del ser humano a nivel psicobiosocial y sexual; comienza la atracción hacia el sexo opuesto o hacia el mismo sexo, inicia el enamoramiento y surgen las primeras sensaciones, pensamientos, conductas y fantasías sexuales que antes no se tenían. En este punto se expresa el despertar de la sexualidad, que conlleva a un mundo maravilloso en la vida sexual de todo ser humano influenciado por el placer sexual y el deseo de dar vida, pero también de peligros que pueden ocasionar

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud sexual, recomendaciones para la acción.** Antigua Guatemala, Guatemala: 2002. Págs. 7.

daños en la salud y adquirir enfermedades de transmisión sexual como el VIH y SIDA, si, no se desarrolla una vida sexual responsable.

Las prácticas sexuales sin riesgo, son las conductas sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de carácter sexual como el VIH, en las prácticas sexuales sin riesgo, la responsabilidad de la salud sexual pasa del plano individual a la responsabilidad de pareja.

Mientras que las prácticas sexuales de riesgo, consiste en tener relaciones sexuales sin preservativo con una o varias parejas sexuales, que podrían estar infectadas con el virus de VIH y SIDA, predisponiendo a la persona a contraer la infección y años después presentar los síntomas de la enfermedad.¹¹

Los factores sociales ejercen una gran presión para que las personas tengan prácticas sexuales de riesgo para el VIH y SIDA, en la sociedad guatemalteca son: La falta de educación sexual en el hogar y las escuelas; muchas veces los padres son ignorantes con respecto a la enfermedad por VIH y SIDA, niegan hablar sobre el tema, provocando que los jóvenes busquen la información entre sus amigos que al igual que ellos tienen ideas erróneas con respecto a la enfermedad: Existe el desconocimiento de la formas de transmisión del VIH y se ha identificado que la pobreza y analfabetismo propician que las personas afectadas por estas condiciones sean el grupo más vulnerable; muchas veces no tienen el factor económico para comprar preservativos o condones, la situación empeora si aparte de ser pobre se es analfabeta, las estadísticas a nivel nacional informan que uno de cada cuatro guatemaltecos es analfabeto, donde más de la mitad de la población es pobre (56.2%) y donde el 11.7% es extremadamente pobre.¹²

El desempleo unido a las condiciones de vivienda es otro aspecto importante; en Guatemala la falta de tenencia de tierra y las precarias condiciones de vivienda ejerce presión y las madres de familia o las hijas en edad reproductiva

¹¹ UNESCO. **Manual para la elaboración de proyectos.** Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH y SIDA. Cuarta Edición. 2003. Pág. 11.

¹² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. **de Progreso UNGASS Guatemala 2010.** Ciudad Guatemala: Marzo 2010. Pág. 5.

se ven obligadas a ejercer la prostitución, como forma de ayudar a la economía del hogar con o sin consentimiento del esposo o los padres; la prostitución en lugares no establecidos y la falta de control por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Basta con realizar un recorrido por la zona 1 de la ciudad capital, por las diferentes calles y avenidas a partir de las 8:30 de la noche para darse cuenta de esta problemática; la desatención en salud por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en aumentar medidas de prevención en todos los sectores del país y la falta de capacitación en el tema de VIH a los trabajadores de salud que no brindan el asesoramiento adecuado a las personas que solicitan orientación, debido al poco personal, poca capacidad y dominio del tema en cuestión así como la presión de la cultura fomentando actividades machistas que ponen en peligro la salud de las mujeres, unido a los patrones de crianza y roles de género.

La migración, ocasionó en Guatemala el primer caso de VIH, que fue diagnosticado a una persona proveniente de Estados Unidos en 1984; el éxodo rural hacia las áreas urbanas del país por falta de producción de granos básicos de la tierra, conduce de igual forma a que las personas ejerzan la prostitución si no encuentran un trabajo estable.

La presión de la iglesia católica en no aceptar el uso del preservativo en las relaciones sexuales siendo Guatemala un país donde su población profesa en su mayoría la religión católica, permite las relaciones sexuales de alto riesgo.

El consumo de drogas y bebidas alcohólicas propicia que las personas realicen prácticas sexuales de riesgo; así como el uso del sexo para aliviar la soledad y elevar la autoestima; la falta de costumbre en el uso del preservativo, inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, que unido a la falta de información convierte a los jóvenes vulnerables, ya que iniciada una vida sexual es muy difícil dejar de practicarse; las violaciones sexuales dentro del hogar, en asaltos de camionetas de transporte urbano y extraurbano, dónde las personas por

vergüenza no buscan ayuda médica dejando estos hechos impunes, teniendo el riesgo de haber adquirido la infección por VIH y SIDA.

Las investigaciones previas en relación a las prácticas sexuales de riesgo de personas VIH Positivas señalan que habían escuchado poco o nada de la enfermedad; desconocían de la enfermedad; nunca imaginaron que se pudieran infectar; desconocían la conducta sexual del esposo y el riesgo al que se exponían; tenían abstinencia al uso del condón.¹³

En lo que se refiere a la profesionalización solo existe una profesión que tiene un alto riesgo para contraer la infección por VIH y SIDA siendo el ejercicio o venta sexual.

Los mitos y tabúes ejercen una gran influencia en las prácticas sexuales de riesgo para adquirir el VIH y SIDA, es común escuchar en los hogares y la sociedad actual algunos entre los que se encuentran el hecho que el VIH y SIDA puede transmitirse por tocar a una persona infectada o usar el mismo baño, los mismos utensilios de comidas o por piquetes de zancudos; las personas que viven con VIH y SIDA mueren en 1 o 2 años porque no tienen cura ni tratamiento.

Asimismo existen falsas creencias como que las personas que usan doble preservativo están doblemente protegidas; si alguien tiene una relación sexogenital y eyacula fuera de la vagina, no contrae la infección; las personas que tienen VIH y SIDA contrajeron la infección y enfermedad por castigo de Dios o que la adquirieron por su irresponsabilidad en sus prácticas sexuales; también se comenta que a las personas infectadas se les debería negar el acceso a lugares públicos, porque pueden “pegar” la infección a otras personas; otra de las falsas creencias es que el VIH y el SIDA solo lo padecen los homosexuales, mujeres trabajadoras del sexo y usuarios de drogas inyectables.

¹³ Las clasificaciones fueron tomadas con base a la tesis de Cordón Martínez, Carolina y Maria de los Ángeles Miranda. **Reacciones emocionales que experimentan personas viviendo con VIH-SIDA “PVVS” según su género (Hombres Mujeres) internados en el HOSPIGEN, Abril 2009.** Págs. 27-28.

Culturalmente se cree que hablar de sexualidad es pecado o inadecuado; en el área rural se dice que, el hombre tiene que tener relaciones sexuales en la adolescencia, con la novia o con una trabajadora del sexo, sino, no crecerá normalmente; si el hombre no tiene relaciones sexuales, no le gustan las mujeres.

El sometimiento de la mujer se observa bajo la falsa creencia que las mujeres tienen que tener relaciones sexuales cuando el hombre quiera y su obligación es obedecerle; los jóvenes comentan que con preservativo el coito no se siente igual; en comunidades rurales se dice que el VIH y SIDA, solo existe en las ciudades; la creencia de sentirse invulnerables; a mí no me ocurrirá, es común escucharlo; el VIH y SIDA no existe, dicen. La base de todos estos mitos y tabúes es la desinformación con respecto a la infección por VIH y SIDA.

El patriarcado, es una toma de poder por parte de los hombres sobre las mujeres que tiene raíces profundas y sociohistóricas cuyo agente ocasional fue de orden biológico, que se elevó posteriormente a la categoría política y económica.

De la cultura patriarcal surge el machismo al cual es entendido como un conjunto de leyes, normas, actitudes y rasgos socioculturales del hombre cuya finalidad explícita e implícita ha sido y es producir, mantener y perpetuar la esclavitud y sumisión de la mujeres a todos los niveles: sexual, procreativo, laboral y afectivo. El machismo es influenciado principalmente por los patrones de crianza, el cual comprende todas las actitudes, conductas, comportamientos, formas de pensar y sentir, aprendidos en la vida cotidiana que determinan la forma de educar de forma positiva o negativa dentro del núcleo familiar y que se repiten de generación en generación, siendo la cultura y la sociedad cómplice de ello.¹⁴

Es evidente que en la cultura guatemalteca se refleja un claro dominio del hombre sobre la mujer, el patriarcado y el machismo marcan la pauta de educación, con ello las libertades de carácter sexual asumidas por el hombre que son aceptadas socialmente, influyendo en el nacimiento de un problema

¹⁴ Citado de la tesis de, Salguero Pérez, Nadya Graciela. **Análisis de la participación comunitaria de la mujer en el Mezquital, 2008.** Págs. 22 y 26.

muy importante en salud, como lo es la adquisición de la infección por VIH y SIDA en los hombres guatemaltecos, y en las mujeres madres de familia.

La cultura patriarcal guatemalteca influye en el género, que es lo que en el ámbito social se espera que una persona realice por pertenecer a uno u otro sexo, la masculinidad o femineidad es dada como una construcción social; es cambiante y diferente entre países o regiones.

Las normas de género pueden influenciar las perspectivas de las personas en lo que respecta a la sexualidad, así como su acceso a información y servicios de salud, y su capacidad de protegerse del VIH.

En muchas culturas las relaciones sexuales premaritales son aceptadas y esperadas entre los varones jóvenes, quienes incluso pueden llegar a ser ridiculizados por sus amistades del mismo sexo en el caso de no tener relaciones; el ideal de hombría que se promueve en muchas sociedades puede desalentar a los varones jóvenes a demostrar afecto, hacer preguntas, buscar ayuda o expresar sus dudas y temores.

En ciertos casos se les enseña a las niñas que las relaciones sexuales premaritales resultan inaceptables para las mujeres “respetables,” llevándolas a dejar de lado la posibilidad de solicitar anticonceptivos u otros servicios de salud reproductiva por miedo a que se las considere sexualmente activas o promiscuas.

Los roles de género y estereotipos sexuales también acompañan al género, los estereotipos sexuales, son las características generalizadas que se presuponen se deben desempeñar por pertenecer a uno u otro sexo y se repite por generaciones; pueden ser positivos o negativos.¹⁵

En la actualidad los hombres tienden a ser los propagadores de la infección por VIH y SIDA, porque el hombre decide si utiliza o no el preservativo en sus relaciones sexuales y la mujer tiene que aceptar, no importa si es novia,

¹⁵ IMIFAP-Educación, Salud y Vida. **Salud y empoderamiento.** Desarrollo integral comunitario (Programa para mujeres). Segunda edición. México D.F.: Junio 2003. Págs. 26-30.

pareja, o esposa; se espera de los hombres una vida sexual activa con varias parejas sexuales; el hombre toma la iniciativa y acepta tener relaciones sexuales cuando él quiera y es normal que en la sociedad guatemalteca el hombre tenga su esposa y que aún así tenga relaciones sexuales fuera del matrimonio y la mujer por su actitud sumisa y obediente lo tiene que aceptar.

El egocentrismo en el acto sexual del género masculino se ve marcado debido a que el hombre siempre busca la satisfacción de sus propios deseos, para él, él es lo más importante, no importando si la mujer disfruta o no del acto sexual; cuando el hombre no está satisfecho sexualmente da origen a la frustración y, a la agresividad, convirtiéndose el hombre en autoritarista frente a la insubordinación implícita a la mujer quien no entendió la demanda; mientras que para el sexo femenino los propios deseos o la satisfacción sexual son inhibidos o menos importantes, con tal de ver a su pareja (masculino) satisfecho sexualmente, convirtiéndose en este punto a la mujer en un objeto sexual.

Esta confusión se debe a que las mujeres son más emocionales que los hombres, mientras que la mujer entrega su cuerpo, su alma, su corazón, su sexualidad, en nombre del amor, el hombre entrega su virilidad a cambio del amor recibido.

El sentimentalismo es una de las principales cualidades de los vínculos entre las personas; el recíproco cuidado de la otra y una de las principales cualidades de la autoestima es el autocuidado. En cada una de las relaciones que establecemos con las demás, cuidamos y somos cuidados, y en la continua relación con nosotros mismos nos cuidamos, pero lo hacemos en distinta proporción y, sobre todo, de maneras distintas; mientras que la mujer entrega su cuerpo, sexualidad con la esperanza de formalizar una relación en armonía y amor en el futuro, el hombre muchas veces se aprovecha de este sentimentalismo de la mujer y manipula el “amor” que dice él también siente, solo mientras logra lo que quiere, satisfacer sus necesidades sexuales.

Para entender las condiciones, diagnosticar, intervenir y solucionar las problemáticas expresadas en los apartados anteriores es necesario aplicar la psicología de la salud, que es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las persona. Comprende mejorar la salud, la prevención, tratamiento de enfermedades, identificación de factores de riesgo para la salud y mejorar el sistema sanitario.¹⁶

También es necesario comprender el concepto de personalidad el cual se define como lo que hace que los individuos se diferencien entre sí, en cuanto cada uno de nosotros piensa y se comporta de una forma característica, mostrando rasgos que son permanentes, independientemente de las características situacionales específicas en que se desarrolle el individuo.¹⁷

Frecuentemente, cuando nos referimos a la personalidad de alguien, nos centramos en esos repertorios que diferencia a esa persona de los demás, incluso lo que le hace única. A este aspecto de la personalidad se le conoce como diferencias individuales.

Las personas crecen en una cultura que ha estado ahí antes de que nacieran. La cultura influye tan profundamente que hace creer a las personas que las cosas son así, aunque muchas veces las personas están equivocadas.

La personalidad está constituida por repertorios básicos de la conducta. Desde el nacimiento el niño comienza aprender sistemas complejos de habilidades en tres áreas importantes en el que se desarrolla la personalidad: Repertorios lingüísticos-cognitivos, emocionales-motivacionales y sensorio-motores, que el individuo ha aprendido en el ambiente hasta el presente.¹⁸

¹⁶ Brannon, Linda, Feist Jess. **Psicología de la salud**. Paraninfo. Australia: 2001. Pág. 27.

¹⁷ Morrison, Val, Paul Benet. **Psicología de la salud**. Traducción Yago Moreno López. Pearson educación. Madrid, España: 2008. Págs. 90, 91, 135, 139, 140.

¹⁸ Stats, W. Arthur. **Conducta y personalidad**. Conductismo psicológico. Traducción Jesús Ma. Carillo. Desclee de Brouwe, S.A. Bilbao, España: 1997. Págs. 221, 225.

La razón que una conducta ocurra aquí y ahora está determinado por las condiciones de aprendizaje que ocurrieron en el pasado, el medio ambiente da lugar a la adquisición de la conducta y la personalidad.

La personalidad está en continuo cambio y desarrollo, representa al mismo tiempo una organización como sistema integral, se encuentra intrínsecamente unida al cuerpo y la mente, lo biológico y lo psíquico. Establece relaciones entre el individuo y su ambiente; esta relación se encuentra siempre influenciada por las peculiaridades de cada persona.

Definir la personalidad es bastante difícil, por eso es importante conocer las posturas siguientes: Las teorías tipológicas encuentran que su característica común consiste en tratar de diferenciar tipos de personalidad, dentro de ellas. Pretende establecer tipos constitucionales o biótipos, es decir, determinar relaciones entre las características de constitución física de las personas y sus características psicológicas. La postura más importante la representa Carl G. Jung, sobre los tipos introvertidos y extrovertidos.

Las teorías de los rasgos utilizan gran número de dimensiones que se supone son, en su mayor parte, comunes a todos los hombres. La teoría de los rasgos dan por sentado que las personas varían a lo largo de ciertas dimensiones continuas, o escalas, cada una de estas dimensiones constituyen un rasgo. De este modo, es posible ubicar a un individuo sobre una escala de estabilidad emocional. Para llegar a una descripción global de la personalidad, se necesita saber cómo queda clasificado en el número de rasgos. Se considera como representativas de este enfoque las teorías de R. Cattell y Gordon Allport.

Las teorías del aprendizaje social reflejan una cuestión de énfasis; los teóricos del aprendizaje social enfatizan la importancia de los factores ambientales o situacionales en la formación de la personalidad. Su representante principal es Alfred Bandura.

Las teorías psicoanalíticas tienen importancia fundamental en el desarrollo de la psicología. Fueron fundadas por Sigmund Freud. Conocidas también como

culturalistas por cuanto subrayan el papel de la cultura en la formación de la personalidad. Principales representantes, Karen Horney y Erick From.

Las teorías fenomenológicas se tratan de varias teorías que, aun cuando difieren en algunos aspectos, coinciden en un énfasis común sobre las experiencias subjetivas del individuo. Les interesa determinar cómo el individuo percibe e interpreta los fenómenos que lo rodean, es decir, la fenomenología individual.

Para comprender como funciona la personalidad y cómo influye en la sexualidad es necesario analizar el siguiente apartado.

La Psicosexualidad constituye la conducta sexual que se ve afectada por las relaciones con los demás y las circunstancias vitales en las que vive una persona, que lo inducirá a actuar de determinada manera. La sexualidad y la personalidad global están íntimamente ligadas, ya que es prácticamente imposible hablar de sexualidad como una entidad independiente. El término psicosexual se utiliza para describir el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad como elementos afectados por la sexualidad. El análisis de la conducta dependerá del entendimiento de las motivaciones subyacentes y de sus interacciones.¹⁹

Las personas también pueden utilizar las actividades sexuales para satisfacer las necesidades no sexuales, como necesidades de dependencia, agresividad, poder o status.

La mayoría de aprendizajes sexuales en la infancia se producen sin que los padres tengan conocimiento de ello, pero la toma de conciencia del sexo de los hijos influye sobre las conductas parentales. Los padres educan más vigorosamente a los niños que a las niñas, a las que se suele acariciar más. Los padres suelen dedicar más tiempo a los hijos que a las hijas. Los juegos sexuales genitales son una parte normal del desarrollo de los niños, más no, de las niñas.

¹⁹ Kaplan I., Harold, Benjamin J. Sadock. **Psinópsis de psiquiatría**. Ciencias de la conducta. Octava edición. Médica Panamericana, S.A. Madrid, España: 2001. Págs. 764, 765, 766, 767, 770, 771.

La sexualidad depende de cuatro factores psicosexuales interrelacionados, como lo son La identidad sexual, La identidad genérica, La orientación sexual, La conducta sexual. Estos factores afectan el crecimiento, desarrollo y funcionamiento de la personalidad. La sexualidad es algo más que el sexo físico, coital y las conductas dirigidas a la obtención del placer.

La identidad sexual es el patrón de características sexuales de una persona, lo forman los cromosomas, los genitales externos e internos y las características secundarias. El desarrollo normal de todas estas características elimina cualquier duda sobre el propio sexo.

La identidad genérica contiene aspectos psicológicos de la conducta en el sentido de masculinidad o feminidad de una persona. Aunque las características se desarrollen normalmente, sigue siendo necesaria la tarea adaptativa de sentirse hombre o mujer. Las influencias parentales, familiares, culturales y biológicas pueden dificultar el establecimiento del sentido de masculinidad y feminidad, los individuos desarrollan una identidad genérica en identificación con su sexo biológico estable.

La orientación sexual se describe como los impulsos sexuales de una persona; heterosexual-sexo opuesto, homosexual-mismo sexo, bisexual-ambos sexos.

La conducta sexual es una experiencia psicofisiológica. La excitación se desencadena por acción de estímulos psicológicos y físicos. El desarrollo psicosexual, las actitudes psicológicas hacia la sexualidad y al compañero sexual afectan, y se relacionan con la fisiología de la respuesta humana. Se experimentan 4 fases. 1) Deseo. 2) Excitación. 3) Orgasmo. 4) Resolución.

La fase de deseo se caracteriza por las fantasías sexuales y el deseo de iniciar una actividad sexual. La fase de excitación se alcanza mediante la estimulación psicológica y fisiológica comprende fantasías o presencia del objeto amoroso, caricias y besos, mediante la combinación de ambas. Consiste en una sensación subjetiva de placer, que dura 30 segundos o varios minutos. La fase del orgasmo consiste en una experiencia máxima de placer sexual, se produce cuando

aparece la experiencia subjetiva de eyacular y dura de 3 a 25 segundos. La fase de resolución consiste en la retirada de la sangre de los genitales, con lo que el cuerpo vuelve a recuperar su estado de reposo, constituye una sensación de bienestar, relajación en general y muscular. Después de esta fase los hombres entran en un periodo refractario que puede durar varios minutos en el cual no pueden alcanzar otro orgasmo. Las mujeres no experimentan este periodo y pueden experimentar orgasmos múltiples y sucesivos.

La persona capaz de dar y recibir amor, será capaz de establecer relaciones íntimas genuinas con las demás, su personalidad se desarrollará de manera que las conductas y prácticas sexuales sean responsables.

Factores psicológicos y VIH SIDA, son pensamientos, ideas, de origen cognitivo y emocional que se manifiestan en la conducta y la vida diaria. Van unidos a las prácticas sexuales de riesgo aquellas que consisten en tener relaciones sexuales sin preservativo con una o varias parejas sexuales, que podrían estar infectadas con el virus de VIH y SIDA.²⁰

Para que sucedan las prácticas sexuales de riesgo, primero necesita estar influenciadas por la personalidad, que a su vez es influenciada por la sexualidad. Una predisposición se define como factores que aumentan la probabilidad de que una persona realice determinada conducta. Tomando como base de estudio la corriente del conductismo, la teoría del aprendizaje social y teoría del condicionamiento; el cual considera que la conducta es el resultado del aprendizaje y el reforzamiento que recibe cualquier conducta, en este caso las prácticas sexuales en el hombre y la aceptación social que se le da.

Para que una práctica sexual de riesgo suceda, necesita de una actitud la cual se define como la predisposición a un estado de disponibilidad mental estable y no observable que influye en los juicios de valor. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que se mantiene en torno a los objetos o circunstancias de vida. Desde luego, las actitudes sólo son un indicador de la

²⁰ Morrison, Val, Paul Benet. **Psicología de la salud**. Traducción Yago Moreno López. Pearson educación. Madrid, España: 2008. Págs. 135, 139, 140.

conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como síntomas y no como hechos.

La actitud es como una semilla, que bajo ciertas condiciones puede germinar en comportamiento.²¹

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan dirección positiva o negativa, la intensidad alta o baja, que repercutirán sobre las conductas y las prácticas de la vida diaria que se tienen.

Las actitudes están compuestas por tres elementos, llamados también factores psicológicos. El factor cognitivo es la creencia sobre el objeto actitudinal por ejemplo, el VIH solo lo padecen los homosexuales, trabajadores del sexo, usuarios de drogas inyectables, algunas personas piensan que como no se pertenece a ninguno de esos grupos no, se, es vulnerable. Este factor está compuesto por las formas de pensar y sentir, conocimientos, mitos y tabúes, creencias, formas de percibir, analizar, describir, identificar, reflexionar, experiencias de vida etc., en relación al VIH y SIDA. El factor emocional son los sentimientos hacia el objeto, el tener relaciones sexuales es placentero, por eso las personas las tienen.

Pero ¿cuáles son las verdaderas razones psicológicas que inducen a las personas a tener prácticas sexuales de riesgo?, ¿se dan como refugio para escapar de la realidad en la que vive la persona?, ¿baja autoestima, soledad, vacío existencial, depresión problemas en con la pareja etc.? Este apartado está compuesto por los sentimientos y emociones que promueven las prácticas sexuales de riesgo. El factor conductual se forma por la acción pretendida hacia el objeto actitudinal; las personas determinan no utilizar preservativo con ninguna mujer en una relación sexual, porque dicen que no se siente igual. Estos elementos conducen a la falta de percepción del riesgo. Este apartado comprende las actitudes, conductas y prácticas sexuales de riesgo que las

²¹ Hernández Sampieri, Roberto. **Metodología de la investigación**. Segunda edición. Mc-Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México: 1998. Pág. 210.

personas tienen y que los convierten en vulnerables de contraer la infección por VIH y SIDA.

Los individuos suelen tener conductas de riesgo, porque consideran que no son vulnerables, o que la enfermedad no la pueden contraer. Esto origina lo que se llama un optimismo real-irreal, porque nadie puede correr un riesgo reducido, por lo general en esta forma de pensamiento se realizan comparaciones sociales que colocan al individuo en una mejor posición llamado optimismo comparativo, y sucede cuando la persona dice: “Mis amigos tienen relaciones sexuales con múltiples parejas sin usar el preservativo y no les ha pasado nada, yo que utilizo el preservativo de vez en cuando, o lo utilizo más a menudo que mis amigos, tengo menos posibilidades de adquirir la infección por VIH y SIDA.”

Por lo general se presta mayor atención a la conducta negativa que a la positiva, de esta forma se da una valoración positiva irreal, al riesgo personal.

Los factores que se relacionan al optimismo real son la falta de experiencia personal sobre la conducta o problemática de riesgo; es difícil que una persona modifique sus conductas de la noche a la mañana cuando toda su experiencia de vida, sus conocimientos y prácticas las ha mantenido como un estilo de vida, sobre todo cuando no ha tomado conciencia del riesgo de adquirir la infección por VIH y SIDA, ya sea por negligencia o por desconocimiento de los mecanismos de transmisión y cuando no ha conocido a alguien que viva con la infección por VIH, o que haya fallecido por VIH y SIDA.

Por otro lado existe la creencia que las acciones del individuo pueden prevenir el problema; por lo general esta creencia está influenciada por los mecanismos de defensa y el desconocimiento, en este apartado se puede señalar el hecho que el individuo piense que usar el preservativo de vez en cuando corre menor riesgo de contraer la infección, o que las personas con las cuales tuvo prácticas sexuales de riesgo, se veían sanas o que únicamente tienen relaciones sexuales con él.

Las personas creen que si el problema no ha surgido todavía, es improbable que

ocurra en el futuro; el hecho de pensar que se ha tenido una vida sexual con múltiples parejas sexuales y no se ha contraído la infección induce a la persona a negar la existencia de la infección por VIH y SIDA, manteniendo el mismo patrón de conducta. Otras personas creen que el problema es infrecuente; cuando no se conoce a personas que han contraído la infección, o se piensa que las probabilidades de contraer la infección por VIH y SIDA, es casi nula o que no existe. La falsa creencia que la infección por VIH y SIDA, solo lo padecen los homosexuales, mujeres trabajadoras del sexo y usuarios de drogas, y si, no se pertenece a ese grupo no se está en riesgo, puede ser una creencia mortal.

1.2 Delimitación

El tema de investigación lleva por nombre “Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA”, en Aldea Nueva Venecia, Santo Domingo, Suchitepéquez, durante el año 2010-2011.

Para aplicar las 20 entrevista se seleccionó una muestra representativa de la población de 20 individuos de género masculino; comprendidos entre las edades de 20 a 35 años; activos sexualmente; estado civil solteros, unidos, casados y separados; identidad sexual heterosexuales; profesan la religión católica, evangélica y ninguna religión; escolaridad analfabetas, primaria incompleta, primaria completa y básicos; profesión u oficio agricultores y futbolistas. Los individuos participantes del estudio tenían que vivir en la comunidad de aldea Nueva Venecia, Santo Domingo, Suchitepéquez.

II. Técnicas e Instrumentos

2.1 Técnicas

2.1.1 Observación participativa

Es una técnica que consistió en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación fue participativa porque para obtener los datos el investigador se incluyó en el grupo y fenómeno observado, y conseguir la información desde adentro.

El investigador conocía la comunidad dónde realizó el estudio desde hace 25 años. Desde hace varios años ha identificado la problemática de riesgo en salud en que viven sus habitantes. En el año 2,010 se tomó la decisión de realizar la investigación dentro de la comunidad, se dio énfasis en observar las actitudes y la vida cotidiana de las personas, sobre todo la de los sujetos participantes. La observación participativa estuvo presente antes y durante la investigación, mediante la socialización que se tiene con los habitantes de la comunidad, en un ambiente de armonía, confianza, convivencia y respeto mutuo.

2.1.2 Entrevista semi-estructurada

La entrevista semi-estructurada es un tipo de entrevista que combinó preguntas cerradas y abiertas, en un orden lógico el cual permitió una comparación de los resultados obtenidos por diferentes vías, que se complementaron y permitieron alcanzar una mayor precisión en la información recogida. Para realizar la entrevista, se realizó un bosquejo de preguntas estructuradas y abiertas que analizaron variable por variable y, eliminaron de acuerdo a lo que se pretendía investigar. El resultado final fue la elaboración de una serie de preguntas cerradas y abiertas, como datos generales de la persona participante, preguntas exploratorias en el cuestionario y preguntas enfocadas a identificar los factores psicológicos que influyen en las prácticas sexuales de riesgo y contraer el virus del VIH y SIDA. Los factores psicológicos se clasificaron en el presente estudio

en tres partes: conductuales, cognitivos y emocionales en relación al VIH y SIDA, con un total de 20 preguntas.

2.1.3 Entrevista a profundidad

Las preguntas abiertas contenidas en la entrevista a profundidad fueron particularmente útiles porque no se tenía información sobre las posibles respuestas de las personas. También sirvió en situaciones donde se deseó profundizar en una opinión o los motivos de un comportamiento. La entrevista a profundidad que se utilizó contenía un orden lógico para identificar actitudes, conductas, prácticas, mitos y tabúes, conocimientos, percepción, pensamientos, creencias, experiencias de vida, sentimientos y emociones, de manera que las personas pudieran expresarse desde su perspectiva de vida y psicológica con libre albedrío. Las preguntas fueron preparadas para la población del área rural donde el tema de la sexualidad es un tabú, para que los resultados de las respuestas obtenidas fueran concretos y profundos en significado.

La forma de proceder consistió en realizar visitas en los hogares de las personas previamente seleccionadas; se informó el propósito de la entrevista y de la investigación, solicitando su participación en forma voluntaria y confidencial, informándole que los datos obtenidos se utilizarían con el único fin de dar respuestas a una investigación científica en que el entrevistado se encontraba inmerso, y fue la persona participante quien decidió el lugar y la hora de la entrevista.

La entrevista constó de 20 preguntas abiertas que se aplicaron a 20 personas de género masculino de Aldea Nueva Venecia, Santo Domingo, Suchitepéquez; se realizó de forma personal; el entrevistador realizó las preguntas al investigado y se anotaron las respuestas a lápiz, con el fin de poder modificarlas si el investigado así lo requería.

Terminada la entrevista se brindó plan educacional sobre el VIH y SIDA, con el fin de aclarar dudas y falsas creencias sobre el tema.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Cuestionario

El cuestionario que se utilizó constó de 14 preguntas cerradas, 10 están enfocadas a extraer información personal de quienes participaron en la investigación; iniciales de la persona, edad, identidad sexual, estado civil, veces que ha estado unido o casado, número de hijos, religión, escolaridad, profesión u oficio, ingreso mensual, firma de autorización.

Las otras 4 preguntas son generadoras o exploratorias, enfocados a conocer si la persona ha tenido relaciones sexuales, utilización del preservativo o condón, si ha realizado la prueba de VIH. Clasificadas en el análisis e interpretación de resultados como preguntas exploratorias.

La información sirvió para crear rapport y continuar con la entrevista.

2.2.2 Guía para orientar la entrevista

Para ver la guía de las preguntas que se utilizó para guiar y orientar la entrevista y recabar la información de la investigación ver el anexo 3.

III. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

Aldea Nueva Venecia se encuentra ubicada a 40 kilómetros del municipio de Santo Domingo Suchitepéquez y, a 50 kilómetros de la cabecera departamental Mazatenango Suchitepéquez; su ubicación geográfica colinda al norte con aldea el Jardín del municipio de Santo Domingo Suchitepéquez, al sur con el océano pacífico, al este con el río Nahualate y aldea el Semillero del municipio de Tiquisate Escuintla, al oeste con la playa de Punta arenas del municipio de Mazatenango Suchitepéquez; su acceso es por medio de un camino de terracería en un trayecto aproximado de 2 horas en Pick Up del municipio de Santo Domingo Suchitepéquez a la comunidad.

Sus primeros habitantes se establecieron y fundaron la comunidad en el año 1910 aproximadamente, el grupo estaba compuesto por campesinos del oriente del país y departamentos cercanos como Escuintla, que un día salieron de sus hogares con el fin de encontrar nuevas tierras para sembrar y cosechar sus frutas y verduras, encontrando en la ubicación geográfica de la aldea el sitio ideal.

La extensión de terrenos dónde se ubica la comunidad de aldea Nueva Venecia, son terrenos que los pobladores llaman “tierras nacionales” pertenecientes al estado de Guatemala y por la cual los primero pobladores no cancelaron nada, hoy en día se puede vender y comprar terrenos dentro de la comunidad por medio del trámite de una Licenciado Notarial.

Aldea Nueva Venecia cuenta con alumbrado público; no tiene acceso a agua potable; cuenta con una escuela nacional dónde se imparte clases a nivel primaria completa; tiene un centro de salud dónde se brinda atención médica primaria; una cancha de futbol y basquetbol; un salón de usos múltiples; sus casas son de lámina y de hoja de palma.

En la comunidad la agricultura y la pesca es la principal fuente de trabajo y economía.

La organización comunitaria es por medio del COCODE y alcaldías auxiliares civiles comunitarias.

Aldea Nueva Venecia también se vio afectada por el conflicto armado interno, algunos de sus pobladores fueron sacados de sus hogares de forma violenta en medio de la noche y posteriormente torturados. A los pobladores el ejercito de los obligó a organizarse y creó las patrullas de autodefensa civil (PAC), el cual uno de sus objetivos era patrullar la comunidad e informar sobre cualquier tipo de levantamiento guerrillero que se perpetrara dentro del territorio de la comunidad.

3.1.2 Características de la población

Las personas del estudio son agricultores pertenecientes a la etnia ladina; en la comunidad viven unas 30 familias unidas por lazos familiares sanguíneos; con una población de 200 habitantes; las familias son nucleares con un promedio de 5 hijos por hogar; a los hijos varones se les educa de forma machista, dónde quién manda en el hogar es el hombre; la esposa o compañera de hogar se encarga de el cuidado de la casa y los niños; los hijos varones ingieren bebidas alcohólicas a partir de los 18 años de edad; la escolaridad de los habitantes de la comunidad es a nivel primaria y pocos han estudiado el nivel básico; las personas profesan en su mayoría la religión católica y otro pequeño grupo la región cristiana evangélica; tienen creencias místicas con seres sobrenaturales, la llorona, el cadejo, el duende, y la hechicería; en la comunidad no existen homosexuales o al menos no, se conocen debido a cultura machista; las prácticas sexuales en los hombres se inicia a partir de los 12 años en adelante; a las mujeres se les tiene un mayor control porque lleguen vírgenes al matrimonio; en la comunidad se tiene la creencia que en la adolescencia el joven hombre

tiene que tener relaciones sexuales sino, no crece normalmente, existen mucha presión social para que los jóvenes inicien una vida sexual activa.

Debido a la falta de acceso a la información sobre el VIH y SIDA, y educación sexual en las escuelas y hogares dónde se maneja el tema de forma tabú, los jóvenes crecen sin conocer los peligros que representan llevar una vida sexual activa con múltiples parejas sexuales; la vida cotidiana de la comunidad pareciera estar detenida en el tiempo las personas se dedican de lunes a sábado a trabajar la tierra y los domingos a la práctica del fútbol debido a que no existen otras distracciones.

3.2 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados en general

Debido a que la investigación que se está utilizando tiene un carácter cualitativo, con preguntas abiertas se clasificó los datos cuantitativos solo como referencia en una tabla de análisis cuantitativo que se encuentra incluido en el anexo de este informe de investigación (ver tabla de análisis cuantitativo en anexo 4). Luego se procedió a realizar el análisis cualitativo que fundamenta la presente investigación.

Para realizar el presente análisis global, se tomó en cuenta los procesos lógicos del pensamiento la síntesis, la comparación, la interpretación, en análisis, y la generalización, tomando como base la metodología cualitativa mediante los datos obtenidos de manera subjetiva que luego se convirtieron a nivel cuantitativo y viceversa, predominando lo cualitativo.

Para fundamentar el análisis se comparó y confrontó los hallazgos y resultados obtenidos en la información de campo con la teoría desarrollada en el marco teórico de la presente investigación.

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante el cuestionario y la entrevista a profundidad realizada a una muestra de 20 individuos de género masculino, representativa de la población, habitantes de Aldea Nueva Venecia, del municipio de Santo Domingo, Suchitepéquez.

Los datos generales y característica de los sujetos participantes son los siguientes: El rango de edad de los individuos que participaron en las entrevistas es: de 20 a 24 años, 4 individuos; de 25 a 29 años, 5 individuos; de 30 o 35 años, 11 individuos; los 20 individuos dicen ser heterosexuales; 13 individuos están unidos; 4 individuos están casados; 3 individuos están solteros; 15 individuos han estado unidos en solo una ocasión; 2 individuos en 3 ocasiones; 2 son solteros; 2 hijos es el promedio por hogar; 15 individuos son católicos; 4 individuos no profesan ninguna religión; un individuo es evangélico; 12 individuos estudiaron hasta 6to. grado de primaria; 2 individuos 5to. grado de primaria; 2 individuos completaron los básicos; 4 individuos estudiaron menos del 4to. grado de primaria; 19 individuos son agricultores; un individuo es futbolista profesional; el ingreso promedio mensual de los individuos participantes de la muestra es de Q.1765.00 quetzales mensuales.

Los resultados obtenidos de la entrevista a profundidad realizada en la comunidad se dividió en 4 categorías de estudio; preguntas exploratorias o generativas (incluidas en el cuestionario) factor conductual, factor cognitivo y factor emocional y VIH-SIDA, (incluidas en la entrevista) todas relacionadas a las prácticas sexuales fuera de su pareja habitual.

Los resultados obtenidos en la recolección de datos generales, refleja que los sujetos que participaron en la entrevista se encuentran en un rango de edad de 20 a 35 años, porque es el rango de edad con mayor riesgo de contraer el VIH y SIDA, según las estadísticas nacionales; los individuos participantes de la muestra se reconocen como heterosexuales; y tienen hogares estables con 2 hijos en promedio; la mayoría profesa la religión católica; el nivel escolar en su mayoría representa un porcentaje alto arriba del 6to. grado de primaria; los participantes casi en su totalidad son agricultores y su ingreso mensual es de Q.1765.00 quetzales.

Estos resultados demuestran que el nivel educativo no es un factor importante en el riesgo de adquirir VIH y SIDA en esta comunidad, porque las personas

poseen el nivel educativo necesario para entender y comprender la información sobre las formas de transmisión del VIH y SIDA.

Tampoco es un factor importante el status social- económico, ya que los sujetos participantes de la muestra, aún siendo agricultores, devengan el sueldo promedio para una persona que labora en el área rural, teniendo el ingreso económico mínimo para subsistir.

A las preguntas exploratorias o generativas del cuestionario se obtuvieron los siguientes resultado: La totalidad de los individuos participantes en la entrevista, indicaron tener una vida sexual activa, con ello se cumple con la característica más importante de la muestra, porque dieron como resultado que se lograra describir e identificar qué tipo de vida sexual practican los individuos participantes en la investigación.

Los resultados indican que la mayoría de los individuos participantes en la entrevista tienen prácticas sexuales de riesgo y que no utilizan el preservativo de manera constante, estos resultados reflejan que existe riesgo bastante alto de haber adquirido el virus del VIH o estar en riesgo de adquirirlo sino se cambian las conductas y prácticas sexuales. Las investigaciones previas en relación a las prácticas sexuales de riesgo de personas VIH Positivas señalan que habían escuchado poco o nada de la enfermedad; desconocían de la enfermedad; nunca imaginaron que se pudieran infectar; desconocían la conducta sexual del esposo y el riesgo al que se exponían; tenían abstinencia al uso del condón.²²

Los resultados indican que la mayoría de individuos no se han realizado la prueba para VIH y SIDA, por lo tanto no saben si tienen el virus en su organismo, la falta de acceso a las pruebas, el no sentirse en riesgo de contraer el VIH y SIDA, son factores que determinan el no realizarse la prueba, poniendo en riesgo la vida de otras personas. En Guatemala, la prevalencia en la población general es de 0.9%.

²² Las clasificaciones fueron tomadas con base a la tesis de Córdón Martínez, Carolina y Maria de los Ángeles Miranda. **Reacciones emocionales que experimentan personas viviendo con VIH-SIDA "PVVS" según su género (Hombres Mujeres) internados en el HOSPIGEN, Abril 2009.** Págs. 27-28.

Se estima que existen 59,000 personas viviendo con la infección por VIH y aún no lo saben.²³

Los resultados indican que los individuos participantes en la entrevista tiene varias dudas de cómo se transmite el VIH y SIDA, esto refleja la falta de conocimiento adecuado en la mayoría de individuos sobre las formas de transmisión del VIH, por lo que es necesario reforzar mediante talleres estos conocimientos.

A las preguntas de la entrevista a profundidad clasificadas como el factor conductual y VIH- SIDA, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Los resultados indican que la mayoría de los individuos que participaron en la entrevista iniciaron una vida sexual a muy temprana edad en un rango de 11 a 15 años cuando no se tiene la suficiente madurez psicológica para iniciar una actividad de esa índole, y más si no se cuenta con la información precisa de los riesgos que de ello se derivan, dando como resultado que entre más temprano se inicie la una vida sexual mayor es el riesgo existe de adquirir VIH y SIDA, si no se utiliza el preservativo correctamente en las relaciones sexuales, demostrando la falta de orientación sexual a los jóvenes por parte de los padres de la comunidad. El resto del grupo se encuentra en una edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, pero esto no implica que de igual forma no se encuentren en riesgo de adquirir VIH y SIDA, si no se protegen en sus prácticas sexuales.

Los resultados indican que la mayoría de los individuos participantes en la entrevista iniciaron una vida sexual activa con personas de su mismo entorno, pero también existe un pequeña cantidad de individuos que indicaron que fue con una trabajadora del sexo, esta influencia tiene como resultado que al hacer el análisis global indique que en la comunidad hay personas que utilizan este tipo de servicios para satisfacer su necesidad sexual, lo que conlleva un riesgo

²³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. **Estadística de casos acumulados notificados VIH y SIDA, Enero 1,984-October 2,010.** Ciudad Guatemala: Noviembre 2009. Págs. 2-6..

bastante alto de adquirir el VIH y SIDA, si se toma en cuenta los párrafos anteriores que indicaban la poca utilización del preservativo en las prácticas sexuales fuera de la pareja habitual y que la única profesión que tiene un alto riesgo para contraer la infección por VIH y SIDA es el ejercicio o venta sexual.

Los resultados indican que los individuos de la comunidad tienen múltiples parejas sexuales, la mayoría no utiliza el preservativo a lo largo de su vida sexual, esto representaría que si aún no se ha hecho el diagnóstico de VIH y SIDA, a un individuo de la comunidad no sería extraño que alguno viva con el virus del VIH y SIDA en este momento, debido a la poca conciencia de los riesgos. Durante el año 2,009, ocurrieron en Guatemala en promedio 17 nuevas infecciones de VIH, por día.²⁴

Los resultados obtenidos indican que los individuos tienen prácticas sexuales vaginales en su mayoría y un pequeño grupo también las tiene orales, lo importante de esta pregunta era verificar si existían relaciones sexuales por vía anal, a lo cual 4 individuos informaron que las practicaban, debido a que las relaciones sexuales vía anal, conllevan un mayor riesgo de adquirir el virus del VIH, debido a las pequeñas laceraciones que se pueden hacer dentro del ano entrando en contacto con fluidos sanguíneos, unido a que los individuos, como se refleja en los análisis anteriores, no utilizan preservativo.

Los resultados indican que la mayoría de individuos de la muestra aún sabiendo que la pareja con la cual están teniendo relaciones sexuales sin preservativo, han tenido otras parejas, no toman conciencia de los peligros latentes, demostrando la negligencia y negación de los riesgos de adquirir VIH.

Los resultados indican que las prácticas sexuales bajo la ingesta de bebidas alcohólicas y psicotrópicas casi no se dan en la mayoría de individuos de la muestra, existiendo individuos que representan poca representatividad en la muestra, que sí practican relaciones sexuales bajo influencias de alcohol y drogas colocándolos en riesgo de adquirir el VIH y SIDA.

²⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. **Informe de progreso UNGASS Guatemala 2010**. Ciudad Guatemala: Marzo 2010. Pág. 6.

Los resultados obtenidos de los individuos participantes de la entrevista señalan que las razones por las cuales no utilizan el preservativo en sus relaciones sexuales fuera de su pareja habitual es, por confianza a la pareja, porque no se siente lo mismo y por ignorancia; esto puede ser atribuido a la falta de conocimiento de los peligros de adquirir el VIH y SIDA, falta de conciencia, negación de la enfermedad, prácticas sexuales de riesgo; es importante señalar que si los individuos no cambian estas conductas sexuales seguirá aumentando el riesgo de contraer VIH y SIDA. El diagnóstico, al principio de la epidemia de VIH y SIDA, clasificó a los grupos de riesgo como homosexuales, trabajadores del sexo, y usuarios de drogas inyectables; en Guatemala se tiene la falsa creencia de que si la persona, no pertenece a uno de esos grupos, no se puede contraer la infección.

De las preguntas contenidas en el factor psicológico cognitivo, se obtuvieron los siguientes resultados:

Los resultados obtenidos indican que no existe un lugar específico dentro de la comunidad dónde los individuos puedan recibir información precisa sobre el VIH y SIDA; casi la mitad de los participantes informó haber recibido información mediante 2 talleres que realizó la cruz roja dentro de la comunidad, las demás respuestas son diversas; todo se resume a la experiencia de vida, sin embargo manejan un conocimiento básico de las formas de transmisión y prevención. Pero el hallazgo más importante se encuentra en las respuestas que no dieron los participantes, ya que nadie informó haber recibido información en el hogar y solo una persona en la escuela, que es dónde debería iniciar la información sobre salud sexual, confirmando el tabú que existe en la comunidad sobre la sexualidad, debido a que culturalmente se cree que hablar de sexualidad es pecado o tabú en el área rural.

Los resultados indican que los individuos han escuchado o les han dicho sobre el VIH y SIDA, que es sinónimo de muerte y que hay que protegerse, sin embargo ellos no lo hacen en sus prácticas sexuales, con lo cual queda claro

que tienen el fundamento básico de la enfermedad, mas no aplican este conocimiento en la práctica.

Los resultados indican que los individuos participantes de la entrevista conocen cuales son los líquidos o fluidos más importantes y dónde se encuentra o vive el virus del VIH y SIDA; con ello confirman que tienen el conocimiento básico sobre el VIH y SIDA, existiendo un total desconocimiento sobre la transmisión por medio de la lactancia materna.

Los resultados indican que la mayoría de los individuos participantes de la entrevista conocen cuáles son las formas de transmisión del VIH y SIDA, informando que es por tener relaciones sexuales sin preservativo, por medio de la sangre, fluidos vaginales y el semen.

Los resultados indican que la mayoría de los individuos participantes de la entrevista, no conocen cómo no se transmite el VIH y SIDA, lo que significa que los habitantes de la comunidad pueden ser o convertirse en potenciales discriminadores hacia las personas que viven con VIH y SIDA, debido a la falta de información específicamente en cómo no se transmite el VIH, como se dijo la información que tienen los individuos de la muestra es básica pero no total.

Los resultados indican que casi la totalidad de los participantes en la entrevista, saben cómo prevenir y adquirir el VIH, informando que es utilizando el preservativo en las relaciones sexuales fuera de la pareja habitual y la fidelidad; sin embargo como se venido recalando en análisis anteriores, los participantes de la muestra no utilizan preservativo en sus prácticas sexuales fuera de su pareja habitual lo que es un indicador de falta de percepción y concientización de los riesgos.

Los resultados indican que la mayoría de los participantes de la entrevista, aún cuando tienen prácticas sexuales sin usar preservativo con múltiples parejas sexuales, no se consideran en riesgo de adquirir el VIH y SIDA, esta falsa percepción del riesgo hace vulnerable a la persona a adquirir VIH y SIDA.

Los resultados indican que la mayoría de los participantes de la entrevista, consideran que es el hombre quien decide si debe utilizar el preservativo en sus prácticas sexuales; sólo unas pocas personas consideran que ambos. En la actualidad los hombres tienden a ser los propagadores de la infección por VIH y SIDA, porque el hombre decide si utiliza o no el preservativo en sus relaciones sexuales y la mujer tiene que aceptar; se espera de los hombres una vida sexual activa con varias parejas sexuales, es normal que en la sociedad guatemalteca el hombre tenga su esposa y que aún así tenga relaciones sexuales fuera del matrimonio y la mujer por su actitud sumisa y obediente lo tiene que aceptar.

Los resultados indican que la mayoría de los participantes en la entrevista no conocen a alguien que tenga o haya fallecido de VIH y SIDA, un grupo reducido informaron que sí. La mayoría de los habitantes de la comunidad no ha tenido la experiencia de vida de conocer a alguien que tenga o que haya fallecido de VIH, esta falta de experiencia con la realidad hace que muchas veces se niegue la existencia de la enfermedad. Otro pequeño grupo de personas dicen conocer a alguien que vive o que ha fallecido de VIH y SIDA, pero que no son de la comunidad; estas personas gracias a su experiencia de vida, serían quienes comiencen a sensibilizarse, concientizar y protegerse más adelante.

Los resultados indican que la mayoría de individuos participantes en la entrevista, creen que las personas se infectan de VIH y SIDA, porque tienen múltiples parejas sexuales y no se protegen, con los resultados que se presentan en el presente informe de investigación, se espera que los participantes concienticen y se sensibilicen, debido a que los resultados obtenidos muestran que están en riesgo de adquirir VIH, como consecuencia de sus prácticas sexuales.

Los resultados indican que los individuos participantes de la entrevista, tienen varias interrogantes sobre el VIH y SIDA, quisieran saber cómo surgió la enfermedad, cómo se transmite y cuáles son los síntomas. Con el plan

educacional sobre el VIH y SIDA, que se brindó al final de la entrevista, se resolvieron las dudas que cada una de las personas planteaba, esperando que la información la utilicen para llevar una vida sexual saludable y sin riesgos.

Los resultados indican que los individuos participantes de la entrevista en su totalidad, están interesados en realizarse la prueba de VIH y SIDA, para estar seguros que se encuentran bien. El temor a realizarse la prueba no existe en el grupo en estudio, en comparación con las personas de las ciudades que aún teniendo acceso a la misma no la realizan por miedo; en la comunidad el factor primordial es que no se tiene acceso a las pruebas de VIH.

Los resultados indican que los individuos participantes de la muestra consideran que los problemas emocionales tienen gran importancia en las prácticas sexuales de riesgo, si bien la mayoría manifiesta que es por placer y curiosidad, no se debe de olvidar que la cultura machista de nuestra sociedad nos dice que entre más mujeres se tiene, más hombre se es y eso es un factor emocional escondido como un mecanismo de defensa, que tiene su base en lo socialmente aceptado; las personas también pueden utilizar las actividades sexuales para satisfacer las necesidades no sexuales, como necesidades de dependencia, agresividad, poder o status. Los problemas de pareja, tristeza y soledad, crean un desgaste psicológico en las personas de la muestra, que encuentran en las prácticas sexuales una distracción a su realidad.

Los factores psicológicos conductuales, cognitivos y emocionales influyen para que se tengan prácticas sexuales fuera del hogar.

Los resultados obtenidos reflejan que en la comunidad de Aldea Nueva Venecia, el prejuicio, estigma y discriminación hacia la enfermedad ha llegado al punto de negar la problemática a nivel social, los individuos no se protegen en sus relaciones sexuales de riesgo, por el hecho de no sentirse invulnerables; pero esta falsa creencia es lo que hace vulnerable a contraer la infección por VIH y SIDA, a una persona.

También se ha creído que el VIH y SIDA, sólo lo padecen los homosexuales, mujeres trabajadoras del sexo y usuarios de drogas inyectables, creando una falsa percepción de invulnerabilidad.

Además la cultura en el aspecto social, fomenta actividades machistas que ponen en peligro la salud de las mujeres, unido a los patrones de crianza y roles de género.

El machismo dentro de la comunidad es influenciado por los patrones de crianza, el cual comprende todas las actitudes, conductas, comportamientos, formas de pensar y sentir, que se han aprendido en la vida cotidiana que se repiten de generación en generación; estos patrones continúan en la comunidad con el tabú de la sexualidad. La corriente del conductismo, la teoría del aprendizaje social y teoría del condicionamiento, consideran que la conducta es el resultado del aprendizaje y el reforzamiento que recibe cualquier conducta.

El aprendizaje social y condicionamiento involucra cuatro pasos importantes.

1. Atención Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención, de la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación.
2. Retención debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego.
3. Reproducción en este punto debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento.
4. Motivación aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. En este caso las prácticas sexuales en el hombre y la aceptación social que se les da dentro de la comunidad.

Las personas determinan no utilizar preservativo con ninguna mujer en una relación sexual, porque dicen que no se siente igual. El resultado es la falta de percepción del riesgo; aquí se ven involucradas las actitudes, conductas y

prácticas sexuales de riesgo que las personas tienen y que los convierten en vulnerables de contraer la infección por VIH y SIDA.

Los individuos participantes de la entrevista tienen conductas sexuales de riesgo, porque consideran que no son vulnerables, o que la enfermedad no la pueden contraer, creando psicológicamente una falsa percepción de la realidad.

La falta de experiencia personal sobre la conducta o problemática de riesgo hacen difícil que los individuos participantes de la muestra modifiquen sus conductas de la noche a la mañana cuando toda su experiencia de vida, sus conocimientos y prácticas las han mantenido como un estilo de vida, sobre todo cuando no han tomado conciencia del riesgo de adquirir la infección por VIH y SIDA, en este caso basándonos en los resultados obtenidos por negligencia y cuando no ha conocido a alguien que viva con la infección por VIH, o haya fallecido por VIH y SIDA.

Por otro lado existe la creencia en los participantes de la muestra que pueden prevenir infectarse de VIH y SIDA, sólo el hecho de pensar que usar preservativo de vez en cuando en las relaciones de riesgo, se tiene menor probabilidad de contraer la infección, o que las personas con las cuales tuvo prácticas sexuales de riesgo, se veían sanas o sentían confianza en su conducta sexual.

La falsa creencia y poca percepción de los riesgos se reflejan en que las personas creen que si el problema no ha surgido todavía, es improbable que ocurra en el futuro; el hecho de pensar que se ha tenido una vida sexual con múltiples parejas sexuales y no se ha contraído la infección por VIH y SIDA, motivan de manera inconsciente a mantener el mismo patrón de conducta.

Las razones emocionales que inducen a las personas a tener prácticas sexuales de riesgo, se dan como refugio para escapar de la realidad en la que vive la persona; baja autoestima, soledad depresión y problemas con la pareja; o demostrar hombría; razones que fomentan la distorsión de la realidad debido a que las prácticas sexuales en la comunidad, demuestran son un estilo de vida.

Las personas crecen en una cultura que ha estado ahí antes de que nacieran. La cultura influye tan profundamente que hace que las personas admitan ciertas cosas son así, aunque muchas veces estén equivocados.

Skinner, quien en 1,966 en su artículo Pylogeny and ontogeny of behavior, señala que una de las características del ser humano es su readaptación y condicionamiento a las circunstancias de la vida, y que la evolución biológica produce conductas adaptativas en el organismo, sugiriendo que hay una determinación biológica de la conducta y que el aprendizaje es semejante a los efectos de evolución. Esto señala que los factores psicológicos que influyen en las prácticas sexuales de riesgo, se pueden modificar, de manera que las conductas se vuelvan más responsables.

Todo inicia con el aprendizaje dentro de la comunidad que da como resultado la modificación de las conductas sexuales de riesgo y los resultados obtenidos en los 3 factores psicológicos estudiados que son los factores conductuales, cognitivos y emocionales, que cambiarán de manera positiva las conductas a sus habitantes.²⁵

²⁵ Stats, W. Arthur. **Conducta y personalidad**. Conductismo psicológico. Traducción Jesús Ma. Carillo. Desclee de Brouwe, S.A. Bilbao, España: 1997. Pág. 225.

IV. Conclusiones y Recomendaciones

4.1 Conclusiones

1) Los factores psicológicos conductuales, cognitivos y emocionales, influyen para que las personas se coloquen en riesgo de adquirir VIH y SIDA; las prácticas sexuales de riesgo están influenciadas por la conducta que los individuos tienen por la falsa creencia y pensamientos culturalmente establecidos mediante los patrones de crianza en la comunidad, de no usar el preservativo en sus relaciones sexuales, provocando que las prácticas sexuales de riesgo sean un estilo de vida y parte de la vida cotidiana.

2) Las personas de la muestra no utilizan el preservativo (condón) en sus prácticas sexuales de riesgo fuera de su pareja habitual, porque manifiestan que no se siente lo mismo.

3) La confianza que transmite la persona con la que tienen relaciones sexuales, aun cuando son conscientes de que la persona ha tenido varias parejas sexuales, conlleva a la afirmación de que existe falta de percepción de los riesgos; el sentirse invulnerable y la propia negación de la enfermedad, en los individuos participantes de la muestra existiendo el riesgo de adquirir VIH y SIDA.

4) No existe la educación sexual en los hogares de los individuos participantes al igual que en las escuelas; esto significa que el tabú de la sexualidad aun se encuentra en los hogares influenciado principalmente por la cultura y la moralidad; esto influye en las personas que inician una vida sexual activa con patrones culturales ya establecidos, que implican riesgo de adquirir VIH y SIDA.

5) Los individuos participantes de la muestra poseen los conocimientos básicos de las formas de transmisión y prevención del VIH y SIDA, según los resultados obtenidos, pero psicológicamente existe una distorsión de la realidad con patrones de vida establecidos, que los hacen pensar, creer y sentirse como invulnerables a contraer la infección por VIH y SIDA.

6) Las prácticas sexuales en los hombres socialmente aceptadas unido a los problemas emocionales y de pareja, conduce a las personas a tener relaciones sexuales sin medir las consecuencias de sus actos.

7) La cultura comunitaria influye para que se den las prácticas sexuales de riesgo con múltiples parejas sexuales, más allá del desconocimiento sobre las formas de transmisión y prevención de la enfermedad, que si se tiene a nivel comunitario.

4.2 Recomendaciones

1) Se recomienda a la comunidad de Aldea Nueva Venecia del municipio de Santo Domingo, Suchitepéquez, a tomar conciencia sobre sus prácticas sexuales de riesgo, debido a que existe el riesgo de adquirir el VIH y SIDA, a nivel comunitario, no por falta de conocimiento sobre la enfermedad, sino como algo culturalmente establecido, por lo que la única forma de cambiar este tipo de conductas es por medio de modificación del estilo de vida, rompiendo los paradigmas de los patrones de crianza comenzando a llevar una vida sexual sana y protegida.

2) Se recomienda a los futuros psicológicos que se encuentren en proceso de realizar su investigación de tesis, tomar como base de estudio la presente investigación para que en futuras intervenciones, conociendo la problemática observada, se plantee una investigación para la modificación de conductas de riesgo, capacitando a la población mediante talleres de VIH-SIDA, sin olvidar el cuidado de la salud mental.

3) Se recomienda al programa al Programa Nacional de ITS y VIH-SIDA, capacitar al personal de salud a su cargo y a la población en general mediante talleres de prevención y divulgación en las aéreas rurales del país, para que se refuercen los conocimientos previos adquiridos.

4) Se recomienda al personal de la Cruz Roja o Programa Nacional de ITS y VIH-SIDA, es necesario que cuando se realicen talleres educativos sobre educación sexual, VIH-SIDA, dentro de la comunidad, se contemple entregar a los interesados material informativo, ya que las palabras muchas veces se olvidan, pero lo escrito les ayudaría a comprender de mejor manera el tema del VIH y SIDA. Además contemplar la realización de campañas de promoción para que las personas experimenten la prueba de VIH-SIDA, en áreas rurales del país

logrando así evitar nuevas infecciones, por desconocimiento del estado serológico, porque, como se pudo observar en la presente investigación las personas de la muestra sí se realizarían la prueba, pero no tienen acceso a la misma.

5) Se recomienda al Ministerio de Educación concebir en el pensum de estudios a partir de 5to. grado de primaria el contenido educación sexual, y VIH-SIDA, para crear mecanismos de prevención desde los centros educativos, debido al tabú de la sexualidad en los hogares.

6) Se recomienda a la población de Aldea Nueva Venecia, informarse de las consecuencias de la infección por VIH-SIDA, y que rompan el tabú de la sexualidad en sus hogares, así las futuras generaciones romperán este patrón de crianza y tendrán una vida sexual responsable.

Bibliografía

1. Brannon, Linda, Feist Jess. **Psicología de la salud**. Paraninfo. Australia: 2001. 709 pp
2. Cordón Martínez, Carolina y María de los Ángeles Miranda. **Reacciones emocionales que experimentan personas viviendo con VIH-SIDA “PVVS” según su género (Hombres Mujeres) internados en el HOSPIGEN, Abril 2009**. Tesis de Lic. en Psicología USAC. 63 pp
3. Hernández Sampieri, Roberto. **Metodología de la investigación**. Segunda edición. Mc-Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México: 1998. 399 pp
4. IMIFAP-Educación, Salud y Vida. **Salud y empoderamiento**. Desarrollo integral comunitario (Programa para mujeres). Segunda edición. México D.F.: Junio 2003. 74 pp
5. INFOSIDA. **Glosario del VIH y SIDA**. Sexta edición. Washington, E.U.: 2008. 212 pp
6. Kaplan I., Harold, Benjamin J. Sadock. **Psinópsis de psiquiatría**. Ciencias de la conducta. Octava Edición. Médica Panamericana, S.A. Madrid, España: 2001. 1,589 pp
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y SIDA. **Estadística de casos Acumulados notificados VIH y SIDA, Enero 1,984-Octubre 2,009**. Ciudad Guatemala, Noviembre 2009. 7 pp
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y SIDA. **Informe de Progreso UNGASS Guatemala 2010**. Ciudad Guatemala, Marzo 2010. 56 pp

9. Núñez, Cesar Antonio, Víctor Hugo Fernández y Sergio Aguilar. **Exclusión Social y VIH-SIDA en Guatemala.** (Cuadernos de desarrollo humano; 2001-2010). Guatemala, sistema de naciones unidas 2001. 33 pp
10. ONUSIDA, México. **Guía de vital importancia en la era del SIDA.** Diseño gráfico y producción. México: 2003. 30 pp
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción.** Antigua Guatemala, Guatemala: 2002. 58 pp
12. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS). **Situación de la epidemia de SIDA diciembre 2009.** Ginebra, Suiza: 2009. 85 pp
13. Salguero Pérez, Nadya Graciélita. **Análisis de la participación comunitaria de la mujer en el Mezquital, 2008.** Tesis de Lic. En Psicología USAC. 83 pp
14. Stats, W. Arthur. **Conducta y Personalidad,** Conductismo psicológico. Traducción Jesús Ma. Carillo. Desclee de Brouwe, S.A. Bilbao, España 1997. 225 pp
15. UNESCO. **Manual para la elaboración de proyectos,** Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH y SIDA. Cuarta edición, 2003. 48 pp
16. Taylor, Shelley. **Psicología de la salud.** Sexta edición. Traducido por María del Carmen Hano Roa. Mcgraw-Hill. México: 2007. 558 pp
17. Val, Morrison, Paul Benet. **Psicología de la salud.** Traducción Yago Moreno López. Pearson educación. Madrid, España: 2008. 728 pp

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Escuela de Ciencias Psicológicas

Anexo 1

Centro Universitario Metropolitano

Centro de investigaciones en psicología "CIEPs"

Cuestionario

Información básica

"Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA."

DATOS GENERALES

Iniciales: _____ Edad: _____ Identidad sexual: _____

Estado civil: _____ No. de veces que ha estado unido o casado: _____

Número de hijos: _____ Religión: _____ Escolaridad: _____

Profesión u oficio: _____ Ingreso mensual: _____

Firma del participante dando su consentimiento

¿Ha tenido relaciones sexuales?

Si
No

¿Utiliza usted el preservativo (condón) cuando tiene prácticas sexuales?

Siempre
A veces
Nunca

¿Se ha realizado usted la prueba de VIH y SIDA?

Si
No

¿Conoce usted sinceramente como se transmite el virus del VIH y SIDA?

Si sabe
No sabe
Tengo varias dudas

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Escuela de Ciencias Psicológicas

Anexo 2

Centro Universitario Metropolitano

Centro de investigaciones en psicología "CIEPs"

Preguntas guías de la entrevista a profundidad

Para descubrir "Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA."

Categoría: **Prácticas sexuales de riesgo**
(Factor psicológico conductual)

Preguntas claves:

(Factor Psicológico Conductual y VIH SIDA)

- 1) ¿A qué edad inició usted a tener prácticas (relaciones) sexuales?

- 2) ¿Con quién tuvo usted su primera práctica sexual?

- 3) ¿Con cuántas personas ha tenido usted prácticas sexuales?
_____ ¿Con cuántas de ellas no ha utilizado preservativo (condón)?

- 4) ¿Qué tipo de relaciones sexuales práctica usted sin usar el preservativo (condón) con las personas que no son su pareja habitual?

- 5) Las personas con las que usted ha tenido prácticas sexuales sin preservativo (condón), ¿considera usted que han tenido varias parejas sexuales?

- 6) ¿Ha tenido usted prácticas sexuales sin usar el preservativo bajo efectos de drogas o alcohol?

7) ¿Cuáles son las razones por las que usted tiene prácticas sexuales sin el uso del preservativo (condón)? _____

Categorías: Factores psicológicos

Se dividieron en (cognitivos, conductuales y emocionales)

(Factor Cognitivo y VIH SIDA)

8) ¿Dónde ha recibido o escuchado información sobre VIH y SIDA?

9) ¿A usted, qué le han dicho o, ha escuchado sobre el VIH y SIDA?

10) ¿En qué líquidos o fluidos del cuerpo conoce usted, se encuentra (vive) el virus del VIH y SIDA?

11) ¿Cuáles son las formas que conoce usted, se transmite el virus de VIH y SIDA?

12) ¿Cuáles son las formas que conoce usted, en que no se transmite el virus del VIH y SIDA?

13) ¿Cómo puede usted prevenir, adquirir el virus del VIH y SIDA?

14) Considera estar en riesgo de adquirir el virus del VIH y SIDA. ¿Por qué?

15) ¿Quién debe decidir si utiliza el preservativo (condón) cuando se va a tener prácticas sexuales; el hombre o la mujer?

16) ¿Ha conocido a alguien que tenga o haya fallecido de VIH y SIDA?

17) ¿Por qué cree usted que las personas se infectan de VIH y SIDA?

18) ¿Qué dudas tiene usted con respecto al VIH y SIDA?

(Factor Emocional y VIH SIDA)

19) Si, se realizaran pruebas de VIH y SIDA gratis en la comunidad, ¿se haría la prueba, si, no? ¿Por qué?

20. ¿Qué causas emocionales, hace que usted busque mujeres o personas de su mismo sexo para tener prácticas sexuales, fuera de su pareja habitual?

ENTREVISTA
De Aldea Nueva Venecia, Santo Domingo Suchitepéquez

Muy buen día, el propósito de esta entrevista es obtener información sobre los "Factores psicológicos influyentes para adquirir VIH y SIDA.", estudio que se está realizando dentro de la comunidad.

Esta entrevista se está llevando a cabo en coordinación con la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como proyecto con fines de graduación.

Le agradecería su participación y permitirnos realizarle algunas preguntas que a continuación se plantean, guardando en todo momento su anonimato y confidencialidad en la información que usted nos proporcione, ya que el único fin que persigue es identificar y dar respuesta a un problema de salud en el cual usted se encuentra inmerso.

DATOS GENERALES

Iniciales: _____ Edad: _____ Identidad sexual: _____

Estado civil: _____ No. de veces que ha estado unido o casado: _____

Número de hijos: _____ Religión: _____ Escolaridad: _____

Profesión u oficio: _____ Ingreso mensual: _____

Firma del participante dando su consentimiento

¿Ha tenido relaciones sexuales?

Si
No

¿Utiliza usted el preservativo (condón) cuando tiene prácticas sexuales?

Siempre
A veces
Nunca

¿Se ha realizado usted la prueba de VIH y SIDA?

Si
No

¿Conoce usted como se transmite el virus del VIH y SIDA?

Si sabe
No sabe
Tengo varias dudas

(Factor Psicológico Conductual y VIH SIDA)

- 1) ¿A qué edad inicio usted a tener prácticas (relaciones) sexuales?

- 2) ¿Con quién tuvo usted su primera práctica sexual?

- 3) ¿Con cuántas personas ha tenido usted prácticas sexuales? ¿Con cuántas de ellas no ha utilizado preservativo (condón)?

- 4) ¿Qué tipo de relaciones sexuales práctica usted sin usar el preservativo (condón) con las personas que no son su pareja habitual?

- 5) Las personas con las que usted ha tenido prácticas sexuales sin preservativo (condón), ¿considera usted que han tenido varias parejas sexuales?

- 6) ¿Ha tenido usted prácticas sexuales sin usar el preservativo bajo efectos de drogas o alcohol?

- 7) ¿Cuáles son las razones por las que usted tiene prácticas sexuales sin el uso del preservativo (condón)? _____

(Factor Cognitivo y VIH SIDA)

8) ¿Dónde ha recibido o escuchado información sobre VIH y SIDA?

9) ¿A usted, qué le han dicho o, ha escuchado sobre el VIH y SIDA?

10) ¿En qué líquidos o fluidos del cuerpo conoce usted, se encuentra (vive) el virus del VIH y SIDA?

11) ¿Cuáles son las formas que conoce usted, se transmite el virus de VIH y SIDA?

12) ¿Cuáles son las formas que conoce usted, en que no se transmite el virus del VIH y SIDA?

13) ¿Cómo puede usted prevenir, adquirir el virus del VIH y SIDA?

14) Considera estar en riesgo de adquirir el virus del VIH y SIDA. ¿Por qué?

15) ¿Quién debe decidir si utiliza el preservativo (condón) cuando se va a tener prácticas sexuales; el hombre o la mujer?

16) ¿Ha conocido a alguien que tenga o haya fallecido de VIH y SIDA?

17) ¿Por qué cree usted que las personas se infectan de VIH y SIDA?

18) ¿Qué dudas tiene usted con respecto al VIH y SIDA?

(Factor Emocional y VIH SIDA)

19) Si, se realizaran pruebas de VIH y SIDA gratis en la comunidad, ¿se haría la prueba, si, no? ¿Por qué?

20.¿Qué causas emocionales, hace que usted busque mujeres o personas de su mismo sexo para tener prácticas sexuales, fuera de su pareja habitual?

GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACION

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Anexo 4

CATEGORIA No. 1 RESULTADO DE LAS PREGUNTAS EXPLORATORIAS DEL CUESTIONARIO

Pregunta	Respuesta	No. De personas	Porcentaje	Análisis
¿Ha tenido relaciones sexuales?	Si	20	100%	20 personas que representan la totalidad de los participantes de la muestra, han iniciado una vida sexual activa, por lo que cumplen con la característica más importante de la investigación
Si	No	0		
No				
¿Utiliza usted el preservativo (condón) cuando tiene prácticas sexuales?	Siempre	4	20%	La utilización del condón en las personas participantes de la muestra, es bastante baja sólo 4 personas utilizan el condón siempre y 13 personas que representan la mayoría de la muestra, utilizan el preservativo a veces, 3 personas nunca en sus prácticas sexuales con personas que no son su pareja habitual, lo que refleja un riesgo bastante alto de haber adquirido el virus del VIH y SIDA. A su vez las personas se creen invulnerables de los riesgos.
	A veces	13	65%	
Siempre	Nunca	3	15%	
A veces Nunca				
¿Se ha realizado usted la prueba de VIH y SIDA?	Si	5	25%	15 personas que representan la mayoría de participantes de la muestra, no se han realizado la prueba para VIH y SIDA, el no sentirse en riesgo de contraer VIH, falta de acceso a las pruebas, serian las condicionantes más importantes, porque, como se analizará en la pregunta número 19 no es por temor a realizarse la prueba de VIH, 5 personas ya se la realizaron.
Si	No	15	75%	
No				

¿Conoce usted como se transmite el virus del VIH y SIDA?	Si sabe	5	25%	12 personas que representan la mayoría de la muestra, manifiesta tener varias dudas en cómo se transmite el virus del VIH y SIDA, 3 personas manifiestan no saber cómo se transmite, 5 personas manifiestan saber cómo se transmite. Esto es un indicador que la promoción, prevención sobre el VIH y SIDA, tiene que reforzarse aún más porque si bien se tiene los conocimientos básicos de las formas de transmisión del VIH, el resultado tiene que ser total de esa manera sensibilizar y concientizar a la población.
	No sabe	3	15%	
	Tengo varias dudas	12	60%	
Si sabe				
No sabe				
Tengo varias dudas				

CATEGORIA No. 2 RESULTADO DE LAS PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA DEL FACTOR CONDUCTUAL Y VIH SIDA

Pregunta	Respuesta	No. De personas	Porcentaje	Análisis
1) ¿A qué edad inicio usted a tener prácticas (relaciones) sexuales?	Rango de edad:			Los resultados indican que 12 de los participantes de la muestra, la mayoría comienza a tener una vida sexual activa a partir de los 11 a 15 años, 8 personas de los 16 a 25 años. No está demás decir qué, a la edad de los 11 a los 15 años, no existe la suficiente madurez psicológica para iniciar una actividad de esa índole, y más si no se cuenta con la información precisa de los riesgo que de ello se derivan, dando como resultado que entre más temprano inicia la vida sexual, mayor riesgo tiene la persona de adquirir VIH y SIDA.
	11 a 15 años	12	60%	
	16 a 20 años	7	35%	
	21 a 25 años	1	5%	

<p>2) ¿Con quién tuvo usted su primera práctica sexual?</p>	<p>Novia Vecina Prostituta</p>	<p>13 2 5</p>	<p>65% 10% 25%</p>	<p>13 participantes de la muestra, la mayoría manifiesta que tuvo su primera práctica sexual con la novia, 2 personas con la vecina y 5 personas con una prostituta, esto nos indica que la actividad sexual dentro de la comunidad se inicia con personas que viven en su mismo entorno, la mayoría de veces, pero también hay una influencia bastante importante de las prácticas sexuales con las mujeres trabajadoras del sexo, lo que conlleva por lo tanto riesgo de poder haberse infectado de VIH.</p>
<p>3) ¿Con cuántas personas ha tenido usted prácticas sexuales? ¿Con cuántas de ellas no ha utilizado preservativo (condón)?</p>	<p>Todos han tenido múltiples parejas. No utiliza preservativo en sus relaciones sexuales. Utiliza siempre preservativo en sus relaciones sexuales.</p>	<p>16 4</p>	<p>80% 20%</p>	<p>20 personas que representa la totalidad de la muestra han tenido múltiples parejas sexuales, 16 personas que representan la mayoría no utiliza o utilizó el preservativo en sus prácticas sexuales fuera de su pareja habitual, 4 personas dijeron que siempre utilizan el preservativo. Esto nos brinda un indicador que si aún no se ha presentando el diagnóstico de VIH y SIDA, no sería extraño que algún habitante de la comunidad viva con el virus del VIH y SIDA, en este momento, debido a la poca conciencia de los riesgos, y la poca utilización del preservativo.</p>

4) ¿Qué tipo de relaciones sexuales práctica usted sin usar el preservativo (condón) con las personas que no son su pareja habitual?	Vaginal.	9	45%	9 personas participantes de la muestra indican que únicamente tienen relaciones sexuales vía vaginal, 3 personas tienen relaciones sexuales vaginales y orales, 4 personas tienen las relaciones sexuales vaginales, orales y anales, 4 personas utiliza el preservativo en sus relaciones sexuales fuera de su pareja habitual, los resultados obtenidos indican que las personas tienen prácticas sexuales vaginales en su mayoría y un pequeño grupo también las tiene orales, 4 individuos indican siempre utilizar preservativo, lo importante de esta pregunta era verificar si existían relaciones sexuales por vía anal, debido a que las relaciones sexuales vía anal, conllevan un mayor riesgo de adquirir el virus del VIH, debido a las pequeñas laceraciones que se pueden hacer dentro del ano entrando en contacto con fluidos sanguíneos, unido a que los individuos como se refleja en los análisis anteriores no utilizan preservativo sanguíneos.
	Vaginal, oral.	3	15%	
	Vaginal, oral, anal.	4	20%	
	Utiliza siempre preservativo.	4	20%	
5) Las personas con las que usted ha tenido prácticas sexuales sin preservativo (condón), ¿considera usted que han tenido varias parejas sexuales?	Sí.	14	70%	14 de las personas que representan la mayoría de la muestra, consideran que sus parejas sexuales con las que no han utilizado preservativo, han tenido varias parejas antes que ellos, 2 personas consideraron que no. Lo que refleja la falta de conciencia y negación de los riesgos de adquirir VIH.
	No.	2	10%	
	Utiliza siempre preservativo.	4	20%	

<p>6) ¿Ha tenido usted prácticas sexuales sin usar el preservativo bajo efectos de drogas o alcohol?</p>	<p>No. Sí.</p>	<p>17 3</p>	<p>85% 15%</p>	<p>17 personas que representan la mayoría de la muestra, informaron no haber tenido relaciones sexuales bajo efectos de drogas o alcohol algunos porque no ingieren, esto indica que las prácticas sexuales bajo la influencia de bebidas alcohólicas y psicotrópicas no se dan dentro del grupo de la muestra, existen 3 individuos que representa poca representatividad de la muestra que si practican relaciones sexuales bajo esta influencias estando en riesgo de adquirir el VIH y SIDA.</p>
<p>7) ¿Cuáles son las razones por las que usted tiene prácticas sexuales sin el uso del preservativo (condón)?</p>	<p>Por confianza y conozco a la persona. Porque no se siente lo mismo. Por ignorancia de los peligros. Utiliza preservativo.</p>	<p>6 6 4 4</p>	<p>30% 30% 20% 20%</p>	<p>16 de las personas entrevistadas que representa la mayoría de la muestra, refieren tener prácticas sexuales sin preservativo con las personas que no eran o son su pareja habitual, por confianza, porque no se siente lo mismo y por ignorancia de los peligros entre los indicadores más importantes. Estos indicadores pueden ser atribuidos a la falta de conocimiento de los peligros de adquirir el VIH y SIDA, prácticas sexuales de riesgo, conductas inadecuadas, falta de conciencia y negación de la enfermedad, 4 personas indicaron usar siempre preservativo.</p>

CATEGORIA No. 3 RESULTADO DE LAS PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA DEL FACTOR COGNITIVO Y VIH SIDA

Pregunta	Respuesta	No. De personas	Porcentaje	Análisis
8) ¿Dónde ha recibido o escuchado información sobre VIH y SIDA?	Talleres de la Cruz Roja.	5	25%	5 personas participantes de la muestra informaron que han recibido información sobre el VIH y SIDA, mediante 2 talleres de la cruz roja, 3 personas han recibido información solo por la televisión, 2 personas en ningún lugar, una persona en el trabajo talleres de la cruz roja, radio y televisión, una persona talleres de la cruz roja y televisión, una persona talleres de la cruz roja y libros, una persona talleres de la cruz roja y televisión, una persona talleres de la cruz roja y el colegio, una persona hospitales calle y televisión, una persona hospitales calles y televisión, una persona centro de salud y en las noticias, una persona centro de salud y en la escuela, una persona talleres en centros de salud, una persona talleres en centros de salud, una persona en el trabajo, una persona libros informativos, las respuestas brindadas a esta pregunta nos indican que no existe un conceso específico en los individuos participantes de la muestra sobre dónde han recibido información sobre el VIH y SIDA, sus respuestas son varias, lo que si resalta en el momento de hacer el análisis de sus respuestas es que 9 individuos englobando sus respuestas han recibido información mediante 2 talleres que realizo la cruz roja dentro de la comunidad, las demás respuestas son diversas. Sin embargo manejan un conocimiento básico
	Solo televisión.	3	30%	
	En ningún lugar.	2	10%	
	En el trabajo, talleres de la cruz roja, radio y televisión.	1	5%	
	Talleres de la cruz roja y televisión.	1	5%	
	Talleres de la cruz roja y libros.			
	Talleres de la cruz roja y el colegio.	1	5%	
	Hospitales calle y televisión.	1	5%	
	Centro de salud y en las noticias.	1	5%	
	Centro de salud y en la escuela.	1	5%	
	Talleres en centros de salud.	1	5%	
	En el trabajo.	1	5%	
	Libros informativos.	1	5%	

				sobre el tema del VIH y SIDA sobre las formas de transmisión y prevención. Pero el hallazgo más importante se encuentra en las respuestas que no dieron los participantes, ya que nadie informó haber recibido información en el hogar y sólo una persona en la escuela, que es donde debería iniciar la información sobre salud sexual, confirmando el tabú que existe en la comunidad sobre la sexualidad.
9) ¿A usted, qué le han dicho o, ha escuchado sobre el VIH y SIDA?	<p>Qué es una enfermedad mortal y contagiosa.</p> <p>Qué tengo que protegerme si voy a tener relaciones sexuales fuera de mi pareja.</p> <p>Qué es una enfermedad mortal y hay que protegerse.</p> <p>Se transmite por jeringas contaminadas y por las mujeres, es importante utilizar preservativo en las relaciones sexuales.</p> <p>Es una enfermedad que termina las defensas del cuerpo, no tiene cura pero si tratamiento.</p> <p>Me han dicho de los efectos y como mueren las personas.</p> <p>Es una enfermedad mortal, que hay que protegerse en la relaciones sexuales y como se transmite y previene el VIH.</p>	<p>7</p> <p>6</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>35%</p> <p>30%</p> <p>15%</p> <p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p>	19 personas que representan la mayoría de los participantes de la muestra, englobando sus repuestas han informado que tener VIH y SIDA, es sinónimo de muerte y que hay que protegerse, sin embargo los individuos no lo hacen por sentirse invulnerables aun teniendo el conocimiento básico con respecto a la enfermedad.

10)¿En qué líquidos o fluidos del cuerpo conoce usted, se encuentra (vive) el virus del VIH y SIDA?	En la sangre.	5	25%	5 personas dicen que el VIH y SIDA, vive en la sangre, 4 personas dicen que en la sangre, el semen y saliva, 4 personas dice no saber, 4 personas en la sangre, el semen y fluidos vaginales, una persona dice que por todos los fluidos menos la saliva, una persona en la sangre y los estornudos, una persona dice que en la mujer porque tiene varias parejas sexuales. La mayoría de las personas que participaron en la muestra, englobando sus respuestas, dicen que el VIH vive o se encuentra en la sangre y semen y fluidos vaginales; unas pocas personas creen que se encuentra en los estornudos y saliva. Esto significa que las personas si bien tienen la idea de los líquidos más importantes donde se transporte el VIH, le dan énfasis a que es una infección de transmisión puramente sexual. Pero desconocen que el VIH vive en la leche materna, lo que coloca en riesgo al recién nacido. Por lo qué el conocimiento que tienen es básico, pero no total.
	En la sangre, en el semen y en la saliva.	4	20%	
	No sé.	4	20%	
	En la sangre, el semen y fluidos vaginales.	4	20%	
	Por todos los fluidos menos la saliva.	1	5%	
	En la sangre y estornudos.	1	5%	
	En la mujer, porque tiene varias parejas sexuales.	1	5%	

<p>11)¿Cuáles son las formas que conoce usted, se transmite el virus de VIH y SIDA?</p>	<p>Por tener relaciones sexuales y por la sangre. Al tener relaciones sexuales sin preservativo. Por medio de jeringas contaminadas con sangre y VIH. Al tener relaciones sexuales, por jeringas contaminadas y la saliva.</p>	<p>8 6 4 2</p>	<p>40% 30% 20% 10%</p>	<p>8 personas informaron que era por tener relaciones sexuales y la sangre, 6 personas al tener relaciones sexuales sin preservativo, 4 personas por medio de jeringas contaminadas con sangre, 2 personas al tener relaciones sexuales, por jeringas contaminadas y saliva. La mayoría de los participantes de la muestra le dan un contenido sexual a las formas de transmisión del VIH y sanguíneo. Nuevamente esto refleja falta de información sobre la transmisión materna, y es importante señalar, que, si bien los participantes de la muestra manifiestan que es por tener relaciones sexuales sin preservativo, ellos continúan teniendo relaciones sexuales en su mayoría sin preservativo, según análisis anteriores.</p>
<p>12)¿Cuáles son las formas que conoce usted, en que no se transmite el virus del VIH y SIDA?</p>	<p>Usando preservativo. Abstinencia. Al utilizar los artículos de una persona infectada. Abstinencia, usar preservativo, besar y abrazar. Usar preservativo en las relaciones sexuales no se contagia uno y no se transmite por besos. No usando jeringas, ni rasuradoras y no tener relaciones sexuales fuera de la pareja</p>	<p>4 3 2 2 1</p>	<p>20% 15% 10% 10% 5%</p>	<p>Para realizar el análisis a esta pregunta es necesario englobar las respuestas, debido a diversas respuestas obtenidas, en resumen la mayoría de los participantes de la muestra, desconoce, de qué forma no se transmite el virus del VIH y SIDA, hacen énfasis en la protección vía sexual. Esto demuestra desconocimiento que en la comunidad existe sobre el VIH, los individuos podrían convertirse en el futuro en discriminadores hacia las personas que viven con VIH por falta de información de los medios de transmisión y prevención.</p>

	<p>habitual.</p> <p>Usar preservativo en las relaciones sexuales, si se vive con una persona que tiene VIH-SIDA, poner sus cosas aparte, vasos, platos, usar mascarilla y su cama.</p> <p>No se transmite por besos, usar el mismo baño, por tocar a la persona.</p> <p>No se transmite por besos ni abrazos.</p> <p>No se transmite por besos, tampoco por comer en el mismo plato.</p> <p>Aislar a la persona en sus utensilios de comer.</p> <p>No tener relaciones sexuales con una persona infectada y ser precavido, no meterse con una mujer contaminada.</p> <p>No sé.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p> <p>5%</p>	
13)¿Cómo puede usted prevenir, adquirir el virus del VIH y SIDA?	<p>Usando preservativo en las relaciones sexuales.</p> <p>Usando preservativo y fidelidad.</p> <p>Usando preservativo y no tener relaciones con cualquier mujer.</p> <p>No tener relaciones con personas que tengan VIH.</p> <p>No sé.</p>	<p>8</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>40%</p> <p>25%</p> <p>20%</p> <p>10%</p> <p>5%</p>	<p>8 personas informaron que usando preservativo en las relaciones sexuales, 5 personas usando preservativo y fidelidad, 4 personas usando preservativo y no tener relaciones con cualquier mujer, 2 personas no teniendo relaciones sexuales con personas que tengan VIH, 1 persona dice no saber. La mayoría de los participantes de la muestra, englobando sus respuestas,</p>

				manifiestan que la forma de prevenir el VIH y SIDA, es utilizando preservativo o condón en sus relaciones sexuales fuera de su pareja habitual, pero las personas de la muestra no la aplican, ya sea por sentirse invulnerable al VIH o falta de concientización y percepción de los riesgos.
14) Considera estar en riesgo de adquirir el virus del VIH y SIDA. ¿Por qué?	No, porque me protejo. No, porque no he engañado a mi esposa. No, porque ya lo hubiera notado. Sí, porque a veces uso preservativo.	10 4 3 3	50% 20% 15% 15%	10 personas informaron que, no porque se protegen, 4 personas que, no porque no han engañado a su esposa, 3 personas que, no porque ya lo hubieran notado, 3 personas que sí, porque a veces han utilizado preservativo en sus prácticas sexuales fuera de su pareja habitual. La mayoría de los participante de la muestra, consideran no estar en riesgo de adquirir el VIH y SIDA, aun cuando han tenido relaciones sexuales de riesgo con múltiples parejas, sin usar el preservativo, negando la enfermedad y el hecho de sentirse vulnerables, solo 3 personas informan estar conscientes del riesgo porque no han utilizado el preservativo de manera constante. La negación de creerse invulnerable es lo que realmente hace una persona invulnerable cuando se trata del VIH y SIDA.

<p>15)¿Quién debe decidir si utiliza el preservativo (condón) cuando se va a tener prácticas sexuales; el hombre o la mujer?</p>	<p>El hombre. El hombre y la mujer. La mujer.</p>	<p>12 7 1</p>	<p>60% 35% 5%</p>	<p>12 personas informaron que el hombre, 7 personas dicen que el hombre y la mujer, una persona que la mujer. La mayoría de los participantes de la muestra, consideran qué es el hombre quien debe decidir si utiliza el preservativo, esto significa que el hombre mantiene una hegemonía sexual sobre la mujer prevaleciendo la cultura machista dentro de la comunidad. Siendo el hombre el responsable de transmitir el VIH, a su pareja o esposa.</p>
<p>16)¿Ha conocido a alguien que tenga o haya fallecido de VIH y SIDA?</p>	<p>No. Sí.</p>	<p>14 6</p>	<p>70% 30%</p>	<p>14 personas informaron que no habían conocido a alguien que tenga o haya fallecido de VIH y SIDA, 6 personas informaron que sí. La mayoría de los habitantes de la comunidad no ha tenido la experiencia de vida de conocer a alguien que tenga o que haya fallecido de VIH, esta falta de experiencia con la realidad hace que muchas veces se niegue la existencia de la enfermedad. Otro pequeño grupo de personas dicen conocer a alguien que vive o que ha fallecido de VIH y SIDA, pero que no son la comunidad. Estas personas gracias a su experiencia de vida, serían quienes comiencen a sensibilizarse, concientizar y protegerse más adelante.</p>

<p>17)¿Por qué cree usted que las personas se infectan de VIH y SIDA?</p>	<p>Porque tienen varias parejas y no se protegen. Porque no usan preservativo en sus relaciones sexuales, por ignorancia y falta de información sobre el VIH. No sé.</p>	<p>15 4 1</p>	<p>75% 20% 5%</p>	<p>15 personas creen que la persona se infecta de VIH y SIDA, porque tienen varias parejas y no se protegen, 4 personas creen que es por ignorancia y falta de información, una persona dice no saber. Casi la totalidad de los participantes de la muestra informó que cree que las personas se infectan de VIH, porque tiene varias parejas sexuales y no usan preservativo en dichas relaciones sexuales, una persona dice no saber. Se espera que con los resultados obtenidos en esta investigación se sensibilice y concientice a la población en estudio y comience a utilizar preservativo en sus prácticas sexuales.</p>
<p>18)¿Qué dudas tiene usted con respecto al VIH y SIDA?</p>	<p>Cómo surgió, cuáles son las formas de transmisión y que síntomas producen en la persona. Ninguna por el momento. Cuantos años de vida puede durar una persona sin saber que tiene la enfermedad y cuáles son los síntomas. Qué tengo que hacer para hacerme la prueba. Qué algún día tenga VIH. Si hay alguna persona de la comunidad que tenga VIH. Qué no hay cura y es una enfermedad contagiosa.</p>	<p>9 4 3 1 1 1 1</p>	<p>45% 20% 15% 5% 5% 5% 5%</p>	<p>Las respuestas a esta pregunta fueron diversas para englobar el resultado, las dudas se enfocan en conocer cómo surgió la enfermedad, como se transmite y los síntomas del VIH y SIDA. Con el plan educacional sobre el VIH y SIDA, que se brindó al final de la entrevista, se resolvieron las dudas que cada una de las personas planteaba, esperando que la información la utilicen para llevar una vida sexual saludable sin riesgos.</p>

CATEGORIA No. 4 RESULTADO DE LAS PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA DEL FACTOR EMOCIONAL Y VIH SIDA

Pregunta	Respuesta	No. De personas	Porcentaje	Análisis:
19) Si, se realizaran pruebas de VIH y SIDA gratis en la comunidad, ¿se haría la prueba, si, no? ¿Por qué?	Si, por que quiero estar seguro que estoy bien.	20	100%	20 personas el total de los participantes de la muestra, están interesados en realizarse la prueba de VIH y SIDA, para estar seguros que se encuentran bien. El temor a realizarse la prueba no existe en el grupo en estudio, en comparación con las personas de la ciudad que aún teniendo acceso a la misma no la realizan por miedo, en la comunidad el factor primordial es que no se tiene acceso a las pruebas de VIH.
20.¿Qué causas emocionales, hace que usted busque mujeres o personas de su mismo sexo para tener prácticas sexuales, fuera de su pareja habitual?	Por placer. Por curiosidad. Problemas con la pareja. Problemas emocionales, tristeza y soledad.	6 6 4 4	30% 30% 20% 20%	6 personas informaron que por placer, 6 personas por curiosidad, 4 personas por problemas con la pareja, 4 personas por problemas emocionales, tristeza y soledad. Los problemas emocionales tienen gran importancia en las prácticas sexuales de riesgo, si bien la gran mayoría manifiesta que es por placer y curiosidad, no se debe de olvidar que la cultura machista de nuestra sociedad nos dice que entre más mujeres se tiene más hombre y eso es un factor emocional escondido entre mecanismo de defensa con base en lo socialmente aceptado. Los problemas de pareja, tristeza y soledad, crean un desgaste psicológico en las personas de la muestra, que encuentran en las prácticas sexuales una distracción a su realidad.