



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD

REPRESENTACIONES DEL VIH/SIDA Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO

TESIS

Tesis para optar el título de Magíster en Psicología Clínica de la Salud
que presenta la Licenciada:

MARIELA DEL PILAR TAVERA PALOMINO

ASESORA: LOURDES RUDA

LIMA-PERU
2012

Agradecimientos

A mi asesora Lourdes Ruda, por comprometerse en el logro de este trabajo e impulsarme permanentemente en mi crecimiento profesional. Por confiar siempre en mí.

A mi familia, por motivarme y apoyarme incondicionalmente en todo y siempre. Mamá, papá, Luli, Mario y María. Y a mi gran familia, abuelitas, tíos y primos, por enseñarme a ser fuerte y a seguir adelante a pesar de las adversidades.

A Alonzo, por darme tanto soporte, aliento y amor en los momentos más difíciles. Porque crees en mis sueños y haces hasta lo imposible para verme realizada en ellos.

A Viviana Trigoso, por darme ideas innovadoras que alimentaron el proyecto y por estar siempre dispuesta a ayudarme. A Mónica Cassaretto y a Cecilia Chau, por su preocupación permanente en mi desarrollo académico y profesional.

A Marcela Coronado, Gianinna Cisneros y Roberto Facho, miembros de VIA LIBRE, por compartir conocimientos valiosos en relación al VIH y motivarme a seguir trabajando en esta problemática.

A los contactos del trabajo en campo y a los adolescentes que participaron en la investigación, por mostrar ganas e interés y ayudarme en la búsqueda de potenciales participantes. Espero que los hallazgos puedan servir para el beneficio de su salud y de muchos otros chicos en nuestro país.

Resumen

El presente estudio explora el contenido de las representaciones del VIH/SIDA y la percepción de riesgo en un grupo de adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Lima (n=20). Los sujetos fueron evaluados utilizando una entrevista semiestructurada diseñada para los propósitos de la investigación y un cuestionario adaptado sobre percepción de riesgo (Bayés et al 1995-1996) De manera general, hemos encontrado que las representaciones del VIH/SIDA están plagadas de una afectividad negativa y asociadas permanentemente a la muerte y al sexo y que la percepción de riesgo a la enfermedad es baja en el grupo. Asimismo, existen algunas variables sociales, culturales y situacionales que ejercen una influencia importante en el desarrollo de prácticas de riesgo.

Abstract

The aim of this investigation is to describe the mental representations surrounding HIV/AIDS and the perception of risk towards the disease in a group of adolescents living in a deprived socio-economical district of Lima (n=20). The subjects were assessed using a semi-structured interview, designed specially for the purposes of this investigation, and were also assessed using the Risk Perception Questionnaire (Bayés et. al., 1995, 1996). HIV/AIDS representations includes negate affectivity and are associated with death and sex. Self-perception of being at risk is low. There are some psychological variables, social and cultural factors that influence the development of unsafe sex.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	13
Resultados y discusión	19
Conclusiones finales	41



Introducción

En el Perú y el mundo, el VIH/SIDA continúa siendo un problema de salud pública de alta importancia (Juarez & Pozo, 2010). Actualmente, la infección se mantiene en niveles de pandemia, notificándose un gran número de infecciones en África, América, Asia Sudoccidental y Europa y convirtiéndose en una amenaza para el desarrollo personal, familiar y económico (UNESCO, 2006). Según la ONUSIDA (2010) el número de nuevos casos por año se mantiene estable, sin embargo, la prevalencia de la enfermedad se hace mayor debido a un aumento considerable en la expectativa de vida de las personas que viven con esta condición.

El VIH/SIDA en los últimos años ha traspasado las fronteras que inicialmente lo asociaban a grupos como los homosexuales y trabajadoras sexuales, y a comportamientos como la promiscuidad sexual y el consumo de drogas. En la actualidad la pandemia afecta en forma indiscriminada a diversos sectores de la sociedad, lo que impone nuevos retos en materias de su control (UNESCO, 2006). En esta línea, más de la mitad de nuevas infecciones se dan en jóvenes de 15 a 24 años (OMS, UNICEF & ONUSIDA, 2010). Este grupo es considerado el centro de los nuevos casos, principalmente por la práctica de conductas sexuales de riesgo.

En nuestro país, a setiembre del 2009, se reportaron 23 446 casos de sida y 36 138 de VIH (DGE – MINSA, 2009), sin embargo, se estima que son 76 000 las personas que viven en esta última condición. Como país en vía de desarrollo, la incidencia se mantiene y el número de infectados en la población de 18 a 24 años sigue creciendo (MINSA, 2008). Se ha estimado que entre 11 400 a 20 200 jóvenes (15 – 34) viven con VIH, y de estos, el 96% se contagió por vía sexual, pero solamente el 55% de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre la enfermedad.

En nuestro país, la mayoría de los casos proceden de ciudades y departamentos con alta concentración urbana como la costa y la selva. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados. Asimismo, el 80% de los casos registrados son masculinos y la razón de mujeres por hombres infectados es de 1 a 3, aunque el riesgo de ésta se ha incrementado de manera notable en los últimos 10 años (MINSA, 2008).

Las estadísticas mundiales de avance de la infección reflejan los esfuerzos poco efectivos para erradicar este mal (UNESCO, 2006). A pesar de los avances en la búsqueda biomédica, todavía no existe una vacuna preventiva o cura médica, por lo cual, los esfuerzos deberían estar centrados en la prevención de las conductas de riesgo (DiClemente & Peterson, 1994), sobre todo aquellas relacionadas a la conducta sexual.

La adolescencia, al ser una etapa de cambios a nivel físico, psicológico y social, es considerada un momento para el logro de la autonomía (Cueto, Saldarriaga & Muñoz, 2010), pero también una amplia plataforma para la práctica de comportamientos de riesgos relacionados a la sexualidad (Chirinos, Bardales & Segura, 2006). Esta etapa presenta además, una serie de factores psicosociales para la adquisición de la enfermedad (Ortigosa, Quilles & Mendez, 2003). Para Silva (1992), las variables psicosociales que hacen más propenso al adolescente a la adquisición del virus, son el consumo de alcohol y drogas, la presencia de amistades permisivas en materia sexual, la asociación con compañeros sexualmente activos, la asistencia a fiestas, los sentimientos de inseguridad, la baja autoestima y el deseo de aceptación.

El consumo de drogas y alcohol aumentan el deseo sexual y disminuyen la capacidad de raciocinio, induciendo a los adolescentes a mantener relaciones sexuales sin protección y con personas desconocidas (Navarro & Vargas, 2005 en Uribe, Vergara & Barona, 2009). En un estudio llevado a cabo en adolescentes de quince años en nuestro país, se encontró que el consumo de alcohol y cigarro estuvo asociado a la práctica de relaciones sexuales sin protección (Cueto, 2010). Asimismo, la necesidad de pertenencia a un grupo, puede llevar al adolescente a realizar conductas poco saludables para sentirse incluido (Blanco & Sánchez, 1993 citado en Blanco et al, 2000).

La investigación científica en salud, se ha centrado en la búsqueda de estrategias para controlar y prevenir el virus (Flores & Leyva, 2003). En un inicio, las preguntas que guiaban la investigación llevaron a respuestas cuantificables y, en base a ellas, a estrategias de intervención. Muchas de las investigaciones e intervenciones enfatizaban el rol del conocimiento objetivo (Villaseñor-Sierra et al, 2003), entendido este como el aprendizaje de la etiología, los mecanismos de transmisión y prevención del VIH/SIDA (Uribe et al, 2009). Sin embargo, los resultados indicaron que la información sobre la enfermedad y el riesgo eran necesarios, pero no suficientes para motivar el cambio de conducta (Becker & Joseph, 1988 en DiClemente & Peterson, 1994; OMS, UNICEF, ONUSIDA, 2010; León, 2000; Mass, Risueño & Motta, s.f.). Incluso, la información podría

producir un cambio de actitud frente al VIH/SIDA, pero si no hay un cambio de comportamiento, no habrá prevención de la transmisión (León, 2000). En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud de las Personas (2010) evidencia que, a pesar de que el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y los mecanismos de protección ha incrementado en los adolescentes, no se da lo mismo con las conductas de protección, como lo es el uso del preservativo.

Los aportes de la psicología para la prevención del virus se han nutrido en su mayoría de modelos conductuales. Lameiras (1996), advierte que estos modelos no incluyen elementos irracionales, particularidades de género y el factor interrelacional o social de la conducta sexual, plagada de elementos afectivos. Fonseca (2009) indica que los modelos conductuales consideran a la conducta como el producto de variables identificables, y que la intervención sobre éstas genera de manera lógica un cambio en el comportamiento. Finalmente, para Tenkorang & Rajulton (2009), estos modelos asumen que el individuo elegirá siempre aquella conducta que traiga mayores ventajas a su salud, cuando en realidad dicha elección estará sujeta a elementos culturales, condiciones sociales y económicas, sobre todo en el campo de la sexualidad.

Estas estrategias olvidan con frecuencia la complejidad del ser humano en el proceso de toma de decisiones en salud (Uribe et al, 2009) y de los elementos afectivos implicados en ella. Por ejemplo, para Martin et al (1998 citado en Blanco et al, 2000), la baja frecuencia en el uso de métodos de protección en las relaciones sexuales es atribuida a la inconsciencia, ansiedad, timidez y vergüenza del momento mismo que muchas veces impide proponer al compañero sexual su uso. Estas estrategias resultan inefectivas al no rescatar “la manera de ver y significar” de los sujetos, que implican procesos de construcción de significados, dependientes del contexto, es decir, la subjetividad que subyace las experiencias de sexualidad (Gleizer, 2007 en Stern, 2008; Mercado, Torres, Plaza & Valdez, 2000). Por ejemplo, la evaluación del conocimiento subjetivo o autopercepción del grado de conocimientos sobre el VIH/SIDA, pareciera ser una gran herramienta para identificar y predecir la intención de las personas en la realización de acciones preventivas. En ese sentido, el conocimiento subjetivo sobre VIH/SIDA predice en mayor medida el uso consistente del preservativo (Villaseñor-Sierra et al, 2003) y el uso de la prueba diagnóstica del VIH/SIDA (Phillips, 1993).

Hoy en día, existe una amplia evidencia de que nuestra salud está fuertemente influenciada, no sólo por nuestra conducta, sino también por nuestros pensamientos y

relaciones sociales (Oblitas, 2008). Desde las ciencias de la salud y sus distintos enfoques, queda claro que la forma en que el sujeto percibe y concibe la enfermedad, es un elemento nuclear que incide en el desarrollo de conductas preventivas, o en su defecto, en la persistencia de conductas de riesgo (Uribe et al, 2009; Macintyre, 2004; Lameiras et al, 2002; Lloyd, 2001; Steerts et al, 1996). Asimismo, existe mayor evidencia de que la salud humana es un campo simbólico, donde las claves para la promoción de la salud se encontrarían en las expresiones cotidianas, el diario vivir y los juegos simbólicos (Escobar, s.f.).

Una forma de aproximación a la subjetividad para comprender la conducta preventiva y de riesgo con mayor profundidad supone referirnos a las representaciones de salud-enfermedad y a la percepción de riesgo entre otras cosas.

Las representaciones son el proceso por el cual se internalizan eventos externos e internos con el propósito de que el individuo organice e interprete el mundo circundante, lo cual tiene un efecto en la conducta (Ruda, 2001). Las representaciones permiten organizar una amplia cantidad de información del medio ambiente, reteniendo la esencia de los fenómenos y liberando detalles superficiales (Huapaya, 2004). Son consideradas modalidades de pensamiento práctico que permiten la comunicación, comprensión y el manejo en el ambiente social (Jodelet, 1993 citado en Lozano et al, 2008). Además, son creadas de manera consensuada y comunicadas permanentemente, por lo cual forman parte de una conciencia común, es decir, expresan significados para el individuo que son compartidos también por el grupo (Moscovici, 1973 en Huapaya, 2004).

Las representaciones están conformadas por tres elementos: la información, el campo representacional y la dimensión afectiva. La información es todo conocimiento y noción sobre el objeto de representación. El campo de la representación es la organización interna jerarquizada, donde se acomodarán los elementos informativos sobre el objeto. Finalmente, la dimensión afectiva es una orientación evaluativa y actitudinal, positiva y negativa hacia el objeto de representación, que influirá sobre la conducta (Jodelet, 1993 en Huapaya, 2004).

Podemos decir entonces, que las representaciones de salud y enfermedad son formas de concebir y darle sentido a un fenómeno de salud o enfermedad, cuya base se encuentra en la interacción social y que influirá en la forma en que la persona y los grupos se relacionen con dicho fenómeno. Para Castellanos y Flores (2007), las representaciones de salud y enfermedad se encontrarían a la base de comportamientos

preventivos y de riesgo. Asimismo, en muchos casos son independientes del saber médico (Herzlich, 1971 citado en Escobar, s.f.).

El VIH/SIDA como objeto de representación, moviliza imaginarios y constituye representaciones que modelan nuevos y diversos comportamientos (Rodríguez & García, 2006). Fonseca (2009), sostiene que los elementos que constituyen el núcleo central de la representación del VIH/SIDA son consistentes en diversos países y contextos. Estos elementos representan la asociación entre el VIH/SIDA, la muerte y el sexo. Así también, las personas suelen percibirlo como ajeno a su realidad, a pesar de vislumbrarlo como un peligro y amenaza para la salud. Sin embargo, sostiene que también existirían algunos elementos emergentes que dependerán del contexto social y cultural específico. Por ejemplo, Flores & Leyva (2003) en una muestra de estudiantes Mexicanos, encuentran que el núcleo organizador de la representación sobre el VIH/SIDA correspondía a las cogniciones muerte – enfermedad - sexo, y que a un nivel periférico encontraban aspectos relacionados a las valoraciones sociales sobre la enfermedad, la conducta sexual y la prevención del virus que podían ser contradictorias y ambiguas entre ellas mismas.

Torres, Reynaldos, Lozano y Aranzazú (2010) encontraron en adolescentes de provincias en Bolivia, Chile y México, asociaciones del SIDA a la muerte y efectos negativos de orden psicológico y social, asimismo, la enfermedad se asoció a la conducta sexual desprotegida y a grupos de riesgo. Finalmente, se asoció a medios de prevención como el uso del preservativo y la necesidad de información. De igual manera, Lozano, Torres y Aranda (2008) encontraron en adolescentes mexicanos que el SIDA se asoció a la muerte y efectos psicológicos y sociales negativos, a aspectos sexuales que incluía señalamientos morales y a conceptos biológicos. En relación a este último punto, Fonseca (2009) señala que las representaciones del VIH/SIDA se encuentran fundadas en el conocimiento científico producto de la diseminación de información inicial sobre este fenómeno.

En nuestro país, Hidalgo (1996) realizó un estudio sobre representaciones sociales del SIDA y la salud en jóvenes de 18 a 25 años de un distrito de nivel socioeconómico bajo de Lima, y encontró asociaciones de la palabra SIDA con: enfermedad, afectividad negativa (tristeza, miedo, sufrimiento, rabia, asco), muerte, contagio, prácticas de precaución, sexo, juicio moral y grupos de riesgo. También encontró que el SIDA es planteado como una amenaza, sin embargo la vivencia en un contexto de socioeconómico

hostil hace que esa amenaza disminuya, siendo el nivel de riesgo percibido de la enfermedad bajo. Llama la atención de la autora, la ausencia de asociación del SIDA al preservativo, y más bien la elección de pareja, la buena moral, alejarse de los grupos de riesgo, la toma de anticonceptivos, el cuidado por la transmisión por la saliva, como los mecanismos de protección más mencionados. El contagio se asoció al comportamiento moral inadecuado y a grupos de riesgo. Se le denominó como enfermedad del sexo y la sangre, y de una muerte lenta. Finalmente, señala la distancia que existe entre el discurso y la práctica preventiva, donde el discurso incluye aspectos de la prevención formal, pero la práctica incluye los mecanismos de protección más mencionados por la muestra.

En otro estudio llevado a cabo por Quintana y Vásquez (2003) se encontró que las representaciones frente a las enfermedades de transmisión sexual era ambiguas y muchas veces contradictorias, que existe una distancia amplia entre la intención de práctica y la práctica misma y que esta puede ser explicada por la imagen estereotipada que tienen los adolescentes sobre las personas que padecen de estas enfermedades, o que se encuentran en riesgo frente a las mismas.

En torno a diferencias en relación a las representaciones sobre el VIH/SIDA, algunas variables constitutivas como el género y sociales como el nivel educativo y económico, generan algunas variaciones sobre las concepciones alrededor de la enfermedad. Caballero y Villaseñor (2003) encontraron en una muestra de adolescentes mexicanos que a menor nivel económico, los adolescentes tendían a pensar que aquellos con VIH mostraban síntomas, lo cual los ponía en mayor riesgo al no tener clara la diferencia entre VIH y SIDA. Asimismo, en el estudio llevado a cabo por Lozano, Torres y Aranda (2008) se encontró que, si bien mujeres y hombres asociaban al VIH/SIDA con la muerte y el sexo, las mujeres hacían alusión a consecuencias de tipo emocional como el sufrimiento y el dolor, mientras que los hombres a consecuencias de tipo social como el rechazo.

Uno de los aspectos relevantes de mencionar en las representaciones del VIH/SIDA, es el miedo a ser contagiado, lo que desarrolla conductas discriminatorias hacia la población que vive con esta enfermedad. En un estudio llevado a cabo en España, se encontró que el miedo al VIH/SIDA estaría cumpliendo un rol más significativo en las conductas discriminatorias que la información misma (Bayés et al, 1998). El estigma se desarrollaría como un intento por evitar el daño (Stangor & Crandall, 2000 citado en Macinmoh, 2007).

El proceso de estigmatización provee un límite artificial entre aquellos que viven con la enfermedad y aquellos que no, más aún porque en un inicio, la enfermedad fue asociada a grupos de riesgo como los homosexuales y las trabajadoras sexuales, cuyos comportamientos se categorizaron como moralmente reprobables. Esto, unido al temor hacia las infecciones en general (Sontag, 1996), explicaría la reacción de discriminación desproporcionada, sobre todo porque es un agente fácil de evitar (Macinmoh, 2007). En todo el mundo, las enfermedades de transmisión sexual son altamente estigmatizadas porque revelan la inmoralidad del diagnóstico (Brown, 1998 en Macinmoh, 2007; García, 2008). Al parecer, el fenómeno se percibe como algo incontrolable y la discriminación aparece como mecanismo de control social, aunque no efectivo. Se ha encontrado que, en contextos más conservadores, los individuos además de tener más actitudes discriminatorias frente al VIH/SIDA, también perciben menor riesgo frente al mismo (Marques et al, 1996).

En la mayoría de estudios sobre las representaciones del VIH/SIDA, como parte de las mismas, se evoca naturalmente el riesgo que el sujeto percibe frente a la enfermedad y reconociendo a aquellos grupos o sujetos que se encontrarían en mayor riesgo. El riesgo es considerado un proceso social, y las representaciones mentales del mismo tienen de base al afecto (Blanco et al, 2000). Se define como la susceptibilidad a sufrir consecuencias negativas de una acción (Lameiras, Rodríguez & Dafonte, 2002), o como la percepción subjetiva del riesgo de contraer una condición de enfermedad (DiClemente & Peterson, 1994). Puede influir decisivamente sobre las prácticas de salud (Amigo, 2003), por lo cual se asume que, si la persona no percibe riesgo de contraer una enfermedad, entonces no será capaz de ejecutar conductas saludables frente a la misma (Rodríguez et al, 2009).

El ser humano, de forma natural, tiende a ver el futuro de su salud de manera muy optimista, evaluando muchas veces, la probabilidad de contraer una enfermedad a futuro muy por debajo de la media (Weinstein, 1888 citado en Amigo, 2003). Además, naturalmente tiende a sobreestimar la ocurrencia de eventos positivos en su vida (Pons-Salvador, Maraller & Guillén – Salazar, 2010), y también el nivel de control que pueden tener sobre los eventos (Desrichard, Verbiac & Milbabet, 2001). Frente a una enfermedad como el VIH/SIDA, el sujeto tiende a ver mayor riesgo en los otros, dado que aquellas personas con quien se compara pueden encontrarse sesgadas por el estereotipo de personas a las que le puede ocurrir el acontecimiento negativo (Pons-Salvador, Maralles

& Guillén-Salazar, 2010). Sumado a esto, las variables propias de la etapa adolescente nos advierten sobre características del momento de vida que no facilitan la percepción de riesgo frente al contagio del VIH/SIDA.

La presencia de conductas límite en los adolescentes, como el consumo de alcohol y drogas (Rodríguez et al, 2009) o el mantenimiento de relaciones sexuales no protegidas, nos advierte sobre el deseo o necesidad de experimentar sensaciones nuevas y excitantes, y un sentido de omnipotencia que facilitaría la ejecución de diversas conductas riesgosas. Algunos autores consideran además que el riesgo en esta etapa de vida sería considerado un valor (Blanco et al, 2000; Ubilllos, 2000).

Los adolescentes presentan normalmente un buen estado de ánimo, el cual se ha visto asociado a una menor preocupación por problemas de salud y un incremento de la sensación de control interna sobre el medio. Además, suelen darle mayor peso a los beneficios inmediatos de una conducta y a devaluar los costos (O'Donogue & Rabin, 2000 en Cueto, Saldarriaga & Muñoz, 2010)

La sexualidad es un aspecto muy ligado al desarrollo de la identidad en esta etapa de vida y como parte de esta surge la práctica de la actividad sexual. En las relaciones sexuales la pasión implica una alta activación fisiológica y una focalización en el objeto que la ha generado, restándole atención a cualquier otro evento o pensamiento. En ese sentido, solo cuando dicha intensidad disminuye es que se puede evaluar la situación y coordinar la acción con la cognición (Caballero et al, 2003).

La sexualidad se asocia también al desarrollo de vínculos afectivos. En una investigación llevada a cabo en México (Stern, 2008) la sexualidad se asoció al desarrollo de sentimientos como el amor y la ternura, al cuidado en la relación sexual, a la actividad sexual y a la reproducción. Para Collignon (2006), el VIH/SIDA en una relación afectiva, constituye una señal o evidencia de prácticas transgresoras y no se visualiza como un riesgo potencial antes de llevar a cabo la práctica sexual.

Estudios en diversos países sobre percepción de riesgo frente al VIH/SIDA en la adolescencia, sugieren que en general, los adolescentes se perciben en bajo riesgo (Uribe, Vergara & Barona, 2009; Uribe, Valderrama & Sanabria, 2009; Chirinos, Bardales & Segura, 2006; Macintyre, Rutenberg, Brown & Karim, 2004; Lameiras, Rodríguez & Dafonte, 2002). Algunas de las razones expresadas por los adolescentes para considerarse en bajo riesgo, son tener una pareja estable y serle fiel, encontrarse en

abstinencia y usar preservativo en menor medida (Chirinos, Bardales & Segura, 2006; Macintyre, Rutenberg, Brown & Karim, 2004; Lameiras, Rodríguez & Dafonte, 2002).

El cálculo del riesgo no es racional y no necesariamente coherente con los parámetros científicos. Se elegirá aquella alternativa que brinde el resultado más favorable aunque haya riesgo de por medio (Blanco et al, 2000). Para Slovic (1987 citado en Blanco et al, 2000), las personas estarían dispuestas a tomar riesgos en actividades donde espera conseguir beneficios, por lo cual, para comprender las conductas de riesgo, habría que comprender los beneficios que produce, más que los riesgos o costes percibidos (Fromme, Katz & Rivet, 1997 citado en Blanco, 2000). En torno a la conducta sexual, debemos tomar en cuenta que produce beneficios inmediatos, como la satisfacción, obtención de placer y el orgasmo y más bien las consecuencias negativas o riesgos como el VIH/SIDA, se darían a mediano o largo plazo. Pareciera que los adolescentes perciben como más riesgoso el embarazo no deseado, no tomando en cuenta otro tipo de riesgos o la totalidad de los mismos (Cueto, 2010).

Para Macintyre, Rutenberg, Brown & Karin (2004), existen tres aspectos por los cuales los adolescentes percibirían un bajo riesgo a la infección. En primer lugar, la tendencia natural del ser humano al optimismo irreal en relación a su salud y a las condiciones negativas. En segundo lugar, la invulnerabilidad inherente al desarrollo adolescente, percibiendo una posibilidad muy baja de que le ocurran acontecimientos negativos en comparación a los adultos e incluso en comparación a sus pares. En tercer lugar, para el adolescente, admitir que se encuentra en riesgo al VIH/SIDA, implica que se ubique en la categoría de grupo socialmente marginado, como los hombres homosexuales o las trabajadoras sexuales y que se active el temor a la muerte.

El largo período de tiempo que ocurre entre la ejecución de la conducta y la aparición de las consecuencias dificulta la asociación entre la conducta y su consecuencia (Bayés, 1995-1996). Además, dado que el adolescente presenta una moratoria vital donde observa a la muerte como algo muy lejano, cualquier condición que se asocie a ella es rechazado (Chirinos, Bardales & Segura, 2006). Finalmente, el VIH/SIDA produce una respuesta afectiva intensa, usualmente negativa, por lo que es percibido como un hecho sumamente amenazante, y esto reduce la sensación de vulnerabilidad frente al mismo (Ubillós, 2000).

En nuestro país, Chirinos, Bardales & Segura (2006), realizaron un estudio sobre la percepción de riesgo y el uso del preservativo en varones de 19 a 29 años y

encontraron que en general estos perciben mayor riesgo frente al embarazo y perciben mayor riesgo al contagio del VIH/SIDA cuando la relación sexual es comercial y con una persona desconocida.

En torno al género, Lameiras, Rodríguez y Dafonte (2002) encuentran que las mujeres perciben mayor riesgo a ser contagiadas que los hombres, en ese sentido, a diferencia de los hombres, es mayor la proporción de mujeres que no proseguiría con un acto sexual desprotegido ya sea con una pareja casual o con una pareja afectiva. A pesar de esto, el riesgo de embarazo se visualiza con mayor fuerza que el de contagio del VIH. Uribe, Vergara y Barona (2009) encuentran un resultado similar en adolescentes colombianos. Un estudio en Sudáfrica (Tenkorang & Rajulton, 2009), indica que las mujeres que perciben más riesgo hacia el VIH/SIDA, son aquellas que inician su actividad sexual más tarde.

En relación al nivel educativo, Uribe, Valderrama & Sanabria (2009) en Colombia encontraron que aquellos adolescentes que asisten a instituciones privadas tienen mayor percepción de riesgo y que, conforme el adolescente se hace mayor, la susceptibilidad frente a la enfermedad disminuye.

Macintyre, Rutenberg, Brown y Karim (2004) encontraron que aquellos adolescentes en Sudáfrica que se perciben en riesgo, eran la minoría y se justificaba por el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección y con varias parejas. Discutieron en ese sentido sobre la normalización del bajo riesgo en un entorno donde el VIH/SIDA afecta a un número importante de población. Asimismo, encontraron que las adolescentes mujeres que habían convivido o conocido a alguien con el diagnóstico, tenían una mayor percepción de riesgo y que estaría influenciada por la predicción de riesgo del compañero sexual.

Sumado a esto, existen algunas características sociales y culturales que no contribuyen a que se adopten conductas saludables en torno a la sexualidad. Los factores sociales y culturales tienen una influencia más potente que la racionalidad misma en la toma de decisiones en salud (Ubillós, 2000). Por ejemplo, la mayor permisividad en torno a la sexualidad del varón, se manifiesta en que estos suelen tener experiencias sexuales más tempranas, mientras que a las adolescentes mujeres no les resulta sencillo aceptar su sexualidad y asumir el control sobre la actividad sexual (Silva, 1992).

En nuestro país, la conceptualización social de la masculinidad fomenta el mantenimiento de conductas sexuales de riesgo (Chirinos, Bardales & Segura, 2006) En

este sentido, el hombre es dominante y está más preocupado por su desempeño sexual, por mostrarse siempre listo para las relaciones sexuales, por no preocuparse por las ITS y el SIDA, por el tamaño del pene, por ser el primero en la vida sexual de una mujer y por tener relaciones sexuales frecuentes. Macintyre, Rutenberg, Brown & Karim (2004), en Sudáfrica indican que se fomenta que el hombre tenga mayores parejas sexuales a diferencia de las mujeres, a quienes se les inculcan comportamientos de abstinencia con mayor frecuencia. En muchos países el hombre ha adoptado un rol activo y dominante frente a la sexualidad, mientras que la mujer un rol pasivo y facilitador, aspecto que no contribuye por ejemplo en la negociación de condiciones de protección (Ubilllos, 2000).

Para Estrada (2006), los jóvenes son los que ofrecen la posibilidad de cambiar de curso a esta problemática, aunque la inaceptación de la sexualidad adolescente y el mantenimiento de creencias en relación al rol sumiso de la mujer en su sexualidad, serían elementos que hacen al joven más propenso a adquirir esta enfermedad.

Por todo lo expuesto, observamos que la prevención del VIH/SIDA es una necesidad apremiante en la población adolescente, pero si ésta no es hecha bajo su propia lógica y perspectiva del problema, los esfuerzos son poco probables de un efecto positivo. Hemos constatado que la conducta es antecedida por una serie de procesos, dinámicos y complejos, fundados en las interacciones sociales y que ejercen una fuerte influencia sobre las decisiones en salud o por el contrario sobre las exposiciones al riesgo. En el caso del VIH/SIDA es trascendental comprender las lógicas subjetivas que subyacen a la forma de relación que se ha establecido con el mismo, si queremos eventualmente generar intervenciones que apunten a la disminución de la epidemia y al aumento de la tolerancia social frente a las personas que viven con la enfermedad, para facilitar su adaptación e incrementar sus niveles de calidad de vida.

En ese sentido, este estudio pretende explorar las representaciones del VIH/SIDA y la percepción de riesgo frente al mismo, en una muestra de adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Lima. El principal aporte reside en la valoración independiente de las representaciones y la percepción de riesgo, evaluada esta última de manera indirecta. Esto permitió identificar no solo la valoración del riesgo personal, sino también las conductas de riesgo asociadas y los motivos subyacentes a las mismas. Para este propósito, se utilizó una aproximación cualitativa que permitió, a través de la entrevista, acercarnos a las construcciones sobre el VIH/SIDA y la percepción de riesgo sobre la enfermedad.

Método

El presente estudio tuvo como objetivo obtener un conocimiento profundo sobre las representaciones y la percepción de riesgo del VIH/SIDA en un grupo de adolescentes de nivel socioeconómico bajo. Para alcanzar dicho fin, se utilizó una aproximación cualitativa con un diseño de estudio de casos, de manera que se pudiesen obtener desde los participantes, las diferentes concepciones y perspectivas existentes sobre los fenómenos en cuestión (Creswell, Hanson Plano & Morales, 2010).

Participantes

El grupo de estudio estuvo conformado por 20 adolescentes, hombres y mujeres de nivel socioeconómico bajo, residentes de los distritos de Ventanilla (n=6), Puente Piedra (n=3), Villa el Salvador (n=8) y Comas (n=3). Sus edades fluctuaron entre los 18 y 20 años, aunque hubo predominancia de participantes con 18 y 19 años de edad. Asimismo, el número de hombres (n=10) y mujeres (n=10) estuvieron representados en igual proporción. La mayoría de los participantes nacieron en Lima (n=16) y una minoría en provincia (n=4). De este último grupo, todos tenían más de un año viviendo en Lima.

Se eligió a los participantes del estudio, en base a los siguientes criterios de inclusión. En primer lugar, debían tener entre 18 y 20 años, contar con educación secundaria completa, no tener diagnóstico conocido de VIH/SIDA, ni alguna condición médica de gravedad que genere algún tipo de discapacidad. Originalmente, se contempló la posibilidad de incorporar a la muestra de estudio participantes entre 18 y 24 años, sin embargo, debido a la disponibilidad de casos, se contó mayormente con la participación de adolescentes de 18 a 20, por lo que se decidió trabajar de manera central con este grupo. El número de participantes del estudio se determinó en base a la saturación de los datos, dejando de incorporar nuevos sujetos cuando los participantes no evocaban contenidos

nuevos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Asimismo, se eliminaron del estudio tres casos que no cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Los participantes en su mayoría vivían con familia nuclear ($n=14$). El resto de ellos vivía con familia extendida, la cual incluyó la presencia de tíos y primos. En el caso de los participantes nacidos en provincia, todos vivían con familia extendida y las razones de la migración a Lima fueron el trabajo y los estudios superiores. En cuanto a sus ocupaciones actuales, se encontraron variedad de actividades. Casi la mitad del grupo ($n=9$) realizaba actividades artísticas como el teatro, malabarismo o el baile en una asociación cultural comunitaria. Asimismo, un grupo de los participantes preparaba en alguna academia preuniversitaria ($n=3$) o realizaba estudios en institutos superiores o universidades ($n=5$). En torno a las ocupaciones del resto de participantes, uno realizaba entrenamiento profesional de fútbol en un club deportivo, otra de las participantes era profesora de danza en una academia de baile, y un participante trabajaba en una empresa familiar de vidrios.

Se buscó la participación de adolescentes que, según las estadísticas nacionales, se encontrarían en situación de mayor vulnerabilidad al contagio del virus. Se seleccionaron los posibles distritos de Lima que pertenecieran a un nivel socioeconómico bajo y en base a ello se realizó el primer contacto con algún representante de la comunidad. Se tomó contacto entonces con un miembro de un club deportivo y el dueño de un hospedaje de jóvenes preuniversitarios en el Callao, un líder de una asociación cultural en Villa El Salvador, y una vecina en el distrito de Puente Piedra. Se visitó cada uno de los distritos estableciendo una primera reunión con dichos representantes, donde se les explicó los objetivos del estudio, la metodología y los alcances futuros del mismo. Todos los representantes demostraron interés y apoyo en la búsqueda de potenciales participantes. En todos los casos, antes de la aplicación de las técnicas de recolección de los datos, se realizaron observaciones sobre los espacios sociales y comunitarios como parques, canchas, clubes y calles principales, de manera que

se tuvo una idea más clara sobre las condiciones del contexto donde residían los participantes. Asimismo, se pudo observar la interacción de los representantes con miembros de la comunidad y potenciales participantes. Los representantes presentaron a la investigadora frente a los potenciales participantes y además proveyeron de espacios privados para la aplicación de las entrevistas. La mayoría de las entrevistas se realizaron durante los fines de semana, tiempo en que los participantes disponían de mayor tiempo.

Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, los instrumentos utilizados y la preservación de su identidad. Se les alcanzó un consentimiento informado (Anexo A) donde se especificaron estos puntos, que debía ser firmado en caso aceptaran participar. Se les informó a su vez que podían retirarse del estudio en el momento en que lo considerasen pertinente y podían realizar las preguntas que necesitasen. Asimismo, se les explicó la finalidad del uso de la grabadora y si era posible su uso. Todos los participantes accedieron al estudio firmando el consentimiento informado y ninguno mostró intenciones de retirarse.

Técnicas de recolección de la información

Para conocer las representaciones y la percepción de riesgo del VIH/SIDA, se eligió a la entrevista semiestructurada como técnica central. Esto permitió plantear ejes orientadores pero a su vez permitió también la introducción de preguntas adicionales para aclarar conceptos y obtener más información (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

En primer lugar, se construyó una guía de entrevista luego de una revisión teórica sobre representaciones del VIH/SIDA, donde se determinaron los siguientes ejes: asociaciones al VIH/SIDA; causas y riesgo; consecuencias; incongruencia entre el discurso y la práctica; prevención. Cada uno de estos ejes se compuso de una o más preguntas que permitieron la exploración de las representaciones del VIH/SIDA (Anexo B). La entrevista fue formulada de manera flexible, lo que permitió su adaptación a las situaciones de los participantes (Kerlinger & Lee,

2002). De esta manera se plantearon reactivos o preguntas preponderantemente abiertas que buscaron la profundización de las respuestas y la clarificación de ambigüedades en el discurso (Kerlinger & Lee, 2002).

Para la evaluación de la percepción de riesgo del VIH/SIDA, se realizó una revisión sobre sus formas de medición, encontrando en la mayoría de casos el uso de técnicas cuantitativas y objetivas. Sin embargo, dado que el interés del presente estudio es profundizar sobre la construcción de la conceptualización del riesgo frente al VIH/SIDA, se optó por adaptar, a modo de entrevista, un cuestionario sobre percepción de riesgo de contraer la enfermedad (Bayés, 1995, 1996) en el cual, la transmisión del virus aparece asociada a determinadas conductas de personajes, y no al riesgo o a la conducta personal, profundizando en razones por las que los sujetos de las historias asumían dichas conductas (Pons-Salvador, Maraller & Guillèn-Salazar, 2010) (Anexo C).

Se realizó una adaptación lingüística del instrumento y se modificaron las preguntas objetivas y cerradas del instrumento original a preguntas abiertas, para ser utilizadas en la entrevista. Todo esto se hizo con el permiso y la revisión del autor.

El instrumento comprende la lectura de historias de tres personajes que se encuentran en diferentes situaciones de riesgo de contagio del VIH/SIDA a través de su conducta sexual. La diferencia entre las historias, radica en el tipo de relación que mantienen con la pareja sexual y el contexto social inmediato. En la primera historia, el personaje se encuentra en una discoteca, ha bebido y tiene la posibilidad de mantener relaciones sexuales con una pareja desconocida. En la segunda historia, el personaje se encuentra en una casa de campo y tiene la posibilidad de mantener relaciones sexuales con una pareja conocida afectiva. En la tercera historia, el personaje, quien está casado(a), se encuentra en una despedida de soltero(a) y ha mantenido relaciones sexuales con una pareja desconocida. Luego de la lectura de cada historia, se indaga sobre los motivos que suponen habrían llevado a los personajes a proseguir o a detener el acto sexual. En la tercera historia, donde el acto sexual ya se ha producido, se indaga

sobre las acciones que la persona llevaría a cabo posteriormente. Asimismo, se les pidió a los participantes adjudicar el riesgo para cada situación y los motivos de dicha calificación. Se aplicaron versiones femeninas y masculinas de los personajes de las historias en correspondencia al sexo del participante.

Procedimiento

En principio, se realizó una prueba piloto de los instrumentos con dos participantes. En esta prueba se aplicó el procedimiento tal y cual se llevó a cabo en el campo. Ambas entrevistas fueron revisadas por un supervisor, donde no sólo se evaluó la calidad de la información emitida, sino también la técnica del entrevistador.

Durante las entrevistas, en primer lugar se recogieron datos sobre la edad, ocupación, convivencia y presencia de alguna condición crónica de salud de los participantes. En este momento se determinó quienes serían los participantes que pasarían a la siguiente etapa de la aplicación. Durante este primer momento, se procuró que la recolección de estos datos sea fluida, reforzando un ambiente de confianza y manteniendo un trato igualitario para todos los participantes. Seguidamente, se procedió a aplicar el cuestionario sobre percepción de riesgo (Bayés, 1995-1996) en forma de entrevista, y posteriormente la entrevista semiestructurada sobre representaciones del VIH/SIDA. Hacia el final de las entrevistas, se preguntó a los participantes si es que se habían sentido cómodos y si querían agregar información. Se prestó atención al lenguaje no verbal y las emociones de los participantes, realizando anotaciones sobre los mismos al final de la entrevista. Asimismo, se brindaron los datos de la investigadora, por si es que los participantes tuviesen alguna inquietud a futuro sobre el estudio.

Las entrevistas fueron transcritas conforme terminaba su aplicación, de esta manera se podía observar si las preguntas daban información sobre el problema planteado o si el manejo de la entrevista era adecuado. Asimismo, las transcripciones contemplaban expresiones no verbales y notas del tono emocional de los participantes. A continuación, se realizaba el análisis de contenido de cada entrevista. En primer lugar se daba una mirada general a los contenidos para

comprender el sentido general de los mismos. Luego, se organizaron los datos por temas y se determinaron las unidades de análisis y, durante este proceso, se fueron eligiendo citas representativas de cada unidad. Se consideró en los análisis toda la información expresada por los participantes, incluyendo información contradictoria. Este proceso requirió de constantes revisiones y la elaboración de diagramas de apoyo para la comprensión del fenómeno estudiado en su totalidad. Todo el procedimiento se realizó bajo la supervisión de un experto.

La técnica para evaluar la percepción de riesgo y la entrevista semiestructurada sobre representaciones del VIH/SIDA, permitieron evaluar los fenómenos de interés desde dos posturas distintas encontrando información coincidente y enriquecedora. La primera permitía proyectar los contenidos asociado al VIH/SIDA a otras personas mientras que la segunda refería a los contenidos de la propia dinámica establecida con el VIH/SIDA. Se observó entonces, que el método seleccionado fue apropiado para responder al objetivo de la investigación, ya que brindó información para la comprensión de los fenómenos (Collingridge & Gantt, 2010).

Es importante precisar que los datos obtenidos son interpretados en función al contexto de los participantes, por lo cual se recomienda que su trasferibilidad o extrapolación a otros contextos debe ser hecho con cuidado salvaguardando las similitudes entre las poblaciones (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

La información obtenida de los discursos de los participantes se organizó en tres ejes. El primero contiene todas las concepciones sobre la naturaleza, el pronóstico y las causas del VIH/SIDA al cual hemos denominado; "Representaciones sobre la naturaleza de la enfermedad". El segundo eje, nombrado "Riesgo", considera las construcciones asociadas al alto y bajo riesgo. Finalmente, el último eje denominado "Prevención", contiene las representaciones sobre las medidas preventivas adoptadas frente al virus.

Resultados y discusión

El VIH/SIDA es una enfermedad que se extiende en la población adolescente y juvenil con relativa rapidez, y los esfuerzos preventivos centrados en la diseminación de información no han sido del todo eficaces (Uribe et al, 2009). Esto sugiere la necesidad de incorporar otro tipo de variables, además del conocimiento, que reflejen las lógicas subyacentes a la adopción de conductas de riesgo y prevención.

Las percepciones y concepciones sobre la enfermedad son elementos nucleares en el desarrollo de conductas preventivas o, en su defecto, en la persistencia de conductas de riesgo (Uribe et al, 2009; Macintyre, 2004; Lameiras et al, 2002; Lloyd, 2001; Steerts et al, 2006). Una forma de aproximación a la subjetividad, es a partir del estudio de las representaciones del VIH/SIDA, que es construida en base a las interacciones de los miembros de un grupo (Fonseca, 2009).

El presente capítulo, tiene como objetivo presentar los resultados obtenidos de las entrevistas sobre representaciones del VIH/SIDA y percepción de riesgo frente al mismo, así como su análisis e interpretación. Los discursos de los adolescentes para tales fines se han dividido en tres ejes principales. El primer eje versa sobre las representaciones del VIH/SIDA que se han estructurado en el ámbito médico, el ámbito psicológico y el ámbito social. El segundo eje tratará sobre las percepciones del riesgo de contraer el virus y se identificarán elementos asociados al bajo y al alto riesgo. Finalmente, tercer eje precisará sobre las alternativas de prevención del contagio del virus propuestas por los participantes.

Representaciones de la definición y naturaleza del VIH/SIDA

Los contenidos de los discursos en éste eje se han estructurado en tres temas principales: el ámbito médico, el ámbito psicológico y el ámbito social o relacional. El ámbito médico contiene todos aquellos contenidos referidos a denominaciones sobre la naturaleza del virus, el pronóstico y las causas de contagio. Estos contenidos son los que

más se mencionan cuando se les pide a los participantes que asocien libremente las palabras VIH y SIDA. Sobre la naturaleza del virus, casi la totalidad de los participantes ha referido que se trata de una enfermedad, virus o infección. Esta representación ha aparecido acompañada de términos asociados al pronóstico como la incurabilidad, el poco tiempo de vida, la muerte y el proceso de muerte que es visto como doloroso, largo y sufriente.

“Muerte lenta, a largo plazo, dolorosa y costosa también” (Alan, 18 años).

“Una enfermedad incurable, una enfermedad o sea incurable y como enfermedad incurable muy triste porque... tienes una muerte o sea una muerte dolorosa y lenta” (Susana, 19 años).

Pareciera que estos elementos del orden de lo científico fuesen los que articularan el núcleo central de las representaciones sobre el VIH/SIDA en los participantes. Al respecto, Fonseca (2009) refiere que las concepciones sobre el VIH/SIDA se componen por conceptos y explicaciones que en un inicio pertenecieron al ámbito científico. Estos conceptos científicos, cuando se ponen a disposición de todas las personas, se someten a transformaciones que los hacen más familiares y cotidianos. La asociación entre enfermedad y muerte no hace pensar que el VIH/SIDA es visualizado como un evento catastrófico y que produce sufrimiento, lo que nos sugiere que es algo que se desea evitar. Muchos de los discursos de los participantes se acompañan de adjetivos negativos como *“horrible”* y *“feo”*, lo que nos refiere su carácter indeseable.

El VIH/SIDA ha aparecido frecuentemente asociado a su causa, denominándose como una *“enfermedad de transmisión sexual”*. Cuando una enfermedad se encuentra enlazada a la actividad sexual, se tiende a percibir de manera más negativa, puesto que la actividad sexual no es coherente con los valores de la moralidad. La enfermedad en ese sentido, puede ser vista como el castigo a la práctica sexual frecuente (Sontag, 1996).

Muchos participantes han concebido al virus como un agente externo que invade y ataca. Los efectos de este ataque aparecen asociados generalmente a un estado de debilitamiento corporal, absorción y consumo. Algunos participantes refieren que el virus reduce la capacidad de respuesta del sistema de defensas, y esto hace más propenso al sujeto a desarrollar enfermedades. En ese sentido, se ha relacionado con una disminución importante de la fuerza o pérdida de la energía física, el adelgazamiento, o la caída de cabello. También ha sido asociado a anomalías como la aparición de bultos,

trastornos hormonales o daño a diversos órganos del cuerpo como los sexuales, la médula espinal y a sistemas como el nervioso.

“Un virus el cual te va consumiendo por dentro y tú no lo vas sintiendo, entonces como que te va comiendo realmente, y entonces pasan los años, es diminuto pero muy mortal, entonces como que te va destruyendo tus propios órganos por dentro y te vas muriendo, y ya después te das cuenta qué es lo que te fastidia, tal vez te aparece un bulto o algo en tu cuerpo, o si ya no sientes lo mismo (...) como que se le cae el cabello, se va transformando, bajando de peso...” (Lucho, 18 años).

“Yo creo que es algo que te debilita poco a poco, te va absorbiendo. Ya no es como si estaríamos acá, es como si yo tuviera algo y si me da la gripe ya estoy con bajas defensas y me ataca más, te debilita el VIH y SIDA” (Andrea, 19 años).

Como agente externo, el virus es percibido como una mayor amenaza, ya que es ajeno al propio cuerpo (Sontag, 1996). Además, se precisa que su invasión se da de manera silenciosa y que es difícil de detectarse. Estos son aspectos que exacerban la sensación de temor frente al contagio.

“Piensan de que quizás porque conoce un poco a esa persona no lo va a tener, que porque no se ve con una mirada diferente, no lo va a tener (...) o sea hay personas que porque tienen su cara pálida o lo ven medio enferma, tienen esa enfermedad. Pero están equivocados, porque no se detecta así nomás esa enfermedad. Entonces simplemente se dejan llevar, nada más” (Carmen, 19 años).

En torno al ámbito psicológico, los participantes elaboran sus discursos ubicándose en la perspectiva de una persona que vive con VIH/SIDA. Se señalan sentimientos negativos como la tristeza, y en algunas ocasiones la depresión. También señalan la pérdida de la autoestima, y el derrumbe de planes futuros.

“VIH ¿problemas? Muchos problemas, baja autoestima, pensamientos muy como que no se. Me ha pasado igual, como que también pensando que tenía VIH pero me fui a hacer exámenes y no. Te estoy diciendo lo que pensaba cuando o pensaba que tenía eso” (Adrián, 18 años)

“No tengo idea... yo supongo que es algo que te ataca, te deprime bastante, que no le encuentras solución (...) Horrible, una enfermedad de la que de repente no se puede salir, que no le encuentras solución, que todo lo que planeaste adelante se derrumba por eso” (Elisa, 18 años).

Es interesante notar que los sentimientos y síntomas planteados aluden a aspectos de pérdida. Algunos participantes refieren que estas pérdidas se dan en distintos ámbitos de la vida. Uno de los participantes señala que la enfermedad produciría cambios en su vida sexual, en su relación de pareja y relacionados al sentimiento de amor.

“Mi vida sexual ya no sería la misma, mi vida completa en la pareja, en el amor, tampoco” (Miguel, 18 años)

La pérdida de los vínculos y el aislamiento también son señalados por algunos participantes como consecuencias del VIH/SIDA. Estos elementos pueden ser causa de los sentimientos de tristeza experimentados, o también producto del rechazo y discriminación de los seres queridos y conocidos.

“Incluso tu círculo social, o sea, muchas veces existe eso de la discriminación, entonces comienzan a decir, ¡hey! Contigo no. Entonces todas esas cosas de alguna y otra forma afectan ¿no? Entonces, tener una enfermedad si es muy feo, muy malo, muy pesado” (Julia, 19 años).

El rechazo desde los individuos sanos hacia los enfermos, posiblemente no solo tiene que ver con el temor al contagio y a la muerte, sino también por su asociación a grupos marginados como los hombres homosexuales y las trabajadoras sexuales (García, 2008; Macinmosch, 2007) y su respectiva asociación a conductas sexuales lejanas a la norma (Collignon, 2006). La discriminación aparece como un mecanismo social para alejar a aquellos elementos que amenazan la integridad física y moral de las personas. Algunos participantes asocian emociones como el miedo o el temor a ser contagiados a mecanismos para establecer distancia como evitar el contacto físico.

“SIDA, me asusta esa palabra porque o sea, cuando tienes SIDA no se nota en la persona y sin saber tú puedes estar hablando con una persona que tiene SIDA ¿no? y la palabra SIDA nomás me da miedo, enfermedad, me da miedo o sea de que esa persona tiene SIDA, no sé que me toque para acabar diciendo que estoy contagiada” (Laura, 18 años).

Se han podido observar la convivencia de elementos contradictorios o ambiguos. Por ejemplo, algunos adolescentes precisan que no rechazarían a personas que viven con VIH/SIDA, sin embargo, en otro momento refieren tener temor frente al contacto físico. Las siguientes viñetas corresponden a la misma participante. A continuación, una participante desestima el mito de transmisión del virus a través del tocamiento de manos. Más adelante, la misma participante refiere que un tocamiento involucraría susto a ser contagiada.

“Lo primero que se me viene es una persona contagiada, ehhh pero como dicen esa enfermedad se contagia más por transmisión sexual. No creo que sea así por un tocamiento de manos, o por la sangre” (Laura, 18 años).

La desestimación de creencias erróneas podría formar parte de un discurso formal del conocimiento sobre el VIH/SIDA, pero no necesariamente disminuir los sentimientos de susto y temor frente a la enfermedad. Para Quintana y Vásquez (2003 pp.194), si bien los adolescentes pueden ubicarse en la perspectiva del enfermo, esto “no estimula necesariamente el establecimiento de vínculos con estas personas”. Pareciera que los sentimientos asociados a la amenaza del contagio se encuentran adheridos a la concepción misma de la enfermedad, y más bien la información correcta sobre el contagio a un nivel más periférico.

Es importante mencionar que los términos VIH y SIDA evocan los mismos contenidos centrales, que son enfermedad, muerte y transmisión sexual, sin embargo, algunos participantes hacen una distinción en cuanto a temporalidad e intensidad, refiriendo que el SIDA es la fase final y es más contagioso.

“Bueno VIH, creo el SIDA es el más avanzado, el VIH es el virus y puede haber tratamiento” (Ana, 18 años).

“SIDA más específico (...) tal vez un VIH no sería tan fuerte” (Miguel, 18 años).

Esto es importante puesto que se ha encontrado que aquellas personas que no distinguen entre ambos conceptos se encontrarían expuestas a un mayor riesgo de contagio, por relacionarlo solo a la presencia de síntomas y desconocer el período de latencia o asintomático (Caballero & Villaseñor, 2003; Quintana & Vásquez, 2003). Esta situación se ha presentado en la minoría de participantes del estudio, lo cual podría reflejar una mayor sensibilización sobre el tema, sin embargo es pertinente señalar que en algunas ocasiones la información es parcialmente correcta.

A manera de síntesis, observamos que las representaciones del VIH/SIDA, se encuentran plagadas de una afectividad negativa que orienta una actitud de rechazo frente a la enfermedad. Si bien los elementos centrales de la representación se fundan en información proveniente de la ciencia, estos han pasado a formar parte del sentido común del grupo otorgándoseles una evaluación actitudinal negativa.

Riesgo

Los participantes evalúan la percepción de riesgo frente al VIH/SIDA según el contexto de la actividad sexual. En general, observamos que determinan un mayor o menor nivel de riesgo según nivel de conocimiento de la pareja sexual. Para casi la

totalidad de los participantes, el conocimiento, producto de un mayor tiempo de interacción con la pareja, permite que se identifique al virus a través de la sintomatología física, o se deduzca a través de “*la forma de ser*”, de los comportamientos sexuales del pasado, las conductas actuales y del contexto próximo de la pareja como la familia y los amigos. De manera contraria, el desconocimiento de la pareja sexual no permitirá realizar esta inferencia. Para una participante, el desconocimiento estaría asociado también al mayor riesgo de contagio de otras enfermedades.

“(Bajo riesgo) la persona la conoce, como que le has tratado más tiempo con ella (...) supuestamente te darías cuenta de algunas pistas, algo con las amistades de que anda, con todo...” (Daniela, 20 años, segunda historia).

“(Alto riesgo) porque no lo conoce, o sea no lo conoce, no sabe su pasado, no sabe nada y entonces esto, por eso es que me imaginé que puede tener otras enfermedades a parte de VIH ¿no?” (Ana, 19 años, tercera historia).

Para muchos participantes, el conocimiento de la pareja se encuentra asociado al desarrollo del afecto que implicará el deseo de cuidado y preocupación por el otro. De igual manera, se asocia a la confianza para develar información íntima, como por ejemplo el diagnóstico de VIH/SIDA o solicitar al compañero la realización de evaluaciones médicas para descartar enfermedades de transmisión sexual. De manera contraria, el desconocimiento de la pareja en una relación sexual se ha asociado a la búsqueda de placer corporal y a la elección por el atractivo físico, indicadores de ausencia de afecto y cuidado por el otro.

“No, aquí no pensé en eso (VIH/SIDA) (...) si bien es cierto, sí puede pasar, o sea uno nunca sabe, pero al mismo tiempo yo sí creo que si son pareja, si hay esa comunicación de decirse si alguien tiene alguna enfermedad, yo creo que la otra persona quiere a la otra, no va a querer que se contagie de alguna u otra forma” (Julia, 19 años, pareja conocida).

“(alto riesgo) porque es una desconocida, al cual fue a la diversión, al placer, no midió en ningún momento las consecuencias” (Alan, 19 años, pareja desconocida).

El contagio de VIH/SIDA se muestra incompatible a los valores que la relación de pareja afectiva, como el amor, la confianza y la preocupación por el otro. El VIH/SIDA se asocia a la búsqueda de placer físico y a la ausencia de afecto. En las relaciones de afecto, la búsqueda de placer no se convierte en el eje de la relación sexual, sino que ésta es producto del sentimiento, del compromiso y de la entrega, es la máxima expresión de amor y no la respuesta a una necesidad física” (Collignon, 2006). Esto ubica a una

cantidad importante de adolescentes en una situación de falsa protección, haciéndolos menos propensos a adoptar medidas de cuidado frente al virus.

El mayor riesgo percibido en la relación sexual con una pareja conocida y afectiva es el embarazo. Este es considerado un motivo para detener la relación sexual, principalmente porque atenta contra la posibilidad de cumplir metas y planes en el futuro.

“Se aguantaron (...) por sus planes puede ser, por sus sueños (...) de repente ella tiene otros planes, pero todavía no quiere salir embarazada o diversos casos que ocurre, igual él” (Eli, 18 años, pareja conocida).

“Si pasa algo... ella puede salir embarazada y (no) se pueden dar los planes que estaban haciendo” (Robert, 19 años, pareja conocida).

Asimismo, implica altos niveles de responsabilidad y compromiso con la pareja, aspectos que aparentemente no se percibe presente en esta etapa de vida

“Algo parecido me pasó a mí (...). O sea lo que yo fue, no hice nada porque esa persona era muy, no pensaba maduramente, todo lo veía al juego, al chiste y yo al darme cuenta de que la persona era así y que si yo quedaba embarazada o me pasaba algo él no se iba a responsabilizar, simplemente me iba a dar la espalda y se iba a ir” (Kathia, 19 años, pareja conocida).

Para Quintana & Vásquez (2003), el embarazo se percibe como más riesgoso que el VIH/SIDA porque se presenta en un tiempo menor. El VIH/SIDA se evidencia generalmente varios años después de que ocurre la infección, por lo cual, asociarlo directamente a la conducta sexual desprotegida, es menos probable. De esta manera, el embarazo no solo es considerado un factor para detener el acto sexual, también es un motivo para el uso de medidas de protección tradicionales como el coito interrumpido, el método del ritmo y el coito sin penetración. Estas medidas, si bien pueden evitar en alguna medida el embarazo, no son efectivas en la reducción del contagio del virus.

“Sinceramente me imagino que hay un método justo cuando el hombre va a eyacular, evita que salga” (María, 20 años, pareja conocida).

“No hicieron nada, o eligieron el método del ritmo” (Kathia, 19 años, pareja conocida).

“La verdad a veces la pasión del momento te lleva a eso, aunque no estés así, pero te lleva a eso, bueno yo me alejaría o no sé, buscaría otra forma de estar con ella en una noche así, otra forma de los que es el acto sexual, otra forma de poder satisfacer eso (...) lo que es el coito sin penetración” (José, 19 años, pareja conocida).

Algunos participantes, a diferencia de la relación sexual con una pareja conocida, consideran que la persona que se involucra en actos sexuales con desconocidos, lo haría siempre, es decir, que ha tenido un mayor número de parejas sexuales y que eso la hace más propensa a la infección por el virus. El mayor riesgo aparece frecuentemente asociado a características o atributos personales, más que a situaciones o conductas específicas. La mayoría de los participantes comparte la creencia de que las personas que tienen más riesgo a la adquisición del virus, son “*promiscuas*”. Alrededor de este término se describen otras características como la irresponsabilidad, la liberalidad, gustar de la vida fácil, poca coherencia con los riesgos y con sus proyectos futuros, y mantenimiento de relaciones sexuales para la satisfacción de necesidades físicas. Esto nos sugiere que el mayor riesgo de contagio del virus se adscribe a características personales y no necesariamente a conductas desprotegidas.

“Por la irresponsabilidad, la promiscuidad de las personas (...) estas personas son promiscuas pues, sale de fin de semana y conocen a una persona y hay atracción y ya pues, tienen relaciones sexuales comúnmente” (José, 19 años).

“Por irresponsabilidad de cada uno, al ser muy liberal y estar con uno y otro” (Alan, 18 años).

También se ha asociado a las personas “*promiscuas*” y de mayor riesgo al ambiente de la discoteca y al consumo de alcohol. La percepción sobre la discoteca nos sugiere que es visto como un espacio donde es común encontrar personas que buscan establecer relaciones sexuales casuales para la satisfacción de necesidades físicas. Una participante ha descrito a las personas que frecuentan discotecas como aquellas “*que no tienen buenas intenciones y a quienes no les importaría contagiar a otros*”. Esto produce una sensación de desconfianza sobre este ambiente. Asimismo, la discoteca ha sido asociada a la diversión desmedida y a la vivencia del placer físico.

“Si el chico la ha estado mirando mirando y mirándola es porque tiene un deseo sobre ella total, y si están en una discoteca más que todo, es un chico pues que no... o sea, una persona que se va a una discoteca, va, cómo se diría en términos vulgares, a jilear, es porque solamente quieres pasar el rato ¿no? Más si es una discoteca. Si fuera otro ambiente ahí si cabe conocerse, te parece agradable o atractiva una persona, pero si es una discoteca y están tomando, creo que solamente es un vacilón, y para un vacilón no te importa si contagias a alguien algo, como sea, quien sea, mucho riesgo” (María, 20 años, primera historia).

Asimismo, una participante ha descrito a las mujeres que acuden a la discoteca como aquellas que buscan obtener algún beneficio personal y económico, lo que hace expone a un mayor riesgo de contagio.

“Luego hay un montón de chicas que solo ven su conveniencia propia. O sea, chicas que se van a la disco, pero solo para conseguir un chico que les invite algo, irse con ellos por ahí, sacarles plata y no les importa qué pase, a qué costo les salga eso” (Lucía, 18 años).

La discoteca también se ha asociado al consumo elevado de alcohol, sustancia que para algunos participantes no permite tomar conciencia de las características de la persona con quien se mantienen relaciones sexuales. El consumo de alcohol elevado aumenta el deseo sexual y disminuye la capacidad de raciocinio, induciendo a las adolescentes al mantenimiento de relaciones sexuales desprotegidas y con personas desconocidas (Navarro & Vargas, 2005 en Uribe, Vergara & Becoña, 2009). Al respecto, muchos encuentros sexuales en la adolescencia se llevan a cabo bajo condiciones improvisadas, sin la posibilidad de tomar medidas de precaución, aprovechando las situaciones de “fiesta” para mantener relaciones sexuales (Red Sida Perú, 1999).

“Porque lo estás haciendo supuestamente en un momento en que estabas borracha, ebria y no sabes ni siquiera con qué persona lo estás haciendo, o sea, lo estás haciendo con una persona desconocida que no siquiera conoces y es alto el riesgo que ella está tomando en ese momento” (Rocío, 19 años, primera historia).

Los participantes identifican a dos grupos poblacionales que tendían un mayor riesgo de contagio. Estos son los hombres homosexuales y los jóvenes. A los hombres homosexuales se les describe como liberales, promiscuos, que solo buscan placer y diversión desmedida y que frecuentan discotecas. Como hemos visto, estas características aluden a atributos personales que no están necesariamente relacionados a un riesgo de contagio objetivo.

“Bueno he escuchado, los gays por ejemplo, me imagino que tendrán relaciones a cada rato, con uno y otro, con varón que se encuentre les gusta y ya pa! En el momento lo hacen, me imagino sin preservativo, es lo que imagino” (Alan, 18 años)

“Y los gays, no toso pues ¿no?, pero yo creo que es como que, son bastante liberales, o sea tengo un montón de amigos gays y algunos no sé... salen a una disco y se van al toque con otro, con un chico, con otro, así” (Lucía, 18 años).

Se ha identificado a los jóvenes como una población que acude frecuentemente a las discotecas y que consumen alcohol, característica asociada al mayor riesgo de contagio del virus. Añadido a esto, se ha definido a los hombres jóvenes como aquellos que se encuentran más disponibles a mantener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales.

“Más que todo son los hombres, cuando cómo le digo, van a buscar chicas de mal vivir, que venden su cuerpo y han estado con muchos hombres ¿no?, y algunos jóvenes son demasiado no sé, se van con amigos, o el alcohol pasa por ahí una chica que está ofreciendo su cuerpo puede ser que lo vaya a contagiar, porque la chica ha estado con muchos hombres y no se sabe si usó protección, esos están más propensos a contagiarse” (Elisa, 18 años).

“Normalmente a veces personas que asisten a prostíbulos, creo que ellos están más, son más frecuentes de contraer una enfermedad porque a veces no saben o si la chica por cuántos habrá pasado y quién habrá sido y si tienen una enfermedad o no. Cuando uno asiste más a prostíbulos” (Luis, 19 años).

La trabajadora sexual emerge como un grupo de alto riesgo al contagio del virus, aunque los motivos asociados a su riesgo difieren a los de los grupos descritos anteriormente. Solo uno de los participantes ha referido que *“les gusta la vida fácil”*. La mayoría ha señalado que su causa del riesgo es la variedad, frecuencia y desconocimiento de las relaciones sexuales que mantienen como parte de su trabajo. Algunos participantes han señalado que la trabajadora sexual no determina las condiciones del acto sexual, debido a la falta de recursos, siendo el cliente pagador quien establece sus condiciones. Para Ubillos (2000), el cliente tiene poder sobre la trabajadora sexual pues es quien otorga el beneficio económico, por lo cual efectivamente estaría expuesta al contagio del virus.

“Yo pienso que las prostitutas tienen un montón porque a las finales hay algunas que sí, de repente se cuidan, con preservativo, pero hay algunos hombres, pero si les piden sin condón, lo tienen que hacer pues ¿no? Porque necesitan el dinero, no pueden poner sus condiciones” (Lucía, 18 años).

“Pueden estar con una persona que tenga VIH y que no se ha cuidado y que él le pagó más para tener relaciones sexuales sin protección” (Eli, 19 años).

Se ha identificado también que las personas que viven en la calle y de bajos recursos pueden recurrir a la prostitución como un medio para obtener ingresos. Asimismo, se ha precisado que tendrían un menor acceso a servicios de salud, a un menor soporte social y que se encontraría en entornos sociales desfavorables.

“(...) es por su medio, no sé, hay ladrones, rateros, uno es alcohólico, a veces eso afecta a la familia, se vuelve un poco... no sé, no hay ingreso a la familia y se vuelve al alcohol, todo ese entorno podrían, por eso salen económicamente bajo sale la prostitución en todo ese medio” (José, 18 años).

“(...) personas muy pobres, demasiado pobres que viven alejados de postas, de todo ¿no?” (Susana, 19 años).

El VIH/SIDA en un inicio, efectivamente se configuró como un virus concentrado en hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres y trabajadoras sexuales. Añadido a esto, se les catalogaba como grupos que mantenían conductas moralmente reprobables. Esta asociación como observamos se mantiene en los participantes del estudio, a pesar de que las estadísticas actuales demuestran que la infección se ha diseminado a la población general. Circunscribir el riesgo de contagio a grupos excluidos no solo reduce la percepción de riesgo, sino también reduce la ejecución de conductas preventivas, sobre todo cuando la actividad sexual se lleva a cabo en el contexto de los pares.

Un aspecto importante a mencionar es que si se identifica a los jóvenes como un grupo que se encontraría proclive al contagio, independientemente de la orientación sexual, el oficio o el nivel económico. Esto nos indica que, se empiezan a incluir en la representación del VIH/SIDA la idea del contagio generalizado a la población. Aún así, al momento de evaluar su percepción de riesgo, los participantes a pesar de ser jóvenes tienden a valorarla como baja en relación a otras personas. Observamos entonces que construyen un sentido diferente en torno al sida en sí mismos y como realidad en los otros (Fonseca, 2009). Al parecer el VIH/SIDA es considerado un fenómeno que amenaza no solo a su integridad física, sino también a su integridad moral, por eso se establece una gran distancia frente al mismo.

La técnica para evaluar la percepción de riesgo en el estudio, permitió valorar el riesgo de otras personas y el propio desde la posibilidad de proseguir con una relación sexual desprotegida. En general, los participantes consideraron que los personajes de las historias proseguirían en mayor medida con el acto sexual en comparación a ellos mismos. El mayor riesgo atribuido a otras personas se asoció a una valoración moral de sus prácticas sexuales. Mientras que el menor riesgo, se asoció a un discurso normativo de la sexualidad, manifiesto en un mayor control de los impulsos sexuales, claridad en el plan de vida, consciencia de los riesgos. Asimismo, un uso constante de métodos de

protección en el caso de los hombres y baja frecuencia de relaciones sexuales casuales en el caso de las mujeres.

Ésta técnica a su vez, facilitó la exploración de los motivos que facilitarían el mantenimiento de relaciones sexuales desprotegidas proyectadas en las vivencias de los personajes, lo que facilitó un diálogo más abierto sobre el campo de la sexualidad y la actividad sexual.

En la siguiente tabla observamos los motivos por los cuales los personajes de las historias y los participantes proseguirían o detendrían la relación sexual con una pareja desconocida.

Tabla 1: Relación sexual con pareja desconocida

	Riesgo personaje	Riesgo personal
Andrea 18 años	"No lo sé (...) creo que vivieron el momento (...) tuvieron relaciones sexuales, porque uno cuando está tomado y está con la cabeza caliente no tiene conciencia de lo que hace y lo hace por hacer en ese momento"	"Bueno no sé, yo soy más recatada, más, pienso un montón antes de hacer las cosas, así que no lo haría"
Elisa 19 años	"Tuvieron relaciones , a pesar de eso (embarazo y enfermedades) por la pasión, por el mismo fuego que se genera en ese momento (...) entre besos y besos a veces las caricias uno se va calentando más y más y comienza las caricias a llegar a donde no debería llegar, pero si se llega, entonces este ahí se general la pasión"	"Mmmm yo soy más temerosa entonces no lo haría"
Miguel 19 años	"Continuaron (relación sexual), como estaba subido de trago, es así, tu razón va menos que tu instinto, tu instinto te hace hacer lo que te manda, ya tu razón no manda ya"	"La verdad no sé, si estoy así, yo bueno tengo una mentalidad de no arriesgar, aunque este lo más borracho, no arriesgar así, primero por mi futuro, las cosas de más adelante, mis proyectos, pero tal vez no pueda saber, no puedo decírtelo ahorita porque en ese momento no sabría qué hacer, ese momento es diferente"
Daniel 20 años	"Tal vez el chico se aproveche porque está borracho, no sé, como dijiste que estaba tomado, bueno, tal vez tuvieron algo"	"Iría a la farmacia a comprar algo, porque hoy en día las enfermedades se transmiten rápidamente"

El consumo de alcohol y la excitación no permiten que los personajes detengan el acto sexual desprotegido. De modo contrario, la coherencia con los planes futuros, el uso consistente de métodos de protección y características personales, como el recato o la timidez, reducirían la posibilidad de llevar a cabo un acto sexual desprotegido.

Observamos entonces que los motivos que justifican las acciones de los personajes aluden a elementos situacionales que disminuyen el control sobre este escenario, y más bien, los motivos que justifican su propia acción aluden a elementos personales que son consistentes al ejercicio de una sexualidad normativa. Este aspecto fue más marcado en las mujeres, puesto que ninguna consideró proseguir con el acto sexual.

En la situación de pareja conocida y afectiva, los participantes expresan razones similares a las de los personajes para proseguir o detener el acto sexual. El conocimiento de la pareja, el afecto, la pasión o los métodos tradicionales para prevenir el embarazo, son razones para proseguir con la relación sexual desprotegida, mientras que la ausencia de planes futuros con la pareja y el temor al embarazo, son razones para detenerla.

Tabla 2: Relación sexual con pareja conocida y afectiva

	Riesgo personaje	Riesgo personal
Laura 18 años	"Ahí si como dice que tiene un relación estable, si mantuvieron relaciones sexuales, como dice la chica, mantienen una relación estable, no hacen planes para el futuro, ocurrió lo que ya (risas)".	"Qué haría (risas) no sé, tal vez, no sabría de verdad, qué podría hacer, como dice la chica, si mantuviera con él, porque como dice la lectura mantenían una relación estable, lo quiere y como el chico no la presiona mucho, fue decisión de los dos ya pues, se dio"
Julia 19 años	"No poder hacerlo. Porque no tienen el preservativo, las prevenciones... no hay cuidado, así por más que se conozcan o no uno nunca sabe qué puede haber pasado en su vida, qué hombre puede haber pasado en la vida de la chica, que mujer puede haber pasado en la vida del chico... uno nunca sabe realmente con quién se habrá encontrado en el camino"	"Pues bacán, la pasamos bacán pero hasta ahí nomás porque no hay los preservativos. Claro no se puede (...) aparte de eso, para mí el hecho de quedar embarazada es muy fuerte, es un tema muy muy fuerte y yo creo que es ya de familia. Mis dos hermanos mayores tuvieron hijos desde muy temprana edad entonces ahí yo comencé, de decir no! por eso me planifico y digo no puede ser"
Daniel 20 años	"Creo que siguieron adelante. Por la forma en la que estaban, todo planificado, todo".	"No sé (risas) si lo conozco a la persona creo que seguiría adelante, pero no sé, habría que pensar en ese momento. Por el momento en el que te encuentras como que te sentías presionado, no sé, a seguir, puedes sentir presión para seguir"
Miguel 19 años	"Yo creo que no, nada (...) Bueno ese sería mi caso tal vez, por lo mismo, yo normal conociendo a la pareja, pero es muy poco tiempo como para primero pensar en algo más, más comprometedor por ejemplo el embarazo"	"La verdad a veces la pasión del momento te lleva a eso, aunque no estés así, pero te lleva a eso, bueno yo me alejaría o no sé, buscaría otra forma de estar con ella en una noche así, otra forma de lo que es el acto sexual, otra forma de poder satisfacer eso (...) lo que es el coito sin la penetración"

En este caso, los discursos sobre los personajes y sobre ellos mismos son parecidos. Aparentemente los participantes logran identificarse con mayor claridad en una relación sexual con pareja afectiva. En este sentido, incluyen en sus explicaciones elementos situacionales que reducen el control sobre el acto sexual. Al parecer el bajo control en el marco de una sexualidad ejercida con afecto, no es valorado como un elemento negativo, sino como parte natural de este tipo de relaciones.

En síntesis, pareciera que el mayor riesgo a contraer VIH/SIDA se encuentra asociado a la vivencia de una sexualidad descontrolada y desprovista de afecto y no necesariamente a prácticas concretas de riesgo. Este aspecto resulta interesante y pone a los adolescentes en un escenario de riesgo particular, porque genera una falta sensación de protección cuando se practica una sexualidad en el marco del afecto.

Se han identificado algunos elementos que ejercerían un rol preponderante en el ejercicio sexual desprotegido. Estos elementos desde la perspectiva de los participantes, podrían explicar por qué, a pesar de que el conocimiento sobre el VIH/SIDA ha aumentado en los últimos años (ENDES, 2010), no ha ocurrido lo mismo con las prácticas preventivas. Estos elementos se han agrupado en cinco grandes categorías: características de las relaciones sexuales; la juventud como etapa de vida; la discoteca y el consumo de alcohol; los roles de género; incomodidad del preservativo.

El primer elemento la experiencia corporal en las relaciones sexuales. Estas últimas son representadas como momentos de alta activación fisiológica, donde predomina la búsqueda del placer físico, la excitación, el deseo y la pasión. Asimismo, se definen como estados donde hay una disminución importante de la atención hacia los riesgos, la protección y el futuro.

*“Se dejan llevar por el deseo, por el momento y se arriesgan (...) no piensan”
(Alan, 18 años)*

“Como también ya están muy, como te digo, ya están como que muy excitados mas o menos ya ahí, ya no les importa el preservativo, solo les importa satisfacer ese apetito sexual que ellos tienen” (Ana, 19 años)

Para Caballero et al (2003), la relación sexual es un momento donde es difícil coordinar la cognición y la acción, es posible que este aspecto explique por qué la mayoría de participantes manifiesta que es un momento donde “te dejas llevar” por la activación fisiológica que en este caso es placentera. En este sentido, cuando la intensidad física disminuye, se podría evaluar la situación. Este es un aspecto a

considerar en los programas preventivos, donde los esfuerzos podrían dirigirse hacia la planificación y negociación sobre condiciones de cuidado previas al acto sexual.

El segundo aspecto, que algunos participantes consideran influye en la práctica sexual desprotegida, son las características de la etapa de vida juvenil. Al respecto, identifican que la invulnerabilidad y la baja percepción de riesgo son estados característicos de este momento de vida.

“Ahorita la adolescencia toma riesgos sin darse cuenta y ahí se va para adelante, sin importar nada” (José, 19 años).

Una participante manifiesta que el mantenimiento de relaciones sexuales que no han acarreado consecuencias perjudiciales para el individuo, es un elemento que reforzaría la invulnerabilidad.

“No les interesa... tal vez porque siempre que han tenido relaciones sexuales nunca les ha pasado nada, pero como dicen siempre hay una primera vez...” (Ana, 19 años).

La irresponsabilidad también es una característica adjudicada a esta etapa. Los participantes la definen como la falta de planificación del futuro y de compromiso con diferentes aspectos de la propia vida.

“Estamos jóvenes y la mayoría de veces no tenemos conciencia del grado de cómo hacemos las cosas, no tomamos ni siquiera en serio nuestras carreras, nuestras familias, no tomamos en serio las cosas que nos nutren y nos hacen crecer y llegar a ser lo que en algún momento soñamos o pretendemos. Entonces sí no tenemos esa responsabilidad de asumir las cosas cotidianas, cosas que son parte de nosotros, menos algo que nos calienta la cabeza, son emociones, cosas subjetivas, entonces es fácil uno dejarse llevar” (María, 20 años).

Si bien los adolescentes reconocen que algunas características de su etapa de vida los hacen propensos al riesgo de contagio, las prácticas de riesgo no necesariamente ocurren en un contexto de análisis. Muchas veces éstas son influenciadas por el grupo y las situaciones, donde la toma de riesgos podría ser considerado un valor (Blanco et al, 2000; Ubillos, 2000). La representación sobre la juventud como etapa de invulnerabilidad e irresponsabilidad, podría influir en la normalización de los riesgos, percibiendo que es algo natural, o propio del momento de vida. Blanco et al (2000) sostiene que el riesgo pareciera ser un valor adolescente, por lo cual realizar conductas de riesgo podría ser un elemento de estatus frente al grupo.

El tercer elemento identificado como aspecto que hace propenso al adolescente a mantener relaciones sexuales sin protección, es la discoteca y el consumo de alcohol.

Ambos elementos configuran una sola categoría, siendo la discoteca representada como un espacio donde el consumo de alcohol es elevado. Como ya se ha podido observar, la discoteca se ha percibido como un lugar donde acuden personas muy disponibles a mantener relaciones sexuales desprotegidas, y el alcohol es una sustancia que disminuye la capacidad de raciocinio.

El cuarto elemento, identificado por los participantes como contribuyente a las prácticas sexuales desprotegidas, son los estereotipos de género. Algunos participantes, tanto hombres como mujeres, advierten ciertos patrones de comportamiento del orden de lo social que no contribuyen a la toma de conciencia del riesgo en la sexualidad. En el caso masculino, el estereotipo se constituye en relación al mayor número de parejas sexuales.

“Hay muchos factores. Por ejemplo, el decirse yo soy hombre y yo estuve con tal fulana, mengana, entonces yo tuve más mujeres o como decir competencias, como decir quién agarra más mujeres o el que tiene sexo con más mujeres es el más varón o el más creído, el que sabe más, en fin es el más tonto, el más estúpido” (Lucho, 18 años).

En el caso de una participante también menciona que el hombre es comúnmente infiel.

“Siempre hay dudas en hacer relaciones sexuales con tu pareja, porque como todo hombre, como dicen, no es fiel y puede ser que haya tenido una debilidad y haya tenido relaciones con otro con otras personas” (Susana, 19 años, segunda historia).

La imagen social del hombre comparte las características de no se afeminado, tener muchas mujeres, una actividad sexual impostergable y ser infiel (Cáceres, Salazar, Rosasco & Fernández, 2002). El hombre se encuentra más preocupado por su desempeño sexual, por mostrarse siempre listo para las relaciones sexuales, por no preocuparse por los riesgos y tener relaciones sexuales frecuentes (Chirinos, Bardales & Segura, 2006). Para Blanco y Sánchez (1993 citado en Blanco et al, 2000), el hombre que tienen más relaciones sexuales con mujeres posee mayor estatus y poder frente al grupo que se considera un elemento que influye en las conductas de riesgo, ya que también es fuente de percepciones, atribuciones, creencias y estereotipos. Asimismo, como ya hemos visto, la infidelidad es más permitida en los hombres, lo cual responde a su sexualidad impostergable. Esto podría hacer propenso a adolescentes hombres a mantener relaciones sexuales desprotegidas como una forma de demostrar hombría.

En torno al estereotipo femenino, la mujer es menos abierta en la expresión de su sexualidad, aludiendo a atributos personales que explicarían la conducta de abstinencia y

la toma de mayores precauciones. Asimismo, aquella mujer que expresa su sexualidad puede ser evaluada negativamente. Este aspecto no ha sido mencionado explícitamente por los participantes como elemento que influye sobre la práctica sexual desprotegida en la mujer, sin embargo, se ha podido identificar en los discursos, sobre todo en el de las mujeres.

“Uno es señorita creo que si en algún momento te vas a casar tampoco le vas a decir a tu esposo, pucha he estado con tantos tantos tantos, ¿no?. Siempre es bonito el poder ser íntegra como mujer y bueno, si ya lo hicimos entonces cuidarnos para no tener, mañana más tarde, pucha que, estar en problemas” (María, 20 años).

Podemos deducir que la preferencia por el rol pasivo de la mujer sobre su sexualidad podría llevarla a un menor control sobre sus encuentros sexuales y las condiciones de cuidado durante el mismo. La planificación del encuentro sexual en las mujeres implicaría la presencia del deseo sexual, lo cual no se adecúa a las expectativas sociales de este género (Red Sida Perú, 1999). En una investigación llevada a cabo en diversas ciudades del Perú, se encontró que las mujeres de nivel socioeconómico bajo percibían que aquella mujer que toma la iniciativa sexual es catalogada negativamente, por lo cual no se atreverían a adoptar dicha conducta (Cáceres, Salazar, Rosasco & Fernández, 2002). Esto posiblemente implique también no tomar la iniciativa de prevención en las conductas sexuales.

En torno al último elemento que influiría en el mantenimiento de relaciones sexuales no protegidas es la visión del preservativo como un elemento incompatible a la búsqueda de placer, a pesar de que se ha señalado que es un mecanismo efectivo para la protección

“Tal vez por tener mejor placer (...) con preservativo no se siente igual, es por eso, para sentir mayor eso, por eso cometemos eso” (Daniel 18 años)

“Porque le gusta hacerlo sin preservativo... (risas) a la chica de repente le gusta que le introduzcan así, sin esa bolsita que le molesta, así le gusta sentirlo así, puro ¿me entiendes?” (Elisa, 18 años).

Es interesante notar que los participantes hombres perciben mayor disponibilidad en la adquisición del preservativo, al nombrarlo como una alternativa para la prevención a diferencia de las mujeres. Esto podría estar reflejando un menor control de la mujer sobre las condiciones de cuidado en el encuentro sexual.

Prevención

Durante la entrevista se precisaron las medidas preventivas que los participantes adoptarían frente al virus. Esto ha sido evaluado de dos maneras. Desde la primera vía, se plantea a los participantes una situación en la cual uno de los miembros de una pareja altamente comprometida y que toma medidas preventivas frente al embarazo ha mantenido una relación sexual desprotegida con un trabajador o trabajadora sexual. En segundo lugar, se les pide a los participantes que detallen de manera general las medidas que las personas o la población en general pueden tomar frente al VIH/SIDA.

En relación a la primera situación, si bien la relación sexual con un trabajador o trabajadora sexual es percibida como altamente riesgosa al contagio del VIH/SIDA, muchos participantes perciben al embarazo como una amenaza, a pesar de que en esta situación se estaban tomando medidas preventivas frente al mismo.

“Creo que no mucho (riesgo) porque si ella se cuidaba pues, no sé, como que no estoy muy informada, pero puede ser que la pastilla esta, pueda cubrir esas enfermedades, pero no estoy muy segura, entonces puede ser que ¿sí? ¿Que si se contagie?” (Elisa, 19 años, tercera historia)

Esto podría estar reflejando una falta de información o confusión frente a los métodos anticonceptivos y los métodos de barrera contra las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en un estudio realizado en nuestro medio (Quintana & Vásquez, 2003). A su vez, el temor al embarazo aparece asociado a sentimientos de culpa y vergüenza por la infidelidad, sobre todo en el caso de las mujeres. La afectividad negativa producto de la infidelidad, podría influir en la tergiversación de la información sobre métodos de protección, o la fantasía de un posible embarazo como castigo por la infidelidad. Para Cáceres, Salazar, Rosasco y Fernández (2002), la infidelidad de la mujer es severamente condenada en el marco de una sociedad patriarcal como la nuestra.

En relación a las medidas que se adoptarían frente a esta situación, las mujeres mayormente develan lo acontecido a la pareja y en algunos casos finalizarían la relación. Esto es una forma de controlar los sentimientos de culpa y vergüenza frente a la infidelidad.

"En este caso no sé. La conciencia igual es muy fuerte. O sea el hecho de decir pucha estuve con otro pata estando con una pareja como que está siempre ahí ahí y no hay un castigo pero si la tortura de tu pensamiento de qué he hecho y por más de que no hayas estado segura yo creo que ahí va el

respeto y el cariño que tienes por la otra persona". (Elisa, 19 años, tercera historia).

Asimismo, otro grupo de participantes mujeres, ocultan la información y toman medidas preventivas para evitar un embarazo como el aborto o el uso de la píldora del día siguiente.

"Mmm no sé, difícil, en el caso de que pues, no quererle fallar a su pareja, si es que salió embarazada pues se lo bajó tal vez al bebé, lo abortó y pues, mentirle pues a su pareja, no contarle lo que pasó y seguir como estaba" (Lucía, 18 años, tercera historia).

Solo una de las participantes refiere tomar medidas de descarte del virus.

"Bueno ya es una persona madura, creo que inmediatamente trató de ver si estaba embarazada o ir a un ginecólogo para revisarse, por ahí una enfermedad, cosas así ¿no? creo que ella acudió a un ginecólogo" (María, 20 años, tercera historia).

En el caso de los hombres, encontramos develarían lo acontecido a la pareja por temor a que se entere por otras personas.

"Después de repente cuando ya le pasó todo (...) pensó, le engañé a mi pareja y de repente buscaba maneras de decirle quizá para que antes se entere, como prefiero contarle yo mismo puede pasar eso y de repente hay una solución, antes que se entere ella por otra boca o alguien" (Luis, 20 años, tercera historia).

Otros participantes ocultarían lo acontecido a la pareja y se realizarían en mayor medida exámenes de descarte del virus y del embarazo. En algunos casos también a la pareja casual.

"Yo creo que la reacción normal es que lo oculta a su esposa y ve la forma de averiguar si es que está enfermo o ¿no?" (Jhoer, 18 años, tercera historia)

Si bien el VIH/SIDA es percibido como una amenaza, pareciera que la percepción de riesgo frente a la enfermedad en esta situación disminuye por los sentimientos negativos asociados a la infidelidad. En proporción, es una cantidad mínima de participantes quienes adoptarían medidas preventivas frente al VIH/SIDA, como la detección temprana, sobre todo en el caso de las mujeres.

En relación la segunda vía planteada para evaluar los medios de prevención, muchos participantes mencionan el uso del preservativo como el medio por excelencia. También mencionan la abstinencia y el mantenimiento de relaciones sexuales con un bajo

número de personas, son conductas que en mayor o menor medida se han aprendido en base a un discurso formal que no necesariamente es el que se lleva a la práctica.

En torno a las alternativas planteadas, una de las que ha sido más mencionada es la transmisión de información. Si bien ésta ha sido la estrategia empleada por excelencia en relación a la prevención del VIH/SIDA, hemos constatado su ineficacia para el cambio de conducta. La transmisión de información para algunos participantes se ha asociado a tres ámbitos prioritarios: la escuela, los medios de comunicación y el hogar. La percepción sobre la información transmitida en la escuela es que ésta es limitada, o no existe la apertura suficiente para hablar con naturalidad del tema.

“Mucha información yo creo porque como que tampoco no hay tanto, en el colegio no te enseñan tanto lo que es la sexualidad (...) Más apoyo, dar información a los alumnos de qué es el condón, cómo es los síntomas, cómo se siente uno cuando tiene VIH” (Adrián, 19 años).

“Yo terminé la secundaria y mi profesora dijo que el ministerio no quiere que hablemos de relaciones sexuales ni de esto” (Andrea, 18 años).

Los medios de comunicación han sido clasificados como fuentes de fácil acceso (internet), pero a su vez como fuentes de información errónea o mal dirigida.

“Incluso pornografía te lo pasan como pan caliente, creo que el gobierno, ni siquiera el gobierno, Creo de que el medio de comunicación, la televisión, la radio, es un medio de poder orientado a los chicos, todos vemos televisión, el internet, incluso el internet abres el internet y las páginas te salen miles, es terrible realmente (Lucho, 18 años).

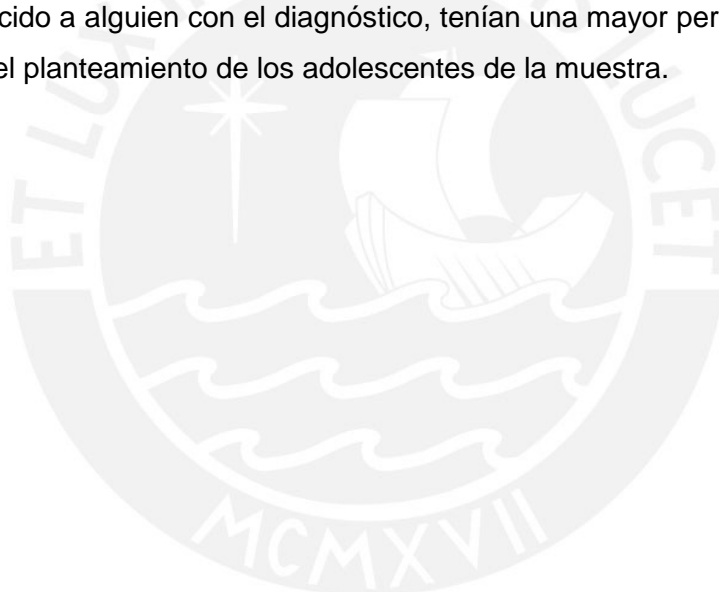
El entorno familiar es mencionado, pero con énfasis en el pasado, donde a partir de la crianza, el sujeto puede haber recibido no solo información sobre enfermedades como el VIH/SIDA, sino también sobre normas de comportamiento y valores que lo harían más o menos propenso a conductas de riesgo en el presente. Es importante anotar que los participantes han mencionado a la vergüenza como un impedimento a establecer el diálogo con personas adultas como los padres, profesores o profesionales de la salud.

“Eso creo que va de los padres, formar a sus hijos en respeto propio, autoestima, para que puedan captar esa información que las personas nos dan (Lucía, 18 años).

“Hasta incluso con mi mamá me da vergüenza” (Andrea, 18 años)

Las medidas mencionadas por los participantes poco difieren sobre las acciones que ya se han planteado en la actualidad. Asimismo, muchos participantes refieren no

saber qué hacer frente a la incongruencia entre el discurso y la práctica. Este aspecto podría estar reflejado el rol pasivo de los adolescentes en su propia salud, y también la dificultad por comprender la complejidad de la problemática y las variables y procesos implicados en la misma. Algunos participantes señalan a la convivencia o cercanía con una persona que vive con VIH/SIDA, como una forma de observar las consecuencias acontecidas en la salud de la persona y vivenciar el fenómeno como algo más real. Esto sobre todo, lo remarcan aquellos participantes que han tenido dicha experiencia. El hecho de estar cerca a alguien que vive con VIH/SIDA, hace que el individuo observe la enfermedad en un sujeto más parecido a él mismo, por lo cual la identificación con la posibilidad y en ese sentido con el riesgo, se hace mayor. Macintyre, Rutenberg, Brown y Karim (2004), encontraron en Sudáfrica que las adolescentes mujeres que habían convivido o conocido a alguien con el diagnóstico, tenían una mayor percepción de riesgo, lo cual confirma el planteamiento de los adolescentes de la muestra.





Conclusiones finales

Es importante resaltar el predominio de la afectividad negativa sobre los elementos que componen las representaciones y la percepción de riesgo frente al VIH/SIDA. Este en un aspecto que se ha encontrado en diversos estudios adscritos a la realidad nacional (Hidalgo, 1996) y mundial (Fonseca, 2009; Florez & Leyva, 2003). Las representaciones del VIH/SIDA en el estudio tienen como base el conocimiento científico sobre la enfermedad y este se ha con frecuencia teñido de valoraciones con una fuerte carga afectiva.

En términos concretos hemos encontrado que los participantes coinciden en relación al núcleo que compone a la representación, conceptualizándose como una enfermedad de transmisión sexual y que lleva a la muerte. Alrededor de los elementos del núcleo se presentan aspectos alusivos a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que convierte al VIH/SIDA en un suceso muy grave, temible e incontrolable.

Tal como señala Jodelet (1993 citado en Huapaya, 2004), las representaciones no sólo contienen información organizada y jerarquizada, también contienen una dimensión evaluativa y actitudinal que orientará las conductas relacionadas al objeto representado. En este sentido, la primacía de la afectividad negativa en los participantes nos sugiere que sus orientaciones conductuales hacia la enfermedad se encontrarían caracterizadas por el rechazo y la evitación, no sólo del contacto con miembros que viven con VIH/SIDA, sino también al reconocer la posibilidad de su contagio.

Asimismo, la asociación entre el VIH/SIDA, el sexo y la muerte evidencia una noción de incontrolabilidad que se rechaza y proyecta a otros. Por un lado el sexo es concebido como el descontrol de los impulsos y por otro lado la muerte como un evento inevitable e indeseable. De esta manera, el VIH/SIDA se ha circunscrito a la realidad de otras personas como los homosexuales, las trabajadoras sexuales y personas que tienen una conducta sexual catalogada como inmoral. Es posible que esta enfermedad no solo condense el temor hacia la muerte misma, sino también el temor a ser identificado con los grupos típicamente asociados al riesgo. A pesar de que existe mayor conciencia y conocimiento sobre el virus, sus representaciones sociales siempre esconderían miedos, proyecciones y conflictos (Lucchetti, 1991 citado en Wagner & Flores, 2011).

Los participantes presentan en general una percepción de riesgo baja del virus. Este aspecto es explicado desde la percepción de que sus prácticas sexuales son consistentes al ejercicio de una sexualidad normativa caracterizada por el control de los deseos, la claridad y coherencia con los planes futuros, valorarse como prudentes y recatadas en el caso de las mujeres y el uso consistente de métodos de protección en el caso de los hombres. No obstante, cuando evalúan el riesgo de otras personas, éste es alto y es explicado por el bajo control que los otros ejercerían sobre la práctica de su sexualidad, elemento que no corresponde con las nociones de la sexualidad esperada y correcta.

Los participantes se identifican en mayor medida con la práctica sexual inscrita en el contexto de la pareja afectiva. El VIH/SIDA no es visualizado como un potencial riesgo en esta situación, posiblemente porque se le ha vinculado a relaciones sexuales desprovistas de afecto cuyo foco es la satisfacción de una necesidad física, aspectos incompatibles con esta situación. Este elemento es inquietante pues fomenta en los adolescentes una sensación de falsa protección al mantener relaciones sexuales con parejas conocidas. De manera contraria, los adolescentes perciben que el mantenimiento de relaciones sexuales con desconocidos es una situación de alto riesgo principalmente porque el corto tiempo de interacción no permitiría deducir la presencia del virus. Los participantes se identifican en menor medida con esta situación probablemente porque se encuentra vinculada a la práctica de la sexualidad inmoral. Resulta interesante notar que los adolescentes apelan a mecanismos de evaluación del riesgo poco válidos como la deducción a partir de los comportamientos de la pareja, el tiempo de interacción y la presencia del afecto que no garantizan la protección.

Si bien la baja percepción de riesgo es una creencia que influencia la práctica sexual de riesgo, a partir de su medición indirecta se han podido identificar otro tipo de procesos y variables que jugarían un rol preponderante en la vivencia de la sexualidad de los adolescentes. Estas variables nos hacen pensar que el riesgo no necesariamente estaría jugando un papel protector, sino que la experimentación del mismo y del descontrol puede tener beneficios importantes en las vivencias de los adolescentes. Esto podría explicar por qué las iniciativas destinadas a incrementar los conocimientos sobre el VIH/SIDA no tienen un efecto sobre las prácticas sexuales.

Aparentemente el riesgo es considerado un valor adolescente (Blanco et al, 2000). La representación de la juventud como un momento de invulnerabilidad e

irresponsabilidad nos hace pensar que los participantes consideran que los riesgos son parte de esta etapa de vida, percibiendo un menor daño del que efectiva y objetivamente pueden desencadenar en su salud. En ese sentido, si bien la relación sexual desprotegida se ha asociado al contagio del VIH/SIDA, ésta podría traer más beneficios inmediatos como la experimentación del placer en el cuerpo.

La búsqueda de placer es un aspecto valorado en esta etapa de vida. La afluencia a la discoteca, nos hace pensar sobre la necesidad adolescente de acudir a espacios asociados a la diversión desmedida, desenfreno y a la posibilidad de concretar relaciones sexuales orientadas por la búsqueda del placer físico. Asimismo, el alcohol es un mecanismo que fomenta el descontrol y la conducta de riesgo en el plano sexual.

Finalmente, los roles de género, son elementos subyacentes al comportamiento sexual del hombre y de la mujer. Las concepciones actuales sobre el desempeño sexual del hombre y la pasividad de la mujer en su sexualidad fomentan la práctica sexual poco planificada y protegida. Las mujeres tienden a distanciarse de prácticas sexuales desde su discurso, pero a su vez son las que proponen menos acciones preventivas si es que la relación sexual de riesgo ya se dio. Esto solo refleja la regulación social de la sexualidad femenina y del deseo, que no permite que ejerza un rol activo frente a su sexualidad (Silva, 1994).

A partir de los hallazgos podemos realizar algunas recomendaciones para los programas preventivos. El trabajo para el cambio conducta requiere una revisión profunda sobre los elementos que la motivan. Estos incluyen la consideración de variables sociales, culturales y situacionales que requerirían de un trabajo coordinado y planteado desde distintas perspectivas y actores. Los esfuerzos en prevención deben estar muy contextualizados a las necesidades particulares de los grupos y deben tomar en cuenta elementos que usualmente son los disparadores de las conductas sexuales de riesgo como el consumo de alcohol y el ambiente de la discoteca. Asimismo, estos hallazgos nos plantean que la sexualidad adolescente se vivencia de manera desbordada, donde no necesariamente los elementos físicos y psicológicos se encuentren integrados. Desde los programas de prevención insistir en separar los aspectos físicos, de los psicológicos y los sociales no hace más que fomentar la vivencia del cuerpo como un agente externo y por lo tanto de menor cuidado.

Se sugiere algunas además algunas líneas de investigación. Es importante explorar las representaciones del cuerpo y su experiencia en esta etapa de vida, así como

también los significados del riesgo en situaciones y contextos determinados. La técnica utilizada para evaluar la percepción de riesgo de manera indirecta ha permitido profundizar sobre los elementos que componen el fenómeno del riesgo, por lo cual recomendamos su uso en investigaciones para propósitos similares.



Referencias Bibliográficas

- Amigo, I. (2003) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F., Aguilar, M. (2001) Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(2), 2001. 86 – 94.
- Blanco, A., Carrera, P., Sánchez, F., Daniela, R. (2000) *Percepción de riesgo y síndrome de invulnerabilidad*. En Yubero, S., Larrañaga, E. (2000). *Sida: Una visión multidisciplinar*. Universidad Castilla de La Mancha.
- Bayes, R., Pastells, S. Tuldrá, A. (1995-1996). Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. Vol 39.
- Caballero – Hoyos, R. Villaseñor –Sierra, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, Vol 45, suplemento 1 de 2003, 108 -114.
- Caballero, A., Carrera, P., Sánchez, F., Muñoz, D., Blanco, A. (2003). La experiencia emocional como predictor de los comportamientos de riesgo. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 427-432.
- Cáceres, C., Salazar, X., Rosasco, A., Fernández, P. (2002) Ser Hombre en el Perú de hoy. REDDES Jóvenes.
- Castellanos, G. y Flores, F. (2007). “Representación social del VIH/SIDA en personas que viven y trabajan en dos centros penitenciarios mexicanos”. *Psicología y Salud*, 17, 1, 33-43.
- Catacora, F., Villanueva, J.(2007). Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* v.24 n.3 Lima jul./set 2007, 240 -247.

- Chirinos, J., Baradles, O., Segura, M. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1), 70 -85.
- Cooper, M., Loue, S., Lloyd, L. (2001). Perceived Susceptibility to HIV infection among asian and pacific islander women in San Diego. *Journal of Health care for the Poor and Underserved*, 12 (2), Proquest Psychology Journals, 208 -223.
- Collignon, M. (2006). Narrativas juveniles sobre sexualidad y Sida: Caleidoscopio de sexualidades. *XII Encuentro Latinoamericano de Facultades de Comunicación Social, FELAFACS Pontificia, Universidad Javeriana, Bogotá, septiembre de 2006.*
- Cueto, S., Saldarriaga, V., Muñoz, I. (2010) *Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos. En Alcazar, L., Cueto, S., Saldarriaga, V., Muñoz., I., Valdivia, M. (2011) Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo. GRADE. Lima.*
- Collingridge, D., Gantt, E. (2008). The Quality of Qualitative Research. *American Journal of Medical Quality*.389 – 395
- Creawell, J., Hanson, W., Clarck, V., Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs: Selection And Implementation. *The Counseling Psychologist*. 236 -264
- Cueto, S., Saldarriaga, V., Muñoz, I. (2011) Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo. Lima: GRADE. 119-164.*
- DGE – MINSA (2009) Situación del VIH/SIDA en el Perú. Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud.
- Desrichard, O., Verbiac, J., Milbabet, I. (2001) Beliefs about average –risk, efficacy and effort as sources of comparative optimism. *RIPS/IRPS, 14 (4), Presses Universitaires de Grenoble, 105 -141.*

- DiClemente, R., Crosby, R., Wingood, G. (2002). La prevención del VIH en adolescentes. *Perspectivas*, vol. XXXII, n° 2, junio 2002.
- DiClemente, R., Peterson, J. (1994). *Theories and Methods of Behavioral Interventions*. 336 p.
- Escobar, C. (s.f.) Antropología Médica. Una visión cultural de la salud. En http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_6.pdf
- Espada, J., Quiles, M., Méndez, F. (2003). Conductas Sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, mayo – agosto, año/vol. 24, núm. 085, Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos, España, Madrid, España, 29 -36.
- Estrada, J. (2007). La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. *Revista de la facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 25, num 1. 61-70.
- ENDES (2010) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
- Flores – Palacios, F., Leyva –Flores, R. (2003). Representación social del Sida en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*. Vol 45, suplemento 5 de 2003, 624 – 631.
- Fonseca, A. (2009). Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D:C: Aportes para la comprensión de sus significados y prácticas. *Trabajo de grado para optar al título de Magister en Psicología*. Universidad Nacional de Colombia.
- Gonzales, J. (2009). Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev. Salud pública*, 11(1), 2009, 14 -25.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw – Hill. Interamericana.

- Hidalgo, C. (1995- 1996). Aproximaciones a las representaciones sociales del sida y de la salud de jóvenes de San Juan de Lurigancho (Lima –Perú). *Investigación realizada para el “Diplome d’études approfondies”, primera parte del doctorado en psicología social de la “Ecole des Hautes en Sciences Sociales” de París, 1995 – 1996. (Directora de memoria: Denise Jodelet).*
- Huapaya, N. (2004) Representaciones de las relaciones de pareja en jóvenes universitarios. *Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología Clínica.* Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ilizarbe C.(1999) "Todavía no somos quienes queremos ser". Construcciones sociales del amor y la pareja en jóvenes de sectores medios de Lima. En: Panfichi A, Valcárcel M, editores. *Juventud: sociedad y cultura.* Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 1999. pp. 471-505.
- Jimenez, A., Jimenez, F. Tenahua, I., Grajales, I. (2011) Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. *Revista Enfermería Universitaria ENEO – UNAM, Vol 8, Año. 8, N° 3, Julio – Setiembre 2011, 13 -20.*
- Juarez, J., Pozo, E. (2010). Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura. Perú. *Revista peruana de medicina experimental y Salud pública.* Vol. 27, num. 1. 31-37.
- Kerlinger, F., Lee, H.(2002) Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. Nwe York: McGraw- Hill. Interamericana.
- Lameiras, M. (1996). La infección VIH/SIDA en la mujer. Una reflexión sobre la intervención. *Revista de Psicología de la Salud, 8(1), 41 – 63.*
- Lameiras, M., Rodríguez, y., Dafonte, S.(2002) Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema, Vol. 14, Núm. 2, 255 -261.*

- Lozano, A., Torres, T. y Aranda, C. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol. 6, Núm.2, julio –diciembre, 2008, 739 -768.
- MacIntosh, J. (2007). *HIV/AIDS Stigma and Discrimination: A Canadian Perspective and Call to Action*. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 2007, Vol. 41, Num. 1, 93-102.
- Macintyre, K., Rutenberg, N., Brown, L., Karim, A. (2004) Understanding Perceptions of HIV Risk Among Adolescents in KwaZulu – Natal. *AIDS and Behavior*, Vo. 8, N°3, 237 – 250.
- Márques, J., De Azcredo, M., Fernandez, M., Silva, J., Agra, C., (1996) *Normas y cogniciones ontológicas frente a deontológicas sobre el Sida*. Basabe, N., Páez, D., Usieto, R., Paicheler, H., Deschamps, JC., (1996) En *El Desafío Social del Sida*. Editorial Fundamentos. Madrid.
- Mas, e., Risueño, A., Motta, I. (s.f.) Conocimiento de HIV/SIDA y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de las escuelas de salud y educación de la U.A.J.F.K.
- Méndez, F., Ortigosa, J., Quiles, M. (2003). *Manual de Psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Ediciones Pirámide.
- Mercado, F.; Torres, T. (2000). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, método y práctica*. Plaza y Valdés Editores. México.
- Mendez, F.; Ortigosa, M. y Quiles, M. (2003) *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Minsa (2008) *Análisis de situación de salud de los y las adolescentes*. Ministerio de Salud. Lima.
- Navarro, E., Vargas, R. (2005) Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 23, n.1. Medellín.

- Nieto, .J, Abad, M., Esteban, M., Tejerina, M. (2004). *Psicología para las Ciencias de la Salud*. MccGraw – Hill. Interamericana.
- ONUSIDA (2010). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de Sida 2010.
- Parker, R., Aggleton, P., Attawell, K., Pulerwitz, J., Brown, L. (2002). HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action, 1-28.
- Quintana, A. Vásquez, E. (2003). *Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual*. Lima: Instituto de Educación y Salud.
- Phillips, K. (1993). Subjective Knowledge of AIDS and Use of HIV Testing. *American Journal of Public Health*, Vol. 83, N°10, 1460 -1462.
- Pons-Salvador,G., Miralles Díaz, M., Guillén-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de psicología* 2010, vol. 26, nº 2 (julio), 310-317.
- Ramírez, R., Hidalgo, N., Gutiérrez, C., Castro, Z., Orjeda, B. (2010). Perú: Situación social de las madres adolescentes 2007. Lima; Perú. *Instituto Nacional de Estadística e informática*. Dirección Técnica de demografía e indicadores Sociales; 1 ed; Mar. 2010. 358 P.
- Reartes, D. (2003) La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH – Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, núm. 35, enero-abril 2011, 59-74.
- Red Sida Perú (1999) *Documento para la prensa*. Lima: Red Sida Perú.
- Rodríguez, E., García, N. (2006). *Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA*. Universidad de Zulia. Venezuela.

- Ruda, L. (2001) Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. *Revista de Psicología* 19(1), 151-201.
- Stern, C. (2008) Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. *El Colegio de México*. México
- Silva, M. (1992). Relaciones sexuales en la Adolescencia. Imprenta Editorial Pontificia Universidad católica de Chile.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Santillana (1996).
- Torres, T., Iñiguez, R., Pando, M y Salazar, J. (2009). Riesgo de contagio de infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida desde el punto de vista de adolescentes migrantes del Estado de Jalisco, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol. 7, Núm. 1, enero – junio, 2009, 135 -154.
- Torres, T., Reynaldos, C., Lozano, F., Aranzazú, J. (2010) Concepciones Culturales del VIH/SIDA de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Revista de Saùde Pública*. Vol. 44, num.5
- Tenkorang, E., Rajulton, F., Maticka – Tyndale, E. (2009). Perceived Risks of HIV/AIDS and First Sexual Intercourse among Youth in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav* (2009), 13, 234 -245.
- Trigero, M., Bérnago, A., Rodrigues, C. y Borges, G. (2006). De la representación a la práctica sexual. Un estudio exploratorio de representaciones sociales sobre enfermedades sexualmente transmisibles. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, Año/Vol. 8, número 002, 73 -90.
- Torres, T., Reynaldos, C., Lozano, A. y Munguía, J. (2010). Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Rev. Saude Pública* 2010; 44(5), 820 -829.
- Ubillos, S. (2000) *Conducta sexual e infección por VIH*. En Yubero, S., Larrañaga, E. (2000). *Sida: Una visión multidisciplinar*. Universidad Castilla de La Mancha.

UNICEF. (2001). Young People and HIV/AIDS - "Opportunity in Crisis" p. 48.

UNICEF/ONUSIDA/OMS (2010). La Infancia y el Sida: quinto inventario de la situación. UNAIDS.

Uribe, A., Valderrama, L., Sanabria, A., Orcasita, L., Vergara, T. (2009). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 5, Núm. 12, enero –junio, 2009, 29 -43.

Uribe, A., Vergara, T., Barona, C. (2009). Susceptibilidad y eficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes de Cali - Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud*, vol. 7, núm 2, julio – diciembre, 2009, pp. 1513 – 1533.

Uribe, A., Guzmán, S., Rodríguez, I., Flórez, Y. (2012). Influencia del conocimiento común en las pautas afectivo - comportamentales frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. No. 35, 168 – 190.

Valdés, L., Malfrán, M., Ferrer, Y., Salazar, E. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN 2012*, 16(1).

Vargas, E. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, núm 11, 115 – 134.

Villa, A., Caballero – Hoyos, R., Hidalgo, A., Santos, J. (2005). Conocimiento objetivo y subjetivo sober el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, Vol. 45, supl. 1, Cuernavaca 2003.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, A., Soto, A. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica*, junio año/vol. 25, número 001, Sociedad Chilena de Psicología Clínica, 39 -50.

Wagner, W., Hayes, N. (2011) El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales. Editorial Anthropos, 2011.



ANEXO A



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, mi nombre es Mariela Tavera y me encuentro haciendo una investigación sobre la salud y la sexualidad y quisiera saber si puedo contar con tu participación para mi estudio. Si aceptas, seguidamente procederé a hacerte algunas preguntas para que tú me las respondas de la manera más libre que puedas. No existe respuestas correctas o incorrectas, solo me interesa saber qué piensas en relación al tema. Asimismo, se preservará en todo momento tu anonimato, es decir, no revelaré a nadie tu identidad.

Si estás de acuerdo con participar, te pediría que firmes en el espacio que sigue,

Estoy muy agradecida con tu colaboración.

MUCHAS GRACIAS

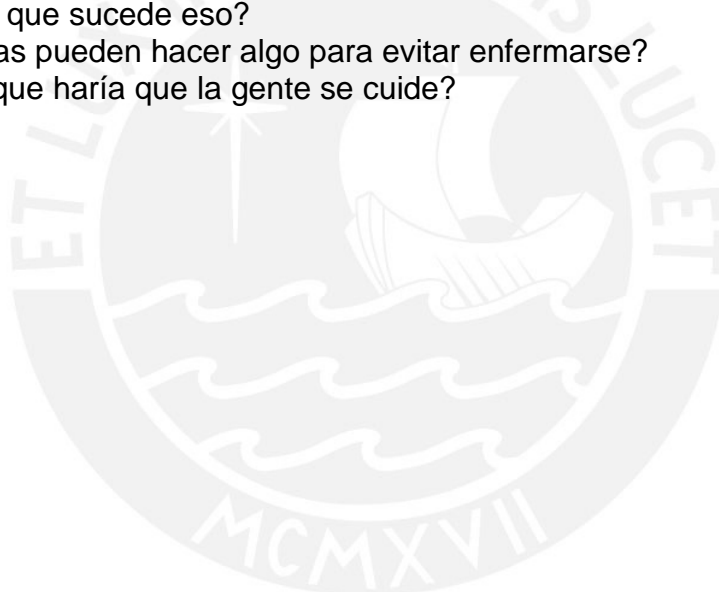
Mariela Tavera Palomino – DNI: 43010922 – Teléfono: 981053183

ANEXO B



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REPRESENTACIONES DEL VIH/SIDA

1. ¿Qué es lo primero que se te viene a la mente cuando escuchas la palabra VIH?
2. ¿Qué es lo primero que se te viene a la mente cuando escuchas la palabra SIDA?
3. ¿Cómo crees que uno se enferma?
4. ¿Cómo crees que es ésta enfermedad?
5. ¿Crees que existen personas que se encuentran en mayor riesgo al VIH/SIDA?
¿Cómo son?
6. El VIH es una enfermedad de transmisión sexual que tiene repercusiones en nuestro sistema de defensa corporal. La principal vía de contagio es por las relaciones sexuales no protegidas y la mejor forma de prevenirlo es el uso del preservativo. Hay personas que sabe qué es al VIH/SIDA, cómo se contagia y previene y sin embargo no mantienen conductas de prevención frente al mismo.
¿Por qué crees que sucede eso?
7. ¿Las personas pueden hacer algo para evitar enfermarse?
8. ¿Qué crees que haría que la gente se cuide?



ANEXO C



CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE RIESGO (BAYÉS, 1995, 1996) – VERSIÓN MASCULINA, ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

HISTORIA 1

Es sábado por la noche y Juan se ha reunido con sus compañeros de clase para celebrar el fin de los exámenes. Después de cenar, van todos a una discoteca de moda donde bailan y toman algunos tragos. Todos están eufóricos.

En un momento dado, se acerca a Juan una chica desconocida que no ha parado de mirarlo en toda la noche y que él encuentra atractiva. Hablan y ríen un buen rato y finalmente, deciden ir al departamento donde vive Juan ya que esa noche se encuentra vacío.

En pleno momento de pasión, se dan cuenta de que no tienen preservativos.

¿Qué les preocupa?

¿Qué crees que hicieron?

¿Qué harías tú si fueses Juan?

HISTORIA 2

Carlos salía con Eva desde hacía un año pero al final terminaron. Dos meses más tarde empezó a salir con Carmen. Desde hace tres meses mantienen una relación estable y los dos están satisfechos con ella. A pesar de todo, no hacen planes para el futuro. Ambos han vivido diferentes relaciones afectivas y han aprendido que no deben hacerse planes prematuramente.

Este fin de semana un amigo les ha dejado una casita aislada en el campo. Se presentan dos días maravillosos.

Llega la noche. Después de una cena romántica se van al dormitorio y en pleno momento de pasión se dan cuenta que han olvidado los preservativos... los buscan por toda la casa pero no los encuentran.

¿Qué les preocupa?

¿Qué crees que hicieron?

¿Qué harías tú si fueses Carlos?

HISTORIA 3

Luis y María salen juntos desde que tenían diecisiete años. Ahora ya tienen veinticinco y hace dos que están casados. Se casaron pronto porque los padres de Luis les regalaron un apartamento y se sentían muy seguros del cariño que mutuamente se profesaban. De todas formas, piensan que todavía son muy jóvenes para pensar en tener hijos y, por esto, María toma la píldora anticonceptiva.

El sábado último, Luis asistió a la despedida de soltero de su mejor amigo. Fue una noche de locura y alcohol y él se sentía muy desinhibido. Tanto que, sin apenas darse cuenta, se encontró manteniendo relaciones sexuales sin ningún tipo de protección con una muchacha desconocida.

Ahora no sabe qué hacer...

¿Qué les preocupa?

¿Qué crees que hicieron?

¿Qué harías tú si fueses Luis?

Posteriormente

¿Cuándo te conté la historia 1, pensaste en el VIH/SIDA?

Desde el punto de vista de una posible transmisión del virus, ¿qué grado de riesgo tiene la/el protagonista de la historia de contraerlo?

¿Cuándo te conté la historia 2, pensaste en el VIH/SIDA?

Desde el punto de vista de una posible transmisión del virus, ¿qué grado de riesgo tiene la/el protagonista de la historia de contraerlo?

¿Cuándo te conté la historia 3, pensaste en el VIH/SIDA?

Desde el punto de vista de una posible transmisión del virus, ¿qué grado de riesgo tiene la/el protagonista de la historia de contraerlo?



CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE RIESGO (BAYÉS, 1995, 1996) – VERSIÓN FEMENINA, ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

HISTORIA 1

Es sábado por la noche y Carmen se ha reunido con sus compañeros de clase para celebrar el fin de los exámenes. Después de cenar, van todos a una discoteca de moda donde bailan y toman algunos tragos. Todos están eufóricos.

En un momento dado, se acerca a Carmen un chico desconocido que no ha parado de mirarla en toda la noche y que ella encuentra atractivo. Hablan y ríen un buen rato y finalmente, deciden ir al departamento donde vive Carmen ya que esa noche se encuentra vacío.

En pleno momento de pasión, se dan cuenta de que no tienen preservativos.

¿Qué les preocupa?

¿Qué crees que hicieron?

¿Qué harías tú si fueses Carmen?

HISTORIA 2

Eva salía con Carlos desde hacía un año pero al final terminaron. Dos meses más tarde empezó a salir con José. Desde hace tres meses mantienen una relación estable y los dos están satisfechos con ella. A pesar de todo, no hacen planes para el futuro. Ambos han vivido diferentes relaciones afectivas y han aprendido que no deben hacerse planes prematuramente.

Este fin de semana un amigo les ha dejado una casita aislada en el campo. Se presentan dos días maravillosos.

Llega la noche. Después de una cena romántica se van al dormitorio y en pleno momento de pasión se dan cuenta que han olvidado los preservativos... los buscan por toda la casa pero no los encuentran.

¿Qué les preocupa?

¿Qué crees que hicieron?

¿Qué harías tú si fueses Eva?

HISTORIA 3

María y Luis salen juntos desde que tenían diecisiete años. Ahora ya tienen veinticinco y hace dos que están casados. Se casaron pronto porque los padres de Luis les regalaron un apartamento y se sentían muy seguros del cariño que mutuamente se profesaban. De todas formas, piensan que todavía son muy jóvenes para pensar en tener hijos y, por esto, María toma la píldora anticonceptiva.

El sábado último, María asistió a la despedida de soltera de su mejor amiga. Fue una noche de locura y alcohol y ella se sentía muy desinhibida. Tanto que, sin apenas darse cuenta, se encontró manteniendo relaciones sexuales sin ningún tipo de protección con un muchacho desconocido.

Ahora no sabe qué hacer...

¿Qué les preocupa?

¿Qué crees que hicieron?

¿Qué harías tú si fueses María?

Posteriormente

¿Cuándo te conté la historia 1, pensaste en el VIH/SIDA?

Desde el punto de vista de una posible transmisión del virus, ¿qué grado de riesgo tiene la/el protagonista de la historia de contraerlo?

¿Cuándo te conté la historia 2, pensaste en el VIH/SIDA?

Desde el punto de vista de una posible transmisión del virus, ¿qué grado de riesgo tiene la/el protagonista de la historia de contraerlo?

¿Cuándo te conté la historia 3, pensaste en el VIH/SIDA?

Desde el punto de vista de una posible transmisión del virus, ¿qué grado de riesgo tiene la/el protagonista de la historia de contraerlo?





ANEXO D

COMPARACIÓN ENTRE ENUNCIADOS DE PRUEBA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y ADAPTACIÓN

HISTORIA 1

Versión española

Es sábado por la noche y Juan se ha reunido con sus compañeros de curso para celebrar el fin de los exámenes. Después de cenar, van todos a una discoteca de moda donde bailan y toman algunas copas. Todos están eufóricos.

En un momento dado, se acerca a Juan una chica desconocida que no ha parado de mirarlo en toda la noche y que él encuentra atractiva. Hablan y ríen un buen rato y, finalmente, deciden ir al apartamento donde vive Juan ya que aquella noche se encuentra vacío.

En pleno apasionamiento, se dan cuenta de que no tienen preservativos.

Versión adaptada

Es sábado por la noche y Carmen se ha reunido con sus compañeros de clase para celebrar el fin de los exámenes. Después de cenar, van todos a una discoteca de moda donde bailan y toman algunos tragos. Todos están eufóricos.

En un momento dado, se acerca a Carmen un chico desconocido que no ha parado de mirarla en toda la noche y que ella encuentra atractivo. Hablan y ríen un buen rato y finalmente, deciden ir al departamento donde vive Carmen ya que esa noche se encuentra vacío.

En pleno momento de pasión, se dan cuenta de que no tienen preservativos.

HISTORIA 2

VERSIÓN ESPAÑOLA

Carlos salía con Eva desde hacía un año pero al final lo dejaron. Dos meses más tarde empezó a salir con Carmen. Desde hace tres meses mantienen una relación estable y los dos están satisfechos con ella. A pesar de todo, no hacen planes para el futuro. Ambos han vivido diferentes relaciones efectivas y han aprendido que no deben hacerse planes prematuramente.

Este fin de semana un amigo les ha dejado una casita aislada en el campo. Se presentan dos días maravillosos.

Llega la noche. Después de una cena romántica se van al dormitorio y en pleno apasionamiento se dan cuenta que han olvidado los preservativos... los buscan por toda la casa pero no los encuentran.

VERSIÓN ADAPTADA

Eva salía con Carlos desde hacía un año pero al final terminaron. Dos meses más tarde empezó a salir con José. Desde hace tres meses mantienen una relación estable y los dos están satisfechos con ella. A pesar de todo, no hacen planes para el futuro. Ambos han vivido diferentes relaciones afectivas y han aprendido que no deben hacerse planes prematuramente.

Este fin de semana un amigo les ha dejado una casita aislada en el campo. Se presentan dos días maravillosos.

Llega la noche. Después de una cena romántica se van al dormitorio y en pleno momento de pasión se dan cuenta que han olvidado los preservativos... los buscan por toda la casa pero no los encuentran.

HISTORIA 3

VERSIÓN ESPAÑOLA

Luis y María salen juntos desde que tenían diecisiete años. Ahora ya tienen veinticinco y hace dos que están casados. Se casaron pronto porque los padres de Luis les regalaron un apartamento y se sentían muy seguros del cariño que mutuamente se profesaban. De todas formas, piensan que todavía son muy jóvenes para pensar en tener hijos y, por esto, María toma la píldora anticonceptiva.

El sábado último, Luis asistió a la despedida de soltero de su mejor amigo. Fue una noche de locura y alcohol y él se sentía muy desinhibido. Tanto que, sin apenas darse cuenta, se encontró manteniendo relaciones sexuales sin ningún tipo de protección con una muchacha desconocida.

Ahora no sabe qué hacer...

VERSIÓN ADAPTADA

María y Luis salen juntos desde que tenían diecisiete años. Ahora ya tienen veinticinco y hace dos que están casados. Se casaron pronto porque los padres de Luis les regalaron un apartamento y se sentían muy seguros del cariño que mutuamente se profesaban. De todas formas, piensan que todavía son muy jóvenes para pensar en tener hijos y, por esto, María toma la píldora anticonceptiva.

El sábado último, María asistió a la despedida de soltera de su mejor amiga. Fue una noche de locura y alcohol y ella se sentía muy desinhibida. Tanto que, sin apenas darse cuenta, se encontró manteniendo relaciones sexuales sin ningún tipo de protección con un muchacho desconocido.

Ahora no sabe qué hacer...