UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN EN POBLACIÓN VULNERABLE EMERGENTE: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA COMUNA DE VILLA ALEMANA."

Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciado en Servicio Social y al Título Profesional de Asistente Social.

Institución Patrocinante : **Hospital Juana Ross de Peñablanca.**
Profesor Guía : **Mauricio Ureta Bernal**
Alumna Seminarista : **Maria Isabel Arancibia Arancibia**

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
BIBLIOTECA

Valparaíso, Año 2006

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

REF.: INFORMA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNA QUE SE INDICA.

VALPARAISO, 13 diciembre del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"ESTUDIO DE CARACTERIZACION EN POBLACION VULNERABLE EMERGENTE: UNA PROPUESTA DE INTERVENCION PARA LA PREVENCION DE LA TRANSMISION DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA COMUNA DE VILLA ALEMANA"**, cursado durante el año académico 2006 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srta. MARIA ISABEL ARANCIBIA ARANCIBIA incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo Informe Final.

La Tesis incursiona en una área del conocimiento bastante poco explorada desde el Trabajo Social, no obstante lo revelante de la problemática.

La fortaleza de la investigación recae en la observación de la información que los niños y jóvenes participantes del sistema educativo chileno tienen respecto de la enfermedad y de las formas y tipos de infección y características de los síntomas que objetivamente manifiesta esta enfermedad.

Los Trabajadores Sociales desde nuestra funcionalidad educativa debemos proveer herramientas veraces y objetivas para lograr un mayor bienestar social.

El desarrollo de la temática y análisis de los resultados son ricos en conocimiento nuevo, no obstante se visualiza alguna debilidad en la profundidad en dicho análisis.

En síntesis el estudio representa un importante aporte al sistema educativo y a la educación en salud.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota 6.0 (seis punto cero).

MAURICIO URETA BERNAL
PROFESOR GUIA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

Colón 2128 - Valparaíso - Casilla 3020 - Fonos: (32) 2503650 - 2508653 - 2508654 - 2508668 - Fax: (32) 2508674
E-mail: Paloma.Lopez@uv.cl - Jacqueline.Perez@uv.cl - Roxana.Ruiz@uv.cl - Helia.Galvez@uv.cl

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNOS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 07 de diciembre del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumplo con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: ***"ESTUDIO DE CARACTERIZACION EN POBLACION VULNERABLE EMERGENTE: UNA PROPUESTA DE INTERVENCION PARA LA PREVENCION DE LA TRANSMISION DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA COMUNA DE VILLA ALEMANA",*** cursado durante el año académico 2006 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srta. MARIA ISABEL ARANCIBIA ARANCIBIA, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

El presente semanario de título presenta un interesante análisis de la problemática del VIH-Sida en adolescentes escolares, presenta un adecuado desarrollo teórico y una estructura metodológica clara y coherente. La bibliografía utilizada es atingente y novedosa.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota 6.0 (seis punto cero).

SARA SALUM ALVARADO
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

Colón 2128 - Valparaíso - Casilla 3020 - Fonos: (32) 2508650 - 2508653 - 2508654 - 2508668 - Fax: (32) 2508674
E-mail: Paloma.Lopez@uv.cl - Jacqueline.Perez@uv.cl - Roxana.Ruiz@uv.cl - Helia.Galvez@uv.cl

"La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia. Casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años. No ha conocido un mundo sin SIDA.

Los jóvenes son especialmente vulnerables al VIH, sin embargo, son nuestra mayor esperanza para cambiar el curso de la epidemia"

UNICEF, 2006.

Agradecimientos

La realización de este estudio, tuvo la colaboración de diferentes personas e instituciones, a quienes no se puede dejar de agradecer.

En primer término a la Sra.Daniela Maturana, Asistente Social y coordinadora de la Red Intersectorial VIH/SIDA del Hospital de Peñablanca, a David Barrera Carvajal Presidente de la Agrupación de Personas viviendo con VIH, amigos y familiares "Yo Vivo", quienes participaron desde la génesis del estudio: en el diseño de investigación y las fases posteriores de la elaboración y proceso de aplicación del instrumento de recolección de datos.

A la Sra. Amanda Lobos Asistente Social del Consultorio Periférico de Villa Alemana y coordinadora de la Comisión Mixta Salud Educación.

A los nueve establecimientos educacionales consultados: quienes facilitaron la aplicación del cuestionario, instrumento base del estudio.

A todos los y las alumnas, que respondieron el cuestionario de opinión y a aquellos profesores/as que colaboraron en el proceso.

A Catherina Urrejola por su aporte en la fase estadística de los datos; y al equipo de la Red por sus importantes aportes y sugerencias.

A mi familia por su incansable apoyo y Comprensión.

Para todos ellos y ellas mis mas sinceros agradecimientos.

Maria Isabel Arancibia Arancibia
Villa Alemana, Noviembre del 2006

INDICE

PRESENTACION.....1

CAPITULO I: CONTEXTO INSTITUCIONAL.....3

CAPITULO II: DISEÑO DE INVESTIGACION.....19

CAPITULO III: MARCO TEORICO.....24

CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....65

CAPITULO V: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS.....69

CAPITULO VI: PROPUESTA EDUCATIVA.....95

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

I. PRESENTACIÓN

EL Estudio que se presenta en las siguientes paginas y que se ha denominado ***"Estudio de caracterización en Población Vulnerable Emergente: Una Propuesta de Intervención para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes escolares de la Comuna de Villa Alemana."***, se sitúa en el contexto del trabajo realizado en coordinación con la Red Intersectorial VIH/SIDA del Hospital de Peñablanca y de la Comisión Mixta Salud Educación de la Comuna de Villa Alemana.

La premisa que oriento el quehacer de dicho estudio respondió al interés y preocupación por adentrarse en la búsqueda de respuestas a múltiples interrogantes que se planteaban en torno a la vivencia específica de los y las adolescentes con respecto al VIH/SIDA, en cuanto estos se constituyen en sujetos sociales caracterizados por rasgos que le son propios y, que por tanto requieren un abordamiento de la temática pertinente a sus necesidades, demandas, problemáticas e inquietudes.

En coordinación con el ámbito educativo, el estudio se inscribe en una línea de investigación que pretende aportar y colaborar en la inserción de una propuesta, para la incorporación de un Programa de Prevención del VIH/SIDA en establecimientos educacionales de la comuna.

Proceso complejo en la medida que por razones fundamentalmente culturales, la sexualidad y su ejercicio, especialmente el de los adolescentes, han formado parte del mundo privado de sus protagonistas.

Atendiendo a esta necesidad, se elabora y ejecuta este estudio cuyo propósito ha sido proporcionar información que sirva de base para plantear propuestas educativas en el ámbito de la sexualidad y específicamente en la prevención del VIH/SIDA, que resulten pertinentes a las características que asume la población adolescente y a la construcción de identidad como ser sexuado en los/as jóvenes de estos tiempos y, en el contexto de los proyectos educativos de los establecimientos que los acogen.

En cuanto a sus características específicas, el estudio se realizó en base a una encuesta que se aplicó a estudiantes de octavo, primero y segundo año medio de 9 Establecimientos Educacionales de la Comuna de Villa Alemana.

Dicha encuesta abordó principalmente los siguientes tópicos:

a) conocimientos acerca del VIH/SIDA, características, magnitud y tendencia
b) fuentes de información acerca de la sexualidad y del VIH/SIDA.
c) existencia de un Programa de prevención del VIH/SIDA en el colegio, y
d) percepción de riesgo. Estas variables se constituyeron en el eje central del cual se desprende el análisis de la información y cuya lógica de presentación en el informe, se articula fundamentalmente en torno a estas temáticas.

El análisis se entrega desde una perspectiva donde se consignan elementos conceptuales, que dan una visión de la situación actual sobre los tópicos abordados por el estudio, además se especifican aspectos que permiten identificar o caracterizar a los grupos consultados. Finalmente se analiza la información obtenida a partir de los ejes analíticos definidos y que incluye síntesis de los aspectos más destacados en la caracterización por tema y gráficos que permiten obtener imágenes más precisas de las similitudes y/o diferencias más destacadas al interior de los grupos consultados.

Posteriormente, se ha dejado un apartado para reflexiones y comentarios, formuladas desde el proceso de aplicación de la encuesta hasta el análisis cuantitativo de los datos con su correspondiente correlato cualitativo.

Un correlato que intenta dar una mirada más reflexiva a las percepciones y opiniones que, sobre la sexualidad/afectividad juvenil tiene la comunidad educativa lo que espera aportar a la inserción de la prevención del VIH/SIDA en el ámbito escolar.

CAPITULO I

CONTEXTO INSTITUCIONAL

Contexto Institucional

Introducción

El informe que a continuación se presenta corresponde al Contexto Institucional donde se llevo a cabo el presente Seminario de Titulo. El proceso se efectuó en el Hospital Juana Ross de Edwards de Peña Blanca, Institución de carácter publico, sin fines de lucro, dependiente del ministerio de salud, a través del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

1.- Identificación de la Institución.-

Nombre : Hospital Juana Ross de Edwards de Peña Blanca.

Dirección : Sargento Aldea 660.

Teléfono : 950008.

Fax : 950353.

Director : Mauricio Weiss Toro

2 .- Antecedentes Generales.-

Misión Institucional:

Brindar atención de Salud en forma oportuna con calidad, eficiencia, eficacia y coordinada con la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, velando por la satisfacción usuaria y el bienestar, desarrollo y capacitación permanente de su personal declarando el derecho a la salud de los habitantes de la jurisdicción, a través del desarrollo coordinado de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, teniendo como

centro de su preocupación al usuario, satisfaciendo sus necesidades de salud, mejorando su calidad de vida, desarrollo personal y comunitario.

3 .- Tipo de Institución.-

El Hospital de Peña Blanca es una institución de carácter público sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. Fue fundada en el año 1981, para impulsar en la comuna el crecimiento económico y el desarrollo social con el fin de mejorar la calidad de vida de los residentes de la ciudad.

4 .- Cobertura.-

El Hospital de Peña Blanca está ubicado en un terreno de aproximadamente 15 hectáreas, en la ciudad de Villa Alemana, distante a 30 Km. Valparaíso y 120 Km. de Santiago. Se caracteriza por ser una ciudad dormitorio, con una población de 103.024 habitantes, donde el 48% de la población son hombres, el índice de masculinidad corresponde a 92.19., siendo el 99% de la población urbana. (Según Proyecciones Censo 2002).
Con una tasa de crecimiento de 3% anual, se convierte en la ciudad de mayor crecimiento de la zona, estimándose una población al 2013 de 124.591 habitantes. Presenta también como característica relevante una alta concentración de adultos mayores, siendo también una de las más altas del país.

5 .- Radio de acción.-

El radio de acción del hospital de Peñablanca, se centra dentro de las comunas de Peñablanca y Villa Alemana, sin embargo hay un mínimo porcentaje de la comuna de Viña del mar que es atendida en este establecimiento. La población asignada es aproximadamente 66.625 que corresponde a pacientes beneficiarios de FONASA y en situación de indigencia.

6 .- Estructura organizacional.

El Hospital Juana Ross de Peñablanca cuenta con los siguientes Servicios y Unidades Servicio de Alimentación

- Unidad de Esterilización
- Servicio de Laboratorio
- Unidad de Movilización
- Servicios Generales
- Unidad de Jardín Infantil
- Sección Some
- Servicio Social
- Unidad de Oficina de Personal
- Unidad de Contabilidad
- Servicio de Odontología
- Servicio de Medicina
- Servicio de Traumatología
- Servicio de Tisiología
- Servicio de Kinesiología
- Unidad de C. T. R. D
- Unidad de emergencia.

Infraestructura:

El Hospital cuenta con 82 camas distribuidas en los siguientes Servicios:

Medicina	28 camas
Tisiología	24 camas
Traumatología	18 camas
CTRD	12 camas
6 camillas de atención en box de unidad de emergencia	
2 camas de observación en unidad de emergencia	
1 camilla de reanimación	

1 box de atención medica ambulatoria, llevándose a cabo consultas de:

▪ Traumatología por especialistas.
▪ Traumatología básica.
▪ Policlínico de personal.
▪ Atenciones de consejería Programa. VIH.
▪ Policlínico del dolor y familiares.
▪ Policlínico post alta.

box de atención dental

• Actividad atención infantil, profilaxis.
• Atención adulto, tratamiento curativo y prótesis.
• Programa adulto mayor.
• Pabellón de cirugía menor.

7.- Unidad de Rehabilitación kinésica

Esta Unidad da cobertura a pacientes ambulatorios y hospitalizados, destacándose que además de asistir a pacientes de medicina, traumatología y tisiología, hoy se incorporan pacientes para rehabilitación de diversas patologías consignadas en el Plan Auge.

Servicio de Rehabilitación Kinesioterápica:

• 2 gimnasios de rehabilitación de ejercicios	
Kinésicos.	
• 8 box de atención de fisioterapia.	
• Actividades (pacientes ambulatorios)	
• Atención a Villa Alemana, Quilpué, Limache, Olmué.	
• Atención hospitalizados 820 pacientes. con un total de 4.537 at. kin. int (5.3 atenciones por paciente)	
• Enfermedades. Respiratorias	53%
• Traumatológicas	25%
• Otras	7%.

8 .- Antecedentes históricos.-

El Hospital de Peña Blanca, Juana Ross de Edwards fue creado gracias a la donación de una propiedad que realizo a la Junta de Beneficencia de Valparaíso, en 1911, el sacerdote Cristóbal Villalobos. En 1912 es fundado como sanatorio de tuberculosis, respondiendo así a la gran problemática existente en ese momento en la región, llegando a albergar a más de 400 pacientes en los años 60'. Posteriormente, debido al crecimiento de la población de Villa Alemana y los cambios epidemiológicos con significativa mejoría de la patología tuberculosa, se convierte en hospital en 1983, creándose el Servicio Crónico de larga estadía y la Unidad de kinesiología, luego se crea la Unidad de Emergencia en 1985 y el Servicio de Traumatología en 1986, actualmente dichos servicios, junto al servicio de Tisiología permanecen en actividad. El año 2005 se incorpora a los terrenos del Hospital el primer Centro Residencial público de alta complejidad en tratamiento y rehabilitación para drogodependencias en población femenina. La obra fue realizada con el aporte del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, el Fondo de Desarrollo Regional y CONACE. El objetivo del Proyecto es ofrecer un Programa integral de tratamiento y rehabilitación desde una perspectiva que aborde aspectos biológicos, psicológicos y sociales, a una población objetivo de mujeres adultas, mayores de 19 años con uso problemático de drogas y en cuyo caso los tratamientos ambulatorios no han dado resultado.

En Enero del mismo año el Hospital de Peñablanca firma un convenio con el Gobierno de Japón, el que aporto asesoría y financiamiento para la ampliación de salas de rehabilitación y la compra de equipamiento para las salas de fisiología y kinesiología. Este aporte entregado por el gobierno de Japón se enmarca dentro del Programa de Asistencia para proyectos comunitarios (APC) que busca dar cumplimiento al Plan presentado por el Hospital con el objetivo de aumentar la cobertura de rehabilitación que posee el establecimiento para los discapacitados de las comunas de Quilpue y Villa Alemana, que se encuentran dentro de la Red Asistencial tanto abierta como cerrada; facilitar el acceso a los adultos mayores a terapias de recuperación tras accidentes vasculares encefálicos y entregar a la comunidad herramientas de educación y prevención.

Actualmente el Hospital pertenece a un nivel terciario de atención en salud, es decir, recibe pacientes enviados desde los niveles primario y secundario, y dispone de pruebas, tratamientos, y procedimientos dirigidos principalmente hacia la rehabilitación.

9.- Política de la Institución.-

La Política Institucional de la Institución corresponde a la dictada por el Supremo Gobierno la cual es garantizar el acceso a toda la población al servicio de salud, entregando atención equitativa, eficiente y eficaz.

10.- Objetivos de la Institución.-

- Mejorar el estado de salud y calidad de vida de su respectiva Población.
- Educar a la población, utilizando métodos como la prevención y la promoción
- Promover la participación de la comunidad, con el fin de ésta pueda ser parte de las acciones que se realizan dentro del hospital
- Proporcionar a los pacientes atención completa e informada a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, así como de tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de los enfermos, con los medios humanos y materiales que el Hospital disponga para aquello.

11.- Funciones de la Institución.-

Las funciones del Hospital actualmente son las siguientes:

a) Asistencia Médica Integral: la finalidad del Hospital moderno es la "Salud" de la comunidad y no su enfermedad, mediante la implementación de las cuatro funciones básicas de la Atención Médica: Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud. Para posibilitar lo último, el Hospital debe constituirse en el agente natural de vigilancia del estado sanitario de la comunidad. Para lograr esos fines, actuar en función de la demanda espontánea es insuficiente, por lo que debe tomar la iniciativa y expandirse al seno de la comunidad misma, no sólo en el ámbito humano sino también al ámbito social y al medio natural.

b) Docencia: actualmente se considera que desarrollar funciones de educación es un imperativo para el Hospital, ya dirigidas al mejoramiento de su propio personal o bien a la comunidad con acciones de Educación Sanitaria o, ya de ser posible, promoviendo enseñanza universitaria para estudiantes y graduados del sector Salud.

c) Investigación: todo Hospital debería desarrollar esta función, cualquiera sea su nivel de complejidad, en el proceso salud-enfermedad, en sus aspectos biosicosociales, o bien en el área administrativa sanitaria.

d) Rehabilitación: las cuales se dividen en dos unidades CTRD y el servicio de Kinesiología.

e) Detección y tratamiento: de los posibles problemas de salud de la comunidad que forma parte del radio de acción.

f) Coordinación: con los diferentes organismos e instituciones de la comunidad y exteriores a ésta.

12.- Recursos de la Institución.-

Los recursos de la Institución provienen de diversas fuentes de financiamiento:

- Aportes enviados por el Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota.
- Pago Prospectivo de prestaciones (P.P.P) realizado por Fonasa, el cual es uno de los principales aportes que recibe la institución.
- Aportes propios, los cuales son los recibidos por prestaciones realizadas a particulares, a beneficiarios correspondientes a las letras C y D de Fonasa y a pacientes controlados por el Sistema Capredena, FFCC, e Isapres.
- Ingresos de Compañías de Seguros de Accidentes de Tránsito.
- Proyectos de financiamiento destinados a la implementación y adquisición de equipamiento y obras de infraestructura y remodelación.

13.- Área Social

Servicio Social como profesión dentro de la Institución Hospitalaria se encuentra a cargo de una profesional Asistente Social de tiempo completo y de una secretaria, quien realiza labores de apoyo al realizado por la profesional.
La labor de Servicio Social es transversal a las distintas Unidades de salud, esto debido a que atiende a los beneficiarios de sus diferentes Programas y Servicios, los cuales son:

- Programa del Adulto Mayor PAM
- Programa de Rehabilitación
- Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del dolor.
- Programa PRAIS

Entre las diversas actividades realizadas por Servicio Social en la atención hospitalaria, cuentan; la consulta de orientación social, la entrega de información y derivación con redes, la consulta social para pesquisar, fomentar o proteger la salud de los pacientes, la consulta social especializada para atender problemas de salud que requieran tratamiento especial y complejo, y la visita domiciliaria orientada a conocer la realidad socio económica, ambiental y cultural de las familias y personas que así lo requieran en coordinación con redes locales y otras instituciones públicas o privadas.

Otra actividad realizada a través del Departamento de Servicio Social es la coordinación del Consejo de Desarrollo del Hospital y de la Red intersectorial VIH/SIDA de la comuna.

Dentro de esta área además se encuentran distintos grupos de voluntariados que realizan diversas actividades de apoyo intrahospitalario entregando información, sirviendo como nexo entre pacientes, personal medico y familiares, además de brindar apoyo en vestuario, alimentación y otras necesidades, estas actividades son realizadas por las damas de amarillo, damas de blanco y damas de canela.

Consejo de Desarrollo del Hospital

Integrado por representantes de diferentes instancias de la comunidad, Juntas de Vecinos, Club de Leones, Rotary Club, Cruz Roja, comerciantes, Dirigentes Deportivos, y voluntariado. Tiene como objetivo colaborar con la Institución tanto en requerimientos materiales como sociales y de apoyo a la gestión hospitalaria. Su coordinación esta a cargo de la Asistente Social de la *Institución y cuenta con Personalidad Jurídica desde el año 2001.*

Red Intersectorial VIH-Sida "Una instancia de encuentro en Salud y Educación"

Objetivos:

- Generar instancias de comunicación masivos respecto de la prevención del VIH/SIDA, la promoción de una sexualidad saludable y el desarrollo de una cultura no discriminadora en la comuna de Villa Alemana.

- Dar continuidad y profundizar el proceso educativo, respecto a la temática del VIH/SIDA y su prevención.

- Contribuir en la construcción de discursos y prácticas sociales no discriminatorias en diferentes instancias y organizaciones de la Comuna.

- Promover la atención digna de las personas que viven con VIH/SIDA.

Breve Reseña Histórica

Las actividades de la Red Intersectorial comienzan en el año 1999, debido al aumento de casos de personas viviendo con VIH, y que el Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota detecta, esta iniciativa forma parte de los lineamientos centrales en la politica publica de salud, que tiene por finalidad la descentralización de la atención de las personas que viven con el virus VIH (en *adelante PVVIH), que son atendidas en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del* Mar, no obstante residir en el área geográfica dependiente del Área de Salud Quilpue - Villa Alemana.

Esto debido a que una de las políticas del Ministerio de Salud MINSAL es priorizar la organización de actividades en los diferentes niveles de atención con un máximo de cobertura, capacidad resolutiva y buena calidad en todas sus dimensiones. Además de avanzar en el desarrollo de un modelo integral que incorpore la mirada biosicosociocultural en el tratamiento de la enfermedad, por este motivo en el año 2001, la Red Inrtersectorial presenta su primer Proyecto a Conasida, el cual otorga fondos para comenzar a financiar sus actividades, además de los recursos otorgados desde el Servicio de Salud, así el 28 de Noviembre de 2002, la Red Intersectorial comienza oficialmente a desarrollar sus funciones en el ámbito de la prevención y la no discriminación hacia personas viviendo con el VIH.

En el año 2005 delimita sus funciones geográficamente e interviene en la Comuna de Villa Alemana, puesto que en la Comuna de Quilpue surge la Mesa Coordinadora VIH/SIDA.

Actualmente,en el año 2006 se inicia el quinto año de actividades de la Red la cual trabaja en coordinadamente con diferentes instituciones y organizaciones de la Comuna de Villa Alemana, así como con la comunidad en su conjunto, buscando propiciar el desarrollo de actividades educativas, culturales y sociales enfocadas hacia los objetivos y principios de la Red.

De este modo se inserta en la comunidad a través de diversos espacios comunitarios y en coordinación con diferentes organizaciones entre estos espacios se encuentran:

- Plan Comunal de Promoción PROMOS; Sus objetivos están orientados al cumplimiento de metas en relación a diferentes temas de promoción en salud como alimentación, espacios libres de tabaco y actividad saludable.

- Mesa de dialogo para la salud; Es un espacio de participación y coordinación entre diversas instituciones existentes en la Comuna, que busca fortalecer y mejorar la gestión que se realiza en el ámbito de la salud de sus habitantes, logrando una atención oportuna, con calidad eficiente y eficaz hacia la comunidad.

- Entre las Instituciones que la integran se encuentran; El Hospital de Peñablanca, la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana, la Corporación Municipal de Educación, el Consultorio periférico Eduardo Freí, Promos, Previene, Unión Comunal de Juntas de vecinos, Iglesia San Felipe Neri, Club de Leones de Villa Alemana, Red Intersectorial VIH/SIDA, Unión Comunal de Clubes del Adulto Mayor, Instituto Luis Amigo. Jardines Integra, Junji, y CIJ Rayen.

- Comisión Mixta Salud Educación; Espacio que busca generar una instancia de encuentro y coordinación entre los diversos establecimientos educacionales de la Comuna con el consultorio periférico de Villa Alemana, generando acciones tendientes a mejorar la salud de los y las estudiantes de la Comuna y a capacitar a sus docentes en promoción de conductas saludables en el ámbito escolar.

14.- Objetivos del Área Social en la Institución.-

- Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales, especialmente la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud.

- Contribuir a la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de salud.

- Aplicar a los equipos de salud los enfoques psicosocial, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de los problemas específicos de salud.

- Integrar el aporte específico del Asistente Social en los diferentes programas, subprogramas y proyectos específicos que se implementan en los diferentes niveles de la Institución.

15.- Rol de Trabajo Social.

La Profesional Asistente Social participa en cada uno de los Programas de Atención del Hospital, a través de la Atención social, la cual se realiza a petición del equipo médico o de los propios usuarios, destinada a corroborar información entregada, orientar, pesquisar factores de riesgo, conocer la dinámica familiar, situaciones de indigencia, condiciones de vivienda y ambientales que contribuyen o no a la presencia de enfermedades. De este modo el rol preponderante de la profesional Asistente Social es aportar una visión integral dentro de la atención de salud, priorizando el enfoque biosicosocial de los pacientes, complementando a los equipos médicos en los aspectos sociales de las personas y formulando una atención integral y planificada además de la entrega coordinada de beneficios. Además de esto, se suma que la profesional debe transformar en acción los objetivos propuestos con anterioridad, realizando cada vez que sea necesario el trabajo de intervención, con el fin de buscar soluciones y respuestas a cada uno de las problemáticas que se presentan en la atención de salud.

16.- Funciones.-

Organización: En cuanto a los programas, con los equipos de salud, actividad en el Consejo de Desarrollo, etc.
Administrativa: En cuanto al trabajo de oficina, dirección de recursos, programas, etc.
Educadora: En lo que respecta a la atención directa en caso, grupo y comunidad, y en la educación y promoción de la salud.
Coordinadora: Interna y externa al nivel de caso y del equipo de las redes de apoyo en otros niveles.

Sistemas de Registro

- Cuaderno diario
- Ficha Social
- Informe Social
- Carpetas de Programas

Actividades de Trabajo Social

Los métodos de intervención del Asistente Social se implementan a través de las siguientes actividades básicas:

- Consulta de Orientación Social: Es la consulta derivada de la demanda espontánea a "Servicio Social". Esta se limita a la entrega de información acerca del motivo de la consulta, a la derivación y referencia si es necesario.

- Consulta Social Especializada: Es la atención que se realiza a personas *y/o familias con problemas de salud de compleja resolución y que* requieren de tratamiento social especializado.

- Visita Domiciliaria: Es la atención integral proporcionada en el hogar del individuo o familia, con el objeto de conocer y complementar el diagnóstico y estimular la participación activa de la familia.

- Coordinación: Es la relación del Asistente Social con representantes de *instituciones públicas, privadas, organizaciones de la comunidad y otros* sectores sociales, con el objeto de movilizar recursos, establecer canales de comunicación, contribuir a generar redes de apoyo permanentes y realizar acciones conjuntas con relación a necesidades de salud de la comunidad y a los objetivos de los programas, subprogramas y proyectos. Educación de Grupo: Es el proceso educativo de interacción grupal orientado a lograr cambios de conducta e influir en estilos de vida que protejan la salud de las personas.

- Trabajo Comunitario: Es un proceso intencionado de interacción entre miembros del equipo de salud y la comunidad que se realiza a través de acciones específicas del Consejo de Desarrollo del Hospital y la Red Intersectorial VIH SIDA, con el propósito de estimular la participación comunitaria, en la identificación de los problemas de salud, la *priorización de éstos y la búsqueda conjunta de soluciones.*

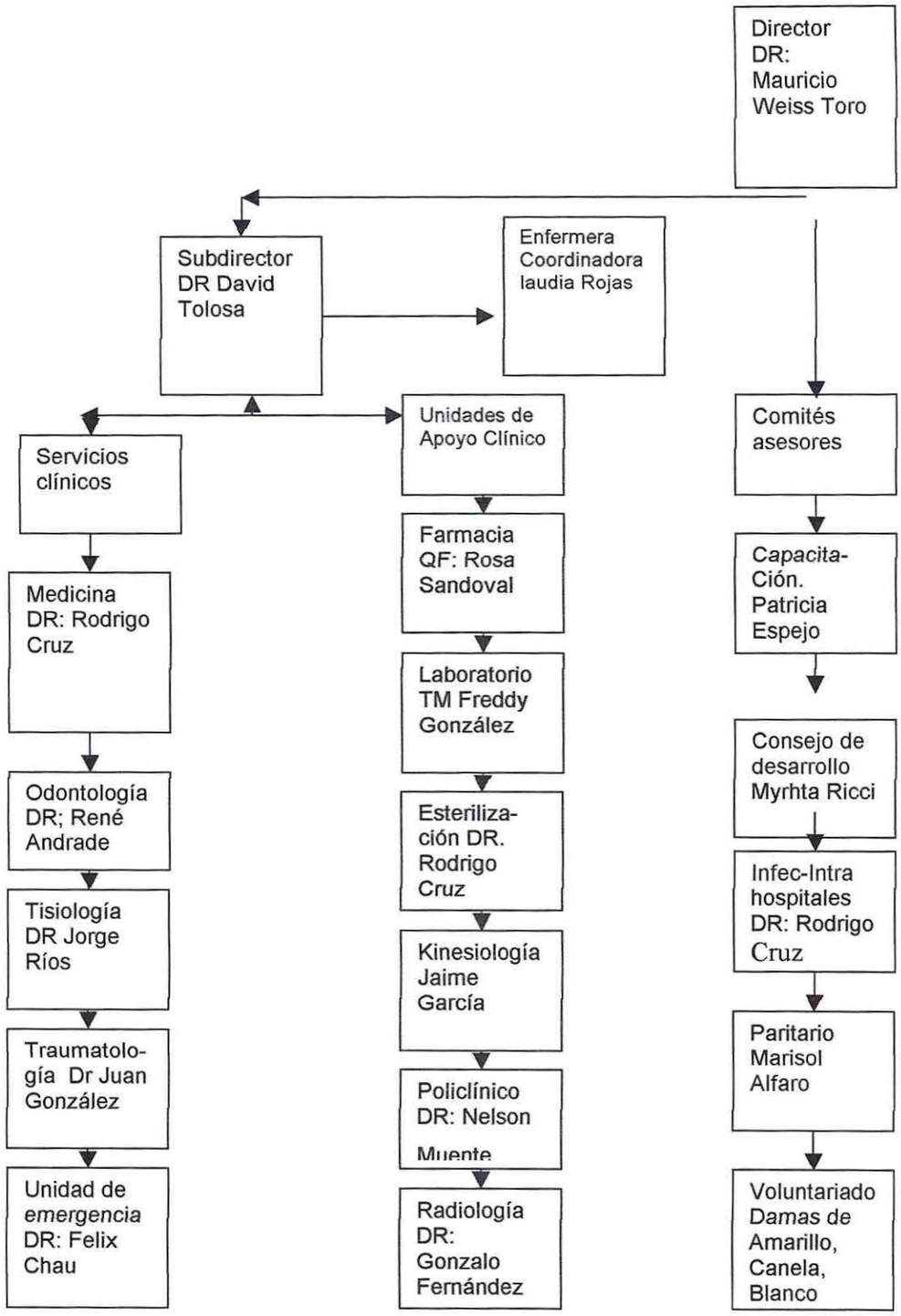
17.- Problemas sociales más frecuentes.-

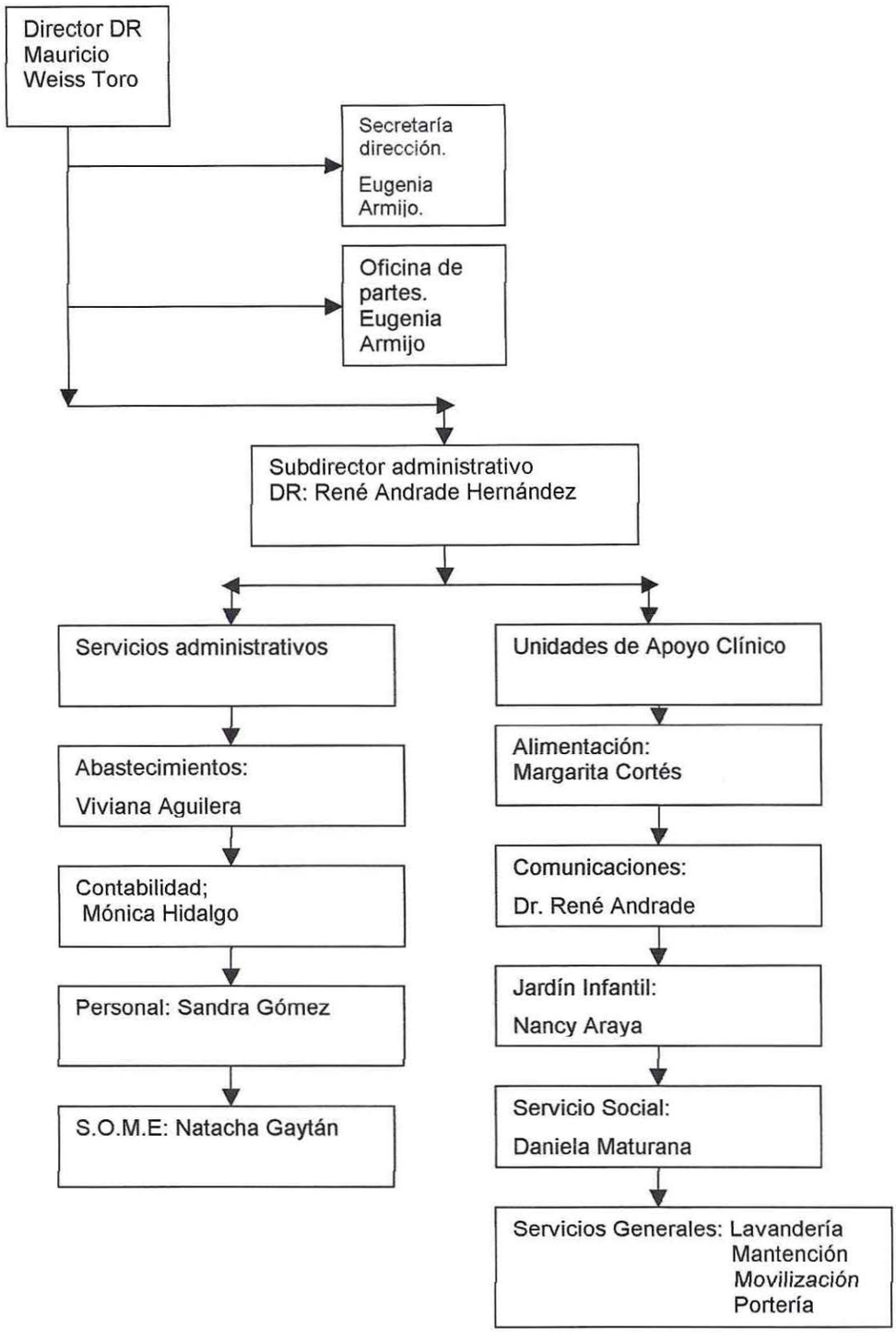
Las problemáticas más comunes de atención tienen relación con las actividades que implementa Servicio Social, a través de sus Programas. En general las atenciones están orientadas a indagar riesgos sociales en los beneficiarios que presenten problemas sociales o de salud y que se encuentren ingresados en su correspondiente Programa o que hayan *solicitado por iniciativa propia atención social. La Consulta Social atiende todo* tipo de necesidades, no solo en el ámbito medico, sino también entregando información respecto a las inquietudes de la población usuaria y entrega de beneficios, como tarjeta de gratuidad en salud, lentes para el Programa del Adulto Mayor, implementos para el Programa de rehabilitación y para los pacientes del Policlínico del Dolor.

18.- Vinculación con el medio.-

- Unión Comunal.
- Ilustre Municipalidad de Villa Alemana
- Universidades e Institutos Profesionales de la región.
- Establecimientos educacionales dependientes de la Corporación Municipal de Villa Alemana para el Desarrollo Social Área Educación, que pertenecen al radio de acción.
- Instituciones públicas y privadas en general que otorgan beneficios sociales, de educación, salud, vivienda, judicial, atención a niños, niñas y adolescentes, y su familia, y grupos prioritarios en general.

19.- ORGANIGRAMA




Director DR Mauricio Weiss Toro
Secretaría dirección.
Eugenia Armijo.
Oficina de partes.
Eugenia Armijo
Subdirector administrativo
DR: René Andrade Hernández
Servicios administrativos
Abastecimientos:
Viviana Aguilera
Contabilidad;
Mónica Hidalgo
Personal: Sandra Gómez
S.O.M.E: Natacha Gaytán
Unidades de Apoyo Clínico
Alimentación:
Margarita Cortés
Comunicaciones:
Dr. René Andrade
Jardín Infantil:
Nancy Araya
Servicio Social:
Daniela Maturana
Servicios Generales: Lavandería
Mantención
Movilización
Portería

CAPITULO II

DISEÑO DE INVESTIGACION

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fundamentación

Las expectativas, decepciones y cambios de enfoque que han acompañado la evolución del Sida desde su aparición, han afectado por la magnitud de la problemática a todas las fuerzas de salud pública. La espectacularidad de las cifras, unido al continuo incremento de casos observado durante la primera década, han provocado numerosos cambios de estrategia en la lucha contra lo que ya se ha transformado en una Pandemia.

El VIH/SIDA cada vez afecta más a los jóvenes y a los más vulnerables, especialmente a los niños. Más de una tercera parte de todas las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo tienen menos de 25 años.[1].

Sin embargo, los jóvenes siguen estando poco informados sobre las cuestiones fundamentales relativas al VIH y su prevención, considerando que la actividad sexual, que es la ruta principal de transmisión del VIH, comienza para la mayoría de las personas en la adolescencia, una proporción importante carece de información confiable y de una adecuada orientación en sexualidad.

Hoy en día los procesos de modernización y transformación social del mundo contemporáneo han generado importantes cambios en las pautas culturales y en las estructuras sociales existentes, y por extensión, en el desarrollo de los/as jóvenes, particularmente en su sexualidad, en su manera de vivirla y en los patrones de comportamiento sexual.

Esto se traduce, en forma importante, en el incremento de actitudes, conductas y situaciones problemáticas y nocivas para la salud, ligadas al ejercicio de la sexualidad, como lo son el embarazo no deseado, la aparición de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA.

---

[1] www.onusida.cl

Según cifras estadísticas que se generan a partir de las notificaciones de casos de VIH/SIDA que se comunican al Ministerio de Salud, señala que desde 1984, año en que se notifico el primer caso de Sida en Chile, al 31 de diciembre de 2004[2]se habían notificado 13.728 casos, de los cuales 6.509 eran casos de SIDA y 7.219[3], personas VIH+ asintomáticas en las trece regiones del país, y se ha informado el fallecimiento de 4.301 personas.

La tasa de incidencia acumulada para el período 1984-2004, de VIH/SIDA es de 97 casos por 100.000 habitantes, la mayor proporción está centrada en los hombres, que corresponden a 85,2% de los casos. Durante los últimos años se ha observado un aumento importante en el número de casos notificados en mujeres y un desplazamiento hacia grupos de población con menores niveles de escolaridad y ocupación.

Según regiones, las tasas de incidencia más altas, corresponden a las regiones Metropolitana (152,2 por 100.000 habitantes), la I región (137,1 por 100.000) y la V región (129,6 por 100.000).

Los principales grupos de edad afectados tienen entre 15 y 49 años y concentran el 90% de los casos, y no se observan diferencias significativas entre ambos sexos en relación a edad al diagnóstico.

Frente a esta realidad concreta se plantea un gran desafío desde el punto de vista de la necesidad de educación para la prevención y la no discriminación como únicas estrategias eficaces para detener la propagación de esta enfermedad.

El escenario más adecuado para responder con dicho desafío lo constituye el sistema educativo, que se transforma en un medio masivo para tratar acerca de temas relacionados con la sexualidad y de la prevención de conductas que pudieran tener consecuencias nocivas para la salud del y la adolescente y específicamente de aquellas relacionadas con la transmisión del VIH/SIDA.

---

[2] Año estadísticamente no cerrado, por latencia en las notificaciones

[3] Se refiere al número de personas con VIH notificadas, y no refleja necesariamente la situación real de la infección por VIH.

La premisa que subyace a este estudio, es la que considera que el ámbito escolar, es una de las principales instancias de socialización o de aprendizaje de roles y competencias para incorporarse y relacionarse de manera creativa con el entorno social. Es en consecuencia un espacio de formación social que vincula o inserta al individuo de manera más o menos adecuada al medio, en función de sus propias necesidades y de las demandas que éste le impone.

En términos ideales, el rol de la educación, en tanto función social, debería orientarse al desarrollo integral y armónico del individuo en su comunidad, lo que hace alusión al concepto de formación, crecimiento personal y desarrollo social. Así la sexualidad en tanto dimensión constitutiva de la Identidad personal y de expresión humana, requiere de una respuesta que atienda a las necesidades de aprendizaje de niños, niñas y jóvenes en esta importante área del desarrollo humano.

DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO:

El presente estudio es llevado a cabo en el Hospital Juana Ross de Peñablanca, a través de la Red Intersectorial VIH/SIDA en coordinación con la Comisión Mixta Salud Educación de la Comuna de Villa Alemana.

Los jóvenes tienen variadas razones por las que continúan exponiéndose al riesgo a través de conductas y prácticas concretas; esto quiere decir que la prevención requiere orientarse diversificadamente, según las prácticas de riesgo especificas de los distintos grupos de la población, como es el caso de los y las adolescentes.

El desconocimiento y la falta de información, o la entrega de información errónea son factores que influyen en conductas de riesgo de los adolescentes, por lo que para dirigirse eficazmente a este grupo es menester conocer cuales son sus prácticas, conocimientos y olvidos en el campo de su sexualidad y específicamente con respecto al VIH/SIDA.

De esta manera, el estudio ejecutado intenta aportar antecedentes a la línea de prevención llevada a cabo por la Red Intersectorial VIH/SIDA del Hospital de Peñablanca, a través del conocimiento que poseen con respecto a la enfermedad, el segmento etareo adolescente, lo que permitirá avanzar en su caracterización como sujetos/as juveniles que requieren una intervención adecuada a su realidad.

Preguntas Significativas:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca del VIH/SIDA que poseen adolescentes entre Octavo y Segundo Medio de 9 establecimientos educacionales de la Comuna de Villa Alemana?

- ¿Cuáles son los principales fuentes de información que utilizan los y las adolescentes para informarse acerca de su sexualidad y del VIH/SIDA?

- ¿De acuerdo al análisis de las variables en estudio, que aspectos deberían considerarse en el diseño de un programa de prevención del VIH/SIDA para su implementación en establecimientos educacionales de la comuna?

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General

"Determinar el nivel de conocimiento que poseen acerca del VIH/SIDA, los y las estudiantes que cursan entre octavo y segundo año medio, pertenecientes a nueve establecimientos educacionales de la Comuna de Villa Alemana, con el fin de establecer un diagnostico que permita el diseño de una propuesta para un programa de enseñanza escolar de prevención en la Comuna".

Objetivos Específicos

Objetivo nº 1: "Identificar las fuentes de información a través del cual los y las adolescentes se informan de temas relacionados con su sexualidad y con el VIH/SIDA"

Objetivo nº 2: "Determinar el nivel de conocimiento que poseen con respecto a las características de la enfermedad, magnitud y tendencia, vías de transmisión, conductas de riesgo y formas de prevención "

Objetivo nº 3: "Identificar como las variables, nivel de conocimiento, fuentes de información, percepción de riesgo y formas de prevención se constituyen en elementos de diagnostico para el diseño de un programa de VIH/SIDA en establecimientos educacionales de la comuna"

CAPITULO III

MARCO TEORICO

MARCO TEÓRICO

I.POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1. Presentación y Antecedentes

La epidemia del VIH/SIDA esta presente en Chile desde 1984, año en que se notifica el primer caso de transmisión por el virus, hasta el año 1989 se aborda como un área más del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud, solo a partir de 1990 se comienza a enfrentar esta enfermedad en toda la dimensión de su especificidad y complejidad implementando:

1. Una comisión permanente Intersectorial, integrados por los subsecretarios de salud, Interior, General de Gobierno, Educación, Justicia, Planificación y Cooperación, Trabajo y Previsión Social, de Carabineros e Investigaciones.
2. La Comisión Nacional del Sida, CONASIDA, presidida por el subsecretario de Salud, organismo responsable de la elaboración y coordinación ejecutiva del Programa de prevención y control del Sida. CONASIDA es el organismo técnico del Gobierno, dependiente del Ministerio de Salud, responsable de promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y disminución del impacto biosicosocial del VIH/SIDA y las ETS[4].

Desde el año 1990 se desarrollan en Chile las políticas y estrategias de prevención del VIH/SIDA y las ETS-ITS, basadas en las características de la epidemia, en una perspectiva que considera las realidades epidemiológicas actuales a nivel nacional y local, en información disponible de fuentes nacionales e internacionales, en objetivos estratégicos definidos en el marco de políticas gubernamentales de participación, descentralización y equidad en salud y de compromisos internacionales contraídos por el país para enfrentar la epidemia del VIH y las ETS-ITS.

[4] SIDA. Cecilia Sepúlveda, Alejandro Afani. Tercera Edición. Editorial Mediterráneo. Año 2002.

En lo referente a las políticas y estrategias de prevención, estas han debido adecuarse a las oportunidades y desafíos que ha planteado el proceso de reforma del sector salud, particularmente en las definiciones estratégicas y modelos de gestión acordes a las nuevas funciones y obligaciones en la salud pública de la población.

Entre los principales avances en materia de prevención en los últimos años se pueden destacar:

- Política y estrategias de prevención del VIH y ETS-ITS en desarrollo a nivel nacional y regional.
- Constitución y funcionamiento de Redes de trabajo en prevención del VIH y las ETS-ITS en las 13 regiones del país.
- Incremento de las acciones de prevención en regiones: planes regionales intersectoriales, campañas de comunicación social descentralizadas.
- Disponibilidad de información para la toma de decisiones: estudios en poblaciones vulnerables emergentes y evaluaciones de estrategias en curso.
- Transferencia de capacidades y competencias a equipos de salud y organizaciones sociales en diversas instancias de actualización técnica, socialización, coordinación, monitoreo y evaluación de las experiencias.
- Trabajo colaborativo intraministerial para el desarrollo de estrategias transversales: capacitación de equipos de atención primaria en salud sexual y sexualidad, programa de acceso a preservativos y consejería, entre otros.
- Compromiso sostenido del sector salud en las estrategias preventivas a través de herramientas como los PMG de Género y de Gestión Territorial Integrada y el compromiso de gestión del Plan de salud Pública, en el ámbito de la conducta sexual.
- Formalización de acuerdos con otros sectores de gobierno, mediante la firma de convenios marco de trabajo colaborativo con el SERNAM, Gendarmería, INJUV, MINEDUC, SENAME, entre otros.

2. Estrategia de Prevención del VIH/SIDA y las ETS-ITS

Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, definidos por el Gobierno, dan el Marco Global del accionar del Programa, que en el ámbito de la prevención se encuentra incluido en la siguiente área:
Control de los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida, cuyo propósito es **"Promover conductas sexuales seguras como la única manera de prevenir la infección por VIH/SIDA y las ETS-ITS y evitar los embarazos adolescentes no deseados"**
El Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA y las ETS-ITS tiene entre sus funciones principales, el desarrollo de estrategias y líneas de acción de prevención, en el marco de los siguientes objetivos estratégicos:

- Fortalecer una respuesta nacional, integral y descentralizada al VIH/SIDA y las ETS-ITS.
- Profundizar, sistematizar y socializar el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las ETS-ITS y aspectos relacionados para la toma de decisiones.
- Disminuir la transmisión del VIH/SIDA, las ETS-ITS y la discriminación.

En este contexto, desde su creación en 1990, la Comisión Nacional del SIDA, desarrolla diferentes líneas de trabajo que dan cuenta de niveles de acción, orientados a facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, los grupos y la sociedad.

1.-Nivel Individual: apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada, a través de la consejería directa y telefónica.

2.-Nivel Grupal Comunitario: socialización de aprendizajes entre pares frente a la prevención y gestión del riesgo, y promoción de ambientes sociales que valoren la prevención.

3.-Nivel Masivo: promoción del alerta social y la percepción de riesgo de la población, a través de las campañas de comunicación social, eventos comunicacionales, y el trabajo con comunicadores y medios de comunicación.

4.-Nivel Intersectorial: sensibilizar e incorporar a distintos sectores de gobierno en la respuesta colaborativa y articulada en una perspectiva de ampliar la responsabilidad social frente al VIH/SIDA y las ETS-ITS.

Dentro de las líneas de acción se encuentran actividades que se corresponden con estos niveles de trabajo ya descritos. Sin embargo, es relevante considerar que estrategias como los **Planes Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA o las Campañas De Comunicación Social,** constituyen acciones transversales y potenciadoras de los objetivos sanitarios y estratégicos en el ámbito de la prevención del VIH y las ETS-ITS. Un enfoque similar es posible apreciar en el desarrollo de los diferentes proyectos del Fondo Global de lucha contra el Sida, **un relevante aporte en términos técnicos y financieros, que ha permitido contar con recursos humanos, físicos y financieros para aumentar la cobertura e impacto de las acciones preventivas en sus ya 3 años de implementación.**

Los ejes temáticos que han sostenido la estrategia de prevención, han estado orientados a incidir en la gestión de riesgo frente al VIH - ETS-ITS y en la consideración de aquellos factores de vulnerabilidad en diferentes dimensiones que condicionan las capacidades de las personas y la población para un efectivo autocuidado de su salud sexual. Los avances de conocimiento en estos ejes, permiten actualmente, incorporar otras perspectivas a su desarrollo y afirma que se requiere buscar la transformación del "sujeto que gestiona el riesgo", en un/a "sujeto preventivo", promoviendo la proactividad de las personas en su autocuidado y vislumbrando apuestas preventivas con estrategias focalizadas, dirigidas a la disfunción de la vulnerabilidad en sus dimensiones más específicas.

3. Respuesta Regional Integrada

A continuación se presentan objetivos, estrategias, líneas de acción, metodologías y compromisos de gestión necesarios para avanzar a la conformación de una Respuesta Regional Integrada a la prevención del VIH y las ETS-ITS[5].

[5] Orientaciones para una respuesta regional integrada de prevención del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual. *Comisión Nacional del Sida. Ministerio de Salud. Santiago, Abril de de 2006.*

Objetivos:

- Fortalecer una respuesta regional, integrada y descentralizada a la prevención del VIH y las ETS-ITS.
- Disminuir la transmisión del VIH/SIDA, las ETS-ITS y la discriminación en la región.

Principales Estrategias

La estrategia de los Planes Regionales se implementa en las 13 regiones del país a partir del año 2000 y se fundamenta en la necesidad de generar una respuesta local pertinente al carácter biopsicosocial de la epidemia del VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS-ITS). Se rige por principios de participación social, descentralización y equidad. Esta estrategia, de carácter eminentemente socio-comunitario, destaca la apuesta por profundizar procesos de desconcentración territorial, fortaleciendo la discreción regional, a través de la realización de intervenciones focalizadas, en población más vulnerable al VIH y las ETS-ITS, con priorizaciones locales que den cuenta del desarrollo dinámico de estas enfermedades.

Estrategia 1: Intersectorialidad

Se refiere a la incidencia que tiene la participación de otros sectores públicos, en la implementación y en el desarrollo de marcos conceptuales enriquecidos para la prevención. La intersectorialidad es un elemento que puede contribuir a la optimización de los recursos invertidos en la temática, constituyendo un aspecto fundamental para la sustentabilidad, continuidad y permanencia de las acciones. La coherencia de cada alianza debe estar guiada por los elementos involucrados en la planificación, la(s) población(es) o grupos destinatarios de los proyectos, la vulnerabilidad, la metodología pertinente para maximizar los efectos sobre estos grupos, y el diagnóstico epidemiológico regional.

Estrategia 2: Asociatividad

Es fundamental promover y profundizar la asociación con la comunidad organizada, organizaciones y agrupaciones sociales locales e instituciones privadas, considerando aquellas con las cuales hay experiencias, así como

también otras aún no participantes. Para el cumplimiento de esta estrategia, resulta conveniente poner especial énfasis en el establecimiento de relaciones de trabajo horizontales y participativas, en todos los momentos del proceso de planificación, como lo son el diagnóstico, la formulación, ejecución, acompañamiento y evaluación de resultados de las acciones, generando capacidades en los equipos, organizaciones y personas que potencien la autonomía y la descentralización de la respuesta al VIH y las ETS-ITS.

Estrategia 3: Formación, Continuidad y Refuerzo de Redes

Tanto la intersectorialidad como la asociatividad, deben buscar su materialización a través de la conformación de redes o mesas de trabajo regionales. De acuerdo al caso de cada región, se debe promover la constitución de estas instancias y/o su fortalecimiento y continuidad. Es recomendable aunar esfuerzos y contemplar una instancia general regional de articulación, la que puede a su vez con tener equipos de trabajo por líneas de acción o temáticas. Es importante establecer redes de trabajo que tengan un asiento en programas y actividades diversas, asociadas a la Respuesta Regional Integrada al VIH y las ETS-ITS, e ir estableciendo criterios comunes para dar una respuesta articulada e intensiva, y junto con ello dar continuidad a las acciones desarrolladas precedentemente de un modo coherente y sumativo, no sólo desarrollar líneas de trabajo de modo repetitivo sino que profundizando logros y aprendizajes

Estrategia 4: Territorialidad, Trabajo Comunal

La adecuación de los Planes a la realidad de cada región, también debe contemplar el trabajo a nivel comunal, como una forma de ampliar el ámbito de cobertura de las acciones y promover la coherencia de las estrategias en todo el territorio regional. En este sentido, es necesario potenciar las alianzas con las municipalidades, los Departamentos Municipales de Salud, Direcciones de Desarrollo Comunitario (DIDECOS) y los profesionales de la atención en salud en todos sus niveles.

Estrategia 5: Descentralización de la Construcción y Gestión de las Respuestas

El proceso de Descentralización y desconcentración territorial de las políticas públicas es fundamental para dar cumplimiento a uno de los principales objetivos gubernamentales como es la reducción de las inequidades ya sean éstas sociales, económicas o territoriales. En este sentido esta estrategia favorece la desconcentración y la autonomía de las Regiones para construir una Respuesta a la epidemia del VIH y las ETS-ITS, al instalar capacidades, entregar recursos y herramientas para profundizar la Regionalización. Se deben formular acciones que permitan el desarrollo de capacidades por parte de los actores regionales, para fortalecer la gestión local del Plan y las respuestas frente al VIH/SIDA.

Estrategia 6: Compromisos de Gestión

Intersectorialidad

La estrategia de los Planes Regionales, define la inclusión del intersector en las diferentes líneas de trabajo. Esto tiene por objetivo enriquecer la mirada del sector salud, para abordar e implementar acciones concertadas en pos de la reducción de la vulnerabilidad de la población regional frente al riesgo de contraer VIH y/o ETS-ITS. En este sentido se valora la triangulación de miradas y la construcción de criterios comunes, tarea que ya se ha venido llevando a cabo desde el año 2000. A partir del año 2005, el VIH/SIDA y en particular la estrategia de Planes Regionales Intersectoriales, fue incluida en el PMG-Gestión Territorial Integrada, compromiso evaluado y validado desde la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE).

Focalización en Poblaciones Vulnerables

La Respuesta Regional de Prevención en Poblaciones Vulnerables Prioritarias 2006 cuenta con recursos nacionales y derivados del Proyecto del Fondo Global. Se entenderá que toda acción de prevención en Poblaciones Vulnerables Prioritarias, se focalizará en las siguientes poblaciones:

Población Vulnerable Prioritaria (PVP). definidas para el cumplimiento del compromiso de gestión, contienen a la población homo-bisexual, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), población transgénero, trabajadoras y

trabajadores sexuales e Internos(as) en recintos penitenciarios. En estas poblaciones se concentra la epidemia a nivel nacional y regional y por tanto destinatarios de un 70% de los proyectos del Plan Regional.

Poblaciones Vulnerables Emergentes (PVE), denominadas así por la necesidad de iniciar acciones y estudios centrados en categorías epidemiológicas y de carácter sociocultural. Se considerará Poblaciones Vulnerables Emergentes a: **Mujeres, Jóvenes, Trabajadores/as y Pueblos Originarios.**

PMG Género, La estrategia de los Planes regionales es parte del Programa de mejoramiento de la gestión (PMG), que incluye una meta para la reducción de la inequidad de género. Esto implica realizar un manejo conceptual y metodológico que, teniendo como propósito reducir la vulnerabilidad y alcanzar una gestión de riesgo efectiva en la población objeto de las intervenciones, incorpore las diferencias socioculturales entre, y desde, los géneros.

II. VULNERABILIDAD ANTE EL VIH Y LAS ETS EN LAS 13 REGIONES DEL PAIS

1. Antecedentes Generales

El Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA y ETS con poblaciones más vulnerables frente a la epidemia, se aborda en forma sistemática a partir del año 1997; su principal énfasis ha estado centrado en la ejecución de intervenciones preventivas, a través de la metodología de pares en el marco de la prevención del VIH/SIDA, las ETS y el abordaje de la no discriminación.

Fundamentación

Epidemiológica:

El análisis de la información epidemiológica que se genera a partir de las notificaciones de casos de VIH/SIDA que se comunican al Ministerio de Salud, señala al 31 de diciembre de 2004 se habían notificado 13.728 casos, de los cuales 6.509 eran casos de SIDA y 7.219 personas VIH+ asintomáticas en las trece regiones del país, este número da cuenta de personas con VIH notificadas, y no refleja necesariamente la situación real de la infección por VIH, y se ha informado el fallecimiento de 4.301 personas.

La tasa de incidencia acumulada para el período 1984-2004, de VIH/SIDA es de 97 casos por 100.000 habitantes, la mayor proporción está centrada en los hombres, que corresponden a 85,2% de los casos. Durante los últimos años se ha observado un aumento importante en el número de casos notificados en mujeres y un desplazamiento hacia grupos de población con menores niveles de escolaridad y ocupación. Según regiones, las tasas de incidencia más altas, corresponden a las regiones Metropolitana (152,2 por 100.000 habitantes), la I región (137,1 por 100.000) y la V región (129,6 por 100.000).

Los principales grupos de edad afectados tienen entre 15 y 49 años y concentran el 90% de los casos, y no se observan diferencias significativas entre ambos sexos en relación a edad al diagnóstico. Las mayores tasas de incidencia acumulada para el período 1984-2004 por regiones corresponde a la Región Metropolitana (152,2 casos por 100.000 habts), Región de Tarapacá (137,1 casos por 100.000) y la Región de Valparaíso (129,6 casos por 100.000). En relación a la vía de adquisición, el 95% de las personas notificadas declara haber adquirido el virus a través de relaciones sexuales no protegidas, el 65,5% de éstas son hombres homobisexuales.

Condicionantes socioculturales:

Poblaciones Vulnerables Prioritarias: Los hallazgos que arrojaron los procesos de sistematización[6] en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, reafirmaron la necesidad de profundizar en las estrategias desarrolladas en estas poblaciones, de manera de permitir la continuidad y las proyecciones de esta línea de trabajo en función de:

- Mejorar la focalización de las distintas poblaciones a intervenir para dar cuenta de sus distintas particularidades.
- Profundizar en la caracterización epidemiológica y social de las distintas poblaciones integrantes de las PVP.
- Aumentar la inversión de recursos y distribuirlos de acuerdo a las necesidades y particularidades de cada una de las regiones y de las poblaciones vulnerables.

[6] Sistematización del Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias, Capítulo 2: "Exploración teórica y referencial Relacionada con las respuestas a la epidemia del VIH/SIDA y las ETS en las PVP" y Capítulo III, Construcción de la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA y las ETS en las PVP: Caminando hacia la No discriminación y la Salud Integral, acápite Consideraciones Generales y propuestas. Equipo de Sistematización, Conasida, año 2004.

Además en el marco del proceso de evaluación[7] desarrollado, se constata la necesidad de profundizar la implementación de la estrategia nacional de prevención en VIH/SIDA y ETS-ITS hacia las diversas poblaciones vulnerables prioritarias. En este contexto, los desafíos están referidos a contenidos, objetivos y acciones directas del trabajo en prevención, entre los que destacan:

- Profundizar en los conocimientos y experticias asociados al trabajo en PVP; avanzar en aspectos teórico-técnicos, a través de procesos de reconceptualización de criterios y categorías claves; así como la ampliación y profundización del concepto de Vulnerabilidad.
- Dar continuidad a caracterizaciones y diagnósticos actualizados de las distintas poblaciones vulnerables prioritarias; así como al monitoreo de los resultados de los procesos de implementación y ejecución de los proyectos en PVP.
- Definir con claridad las características, condiciones y utilidad de los modelos implementados.

Poblaciones Vulnerables Emergentes: Entre los hallazgos más significativos de los estudios en poblaciones vulnerables emergentes[8] realizados en mujeres, jóvenes, trabajadores, personas de sectores rurales, pueblos originarios y personas emigrantes de zonas fronterizas, se encuentran los siguientes elementos generales que inciden en la implementación de estrategias preventivas:

- Se evidencian avances en las transformaciones culturales vinculadas a los comportamientos sexuales, no obstante, permanecen y coexisten nociones arraigadas tradicionalmente en relación a **género, prácticas sexuales y gestión de riesgo.**
- Percepción del VIH/SIDA como un problema que afecta a "otros" y que pertenecerían a personas que presentan comportamientos contrarios a un "deber ser", deseable socialmente.
- También se constató que los elementos de vulnerabilidad y riesgo presentes en estas poblaciones están condicionadas por las

---

[7] Evaluación del Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias del Área de Prevención de CONASIDA. "Elementos de conclusión y recomendación" capitulo VI. FLACSO Chile, Septiembre 2005.

[8] Resúmenes Ejecutivos de los Informes de Resultados de los estudios de Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y ETS en PVE, realizados por FLACSO (Mujeres), CEM (Trabajadores), Proyecta (Población Rural), Fundación Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile (Jóvenes), CIEG Universidad de Chile (Pueblos Originarios) y OIM en el caso de migrantes de zonas fronterizas.

particularidades y realidades específicas que enfrentan las personas en el medio donde se desenvuelven. Ellas corresponden a **variables como niveles socioeconómicos, educacionales, género, aislamiento geográfico**, entre otras.

- ❖ Lo anterior, con diversos matices según se trate de una u otra población estudiada, incide en la incorporación consistente de estrategias preventivas frente al VIH/SIDA y las ETS-ITS.

2. Ejes temáticos en desarrollo

La **Vulnerabilidad al VIH/SIDA y las ETS-ITS** ha constituido desde los inicios uno de los 2 ejes centrales de la Estrategia de Prevención desde CONASIDA y se relaciona con el imperativo de abordar las inequidades y desigualdades sociales que determinan el insuficiente o nulo control de las personas sobre el propio riesgo de adquirir el VIH o las ETS-ITS, o por los problemas de acceso a una atención adecuada. A partir de la aplicación de las dimensiones de la vulnerabilidad se han establecidos criterios para agrupar a sectores de la población que las comparten, permitiendo contar con categorías operativas para la focalización de las Políticas Públicas. Ello en virtud de la aplicación de principios tales como:

- Reconocimiento de una o varias dimensiones de vulnerabilidad que afectan a un grupo de personas.
- Reconocimiento de la incidencia del VIH y ETS-ITS en dicho grupo social.
- Consideración de la información epidemiológica.
- Consideración de resultados de estudios sobre comportamientos específicos frente al riesgo individual.

En este marco, en los últimos años, la vulnerabilidad se ha abordado a través de la focalización en dos grandes poblaciones:

a) **Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP),** denominadas así por la necesidad de priorizar acciones en estos grupos debido a criterios centrados en categorías epidemiológicas y de comportamiento sexual. En esta línea se han focalizado acciones en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH); Trabajadores(as) en Comercio Sexual; Población Transgénero y Población Homo Bisexual.

b) **Poblaciones Vulnerables Emergentes (PVE),** denominadas así por la necesidad de iniciar acciones y estudios centrados en categorías epidemiológicas y de carácter sociocultural. En esta línea se encuentran: Jóvenes; Mujeres; Población Rural; Población Emigrante; Pueblos Originarios y Trabajadores.

4.1. POBLACIONES VULNERABLES PRIORITARIAS

La Respuesta Regional de Prevención en Poblaciones Vulnerables Prioritarias cuenta con recursos nacionales y derivados del Proyecto del Fondo Global, toda acción de prevención en Poblaciones Vulnerables Prioritarias se focaliza en las siguientes poblaciones:

- Población Homo Bisexual y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).
- Comercio Sexual Masculino Adulto.
- Comercio Sexual Femenino Adulto.
- Población Transgénero
- Población Privada de Libertad

a) Metodologías de intervención

Las líneas de intervención se orientan al logro de los siguientes objetivos:

- Profundizar el conocimiento y comprensión de las condiciones de vulnerabilidad que afectan el autocuidado efectivo y la prevención de la transmisión del VIH y las ETS-ITS a nivel local para mejorar la pertinencia y resultados de las intervenciones.

- Ampliar el alcance y cobertura de las intervenciones preventivas, utilizando metodologías innovadoras y facilitando el acceso a nuevas poblaciones destinatarias y personas.

A continuación se presenta por región, líneas de trabajo y Estrategias a desarrollar que considera criterios poblacionales, epidemiológicos y distribución de recursos en la totalidad de las regiones del país con Poblaciones Vulnerables Prioritarias.

Tabla 1

Poblaciones Vulnerables Prioritarias

Tasa Incidencia Acumulada

REGIÓN	% Población	Proyección población 2006	Tasa incidencia acumulada 1984-2004
I	**2,8**	**465.913**	**137,1**
II	3,3	536.997	94,4
III	1,7	276.482	36,8
IV	4,0	655.734	67,4
V	**10,2**	**1.673.932**	**129,6**
VI	5,2	848.599	30,1
VII	6,0	987.168	40,8
VIII	12,3	2.023.654	37,9
IX	5,8	945.248	29,7
X	7,1	1.166.576	34,5
XI	0,6	99.459	34,9
XII	1,0	163.959	36,8
RM	**40,1**	**6.588.953**	**152,2**

4.2. POBLACIONES VULNERABLES EMERGENTES

La presente línea de acción corresponde a la continuidad del Proyecto Desarrollo de Modelos y Estrategias de Prevención en Poblaciones Vulnerables Emergentes (PVE), realizado en el marco del Proyecto Fondo Global

a) Metodología de Intervención:

Las acciones en regiones se orientan al logro de los siguientes objetivos:

- Incorporar una línea de estudios regionales para avanzar en el conocimiento y la elaboración de estrategias pertinentes para abordar la prevención del VIH/SIDA y las ETS-ITS en las poblaciones vulnerables emergentes, acordes a las realidades locales.
- Ampliar las acciones de prevención hacia población vulnerable emergente, a través de la validación de estrategias y material surgido tras la experiencia en esta área.

Para el Cumplimiento de estos objetivos se propone la implementación de las siguientes líneas de trabajo:

Para el Cumplimiento de estos objetivos se propone la implementación de las siguientes líneas de trabajo:

b) Línea Iniciativas Focalizadas de Prevención para la Validación de Materiales en Poblaciones Vulnerables Emergentes:

Esta línea tiene el propósito de desarrollar acciones preventivas frente al VIH/SIDA y las ETS-ITS(s) en Poblaciones Vulnerables Emergentes, a través de la validación de estrategias y materiales propuestos y sus objetivos específicos son:

- Dar a conocer, a las personas y organizaciones de PVE, que participen de las iniciativas focalizadas en prevención, las estrategias y materiales propuestos.
- Conocer la pertinencia, efectividad, ámbitos de validez y replicabilidad de las estrategias y materiales propuestos.
- Construir propuestas regionales específicas de estrategias y materiales para el desarrollo de acciones preventivas en la(s) PVE(s) focalizadas.

c) Línea Estudios Regionales en Vulnerabilidad y Poblaciones Vulnerables Emergentes:

Los objetivos generales para esta línea están orientados a la necesidad de avanzar en el conocimiento de aquellos aspectos sociales, culturales, económicos, geográficos, históricos, psicológicos y otros, que particularizan la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y obtener insumos para la focalización y generación de estrategias de prevención frente al VIH/SIDA acordes con la realidad regional y local.

Los objetivos específicos son:

- **Describir y analizar los elementos que caracterizan la vulnerabilidad y el riesgo frente al VIH/SIDA** en Poblaciones Vulnerables Emergentes que sean de interés regional, de acuerdo a la información de los diagnósticos regionales.
- Generar estrategias pertinentes para abordar la prevención del VIH/SIDA y las ETS-ITS(s) con las personas que forman parte de estas poblaciones.

Esta línea se llevara a cabo en regiones de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 2

Población Vulnerable Emergente

Distribución según región de prevalencia

Región	Población Vulnerable Emergente
I	*Mujeres, Pueblos Originarios, Jóvenes.*
II	Mujeres y Trabajadores
III	A definir de acuerdo al diagnóstico regional
IV	A definir de acuerdo al diagnóstico regional
V	**Mujeres, trabajadores, pueblos originarios, jóvenes.**
VI	A definir de acuerdo al diagnóstico regional
VII	Rural
VIII	Jóvenes y trabajadores
IX	Pueblos Originarios
X	Mujeres
XI	A definir de acuerdo al diagnóstico regional
XII	A definir de acuerdo al diagnóstico regional
RM	Mujeres, Jóvenes, trabajadores, pueblos originarios.

III. ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA

Introducción.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido como una nueva entidad clínica en el año 1981. Desde entonces, se han logrado importantes avances, reconocer el agente causal, desarrollar métodos de pesquisa y diagnostico de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia humano (VIH) conocer las características de la historia natural de la enfermedad en los diferentes grupos y poblaciones afectadas, lo que ha permitido diseñar métodos y estrategias de prevención, y lograr un mas acabado y profundo conocimiento de la enfermedad. Sin embargo, debido a sus devastadoras consecuencias en la población, la epidemia del VIH/SIDA ha sido declarada por la Organización de Naciones Unidas como una amenaza a la seguridad mundial, no solo por las personas que han muerto por su causa, sino también por el colapso que ha provocado en el ámbito económico, en las políticas sanitarias, así como su impacto demográfico en la población. Al encontrarse en la segunda década desde la aparición de la epidemia, los esfuerzos educativos dirigidos a prevenir la epidemia a nivel mundial parecen ser insuficientes, por lo que la Asamblea General de Naciones Unidas, reunida especialmente para tratar la amenaza que significa este flagelo para la humanidad potencio la creación de un Fondo mundial para enfrentar la Pandemia[9], y específicamente se comprometió a intensificar las respuestas y reducir la prevalencia en la población joven la cual es la mas afectada.

Algunas de las metas establecidas, fueron las siguientes:

- **Reducir en un 25% la incidencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años en los países más afectados para 2005, y en un 25% en todo el mundo para 2010**
- **Asegurar que un 90% de los jóvenes de 15 a 24 años disponen para 2005 de los conocimientos, la educación, las aptitudes para la vida práctica y el acceso a los servicios necesarios para protegerse contra el VIH, y un 95% para 2010.**

[9] VIH/SIDA y Mundo Laboral. Universidad Arcis, FLACSO Chile. Santiago 2005.

ASPECTOS BIOLOGICOS

1.-Antecedentes Biológicos

En la actualidad, se conocen 2 virus capaces de causar el SIDA; el virus de inmunodeficiencia humana 1 (VIH1) y el virus de inmunodeficiencia humana 2 (VIH2). Ambos se caracterizan por una gran capacidad de variabilidad genética y son capaces de conducir a una pérdida gradual de linfocitos CD4 con una disfunción progresiva del sistema inmune que se asocia a enfermedades oportunistas y neoplasias que finalmente llevan a la muerte. En el transcurso de la enfermedad se reconocen tres fases: la fase primaria, cuando el **VIH** ingresa en la corriente sanguínea, se adhiere al linfocito, y transcribe el **ARN** vírico en **ADN**, que se introduce en el núcleo del linfocito para formar parte del código genético de la célula. Cuando sucede esto se pasa a la segunda etapa, la fase crónica asintomática, el virus va destruyendo poco a poco los linfocitos ***T4***, pero el sistema inmunitario es fuerte aún y puede ir regenerando los linfocitos destruidos; en esta etapa los síntomas no se presentan en la persona. En términos generales, las dos primeras se conocen como etapa A de la enfermedad y durante ellas, con frecuencia, la persona ignora su condición. Con el deterioro del sistema inmunológico, se llega a la etapa de síntomas y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA clínico o etapa C) que, de no mediar tratamiento antiretroviral (TAR), culminan en la muerte del paciente después de un período total de tiempo variable que, en promedio, es de 9 a 11 años. **EL SIDA, es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).** Al principio de la década de 1980 se detectaron diversos fallecimientos debidos a infecciones oportunistas que también se habían observado en pacientes transplantados que recibían una terapia inmunosupresora para evitar el rechazo al órgano transplantado. Al parecer, un gran número de estos fallecimientos se producían en varones homosexuales. En 1983, un especialista francés en cáncer, Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, consiguió aislar un nuevo retrovirus humano en un nódulo linfático de un hombre que padecía un síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Por esas mismas fechas, científicos americanos consiguieron también aislar un retrovirus en enfermos de SIDA, así como en personas que habían mantenido relaciones con pacientes con SIDA. Este virus, conocido como VIH en la actualidad, resultó ser el agente causante

del SIDA. Es importante considerar que el contraer el VIH no implica necesariamente que la persona vaya a desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aunque a aquellos pacientes a los que se les ha detectado el VIH se les considera, erróneamente, como enfermos de SIDA. De hecho, se tiene constancia de que algunas personas han tenido el VIH durante más de diez años sin que, durante este tiempo, hayan desarrollado ninguna de las manifestaciones clínicas que definen el diagnóstico de SIDA.

2.-Desarrollo de la enfermedad

Desde que a una persona adquiere el VIH hasta que desarrolla el SIDA suelen transcurrir entre 6 y 10 años. El estudio de la evolución de la enfermedad puede realizarse a través de distintos marcadores de laboratorio o por las manifestaciones clínicas que van apareciendo. Dentro de los marcadores bioquímicos se puede considerar el descenso de la cifra de linfocitos T CD4 que, hasta hace relativamente poco tiempo, ha sido la principal referencia para catalogar el estadio de evolución de la enfermedad. Desde 1996, la determinación de la cantidad de virus circulante en la sangre de la persona enferma, que recibe el nombre de carga viral, se ha convertido en el principal marcador de la evolución de la enfermedad. Es importante señalar, además, que el desarrollo del VIH en niños tiene algunas características clínicas, inmunológicas y virológicas distintas de las del adulto. Los niños exhiben recuentos de CD4 y CV significativamente más altos que los adultos, el período de incubación del VIH es más corto y las manifestaciones clínicas son multisistémicas y con frecuencia inespecíficas, caracterizándose por una mayor frecuencia, severidad, duración, refractariedad a tratamiento y recurrencia de las patologías propias de la infancia, además de infecciones oportunistas.

Durante el desarrollo de la enfermedad la mayoría de los pacientes experimentan, al cabo de unas tres semanas de haber adquirido el virus VIH, una serie de síntomas pseudogripales como fiebre, cefalea, eritema, linfoadenopatías y sensación de malestar. Estos síntomas desaparecen al cabo de una o dos semanas. Durante esta fase, llamada fase de infección aguda, el VIH se multiplica a una gran velocidad, sufriendo diversas mutaciones genéticas. En un primer momento, se produce un descenso de la cifra de linfocitos T CD4 pero, al poco tiempo, alcanzan unas cifras normales en respuesta a una activación del sistema inmunológico. Los individuos son

altamente transmisibles durante esta fase. A continuación se pasa a una fase, llamada fase asintomática, que puede durar diez años o más. Durante este periodo, el virus continúa replicándose causando una destrucción progresiva del sistema inmune. El recuento de linfocitos T CD4 suele ser normal. En la fase siguiente, denominada fase sintomática precoz, se suele iniciar el desarrollo de síntomas de enfermedad clínica y suelen aparecer infecciones oportunistas leves. Se llega, por último, a la fase denominada SIDA o fase de enfermedad avanzada por VIH en la que aparecen las enfermedades y tumores definitorios del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

3.- Formas de Transmisión

El virus del SIDA, para fortuna de todos los seres humanos, no puede transmitirse como un resfriado común, pues necesita de determinadas condiciones para ser transmitido y sobrevivir. El virus es frágil, no permanece con facilidad y además tiene un periodo muy corto de actividad fuera del organismo. Además es sensible al calor, no puede resistir más allá de los 60 grados centígrados. Otra ventaja que tiene el virus para el hombre es que para poder ser transmitido necesita penetrar con una cantidad determinada de virus, si no lo puede hacer de esta manera, la persona puede ser inmune a la infección. Los lugares en los que se encuentra en cantidades que pueden causar la transmisión son **en la sangre, el esperma, flujo vaginal, leche materna y otras secreciones vaginales**. Así mismo, se puede encontrar en otros fluidos corporales pero en cantidades inferiores. El virus presente en los flujos sexuales de hombres y mujeres puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones homo o heterosexuales. Existen diferentes medios de transmisión, que se describen a continuación:

a. Transmisión sexual

En un principio se decía que los contagios sólo se producción a consecuencia de prácticas homosexuales; sin embargo, hoy en día se puede ver que también las heterosexuales son una fuente de contagio. Para que el virus se transmita de esta manera es necesario que exista penetración sin protección, la penetración puede ser por medio vaginal o anal. El virus se transmite debido a las heridas microscópicas que toda penetración provoca, así es como al momento de estar la herida abierta, el semen o el flujo vaginal infectado entra

en contacto con la sangre de la otra persona. En teoría, el sexo oral es también una fuente de infección siempre y cuando existan heridas en la boca o en el miembro de la pareja. Por otro lado es preciso apuntar que los besos no lo transmiten, a pesar de lo intensos que lleguen a ser, pues la cantidad de virus encontrada en la saliva no es suficiente para el contagio. Si embargo, si existen heridas expuestas en ambas personas, sí puede llegar a transmitirse el virus.

b. Transmisión sanguínea

La sangre es la fuente más importante de contagio, pues es una zona donde la cantidad de virus concentrada es la indicada para transmitirlo a cualquier persona. Hoy en día la transfusión de sangre a través de un banco no genera gran problema, dado que desde 1985 todos los donantes deben someterse a las pruebas correspondientes de detección de VIH.

La transmisión por sangre también se da a través de las siguientes situaciones:

- Compartir agujas y jeringas durante prácticas de drogadicción intravenosa

- Cortes y punciones con instrumentos punzantes o cortantes contaminados con sangre que esta contaminada.

c. Transmisión vertical

Esta transmisión puede producirse durante el embarazo a través de la placenta o bien durante el parto. Sin mediar intervenciones preventivas, la tasa de transmisión vertical del VIH alcanza en promedio un 25%, pudiendo llegar al 40% cuando se mantiene la lactancia materna. La transmisión vertical del VIH se produce en un 35% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en un 65% durante el parto por exposición a sangre materna o secreciones cervicovaginales. La lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14 a 17%. En todas estas instancias existen intervenciones efectivas para prevenir la transmisión vertical del VIH. Los métodos de eficacia probada en la prevención de la transmisión vertical del VIH son: la detección precoz del VIH materno, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual intercurrentes, la cesárea electiva, la suspensión de la lactancia materna, el uso de antiretrovirales por la madre durante el embarazo y el parto y el uso de antiretrovirales en el recién nacido. Con estas intervenciones, la tasa de transmisión del VIH puede

reducirse a menos del 2%, dependiendo de factores como CD4 y CV de la madre, ruptura prematura de membranas, infección ovular, etc.

Después del nacimiento, el amamantamiento es una fuente potencial de transmisión del virus, por lo que también se recomienda a las mujeres VIH positivas que no amamanten a sus hijos. Sin embargo, estas madres pueden proporcionar todos los otros cuidados que necesita el niño o niña, sin peligro de transmitir el virus.

Diagnostico

Aunque el síndrome de inmunodeficiencia adquirida se detectó en 1981, la identificación del virus VIH como agente causal de la enfermedad no se produjo hasta 1983. En 1985, la primera prueba de laboratorio para detectar el VIH, empezó a utilizarse en los bancos de sangre a través de técnicas de análisis inmunoenzimatico **TEST DE ELISA**, Este test permitía detectar si la sangre contenía anticuerpos frente al VIH. Sin embargo, durante las 4 a 8 semanas siguientes a la exposición al VIH, la prueba es negativa porque el sistema inmunológico aún no ha desarrollado anticuerpos frente al virus. En 1996, se aprobó la utilización en los bancos de sangre de una prueba de laboratorio suplementaria que permitía detectar antígenos del VIH que son proteínas del propio virus. Esta prueba permite, por tanto, identificar el virus antes de que el sistema inmune fabrique sus anticuerpos. Las técnicas de Elisa actuales, de tercera generación, son las más ampliamente utilizadas en la detección de la infección por el VIH por su gran sensibilidad. Sin embargo para una mayor precisión y confiabilidad, se utiliza otra técnica para confirmar los resultados que entrega ELISA, el **WESTERN BLOT** en la actualidad el método mas aceptado para la confirmación de la presencia de anticuerpos para el VIH-1.

Tratamiento

En países del hemisferio norte se ha logrado revertir el aumento en la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA mediante la administración de TAR de alta eficacia a las PVVIH con deterioro inmunológico y con alto riesgo de progresión y muerte. Desafortunadamente, menos del 5% de las personas con VIH en el mundo recibe TAR. En Chile, desde que irrumpió la epidemia, la tasa de mortalidad por VIH/ SIDA comenzó a aumentar progresivamente. El inicio de la TAR con una droga (monoterapia) en el año 1993 y, posteriormente, con 2

drogas (biterapia), produjeron una reducción transitoria en la mortalidad. En el año 1999, se comienzan a distribuir en el Sistema Público de Salud las TAR de alta eficacia (terapias con 3 drogas) y, en el año 2001, se inicia un programa de acceso expandido a TAR que logra un 100% de cobertura hacia fines del año 2003 y se asocia a reducción sostenida en la letalidad por VIH y a una reducción en la incidencia de SIDA en Chile, sin que, a la fecha, se observe una reducción en la tasa de infección por VIH. También se ha podido demostrar la eficacia de la TAR triple y su impacto en la expectativa de vida. En el estudio de evaluación del impacto de las TAR en PVVIH beneficiarias del Sistema Público de Salud, para un universo de 2.103 pacientes sin experiencia previa con antiretrovirales, se demostró una sobrevida actuarial superior a 90% a 2 años. La mortalidad en TAR ocurrió principalmente en pacientes que iniciaron TAR con enfermedad muy avanzada y en los primeros meses de tratamiento, antes de que se obtuvieran los beneficios clínicos e inmunológicos. La eficacia de la TAR es máxima en pacientes que inician tratamiento antes de que se produzca un deterioro clínico e inmunológico extremadamente avanzado. Actualmente se considera que el tratamiento más efectivo para luchar contra el VIH es la combinación de tres medicamentos tomados conjuntamente, dos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa y un inhibidor de la proteasa. Un segundo problema en el uso de nucleósidos es la aparición de formas resistentes a la acción de estos medicamentos, debido a la facilidad del virus para realizar mutaciones y también debido a su alta tasa de replicación, sobre todo en las primeras fases de la infección.

Aunque estas combinaciones pueden dar lugar a importantes efectos secundarios, cuando se usan con precaución pueden llegar a reducir los niveles del virus en sangre hasta cifras prácticamente indetectables.

En Chile, la Ley de Garantías Explicitas en Salud AUGE, resguarda las condiciones de acceso, oportunidad y cobertura financiera con que serán cubiertas enfermedades de alto impacto, entre ellas el VIH/SIDA. Así, la cobertura financiera es para todos/as los/as beneficiarios/as de FONASA y se debe brindar terapia antirretroviral en un plazo de 40 días desde la notificación oficial.

IV CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL VIH/SIDA.

Presentación

A continuación se presenta el análisis de la información epidemiológica que se genera a partir de las notificaciones de casos de VIH/SIDA que se comunican al Ministerio de Salud, a través de CONASIDA[10], la cual señala que al 31 de diciembre de 2004[11] se habían notificado 13.728 casos, de los cuales 6.509 eran casos de SIDA y 7.219[12], personas VIH+ asintomáticas en las trece regiones del país, y se ha informado el fallecimiento de 4.301 personas.Se incorporan también las estimaciones de personas viviendo con VIH/SIDA, realizadas por ONUSIDA, Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA.Además se realiza una estimación del número de personas que viven con VIH/SIDA, casos de SIDA, VIH totales y defunciones, que permiten dimensionar la epidemia chilena.

Introducción.

El comportamiento y magnitud del VIH, el virus que produce el SIDA, y la evolución de la epidemia han supuesto un auténtico reto para los profesionales de la salud. Desde su aparición a principios de los años 80, tanto el número de personas viviendo con el VIH como la incidencia de Sida han seguido creciendo sistemáticamente.Las estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), muestran que hasta fines de 2005, había en el mundo un total de 40 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, con un rango que va desde 34 a 46 millones; de los cuales, 37 millones correspondían a adultos y 2.5 millones a menores de 15 años. Las defunciones fueron 3.0 millones, correspondiendo 2.5 a adultos y 500.000 a niños (Tabla 1). Se calcula que durante el 2005, un total de 5 millones de personas adquirieron la infección a nivel mundial, 4.2 adultos y 700.000 menores de 15 años.[13]

---

[10] Orientaciones para la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH/SIDA y las enfermedades de Transmisión Sexual. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. Santiago, Abril de 2006

[11] Año estadísticamente no cerrado, por latencia en las notificaciones

[12] Se refiere al número de personas con VIH notificadas, y no refleja necesariamente la situación real de la infección por VIH.

[13] ONUSIDA, 2005.Situación de la epidemia de SIDA en el Mundo.

RESUMEN Mundial del VIH SIDA: FUENTE ONUSIDA 2005
PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA:
TOTAL: 40.0 millones (rango 34 – 46 millones)
ADULTOS: 37.0 millones (rango 31 – 43 millones)
MENORES DE 15 AÑOS: 2.5 millones (rango 2.1 – 2.9millones)
NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN 2005:
TOTAL: 5.0 millones rango 4.2 – 5.8 millones)
Adultos: 4.2 millones (rango 3.6 – 4.8 millones)
Menores de 15 años: 700.000 mil (rango 590.000–810.000 mil)
Defunciones por SIDA durante 2005: 3.0 millones (rango 2.5 – 3.5 millones)
Adultos: 2.5 millones (rango 2.1 – 2.9 millones)
Menores de 15 años: 500.000 mil (rango 420.000-580.000 mil)

A nivel mundial, en gran parte de África subsahariana la prevalencia del VIH permanece establemente elevada. Es decir, persisten niveles altos de nuevas adquisiciones del virus las cuales se juntan con elevadas cifras de mortalidad por SIDA. Además de la epidemia de África subsahariana, donde se calcula que el 30% de los habitantes estarán contagiados para el año 2010.otras epidemias más recientes continúan creciendo, es así como las de China, Papúa Nueva Guinea, Vietnam, algunas repúblicas de Asia Central, los Estados Bálticos y África del Norte.

En América Latina y El Caribe se estiman actualmente en más de 2.0 millones las personas viviendo con VIH/SIDA. A lo menos 100.000 personas fallecieron de SIDA en este período, siendo un número muy elevado que ubica a la zona después de África subsariana y Asia. La principal modalidad de transmisión en Latinoamérica sigue siendo por relaciones sexuales entre hombres, seguida por las prácticas asociadas al uso de drogas inyectables, apreciándose desde los años 90 un incremento de la transmisión heterosexual. La relación entre hombres y mujeres viviendo con VIH se ha estrechado en el tiempo llegando hasta 3 hombres por cada mujer en América Latina y 2 hombres por cada mujer en El Caribe, confirmando que existe una tendencia a la feminización de la epidemia. Lo anterior parece desempeñar un rol importante en la feminización

de la epidemia, puesto que algunas investigaciones demuestran que una proporción importante de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres.[14] Sin embargo, existe gran variabilidad del patrón de transmisión al interior de la región. Un ejemplo de esto es el caso de Argentina, en donde la categoría de exposición mayoritaria es a través de compartir jeringas durante la práctica de uso de drogas inyectables[15]. Así, el 40% de los nuevos casos de ese país corresponde a casos transmitidos por prácticas asociadas al uso de drogas intravenosas. Para varios países de la zona constituye una preocupación la relación entre drogas y VIH, en el entendido que el consumo de drogas por cualquier vía favorece conductas de riesgo.América Latina y El Caribe presentan factores que favorecen la propagación del VIH dentro de los cuales destacan las desigualdades e inequidades socioeconómicas y de género junto a la movilidad de la población. Afortunadamente, cada vez es más evidente la determinación de los diferentes países por enfrentar y frenar la epidemia VIH/SIDA. Es así como los Gobiernos, el Sistema de Naciones Unidas y la Sociedad Civil se han propuesto trabajar en conjunto para canalizar recursos desde el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Este aporte apunta a disminuir el impacto de la epidemia, incluyendo los esfuerzos por proporcionar terapia antirretroviral. El Fondo cuenta con más de 4.700 millones de dólares en promesas de contribuciones, y ha aportado fondos a 93 países, uno de los cuales es Chile.
Este financiamiento contribuye a dar cumplimiento a los Compromisos Declarados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el 2001, donde se fijaron metas específicas con plazos determinados en la lucha contra el VIH/SIDA (compromisos adquiridos por los países en la Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas)[16].

Estimaciones

En Chile la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA se realiza fundamentalmente por mecanismo pasivo, por notificación obligatoria de los casos de SIDA y personas VIH+ asintomáticas (portadoras) diagnosticadas en el país. También

---

[14] ONUSIDA, 2005. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA.

[15] Boletín sobre el SIDA en Argentina, 2004.

[16] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el vih/sida – Onusida 2004.

se realizan eventuales estudios de seroprevalencia de VIH, que corresponde al mecanismo activo de la vigilancia. La sensibilidad del sistema de vigilancia pasiva de SIDA, es decir, la probabilidad de que un caso sea notificado, de acuerdo al proceso de revisión de los certificados de defunción iniciado en 1991, se estimó en 75% en 2004, es decir, la subnotificación alcanzó a 25.0%, no existiendo patrones de comparación con otras patologías. Sin embargo se ha producido un aumento respecto al año anterior, ya que el 2003 se encontró una sensibilidad del sistema de 72.5% con una subnotificación de 27.5%.

Los cambios podrían ser explicados por mejorías en el registro de las causas de muerte en los certificados de defunción por parte de los profesionales médicos producto de la disminución de la estigmatización de los afectados y a mejorías en Estadísticas del Ministerio de Salud (Minsal). Se han desarrollado diversas metodologías a nivel mundial para estimar el número real de personas afectadas por VIH/SIDA. En el caso de Chile el análisis de la información generada por el sistema de vigilancia pasiva permite caracterizar la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país y se muestra en los siguientes datos[17].

1.- Estimación personas VIH asintomáticas.

Para estimar las personas viviendo con VIH se multiplica cada caso de SIDA por 3.76, empleando el resultado obtenido para Chile mediante el método de retrocálculo[18] en la publicación obtenido en Chile[19]. Con este cálculo se estiman en 38.461 las personas con VIH acumuladas desde 1984, considerando tanto los casos de las personas vivas como las fallecidas.

2.- Estimación de casos nuevos por día.

Si se producen aproximadamente 573 casos de SIDA nuevos al año, se estima que existen 2.154 personas al año, es decir, 5.9 personas/día[20].

---

[17] **www.Conasida.cl**

[18] "Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe", SIDALAC, 1998.

[19] Luis Villarroel del Pino. "Futuro de las epidemias de VIH/SIDA: una proyección para Chile". Tesis para optar al grado de Magíster en Estadística. Dpto. Estadística. Universidad Católica de Chile.1997

[20] Boletín Epidemiológico Numero 15. Conasida. Ministerio de salud. Chile.2003

3. -Antecedentes casos VIH/SIDA año 2005, informados a través del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

COMUNAS	TOTAL	%
Viña del Mar	205	45,5
Con Con	32	7,0
Valparaíso	10	2,2
Quilpue- Belloto	75	16,5
Villa Alemana- Peñablanca	37	7,3
Limache- Olmué	7	1,5
Quillota	48	10,6
Quintero- Ventana	13	2,8
Calera	13	2,6
Cabildo- La Ligua	12	2,6

Personas bajo control y tratamiento

		Masculino	Femenino
Adultos	437	331	106
Niños/as	17	7	10
Total	454	338 (71%)	116 (29%)

Personas en tratamiento

ADULTOS	NIÑOS/AS	TOTAL
309	17	326

Otros Antecedentes

- Anualmente se presentan 5 a 6 embarazos en madres viviendo con el virus.
- El tratamiento para estos casos es de un 100% a la fecha
- Anualmente ingresan alrededor de 100 a 120 pacientes y fallecen 25 a 28.
- El impacto del protocolo AGTO76 es de un 100% a la fecha. Este método aprobado internacional y científicamente, el cual CONASIDA se encuentra actualmente implementando, reglamenta el tratamiento y los cuidados que debe entregar el Servicio de Salud a una mujer viviendo con VIH/SIDA, que se encuentra embarazada, de manera de prevenir la transmisión vertical, es decir, la transmisión del virus desde la madre al hijo/a.

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
BIBLIOTECA

ADOLESCENCIA Y VIH/SIDA

4.1 Concepto de Adolescencia

Etimológicamente, el termino ***adoleceré*** significa crecer hacia la adultez. En las sociedades industriales modernas, el paso de la niñez a la edad adulta esta marcado por un largo periodo de transición conocido como adolescencia. La adolescencia conlleva grandes cambios interrelacionados con todas las áreas del desarrollo[21].Para la OMS, la adolescencia es la etapa que ocurre entre los diez y diecinueve años de edad, dividiéndola en etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). La primera etapa se caracteriza por el impulso a volcar la atención hacia el exterior y la desorientación frente a los cambios anatómicos. La segunda se distingue por la activa participación y experimentación de los jóvenes en diferentes áreas antes no exploradas, coincidiendo su inicio con los cambios puberales, proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollos morfológicos.

La juventud, por otra parte, es el periodo entre los quince y veinticinco años de edad, constituyendo una categoría sociológica, caracterizada por comenzar a asumir con plenitud derechos y responsabilidades ante la sociedad.[22]

Ya Aristóteles en la antigüedad clásica, describió en forma detallada los cambios del periodo púberal en términos de cambios de voz y desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Sin embargo, el ciclo vital abarcaba solamente tres edades (niñez, juventud y senectud), denominando jóvenes a sujetos entre los siete y los cuarenta años. Los romanos tampoco hicieron una distinción nítida entre **"puer"** (niño) y **adolescens** (adolescente), tratándolos como sinónimos frecuentemente, y aplicando el termino aun a muchos adultos jóvenes. Fue el Emperador Constantino de Vizancio el primero en delimitar seis a siete edades o eras en la vida humana. La tercera fue denominada por el adolescencia, definiéndola como "el momento que la persona crece hasta el tamaño que le asigno la naturaleza". Durante la edad media, el niño se transformaba en adulto entre los cinco y siete años, norma que se mantuvo por un largo periodo de tiempo, especialmente en los grupos socialmente deprivados. En el momento de comenzar a trabajar, el niño se transformaba de inmediato en adulto, lo que era muy frecuente en el medioevo, especialmente

---

[21] Desarrollo Humano. Diana Papalia. Novena Edición. Diciembre 2003.

[22] El adolescente y sus conductas de riesgo. Ramón Florenzano, Macarena Valdés. Tercera Edición. Mayo 2005.

entre los siervos. Finalmente no había mayor interés en comprender las diferencias cognitivas ni el nivel de destrezas que existían, ya que en general no se requería mayor habilidad para enfrentar las demandas promedios de la vida en esa época. En la actualidad, el ingreso a la edad adulta lleva más

tiempo y está menos definido. La pubertad comienza antes de lo acostumbrado, y el advenimiento de alguna vocación suele ocurrir más tarde, ya que las sociedades complejas requieren periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional antes de que un o una joven logre asumir responsabilidades de un adulto.

4.2 Aspectos Fisiológicos

El termino Adolescencia propiamente tal fue reutilizado a partir del siglo XIX, por biólogos, para describir el periodo evolutivo entre la pubertad y el final del crecimiento físico. Los cambios físicos y psicológicos en la adolescencia no se dan de modo uniforme, sin embargo siguen una secuencia previsible. Estos cambios afectan la altura, el peso, la distribución de los tejidos grasos y musculares, las secreciones hormonales y las características sexuales. Cuando los primeros cambios aparecen se llama fase prepuberal, cuando la mayoría de los cambios, que debieran producirse ya se han iniciado, es la fase puberal y cuando ya han finalizado es pospuberal. El periodo adolescente termina así, desde el ángulo biológico, cuando todos los cambios físicos asociados a la adolescencia han sido completados.Estos cambios corporales modifican tanto los caracteres sexuales primarios como secundarios. Los caracteres sexuales primarios ya están presentes en el momento del nacimiento y comprenden los genitales internos y externos. Los caracteres sexuales secundarios son aquellos que crecen desde la fase prepuberal hasta la pospuberal. En la mujer estos cambios prepuberales comienzan en promedio dos años antes que en los hombres. Aunque esta secuencia de cambios es bastante uniforme, entre los individuos existe una considerable variación en la velocidad del cambio. Esta variabilidad puede afectar el desarrollo psicológico y social de la persona.

4.3 Desarrollo Cognitivo

De acuerdo con Piaget, los adolescentes entran al nivel mas alto del desarrollo cognoscitivo, las operaciones formales, cuando desarrollan la capacidad para el pensamiento abstracto, Este desarrollo, por lo regular se da alrededor de los 11

años, les da una nueva y más flexible forma de manejar la información. Al no estar limitados al aquí y al ahora, pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre. Además pueden usar símbolos para comprender y por ende pueden aprender álgebra y calculo. También aprecian mejor la metáfora y la alegoría. También son capaces de imaginar posibilidades y formar y comprobar hipótesis.

Los cambios Fisiológicos característicos de la adolescencia tienen un impacto en el funcionamiento cognitivo y social. En contrate con los modos de pensar de tipo sensioromotor, simbólico, intuitivo y operacional concreto que de acuerdo con Piaget caracterizan la infancia y la niñez, alrededor de la pubertad emerge el pensamiento operativo formal o hipotético deductivo que se caracteriza por las capacidades de abstracción y razonamiento. En la etapa de operaciones formales del pensamiento, los adolescentes comienzan a discriminar entre sus pensamientos de la realidad y la realidad misma, y llegan a reconocer que sus suposiciones tienen un elemento de arbitrariedad que puede no representar realmente la naturaleza de sus experiencias. Al formar sus hipótesis acerca del mundo, la cognición de los adolescentes crece junto al desarrollo del modo del pensamiento formal, científico y lógico. El Adolescente por primera vez puede pensar acerca de su pensamiento, tomando una actitud reflexiva frente a su propio ser. Esta capacidad cognitiva le permite comenzar a desarrollar la capacidad de construir realidades abstractas posibles, los ideales, que se contrastaran con la realidad. Esta construcción de un Yo ideal tiene consecuencias prácticas importantes, en el sentido que surge una maqueta o plano de expectativas futuras de logro, que se traducen en un proyecto de vida, consciente o inconsciente, que se tratara de implementar a lo largo de la vida adulta.

4.4 Desarrollo del Lenguaje

Además en esta etapa se desarrolla un segundo sistema simbólico, el lenguaje, que comienza a asumir múltiples significados, abriéndose el uso del doble sentido y las metáforas. Aunque los niños y niñas en edad escolar son bastantes eficientes en el uso del lenguaje, la adolescencia trae nuevos perfeccionamientos. El vocabulario sigue aumentando a medida que la lectura se vuelve más adulta. Aunque las diferencias individuales son grandes entre los 16 y los 18 años el joven promedio conoce cerca de 80.000 palabras.

Con el advenimiento del pensamiento formal, los adolescentes pueden definir y discutir abstracciones como amor, justicia y libertad. Se vuelven más conscientes de que las palabras son símbolos y los utilizan frecuentemente, a diferencia de la etapa de la niñez, pueden comunicarse en forma mas fluida, incluso desarrollando un tipo de lenguaje propio de la adolescencia para comunicarse, especialmente con sus pares.

TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

1. Teoría de la recapitulación de Stanley Hall.

La descripción de Hall se basa en la teoría embriológica de la recapitulación: durante la ontogénesis, el ser humano recapitula la filogenia de la especie y la evolución de la sociedad humana. La adolescencia comprende un periodo conflictivo y transicional de la evolución cultural humana que avanzan hacia sociedades civilizadas, lo que correspondería a un logro de la etapa adulta. En la adolescencia, el individuo supera la presión de los instintos y las actitudes egoístas, y si el desarrollo se da adecuadamente, es capaz de llegar a ser un sujeto civilizado. Hall fue el primer expositor de una teoría frecuente en este siglo, la que muestra a la adolescencia como una etapa tormentosa y conflictiva. Otro de los puntos de vista, mantenidos hasta el día de hoy es la idea de que el adolescente pasa por una etapa de apego a pares del mismo sexo, para luego hacerlo a personas mayores del sexo opuesto, para finalmente desembocar en la atracción por pares del sexo opuesto.

2. El proceso madurativo según Gessell.

Esta teoría se centra en el concepto de procesos innatos y universales de maduración, en los cuales el desarrollo físico y conductual esta gobernado por la herencia genética individual. Se describe así una sucesión de cambios de año en año a lo largo de la adolescencia, que son integrados en un conjunto de etapas. No esta de acuerdo con el carácter unitario y progresivo de la adolescencia como un todo, haciendo énfasis en sus etapas y en la sucesión de avances y retrocesos, de momentos positivos y negativos en las características y conductas adolescentes. Sus estudios acerca del crecimiento y desarrollo psicomotrices tienen vigencia hasta hoy.

3. El desarrollo psicosexual según Sigmund Freud.

El modelo freudiano coloca a la adolescencia como la etapa de resolución final de las etapas del desarrollo psicosexual que comienzan con el nacimiento. Para Freud, la pubertad reactiva los conflictos genitales y progenitales propios de la niñez, debiendo el individuo, para alcanzar la plena madurez, ser capaz de superar las fijaciones y regresiones de etapas previas del desarrollo. El narcisismo con el que se entra a la adolescencia debe ser reemplazado por relaciones altruistas con el objeto amado, y el adolescente debe, asimismo, independizarse de sus figuras parentales. Freud explica la rebeldía, característica de esta etapa, como el modo de conseguir esta autonomía. Esta teoría se basa en el conflicto entre impulsos libidinales y agresivos cuya intensidad aumenta con la pubertad, y las restricciones y normas sociales que no permiten dar libre cauce a los antedichos impulsos. Entre los conceptos freudianos que se han mantenido hasta hoy en día esta el de la adaptación psicológica a los cambios corporales (el duelo por el cuerpo infantil perdido), y el de tareas del desarrollo, que implica enfrentar desafíos instintivos y desarrollar equilibrios y balances diversos a los infantiles.

4. Estructuras yoicas del adolescente y su funcionamiento defensivo. Ana Freud.

Esta Teoría utiliza el esquema de etapas y subfases propio de la psicología evolutiva, y muestra como en la preadolescencia surge un aumento difuso de energía libidinal, que debe ser manejado con diversos mecanismos de defensa para evitar que aparezcan síntomas especialmente conflictivos. Entre estos mecanismos describió la **intelectualizacion**, como el modo de huir de los impulsos que surgen desde un cuerpo que cambia, para refugiarse en el plano de las ideas y las teorías, tratando de explicar ordenadamente lo que sucede alrededor de forma abstracta, el **ascetismo**, que es la tendencia a mantener los impulsos del Ello, bajo control a través de normas y prohibiciones, que le demuestran al adolescente de que es capaz de manejar estos impulsos. La formación reactiva es la capacidad de transformar los impulsos agresivos o sexuales en sus opuestos: las ganas de romper o ensuciar, en ordenar y limpiar, de acercarse al sexo opuesto, en mantener una prudente distancia de este, etc. Y finalmente la **sublimación**, que es la transformación de un impulso

instintivo en una acción socialmente útil y aceptada: las ganas de discutir, de liderar, etc.

5. Eric Erikson y el concepto de identidad.

Esta basada en la existencia de una secuencia evolutiva de ocho etapas, cada una con una crisis y una oportunidad de desarrollo, es denominada teoría psicosocial a diferencia de Freud denominada psicosexual. Para Erikson, ante desafíos universales propios de cada etapa de la vida, cada persona busca soluciones individuales adecuadas a su contexto cultural. La fuerza del Yo será crucial en cuanto a como resuelva los sucesivos desafíos propios de esta sucesión de etapas. La adolescencia se caracteriza por una necesidad de mantener la continuidad del si mismo a pesar de los marcados cambios corporales sobrevinientes, centrándose por lo tanto en la búsqueda y mantención de la identidad, las que serian las tareas propias de la adolescencia. Esta identidad se forma en la medida en que los jóvenes resuelven tres problemas principales: la elección de una ocupación, la adopción de valores en que creer y por que vivir, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Durante la crisis de la niñez intermedia, la de la laboriosidad frente a la inferioridad, los niños adquieren nuevas habilidades para lograr el éxito en su cultura. Ahora, como adolescentes necesitan encontrar los medios para usar esas habilidades. Cuando esta tarea falla se corre el riesgo de involucrarse en conductas con serias consecuencias negativas para el o la adolescente. Durante la moratoria psicosocial, que es el tiempo que la adolescencia proporciona, muchos jóvenes buscan compromisos a los cuales puedan ser fieles. Estos compromisos suelen dar forma a la vida de la persona durante la etapa de la adultez. En la medida que los jóvenes se mantienen fieles a sus compromisos, influye en su capacidad para resolver la crisis de identidad.

6. La perspectiva psicoanalítica revisada de Peter Bloss.

Este autor ha centrado su re- evaluación de la evolución adolescente desde el psicoanálisis al considerar los cambios psicológicos como de adaptación a la pubescencia, delineando cuidadosamente los procesos experimentados en el mundo interno del individuo. Así, define a la preadolescencia como una etapa en la cual existe un aumento cuantitativo de fuerzas instintivas y una reaparición de todos los modos de gratificación libidinal y agresiva que fueron útiles en los años anteriores, con conductas compensatorias, que son difíciles de

comprender para la familia y su entorno social. La adolescencia propiamente tal trae consigo cambios cualitativos. Las amistades del mismo sexo son también importantes para las niñas, que tienden a tener amigas intimas sin que esto implique una tendencia homosexual. Esta sub etapa se caracteriza por una reactivación de los conflictos edipicos, separación de los objetos primarios de amor y elección heterosexual de objeto. La organización mental se hace mas compleja, las emociones mas profundas e intensas, y aparece el sentido se finalidad en las elecciones. Son comunes actitudes narcisistas y una sobreestimación de las propias capacidades. En la Adolescencia tardía se cristaliza un sistema integrado y unificado del Yo, la identidad sexual se consolida irreversiblemente, y se pueden reconocer los conflictos y constelaciones defensivas con los que el adolescente entrara a la vida adulta.

7. Elkind: características inmaduras del pensamiento adolescente

Se ha visto como los niños se desarrollan de ser seres egocéntricos, a personas capaces de resolver problemas abstractos e imaginar sociedades ideales. Pese a ello y en ciertos sentidos el pensamiento de los adolescentes resulta extrañamente inmaduro. De acuerdo con el Psicólogo David Elkind dicha conducta surge de la inexperticia de los adolescentes en el pensamiento de las operaciones formales. Esta nueva forma de pensamiento fundamentalmente transforma la manera en que se miran a si mismos y al mundo, les resulta poco familiar así como la nueva forma de su cuerpo, esta inmadurez del pensamiento se manifiesta al menos en las siguientes características:

Idealismo y carácter crítico. A medida que los adolescentes prevén un mundo ideal, se dan cuenta de lo lejos que esta de serlo el mundo real, del cual hacen responsables a los adultos. Están convencidos de que saben mejor que los adultos como funciona el mundo y con frecuencia encuentran defectos en sus progenitores.

Tendencia a discutir. Los adolescentes buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal, especialmente con sus progenitores, ya que pretender establecer autonomía frente a las propias ideas y juicios.

Indecisión. Los adolescentes pueden mantener en la mente muchas alternativas al mismo tiempo, pero debido a su inexperiencia, carecen de estrategias efectivas para elegir entre ellas. Esto les crea cierta incertidumbre que con el tiempo se va disipando.

Autoconciencia. Los adolescentes ahora pueden razonar acerca del pensamiento, el suyo y el de otras personas. Sin embargo, en su preocupación por su propio estado mental los adolescentes suponen que los demás están pensando lo mismo que ellos piensan. Elkind se refiere a esta audiencia imaginaria, es decir, un observador que esta preocupado por los pensamientos y conductas del joven como el mismo. Elkind dice que la audiencia imaginaria es fuerte al comienzo de la adolescencia pero decae en la etapa adulta.

Suposición de ser especial e invulnerable. Elkind usa el termino fábula personal para denotar la creencia de los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo. De acuerdo con Elkind, esta forma especial de egocentrismo subyace a buena parte de la conducta de riesgo y a la autodestructiva.

8. Razonamiento Moral. Teoría de Kohlberg

El desarrollo Moral en la teoría de Kohlberg guarda cierto parecido con la de Piaget, pero su modelo es más complejo. Con base en los procesos de pensamiento demostrado por las respuestas a sus dilemas, Kolhberg describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas:

Nivel I: moralidad preconvencional. Las personas actúan bajo controles externos, obedecen reglas para evitar el castigo o recibir recompensas, o actúan por interés propio. Este nivel es típico de los niños de cuatro a diez años.

Nivel II: moralidad convencional o moralidad de conformidad con el rol convencional. Las personas han interiorizado los estándares de las figuras de autoridad. Están preocupadas de ser buenas, agradar a los demás y mantener el orden social. Este nivel se alcanza por lo general después de los diez años, muchas personas no avanzan más allá, ni siquiera en la edad adulta.

Nivel III: moralidad posconvencional o moralidad de principios morales autónomos. Las personas reconocen conflictos entre los estándares morales y hacen sus propios juicios con base en los principios del bien, la imparcialidad y la justicia. Por lo general este nivel se alcanza en la adolescencia temprana o en la edad adulta, si es que la alcanzan.

9. Puntos de vista Europeos: Spranger y Remplein.

Estos autores tomaron un rumbo diverso al de Hall y Freud. Spranger, se centra en el estudio de las estructuras mentales, con un mayor énfasis en determinantes innatos que en los ambientales. La adolescencia es aquel periodo durante el cual la estructura psicológica indiferenciada del niño se reorganiza través del descubrimiento de si mismo que este hace, de la emergencia de un sistema de valores propios y del desarrollo de un plan de vida personal. La preocupación por uno mismo lleva a sentimientos de aislamiento, a una necesidad de interacción y de aprobación sociales, a experimentar con diversas identidades, explicando el interés por figuras heroicas y rebelión en contra de las tradiciones sociales y familiares. En todas estas etapas aparece una sobreestimación de las propias capacidades. Remplein, a su vez, desarrollo un sistema abarcativo estructural, describiendo al adolescente con un desarrollo en tres etapas y tres fases, con una teoría de la personalidad basada en las tipologías constitucionalistas, y con una estratificación en capas.

10. Influencias de la antropología cultural y de la sociología.

En la medida que diversos antropólogos estudiaron la validez de las teorías europeas y americanas anteriores en otros lugares, se dieron cuenta de que su aplicación era limitada. Se encontraron ceremonias de iniciación de gran variabilidad, esta variabilidad los ha llevado a adoptar en forma frecuente posiciones de relativismo cultural. El papel de los factores socioculturales ha adquirido especial importancia en los últimos treinta años. Este cambio ha llevado a la adopción de una inevitable perspectiva multidisciplinaria, que utiliza constructor de disciplinas tales como la antropología y la economía. Es decir, se da mayor importancia a los ecosistemas y microsistemas en el desarrollo adolescente. La adolescencia se ha dividido en tres etapas, cada una con diferentes características que determinan el desarrollo en cada fase, estas son: Fase Pebipuberal o Adolescencia Inicial que va desde los 10 a los 14 años. Fase Pospuberal o de adolescencia propiamente tal, que va desde los 15 a los 17 años y Fase Juvenil Inicial o Adolescencia Tardía que va desde los 18 a los 20 años.

1. **Adolescencia Inicial.** Los cambios biológicos de la pubertad son vividos por el adolescente como una irrupción de elementos nuevos, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible. Suceden cambios en el aspecto externo y emocional debido a cambios hormonales que se manifiestan físicamente. En el aspecto cognitivo, avanza desde el pensamiento lógico concreto del inicio de la edad escolar al pensamiento operatorio formal. Este permite la construcción de sistemas y teorías y además la adopción de una actitud critica frente a la realidad, característica tan propia de la adolescencia. En el plano de las relaciones interpersonales comienzan las primeras aproximaciones y entusiasmos hacia el sexo opuesto. La sexualidad en esta etapa es activamente sublimada a través de actividades deportivas o sociales especialmente en el ámbito escolar.
2. **Adolescencia Media.** El hecho central en este periodo es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento a los grupos de pares. Implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente, sino también para la familia. El adolescente oscila entre la rebelión y el conformismo, busca valores, juicios y valores propios, sin aceptar automáticamente, la de sus padres. La importancia del grupo crece en la medida que decrece el apego hacia los progenitores y no se aceptan normas o controles externos, dando un espacio en donde se legitima la madurez propia. La conducta es controlada por el grupo respecto a la homogeneidad de sus miembros. Las actividades de búsqueda entre ambos sexos son cada vez más cercanas y explicitas y van desde el enamoramiento romántico sentimental a las primeras aproximaciones físicas. Las relaciones sexuales son menos frecuentes en esta etapa que en la final, dada la prohibición cultural que pesa con respecto a estas conductas. Sin embargo esta realidad esta variando en las ultimas décadas. Psicológicamente es necesario que exista un lapso de tiempo entre tener la capacidad biológica de reproducirse y el concretar esta potencialidad en la práctica.
3. **Adolescencia Final.** En esta etapa se concretan los procesos antes descritos, físicos y psicológicos. El fin de la adolescencia es el cierre de un tiempo de cambios rápidos y exploraciones y lleva a uno de compromisos en diversas áreas, tanto personal como socialmente. En esta etapa el adolescente esta más preparado para una relación intima

estable. En los periodos previos predominan la búsqueda y la exploración, y existe una mayor presión de impulsos y un mayor grado de egocentrismo y narcisismo. Existen casos en los que el sexo existe separado del amor, lo que puede traer consecuencias inesperadas y desprovistas de cualquier tipo de responsabilidad.

FACTORES DE RIESGO. Y VULNERABILIDAD EN LA ADOLESCENCIA

En los últimos se ha visto un desplazamiento desde el interés en el mundo interno del adolescente hacia la importancia del contexto social. El tema de la importancia de la familia ha ido surgiendo con progresiva fuerza, así como el papel de amigos y de la escuela en el moldeamiento de la personalidad[24] y del desarrollo adolescente el cual puede verse perturbado por acciones voluntarias o impensadas, que pueden llevar a conductas nocivas para su salud, los antecedentes de estas situaciones parecen estar ligadas a un conjunto de factores mas amplios."Factor de Riesgo" es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud o de adquirir una conducta desadaptada.

Se ha observado que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo, otro aspecto reside en las personas generadoras de riesgo. También bajo esta mirada se acuña el concepto de **vulnerabilidad** entendida como el conjunto de características propias e internas a la persona, bastante estables en el tiempo y con una marcada resistencia al cambio. La vulnerabilidad puede ser de naturaleza biológica, cognitiva, afectiva o social, en función de las características predominantes que hayan contribuido a la alteración. Por lo tanto a mayor presencia de factor de riesgo mayor será la vulnerabilidad en la persona.

Los factores de riesgo serian determinantes de conductas las cuales tendrían consecuencias negativas para la persona. El enfoque tradicional de factores de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se lo ha relacionado, en particular, con resultados adversos, mensurables en términos de mortalidad. Sin embargo, esta concepción restringida no resulta suficiente para interpretar aspectos del desarrollo humano, ya que el riesgo también se genera en el contexto social y ambiental del individuo. Esto permite reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psicosociales, algunos de los cuales se

[24] Florenzano, R., Pino, P, Kaplan, M.K y Ben Dov, P. Consumo de Alcohol y Drogas entre adolescentes, Antecedentes en la situación familiar y del grupo de pares. Anonymous Santiago de Chile: corporación de Promoción Universitaria.1995.

asocian con daño social, y otros sirven de amortiguadores del impacto de este. Los factores de riesgo, al actuar conjunta y simultáneamente pueden tener un resultado negativo en el crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes.

La secuencia factores, conductas y consecuencias del riesgo corresponde a los tres niveles clásicos de prevención en el ámbito de la salud pública: prevención primaria asociada a los factores de riesgo, prevención secundaria asociada a las conductas de riesgo y prevención terciaria orientada a las consecuencias del riesgo.

ADOLESCENTES Y CONDUCTAS DE RIESGO

Los adolescentes y jóvenes de fines del siglo XX y comienzos del nuevo siglo construyen nuevas maneras de relacionarse tanto con su entorno social, como educativo y familiar, que los identifican. Algunas de las transformaciones que caracterizan este nuevo contexto son[25]: i) La consolidación de la adolescencia como etapa universal. ii) La generalización y masificación de determinadas pautas de ocio juvenil. iii) La concentración en el fin de semana, el predominio de la noche sobre el día, su asociación a determinados lugares, etc. iv) La creación de diversas culturas juveniles o los cambios en las anteriores, relacionadas con la diversión: predominio de determinadas músicas, estilos y estéticas, valoración de determinados estados de ánimo, etc. v) La presión comercial hacia el consumo y la generación de grandes negocios con el ocio juvenil. Desde esta perspectiva, en diversos estudios se señala en forma más amplia que los jóvenes asumen cada vez más un conjunto de riesgos que tienen relación con sus procesos de desarrollo y aprendizajes temprano en la vida llamados «riesgos atribuibles». Es así como entre los 12 a 18 años se produciría la mayor tasa de morbilidad y mortalidad por accidentes caseros, en la vía pública, en deportes, en el campo, de tránsito, etc.; cifra que decae en el tramo siguiente, desde los 18 hasta los 24 años. Por otro lado, en su tiempo libre los jóvenes realizarían un conjunto de actividades donde eventualmente se exponen a riesgos diversos como el recorrer lugares de diversión, recreación, esparcimiento, el uso de alcohol y drogas, las relaciones sexuales y el empleo de la violencia para la resolución de conflictos. Es así como sus comunidades locales —población, barrio, vecindario, grupos de pares, la familia—, las instituciones educativas, sus lugares de trabajo y los espacios de recreación y diversión, constituirían lo que se denominaría ámbitos de riesgo relativo. Otro

[25] El carrete como escenario. Revista Ultima Decada.v13.n22. Santiago 2005.Versión on-line.

aspecto relevante tiene que ver con la actitud en relación al riesgo que asume el mundo juvenil, destacándose una valoración positiva del riesgo si el joven se encuentra inmerso en un contexto en que permanentemente se vivencia el riesgo, y una negativa si se está fuera de esos contextos. Por otro lado, y en relación con la realidad específica de los jóvenes de sectores populares, recientes investigaciones a nivel latinoamericano señalan que sus prácticas sexuales se desarrollan en situaciones precarias que promueven un tipo de sexualidad de contacto más rápido, y en condiciones que dificultan la adopción de medidas de precaución o cuidado y potencian el desarrollo de conductas de riesgo.Por lo general, las relaciones sexuales se desarrollan en condiciones precarias pues los jóvenes no disponen de espacios para la intimidad. Así, la casa de los padres o de los amigos durante la ausencia de los mayores o zonas descampadas constituyen los lugares donde más frecuentemente se realizan los encuentros sexuales. En estas condiciones es posible pensar que la sexualidad asume una forma rápida y directa, es claro que tales condiciones fomentan conductas de riesgo, pues una sexualidad así ejercida es contraria a las practicas de autocuidado.

Estudios recientes que buscan caracterizar la cultura juvenil[26]entregan antecedentes que permiten definir una situación que actualmente afecta a los jóvenes, la actividad sexual, que es la ruta principal de transmisión del VIH, comienza para la mayoría de las personas en la adolescencia. A nivel Nacional, la entrada a la sexualidad en las mujeres se ha adelantado en dos años: las edades medianas de iniciación bajan de los 20 a los 18 años de edad. En los hombres se constata que la mediana de iniciación se ha reducido en un año: la mediana baja de 17 años y 8 meses a 16 años y 8 meses[27].

A nivel regional[28], en el ámbito del ejercicio de la sexualidad, un 18.7% de los jóvenes, entre 15 y 19 años es activo sexualmente, porcentaje que se incrementa conforme aumenta la edad. Sobre la edad de la primera relación sexual, el 60.1% declara que ésta habría sido entre los 15 y 18 años.

---

[26] CIDPA: Entre jóvenes re-productores y jóvenes co-constructores: Sentidos de la integración en la cultura escolar. 2001.

[27] Estudio Nacional de comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Comisión Nacional del Sida. Chile. Agencia Nacionale de Recherches sur le SIDA, Francia. Chile2000.

[28] Oscar Dávila y Astrid Oyarzún: Caracterización de juventud V Región, INJ y CIDPA, Viña del Mar, 1996.

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, los más jóvenes (15 a 19 años) manifiestan tener sólo esporádicamente, frecuencia que se incrementa en relación a la edad.

Frente a esta situación, resulta preocupante que la iniciación sexual de las y los jóvenes se cada vez más temprana, y que probablemente no cuenten con las herramientas necesarias para asumir su ejercicio, [29]en el año 1994, la edad de iniciación sexual para los hombres era en promedio los 16 años, mientras que para las mujeres era a los 18; en el año 2003, la edad para los hombres se mantuvo y para las mujeres descendió a los 17 años, lo que corresponde a quienes cursan entre tercero y cuarto medio.

Sin embargo otros estudios[30] indican que la iniciación sexual se produce antes de los 15 años en un porcentaje importante de hombres -24 a 26%-, en cambio ésta alcanza entre 5 a 6.9% en las mujeres. Un estudio sobre conductas y discursos sexuales [31] señala que entre los encuestados de 15 a 19 años, un 58% reconoce tener vida sexual. A esto se puede agregar que la iniciación sexual es más temprana en los estratos más populares. Respecto a los embarazos, el censo 2002 indica que entre las mujeres de 15 a 19 años un 12,3% declara tener hijos, siendo predominante la edad entre los 15 y 17 años.

Este tipo de antecedentes, demuestran claramente que la actividad sexual en las y los jóvenes es un hecho concreto el cual debe ser abordado de una forma tal que permita a las y los jóvenes poder conversar abiertamente sobre el tema, de modo de que puedan aclarar sus inquietudes y acceder a herramientas que les permitan afrontar su sexualidad de manera informada y responsable. Así, la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y del VIH/SIDA, también deben ser abordados tomando en consideración las características particulares de la población adolescente.

Es responsabilidad de la sociedad en su conjunto crear un medio ambiente en el cual los jóvenes puedan hablar abiertamente sobre los temas que les afectan y a tener verdadero acceso que se refiera al VIH/SIDA.

---

[29] http://epi.minsal.cl/cdvida/htm/Taller2005/0203pilarplanet.ppt#402,19, EDAD PROMEDIO DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES POR SEXO Chile, 1994 - 2003

[30] http://www.conasida.cl/campa/campa4b.htm

[31] "ETS-SIDA: discursos y conductas sexuales de las chilenas y chilenos" de Magdalena Keincsek: Ricardo Aravena; Ina Orostegui y Georg Unger, EDUK, Santiago 1996

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación:

El diseño que guía la presente investigación corresponde a un diseño no experimental, el cual se caracteriza por la no manipulación deliberada de las variables de estudio, sino que en la observación del fenómeno tal cual se da en su contexto natural. Es transversal, ya que recolecta datos en un solo momento o punto en el tiempo y finalmente es de carácter exploratorio, ya que tiene como objetivo conocer una situación en un momento inicial y especifico.

Procedimiento Muestral

1.- Universo

El Universo esta constituido por alumnos y alumnas entre octavo y segundo medio pertenecientes a colegios municipalizados y particulares subvencionados, de la Comuna de Villa Alemana.

2.- Unidad de Análisis

Para efectos del estudio, se entiende como unidad de análisis a los y las adolescentes que se encuentran entre Octavo y Segundo Medio, de los 38 establecimientos educacionales; municipalizados y particulares subvencionados que conforman la comisión mixta salud educación y que participaran en el estudio. Para caracterizar los establecimientos educacionales, de los cuales proviene la población estudiada, se consideró el tipo de dependencia, modalidad de enseñanza, y matrícula total de alumnos/as. Además se incluyó el Índice de

Vulnerabilidad Social (IVS) que tienen, de acuerdo a lo establecido por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Este índice es un modelo estadístico de predicción de daños, que se calcula utilizando las tasas que miden la magnitud de los diferentes factores de riesgo de los estudiantes al interior de cada establecimiento. Su propósito es definir la cantidad de

beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) para evitar la deserción del sistema educacional formal.

3.-Tipo de muestra

Para efecto del estudio, se considerará una muestra aleatoria, que corresponde al 23.7% del universo considerado para la presente investigación, es decir, 9 establecimientos educacionales pertenecientes a la comisión mixta salud educación, de los cuales 3 son municipalizados y 5 particulares subvencionados.

- *Escuela F-410 Cataluña; Municipalizada*
- *Liceo Almirante Wilson Navarrete: Municipalizado*
- *Escuela Juan Bautista Alverdi: Municipaliza*
- *Colegio Rodrigo de Araya: Particular Subvencionado*
- *Colegio Jean Piaget: Particular Subvencionado*
- *Colegio Nacional Santa Ana: Particular Subvencionado*
- *Colegio Nueva Esperanza: Particular Subvencionado*
- *Colegio Nuevo Milenio: Particular Subvencionado*
- *Colegio American Collage: Particular Subvencionado*

Técnicas e instrumento de recolección de datos:

En el Marco de una Metodología Cuantitativa se selecciono como técnica de investigación al survey o encuesta social, técnica que permite medir, tanto las significaciones como los conocimientos, fuentes de información, formas de transmisión y estrategias de prevención conocidas y, dentro de estas, conductas de riesgo frente a la posibilidad de transmisión del virus en situaciones determinadas. Como instrumento de recolección de datos fue diseñado un cuestionario, que permitió cuantificar y caracterizar el fenómeno en estudio, además presenta la ventaja de permitir la comparabilidad de la información obtenida en los diferentes establecimientos educacionales.

Variables de Investigación:

Variables Sociodemográficas

- ***Sexo***: Género de los alumnos y alumnas, sujetos/as del estudio.
- ***Edad***: Variable que entrega información, acerca del tramo de edad en el cual se encuentran las y los alumnos encuestados. Estos se establecen en cuatro categorías, menor de 15 años, 15 años, 16 y 17 años respectivamente.
- ***Curso***: Variable que identifica los cursos a los cuales pertenecen. Estos se establecen en tres categorías; octavo año básico, primero medio, y Segundo año medio.
- ***Establecimientos Educacionales***: Variable que identifica el tipo de establecimiento educacional al cual pertenecen los alumnos encuestados, este puede ser municipalizado o particular subvencionado.

2. *Variables y Aspectos de Investigación*

- ***Conocimientos***: Variable que mide la información que poseen los alumnos y alumnas en relación a los siguientes aspectos:
- ***Vías de Transmisión***: Conocimiento que tienen los y las alumnas acerca de las vías de transmisión de la enfermedad.
- ***Magnitud y tendencia:*** Permite establecer la tendencia de expansión de la Epidemia a nivel mundial y nacional.
- ***Percepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA:*** Variable que permite conocer cuales son las conductas por las cuales la transmisión de la enfermedad es mayor y como se localizan los y las alumnas en una escala de riesgo.
- ***Prevención:*** Variable que permite conocer como los alumnos identifican formas de no contraer la enfermedad.

- ***Fuentes de información:*** Canales de comunicación a través de los cuales los y las adolescentes se informan acerca de su sexualidad en general y del VIH/SIDA en particular.

Análisis de los datos:

Plan de Análisis

Para el análisis de datos recolectados se utilizaron técnicas cuantitativas y estadística Descriptiva, con las cuales se pretende dar respuesta a los objetivos generales y específicos y a las preguntas significativas planteadas en el diseño de investigación. La interpretación de los datos obtenidos se realizo mediante gráficos y análisis porcentual.

Plan de Tabulación de Datos

Para tabular los datos obtenidos en este estudio se utilizo el Programa computacional Microsoft Excel, con planilla electrónica con funciones estadísticas.

CAPITULO V

PRESENTACION
Y
ANALISIS DE DATOS

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE EL PROCESO INVESTIGATIVO

Presentación

De acuerdo al Plan de Análisis establecido en el diseño que orienta la presente investigación, se estableció la utilización tanto de técnicas cualitativas como cuantitativas para la interpretación de los datos obtenidos a través del proceso investigativo. El presente capítulo sistematiza la información obtenida de la población en estudio, la que se realiza en torno al análisis de las categorías inferidas desde los objetivos y preguntas planteados al inicio de la investigación y de acuerdo a las siguientes variables de estudio.

Variables Sociodemográficas

- ***Sexo*:** Género de los alumnos y alumnas, sujetos/as del estudio.
- ***Edad*:** Variable que entrega información, acerca del tramo de edad en el cual se encuentran las y los alumnos encuestados. Estos se establecen en cuatro categorías, menor de 15 años, 15 años, 16 y 17 años respectivamente.
- ***Curso*:** Variable que identifica los cursos a los cuales pertenecen. Estos se establecen en tres categorías; octavo año básico, primero medio, y Segundo año medio.
- ***Establecimientos Educacionales*:** Variable que identifica el tipo de establecimiento educacional al cual pertenecen los alumnos encuestados, este puede ser municipalizado o particular subvencionado.

2. *Variables y Aspectos de Investigación*

- ***Conocimientos***: Variable que mide la información que poseen los alumnos y alumnas en relación a los siguientes aspectos:
- ***Vías de Transmisión*:** Conocimiento que tienen los y las alumnas acerca de las vías de transmisión de la enfermedad.
- ***Magnitud y tendencia:*** Permite establecer la tendencia de expansión de la Epidemia a nivel mundial y nacional.
- ***Percepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA:*** Variable que permite conocer cuales son las conductas por las cuales la transmisión de la enfermedad es mayor y como se localizan los y las alumnas en una escala de riesgo.
- ***Prevención:*** Variable que permite conocer como los alumnos identifican formas de no contraer la enfermedad.

- ***Fuentes de información:*** Canales de comunicación a través de los cuales los y las adolescentes se informan acerca de su sexualidad en general y del VIH/SIDA en particular
- ***Percepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA:*** Variable que permite conocer cuales son las conductas por las cuales la transmisión de la enfermedad es mayor y como se localizan los y las alumnas en una escala de riesgo.
- ***Prevención:*** Variable que permite conocer como los alumnos identifican formas de no contraer la enfermedad.

Análisis de los Datos

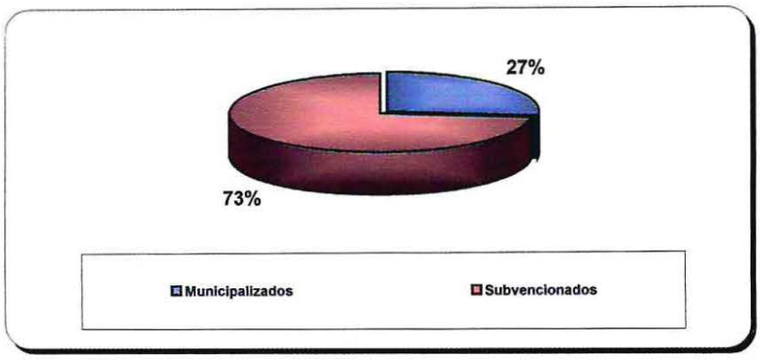
El análisis de los datos se efectúa sobre la base de un total de 601 cuestionarios validos, aplicados en 9 Establecimientos Educacionales de la Comuna de Villa Alemana, estos son: Colegio Nacional Santa Ana, Colegio Nuevo Milenio, Colegio Nueva Esperanza, Escuela Juan Bautista Alberdi, Colegio Jean Piaget, Escuela Catalunya, Liceo Almirante Wilson Navarrete, Colegio American Collage, y Liceo Rodrigo de Araya. Para caracterizar los establecimientos educacionales, de los cuales proviene la población estudiada, se consideró el tipo de dependencia, y se incluyó el Índice de Vulnerabilidad Social (IVS) de los establecimientos educacionales municipalizados, de acuerdo a lo establecido por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Este índice es un modelo estadístico de predicción de daños, que se calcula utilizando las tasas que miden la magnitud de los diferentes factores de riesgo de los estudiantes al interior de cada establecimiento. Su propósito es definir la cantidad de beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) para evitar la deserción del sistema educacional formal.

Cuadro 1: Tipo de dependencia y modalidad de enseñanza

Establecimiento Educacional	**Dependencia**
Liceo Rodrigo de Araya	Particular Subvencionado
Colegio Nueva Esperanza	Particular Subvencionado
Liceo Almirante Wilson Navarrete	Corporación Municipal de Villa Alemana
Escuela Catalunya	Corporación Municipal de Villa Alemana
Colegio Nuevo Milenio	Particular Subvencionado
Colegio Nacional Santa Ana	Particular Subvencionado
Escuela Juan Bautista Alberdi	Corporación Municipal de Villa Alemana
Colegio Jean Piaget	Particular Subvencionado
Colegio American College	Particular Subvencionado

Fuente: Corporación Municipal de Educación de la Comuna de Villa Alemana.

Grafico 1: Distribución del porcentaje de establecimientos educacionales según el tipo de dependencia.



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Cuadro 2: Grupos Encuestados e I.V.S

Liceo	Índice de Vulnerabilidad Social
Colegio Almirante Wilson Navarrete	55.1
Catalunya	63.8
Juan Bautista Alberdi	42.0

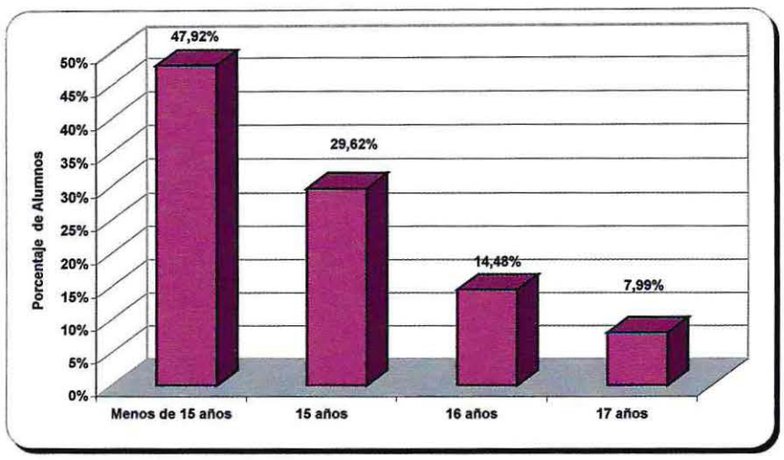
Fuente: Corporación Municipal de Educación de la Comuna de Villa Alemana.

Como se observa en el cuadro, en este estudio un 27% de jóvenes estudiantes asisten a establecimientos educacionales que tienen un IVS cercano o superior al 50%, por tanto de alta vulnerabilidad social. Si bien este instrumento no evalúa la situación socioeconómica específica y global de cada estudiante, es un indicador que señala en parte y de manera general, el grado de vulnerabilidad o riesgo social en el que se encuentra el alumnado de cada establecimiento y, por tanto las características de asistencialidad que requiere.

1. Población Adolescente

Para efectos del estudio, se entiende como joven o adolescente a todo aquel o aquella que tiene entre 13 y 17 años, y que de acuerdo a los objetivos del estudio se encuentra inserto en el sistema de educación formal municipal o particular subvencionado cursando entre octavo básico y segundo año de educación media. En relación a la edad, se puede apreciar que en la muestra, la mayoría de las y los encuestados, un 47.92% se encuentra en el rango etareo menor de 15 años, le sigue en porcentaje el 29.62% que se ubica en los 15 años, el 14.48% en los 16 años y finalmente el 7.99 % en los 17 años.

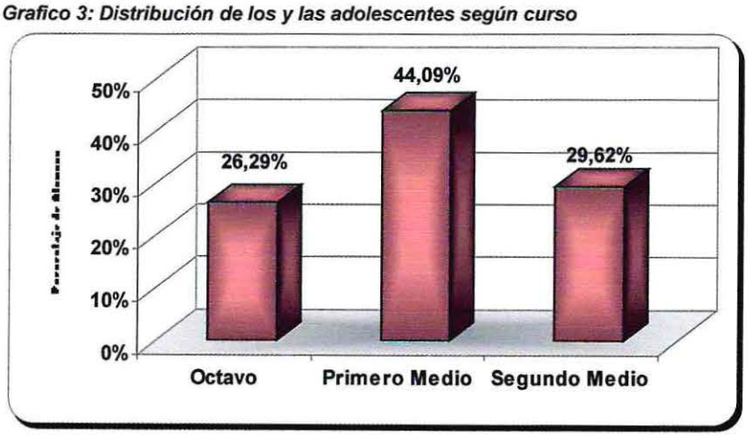
Grafico 2: Edad de la población encuestada



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Como se observa en el grafico el mayor porcentaje de alumnos se encuentra en el primer tramo con menos de 15 años. De acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, se clasifican en la adolescencia Inicial, que abarca desde los 10 hasta los 14 años.

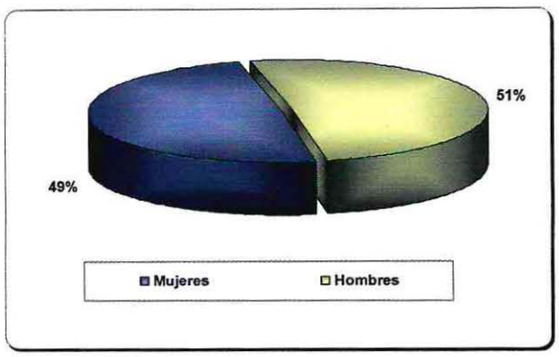
Grafico 3: Distribución de los y las adolescentes según curso



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

El grafico da cuenta de que el mayor numero de alumnos participes del estudio se encuentra cursando primero medio con un porcentaje de un 44,09%, en segundo lugar un 29, 82% se encuentra en segundo año medio y el 26,29% en octavo básico.

Grafico 4: Distribución para los y las adolescentes según la variable sexo.



Como se puede observar en el grafico, al incluir la variable sexo, la distribución general es muy similar, arrojo un 51% para los hombres y un 49% para las mujeres.

Categorías de Análisis

Las categorías de análisis se desprenden de las variables abordadas en la investigación, las cuales son: nivel de conocimiento respecto a vías de transmisión del VIH/SIDA, magnitud y tendencia de la enfermedad, percepción de riesgo de los adolescentes, formas de prevención y fuentes de información acerca de sexualidad y del VIH/SIDA, y de las temáticas principales inferidas de acuerdo a las respuestas entregadas por la población en estudio.

En un primer análisis se consignaran las variables percepción de riesgo, formas de prevención y fuentes de información en un segundo momento se analizara la variable nivel de conocimiento. Estas variables y las temáticas incorporadas al análisis cobran relevancia y se validan en la elaboración de una propuesta educativa que integra además del VIH/SIDA, otras áreas de interés para los y las adolescentes en el ámbito de su sexualidad. Por lo cual se puede identificar las siguientes categorías de análisis en el estudio de las variables antes mencionadas.

1.0.- Identificación, desarrollo y adquisición de conocimientos en sexualidad, prevención del VIH, métodos anticonceptivos y embarazos no deseados.

1.1.- Formación escolar que integre la sexualidad humana.

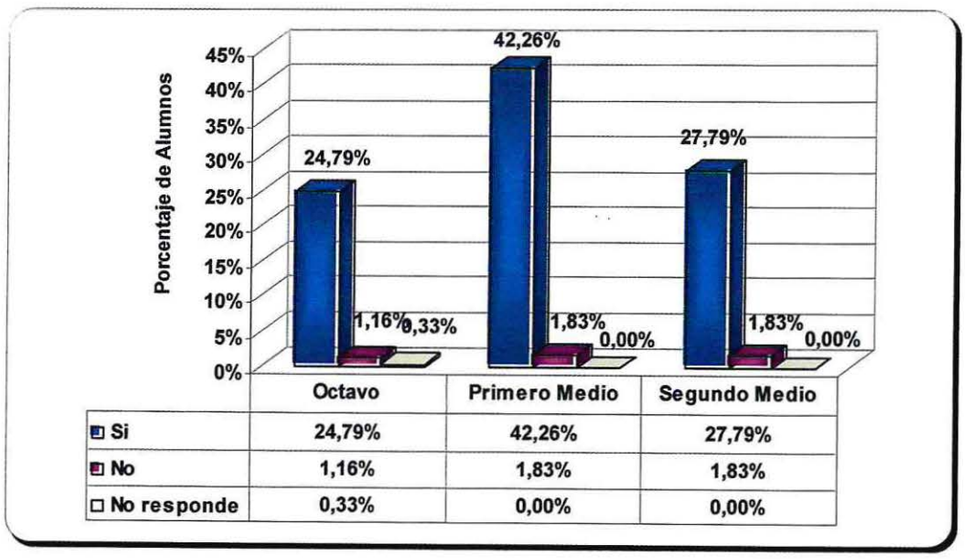
1.2.- Valoración de la no-discriminación hacia personas viviendo con el Virus de Inmuno Deficiencia Humana.

1.3.- Características de las Fuentes de Información a través de las cuales se informan del VIH/SIDA y de su Sexualidad.

Estas temáticas se validan como necesarias en el proceso de formación escolar, de los y las adolescentes, y se muestran acordes a los requerimientos que presenta la enfermedad en la actualidad con respecto a su conocimiento, información, prevención y a la valoración de la no-discriminación de personas viviendo con VIH, además de las temáticas anteriormente señaladas como de interés para los jóvenes.

- ***¿Crees que el tema del VIH/SIDA debe enseñarse en la escuela junto a otros temas relacionados con tu sexualidad? y porque.***

Grafico 5: Respuesta en porcentaje de alumnos según curso.



	Octavo	Primero Medio	Segundo Medio
Si	24,79%	42,26%	27,79%
No	1,16%	1,83%	1,83%
No responde	0,33%	0,00%	0,00%

Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La respuesta fue mayoritaria para la alternativa "sí" en todos los cursos, con un 24,79% en Octavo básico, un 42, 26% en Primero medio y un 27,79% en segundo medio. Esta afirmación es sustentada y argumentada por los

adolescentes desde las categorías de análisis que se desarrollan a continuación:

1.0.- IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD, PREVENCIÓN DEL VIH, METODOS ANTICONCEPTIVOS Y EMBARAZOS NO DESEADOS.

El desafío del aprendizaje del VIH/SIDA, y de otras temáticas relacionadas con la sexualidad de los y las adolescentes como son el embarazo precoz, las enfermedades de transmisión sexual, (ETS) y los métodos de anticoncepción, son posibles enfrentarlas desde el sistema educativo, sin dejar de lado a la familia en la tarea del aprendizaje, sino que potenciando esta labor a través del accionar de la comunidad educativa y a la implementación de las políticas sanitarias, que promuevan y faciliten los procesos orientados a lograr los objetivos establecidos en el ámbito de la prevención a nivel nacional, los cuales son el Control de los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida y cuyo propósito es "Promover conductas sexuales seguras como la única manera de prevenir la infección por VIH/SIDA y las ETS-ITS y evitar los embarazos adolescentes no deseados.[32] Esta labor necesaria en el ámbito educativo debe llevarse a cabo potenciando los canales que posibilitan el acceso a información respecto al conocimiento de la prevención del VIH/SIDA y a responder inquietudes y resolver dudas en el campo de la sexualidad de los y las adolescentes.

- *"Si, por el tema de los embarazos y para tener madurez sobre el tema"*
  (Hombre, menos de 15, octavo, particular subvencionado)

- *"Para que nosotros "los adolescentes" seamos responsables y nos demos cuenta que lo podemos pasar bien y prevenir enfermedades y embarazos"*
  (Mujer, octavo, menos de 15, particular subvencionado)

[32] Orientaciones para la Respuesta Regional integrada de prevención del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual. Comisión Nacional del Sida. Ministerio de Salud. Santiago, Abril de 2006.

- *"Si, porque así uno se puede cuidar y prevenir de enfermedades o embarazos indeseados."*
  (Mujer, menos de 15, octavo, municipalizado)

- *"Si, porque es una enfermedad muy peligrosa y necesitan que la gente tenga un compromiso y responsabilidad antes de tener una relación sexual lo cual es muy importante"*
  (Hombre, menos de 15, primero medio, particular subvencionado)

- *"Porque así es bueno que nosotros sepamos lo que es para así ser más cuidadosos en el sentido de tener relaciones como por ejemplo usar preservativo y así no contagiarnos del VIH/SIDA"*
  (Mujer, menos de 15, octavo, municipalizado)

- *"...Necesitamos saber si hay alguna otra medida de cuidado que no sean los anticonceptivos, porque no son muy seguros... y porque todo lo que sé acerca de sexo lo averigüe por otros medios..."*
  (Mujer, menos de 15, octavo, particular subvencionado.

- *"Es importante que las personas, sobre todo los jóvenes sepan de que se trata, como se transmite y sobre todo como prevenirlo para que en el futuro disminuyan los casos de VIH/SIDA..."*
  (Mujer, menor de 15, octavo, particular subvencionado.

- *"Hay veces que a uno o a otros no les gusta hablar de ese tema porque encuentran que es algo malo, pecaminoso..."*
  (Mujer, octavo, menor de 15, municipalizado)

- *"... Si, ya que es muy importante, sino se avisa a tiempo puede que un joven pueda tener relaciones y contagiarse y contagiar a alguien más... debemos estar prevenidos y estar más informados del tema VIH para poder tomar conocimiento de lo que estamos haciendo..."*
  (Hombre, octavo, menor de 15 años, particular subvencionado).

- *"Si, Porque es necesario saber los distintos puntos sobre nuestra sexualidad y todo lo que ella implica en los aspectos sociales, psicológicos y corporal"*
  (Hombre, 16 años, segundo medio, particular subvencionado)

- *"Si, Porque es un tema importante y al tener una edad para tener relaciones sexuales es poco lo que se sabe"*
  (Hombre, 15 años, primero medio, particular subvencionado)

- *"Si, Porque es un tema sumamente importante que no se debe silenciar"*
  (Mujer, 15 años segundo medio, particular subvencionado)

- *"Si...Por que así los jóvenes se pueden informar y saber de que se trata este virus que ha matado a tanta gente..."*
  (Mujer, menor de 15, octavo, municipalizado)

1.1.- FORMACIÓN ESCOLAR QUE ABARQUE LA SEXUALIDAD HUMANA

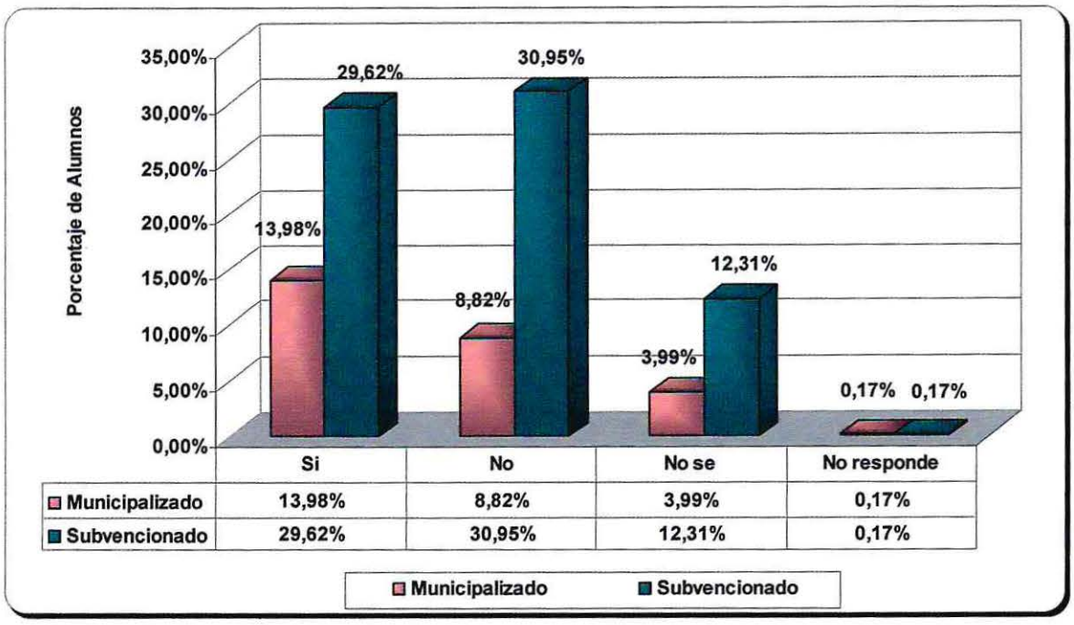
Las políticas provenientes desde el Ministerio de Educación en relación a la temática de la prevención de ETS, ITS y VIH/SIDA, se establecen en el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad, el cual contiene los objetivos y líneas de acción que se estiman convenientes para mejorar la formación en sexualidad de los niños, niñas y jóvenes en el ámbito escolar, los cuales hace referencia a que tomen decisiones responsables para la prevención de las ITS y VIH/SIDA, conozcan los mecanismos de transmisión y las situaciones de riesgo a las que se pueden exponer a si mismos y a otros, y que asuman responsablemente su sexualidad considerando la planificación de los embarazos, la paternidad y maternidad y la crianza de sus hijos e hijas, incluyendo una educación afectiva y sexual oportuna.

En la implementación de dicho plan, se espera que todos los niños, niñas y jóvenes, durante y al concluir la Educación Media, logren reconocerse y aceptarse a sí mismos como seres sexuados y sexuales, en cada una de las etapas de su ciclo de vida y comprendan y asuman que el ejercicio de la sexualidad debe ser libre, sin violencia ni coerción en ningún caso ni

circunstancia; y que reconozcan el valor de los vínculos y el afecto, que logren entablar relaciones interpersonales respetuosas de los demás, basadas en el respeto por los derechos, el cumplimiento de responsabilidades y el bien común.

- ***¿En tu colegio o Escuela se ha implementado algún Programa que trate temas relacionados con la sexualidad humana?***

Grafico 6: Porcentaje según tipo de dependencia del establecimiento educacional



	Si	No	No se	No responde
Municipalizado	13,98%	8,82%	3,99%	0,17%
Subvencionado	29,62%	30,95%	12,31%	0,17%

Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Al observar el grafico se puede inferir si para los alumnos encuestados se ha abordado desde el sistema educativo el tema de la sexualidad. Un 13, 98% de alumnos de escuelas municipalizadas han tenido acceso a algún tipo de Programa. Si bien es cierto en ambos tipos de establecimientos se observa un abordamiento de la temática, existe un porcentaje importante de alumnos que señalan que no han tenido acceso a este tipo de programas, y mayoritariamente en los establecimientos subvencionados con un 30,95%, a diferencia de los establecimientos municipalizados en donde el porcentaje más bajo es solo un 8, 82%, que declara no haber tenido acceso.

- *"Si, porque los niños ya deben saber lo que es la sexualidad y también lo que ocasiona y yo creo que deben decirlo en el colegio"*
  (Hombre, octavo, menos de 15, municipalizado)

- *"Yo creo que si porque en la casa no tenemos con quien expresarnos con la facilidad que tenemos en el colegio...." (Hombre, menos de 15, octavo, municipalizado).*

- *"Si porque los alumnos tienen derecho a saber mas sobre estos temas" (Mujer, menos de 15, primero medio, particular subvencionado)*

- *"Si por que es importante tener conocimiento de las cosas que pasan como ser humano y esta muy bien que en los colegios hablen abiertamente así a los alumnos" (Mujer, 15, primero medio, particular subvencionado)*

- *"Si, ya que debería ser parte de los temas de enseñanza básica correspondiente a Ciencias Naturales, porque en ese ramo se debería informar mucho mas de la sexualidad..." (Mujer, menos de 15, octavo, municipalizado).*

- *"Porque hay muchos jóvenes que en su casa no reciben educación sobre su sexualidad o enfermedades como el Sida o el VIH..." (Mujer, menos de 15, octavo, particular subvencionado).*

- *"Porque a través de la enseñanza nosotros tomamos conciencia de distintos temas como el Sida o la sexualidad, entre otros..." (Hombre, 15 años, segundo medio, particular subvencionado)*

- *"Casi nunca en nuestro colegio nos hablan de eso...realmente nunca..." (Mujer, menor de 15, octavo, particular subvencionado).*

1.2.- VALORACIÓN DE LA NO DISCRIMINACIÓN HACIA PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH.

Se han establecido relaciones recurrentes entre la disposición a discriminar y la disposición a incurrir en prácticas de riesgo, la discriminación estaría relacionada con un temor irracional fundado en la creencia errónea de cuales serian las formas de transmisión del VIH/SIDA. El VIH no se transmite por contactos casuales de persona a persona por ningún medio, en particular el

medio escolar. Hay abundantes pruebas de que los insectos no propagan el VIH, como tampoco se propaga este virus por los alimentos, el agua, los estornudos, la tos, las instalaciones de aseo, la orina, las piscinas, el sudor, las lágrimas, el uso compartido de cubiertos, vajillas y vasos u otros artículos tales como ropa, teléfonos, juguetes, libros, muebles o vestimentas deportivas. De esta manera el contacto casual no se constituiría en una forma de transmisión del virus. El mantenimiento de esta desinformación contribuiría al establecimiento de actitudes discriminatorias hacia personas viviendo con el VIH, por un lado, y por otro, a conductas basadas en la desinformación y el desconocimiento exponiendo a la persona a una situación de riesgo frente a la transmisión de la enfermedad. Además el estigma y la discriminación impiden que los jóvenes se sometan a mecanismos de detección del virus y reciban la debida orientación y tratamiento a tiempo, por lo que la educación representa la mejor oportunidad no solamente para difundir información fundamental sobre el VIH/SIDA, sino también para reducir progresivamente la ignorancia y el temor que perpetúan el estigma y la discriminación. El análisis de esta categoría evidencia la necesidad de entregar información y realizar acciones que promuevan conductas no discriminatorias en la población adolescente y específicamente en el ámbito escolar, considerando a la comunidad escolar en su conjunto, apoderados, alumnos y docentes.

- *"... Para no excluir a una persona con el sida de la sociedad solo por que no estamos bien informados de cómo se puede contagiar..."*
  (Mujer, menos de 15, primero medio, particular subvencionado)

- *"Si porque si uno se informa mas sobre el tema es más fácil prevenirlo que si a uno no le hablan sobre él, y también así los jóvenes no tendrían miedo de acercarse a una persona contagiada y darle un abrazo o un consejo"*
  (Mujer, 15 años, primero medio, particular subvencionado).

- *"Muchos jóvenes tienen ideas equivocadas sobre el VIH y como protegerse o de que se trata y para que no haya discriminación hacia personas con Sida..."*
  (Mujer, octavo, menor de 15, particular subvencionado).

- *"Porque muchos jóvenes tienden a rechazar a una persona con Sida u otra enfermedad venérea, esto por ignorancia y falta de conocimiento del tema"*
  (Hombre, 15 años, segundo medio, particular subvencionado)

- *"Porque es un tema relevante dentro de nuestra sexualidad que puede cambiar nuestra vida, además la ignorancia de las personas lleva a discriminar y a alejarse de las personas con VIH, porque creen que se pueden contagiar por solo hablar con ellas"*
  ((Mujer, 15 años, segundo medio, particular subvencionado)

- *"Porque es importante saber para no contagiarnos y no ser ignorante ante una persona que lo tenga y decir que me lo puede contagiar con solo que tomemos de un mismo vaso o usemos el mismo tenedor"*
  (Mujer, menos de 15, octavo, municipalizado)

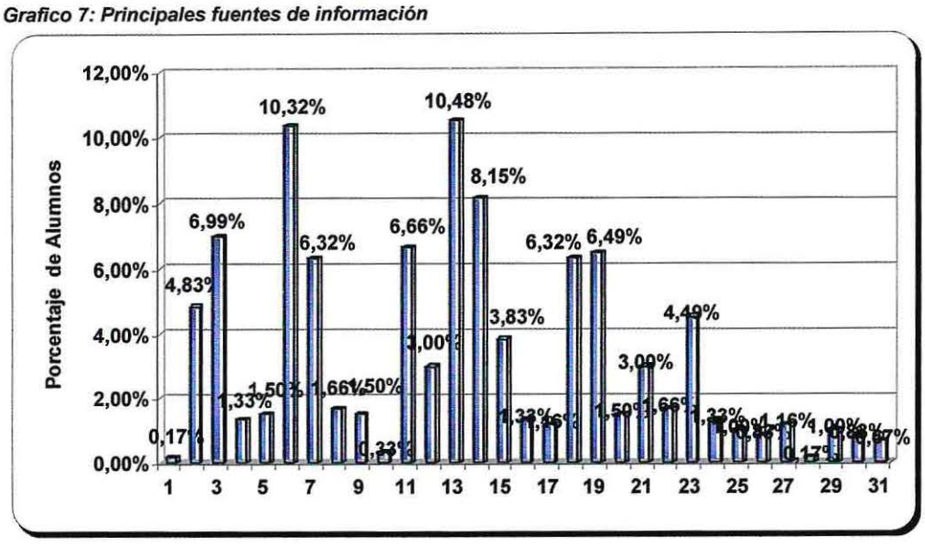
1.3.- Principales Fuentes de Información y sus características.

A la hora de hablar de educación sexual y agentes socializadores, el 14,98% de los alumnos encuestados, opinan que la familia es la principal fuente de donde obtienen información acerca de su sexualidad y 10,48% opina que de esta misma fuente obtiene información acerca del VIH/SIDA. En segundo lugar, para ambas temáticas. es la escuela, en el caso del VIH/SIDA un 10.32% se informa en el ámbito escolar y un 9,15% lo hace para informarse acerca de temas relacionados con su sexualidad. En tercer lugar la tendencia es variada con un 8.15% que se informa a través de los medios de comunicación en el caso del VIH/SIDA y un 8,15% a través de carteles, folletos y afiches en temas de sexualidad. En general de las alternativas que obtuvieron los porcentajes mas altos, la familia es el medio más significativo a través del cual obtienen información acerca de su sexualidad y del VIH/SIDA y en segundo lugar la escuela. Ambos familia y escuela, son los principales agentes socializadores en el desarrollo del niño y el adolescente. Esta tendencia de considerar a la familia como principal medio para informarse acerca de su sexualidad y del VIH/SIDA es entendida en el contexto en el cual la esta, es consignada como la parte fundamental en la formación de la identidad de sus integrantes.

Constituye la base de la afectividad y junto a la escuela es considerada agente socializador primario.

- ***¿De que fuentes has obtenido información acerca del VIH/SIDA?***

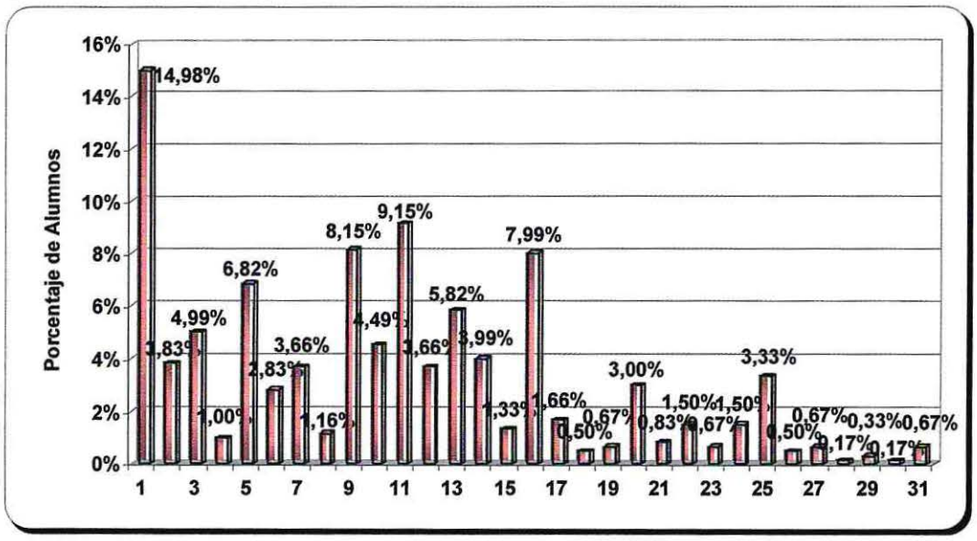
Grafico 7: Principales fuentes de información



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

- ***¿A través de quien o quienes te informas acerca de temas relacionados con tu sexualidad?***

Grafico 8: Principales Fuentes de Información



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Sin embargo junto a la familia y la escuela, existen otros agentes socializadores de gran importancia en la formación del adolescente entre los que se destacan el grupo de pares y los medios de comunicación, dentro de estos, el agente de socialización que en los últimos años ha cobrado gran importancia por el gran desarrollo alcanzado y por su poderosa influencia en la

población, ha sido la T.V. "La T.V. provee de modelos de roles, da lecciones acerca de causas y afectos en el mundo de los humanos y es también generador de expectativas" Lo anteriormente señalado, va unido al hecho de que la T.V no ejerce exigencias respecto del espectador; y a diferencia de otros agentes socializadores, como la familia o la escuela, no establece distinción de las características individuales, ni de la etapa de desarrollo en que se encuentran los/as adolescentes. Asimismo, es importante destacar, dentro de este ámbito, el efecto de demostración ejercido a través de estos medios y la propaganda comercial, la que junto a una sociedad de consumo, en general van creando necesidades de formas de existencia enseñando valores y patrones de conducta, los que podrían ser equívocos, especialmente en el ámbito de la sexualidad de los jóvenes. La sexualidad, como dimensión constitutiva de la persona y que esta relacionada no solo con sus aspectos físicos sino con sus emociones, valores y creencias, requiere de una respuesta desde la familia y del sistema educativo en atención a las necesidades y a la demanda de aprendizaje de niños y jóvenes en esta área. Además debe contar con un sistema educativo acogedor y accesible que despeje sus interrogantes en el campo de la sexualidad, que respete las diferencias y entregue información veraz respondiendo a sus necesidades.

- *"Porque hay niños que en sus casas no les hablan ni les enseñan de esas cosas...y para que una sepa y este informada".*
  (Mujer, menos de 15, primero medio, municipalizado).

- *"Si, porque es importante saber de estos temas ya que a uno a veces solamente con amigos/ as se entera de cosas que muchas veces no son verdad, es bueno hablar de estos temas con adultos ya que ellos tienen mas experiencia y saben mas"*
  (Femenino, 15, segundo medio, particular subvencionado)

- *"Si, porque es más fácil ya que algunos padres les da miedo hablar de esos temas con sus hijos..."*
  (Mujer, 16 años, segundo medio, particular subvencionado)

- *"Yo creo que si porque en la casa no tenemos con quien expresarnos con la facilidad que tenemos en el colegio"*
  (Hombre, menos de 15, octavo, municipalizado)

- *"Porque hay niños que no les hablan en la casa de estos temas en todo colegio se debe enseñar y explicar dudas"*
  (Mujer, octavo, menos de 15, municipalizado)

- *Si, porque algunos padres no hablan estos temas entonces que en mi colegio u otro lo enseñen esta bien"*
  (Hombre, octavo, menos de 15, particular subvencionado)

- *"Si, porque no todos tienen la oportunidad o forma de informarse de todo esto, la única forma de saber es por lo que ven en la TV..."*
  (Mujer, menor de 15 años, octavo, particular subvencionado).

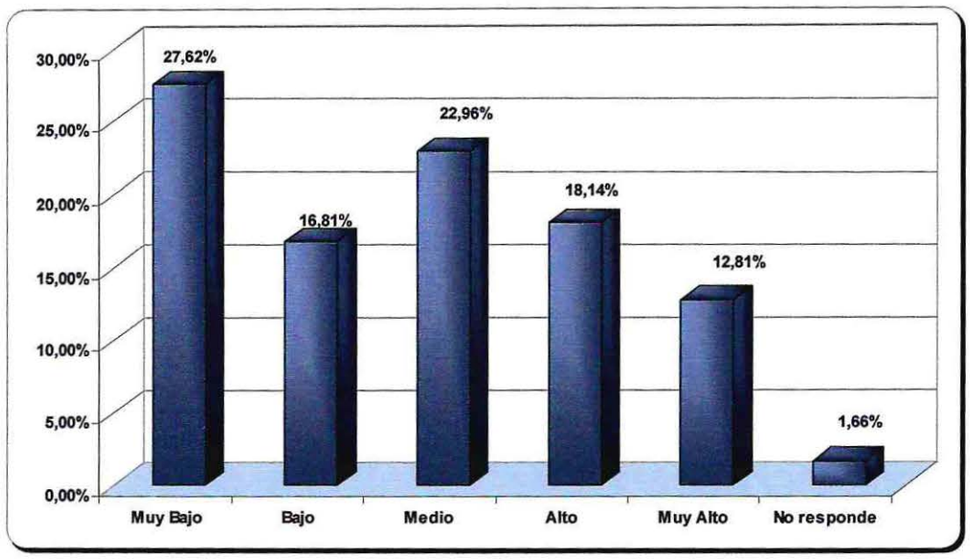
Percepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA en los adolescentes

Se considera que las interpretaciones que hacen las personas de la realidad o de una realidad definida —las percepciones— están mediadas por los patrones culturales y las actitudes y comportamientos esperados que de éstas se derivan. De esta manera, se ven influenciadas por la educación recibida, las ideas transmitidas, los valores inculcados, los prejuicios, y por las propias características de personalidad, que hacen al sujeto hombre o mujer, más o menos influenciables a los influjos del medio.

A partir de ellas, y en concreto, del conjunto de percepciones y valoraciones que se tiene acerca de una determinada situación o realidad, se va conformando la imagen que finalmente se construye acerca de dicha realidad como un todo. Estas imágenes se traducen en actitudes y comportamientos que de alguna u otra forma retroalimentan a las percepciones y opiniones y, por tanto, la manera de pensar, sentir y actuar.

- ***Según lo que tú sabes o conoces acerca de la enfermedad ¿Cual es el nivel de riesgo de adquirir el VIH, que TÚ te atribuyes?***

Grafico 9: Riesgo Atribuible a la transmisión del VIH.



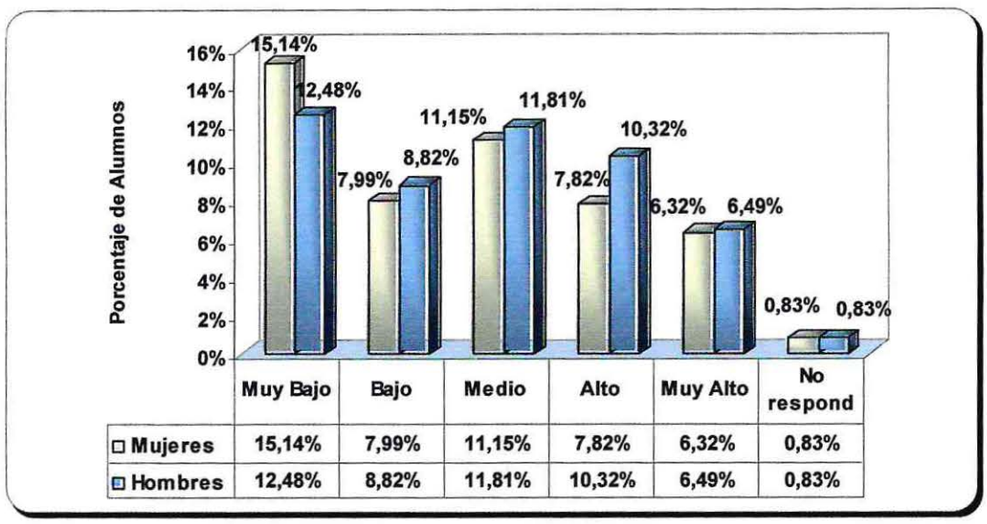
Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

En base a la información proporcionada por el estudio, los principales contrapuntos que revelan las percepciones de los/as adolescentes se generan respecto a las situaciones específicas de riesgo atribuibles a la transmisión del VIH/SIDA.

En el caso de la población juvenil estudiada, la percepción que ellos/as tienen acerca del riesgo de contraer la enfermedad es del 27, 62% como de un riesgo muy bajo, un 26, 92% de mediano riesgo y el 18, 14% como de muy alto riesgo. Las opiniones vertidas por el estudiantado en esta pregunta son heterogéneas, pero significativamente importante al momento de conocer lo que los jóvenes vivencian desde la propia experiencia.

Existe si bien es cierto, no es el mayor, un alto porcentaje de alumnos/as que se perciben como en un alto riesgo de contraer la enfermedad, este dato es importante de analizar incluyendo la variable sexo.

Grafico 10: Percepción de riesgo y variable sexo

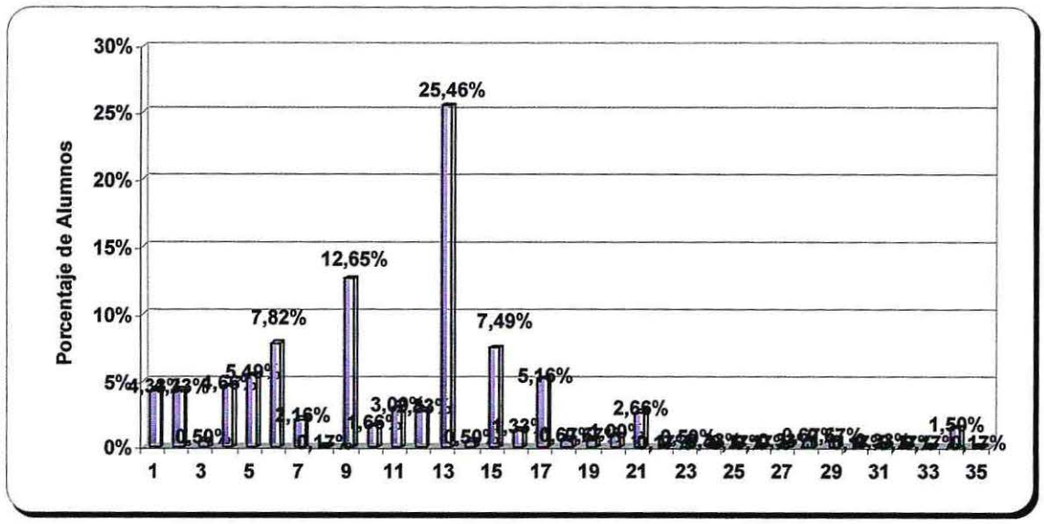


Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Al incluir esta variable, se puede observar a graves del grafico que el **riesgo alto** es considerado en un mayor porcentaje por los hombres con un 10,32%, sin embargo el **riesgo muy alto** es casi similar en proporciones para ambos sexos, con un 6, 32% para mujeres y un 6,49% para los varones. Este dato es significativo a la hora de comprobar el cambio de patrón cultural que caracteriza a la juventud actual, y específicamente en el cambio de sus conductas sexuales, homogenizando de esta manera la percepción de alto riesgo de ambos sexos.

- ***¿Cuál o cuales crees que es o son los grupos que tienen mayor riesgo de contraer el VIH?***

Grafico 11: Percepción de grupos de riesgo



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006

El mayor porcentaje de alumnos opina que los mayores grupos de riesgo son con un 25.46% los homosexuales en segundo lugar personas que tienen muchas parejas sexuales con un 12.65% y en tercer lugar cualquier persona que con un 7.82%

Análisis de las Variables de Investigación:

A continuación se realiza el análisis de la variable de conocimiento, considerando aspectos generales de la enfermedad, vías de transmisión, métodos de prevención, magnitud y tendencia de la epidemia. De esta manera se le asignara un puntaje a cada pregunta del cuestionario y se codificara el nivel de conocimiento de acuerdo al porcentaje de asertividad logrado por los alumnos en cada pregunta.

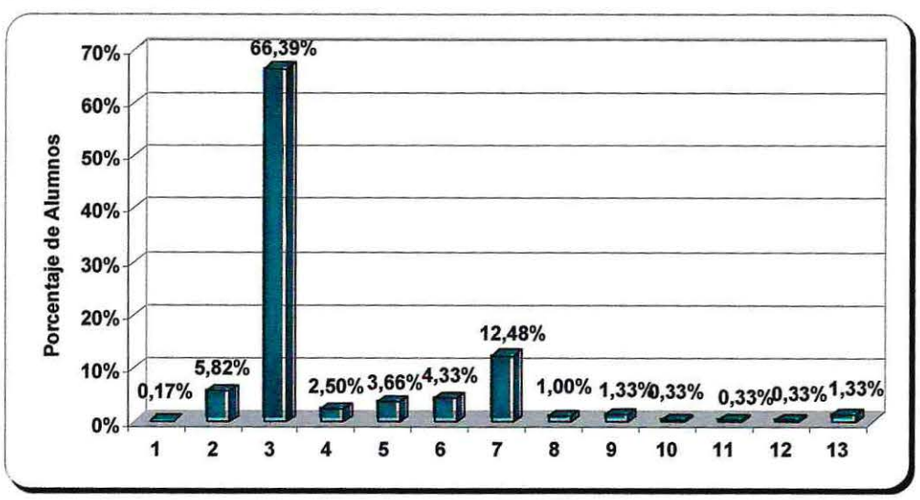
Este puntaje se otorgara de acuerdo a las siguientes categorías a través de las cuales, finalmente, se espera medir el nivel de conocimiento que poseen las y los alumnos con respecto al VIH/SIDA.

• Alto : Con un porcentaje igual o mayor al 60% de los alumnos
• Medio : Con un porcentaje igual o mayor al 30% de los alumnos.
• Bajo : Con un porcentaje menor al 30% de los alumnos.

Variable I: Nivel de Conocimiento

- ***¿Cual o cuales son las maneras de prevenir el VIH?***

Grafico 12: Métodos de Prevención

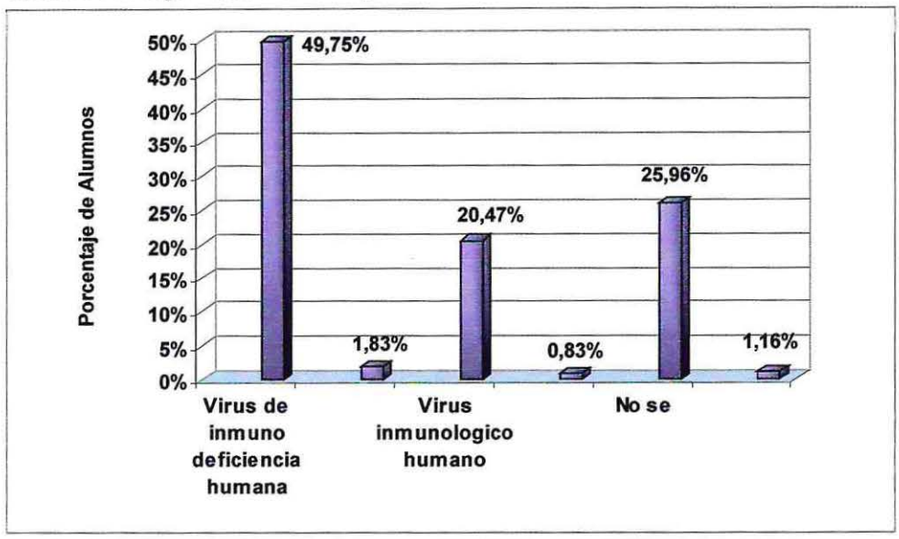


Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

De acuerdo a las respuestas entregadas por la población en estudio, el 66, 39% señala que la principal manera de prevenir la transmisión del VIH/SIDA es el uso del preservativo y en segundo lugar con un 12, 48% la abstinencia sexual .

Esta pregunta presenta un nivel de conocimiento alto

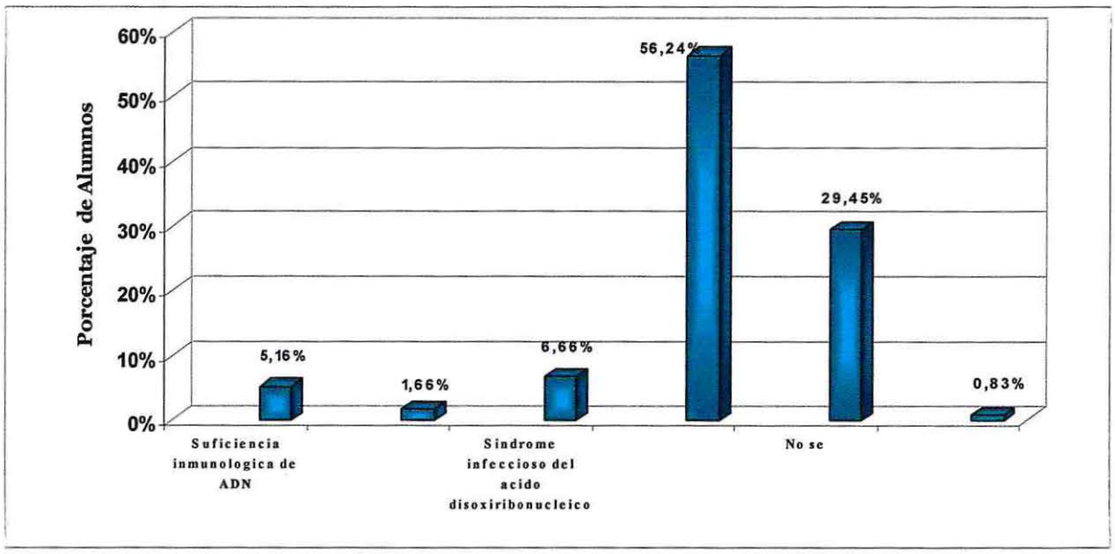
Grafico 13: Significado de la sigla VIH



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Un 49, 75% contesta en forma correcta señalando el significado de la sigla VIH en segundo lugar el 25, 96% declara no saber su significado y el 20,47% se inclina por virus de inmuno deficiencia humano. El puntaje asignado corresponde a un nivel de conocimiento medio.

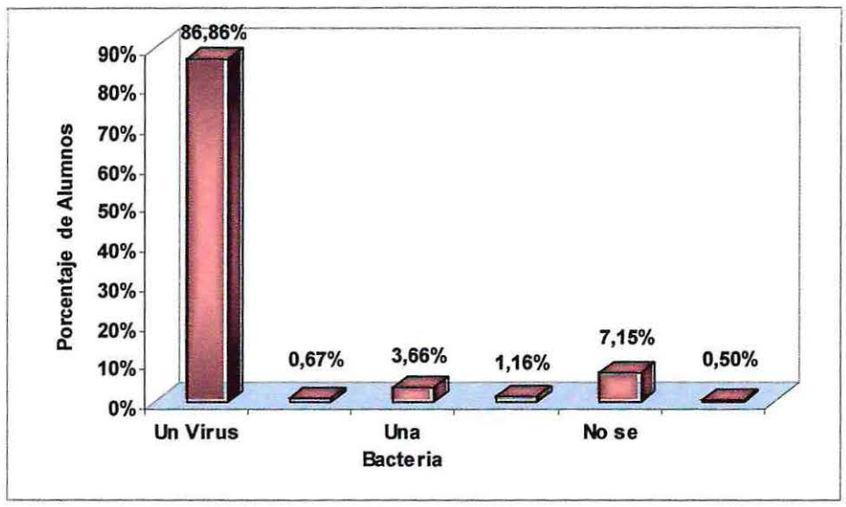
Grafico 14: Significado sigla SIDA



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La pregunta fue contestada de forma correcta por un 56,24% de alumnos y en segunda mayoría el 29, 45% declaro no saber. El puntaje asignado para esta pregunta corresponde a un nivel de conocimiento medio.

Grafico 15: El SIDA es causado por

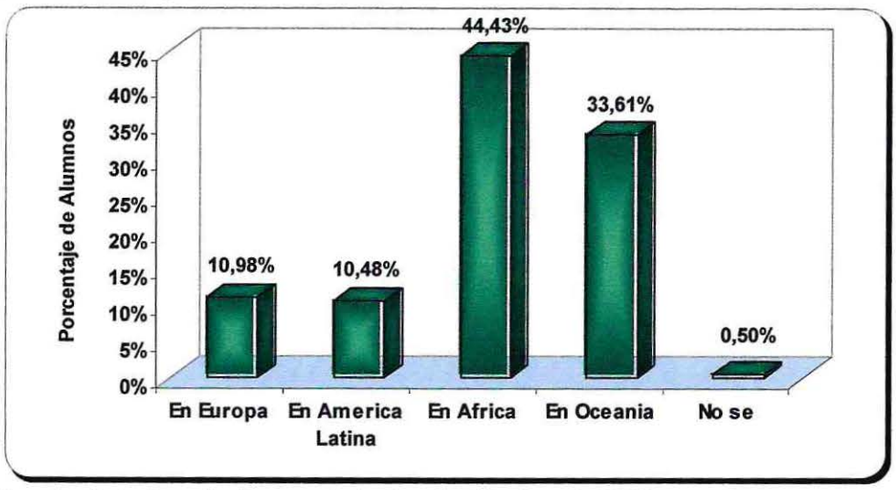


Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Un porcentaje de un 86,86% respondió de forma correcta la respuesta, identificando a un virus como el causante de la enfermedad, en segundo lugar con un 7,15% declara no saberlo y finalmente un 3, 66% piensa que es una bacteria. Esta pregunta presenta un nivel de conocimiento alto.

Variable I: Nivel de Conocimiento: Magnitud y tendencia

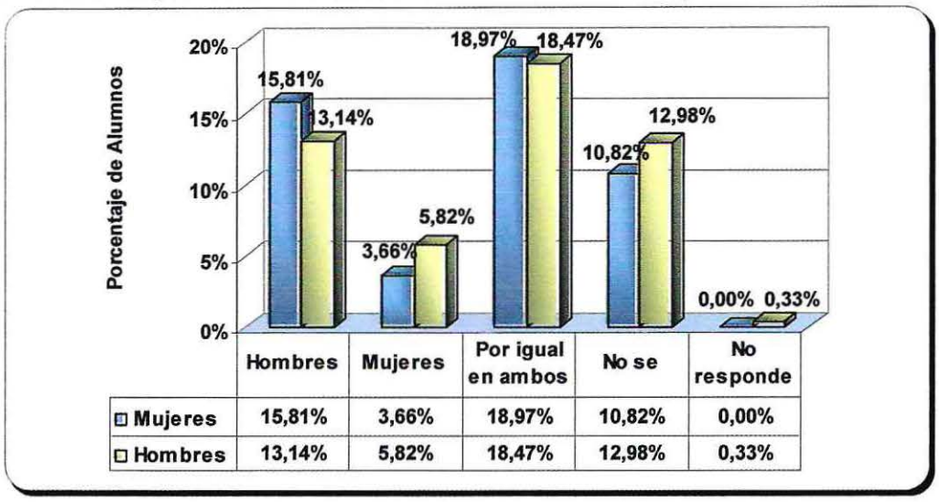
Grafico 16: Mayor numero de casos de VIH a nivel mundial



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Según se observa en el grafico, el 44,43% de los alumnos contesto en forma correcta, al señalar al Continente Africano como el continente con mayor numero de casos de VIH, el 33, 61% señala a Oceanía y el 10,98% a Europa. Esta pregunta corresponde a un nivel de conocimiento Medio.

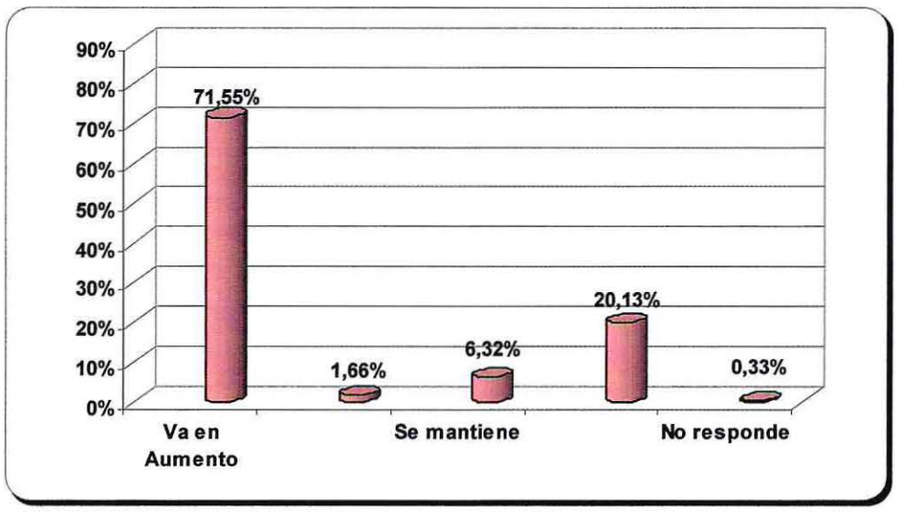
Grafico17: Mayor numero de casos de VIH a nivel nacional por sexo



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

El mayor porcentaje señala que es igual para ambos sexos, con un 18,97% para las mujeres y un 18,47% para los hombres. Siendo la respuesta incorrecta, ya que el mayor numero de casos de VIH sigue siendo la población masculina aunque con características de feminización de la epidemia, a nivel nacional y mundial. Esta pregunta presenta un nivel de conocimiento bajo.

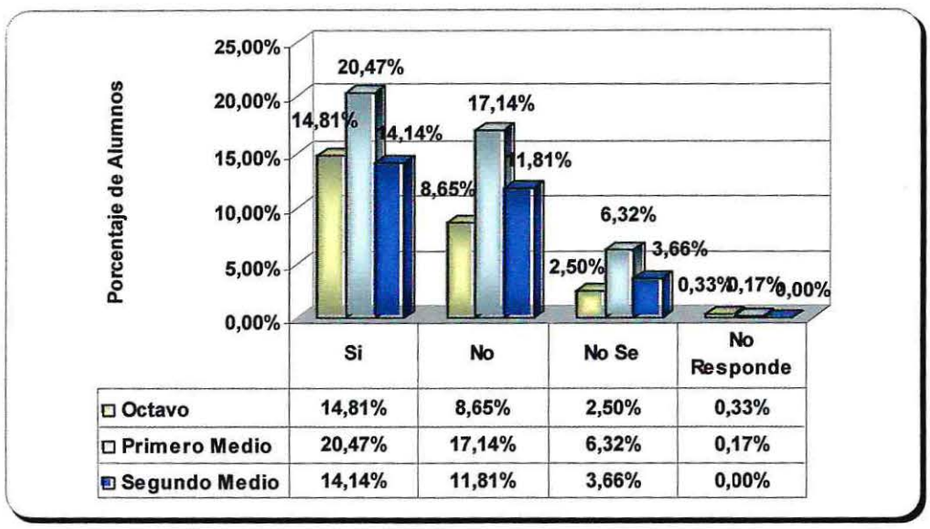
Grafico 18: Numero de casos de VIH a nivel nacional



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La respuesta correcta fue la alternativa del 71.55% que indica que el numero de casos va en aumento, el 20.13% no sabe la respuesta y el 6.32% declara el numero de casos se mantiene. El nivel de conocimiento de esta pregunta es alto.

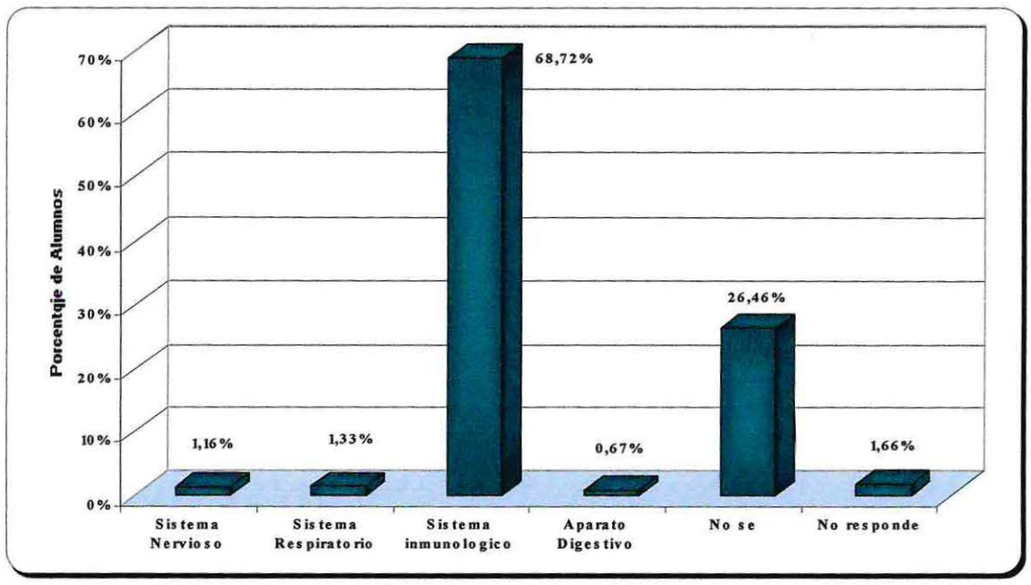
Grafico 19: El VIH ¿causa siempre la muerte de la persona que lo contrae?



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La respuesta señalada por los alumnos es incorrecta debido a que de mediar un tratamiento en el momento adecuado, la persona puede vivir con el virus controlándose periódicamente y siguiendo en estricto rigor su tratamiento.
El nivel de conocimiento respecto a esta pregunta es bajo.

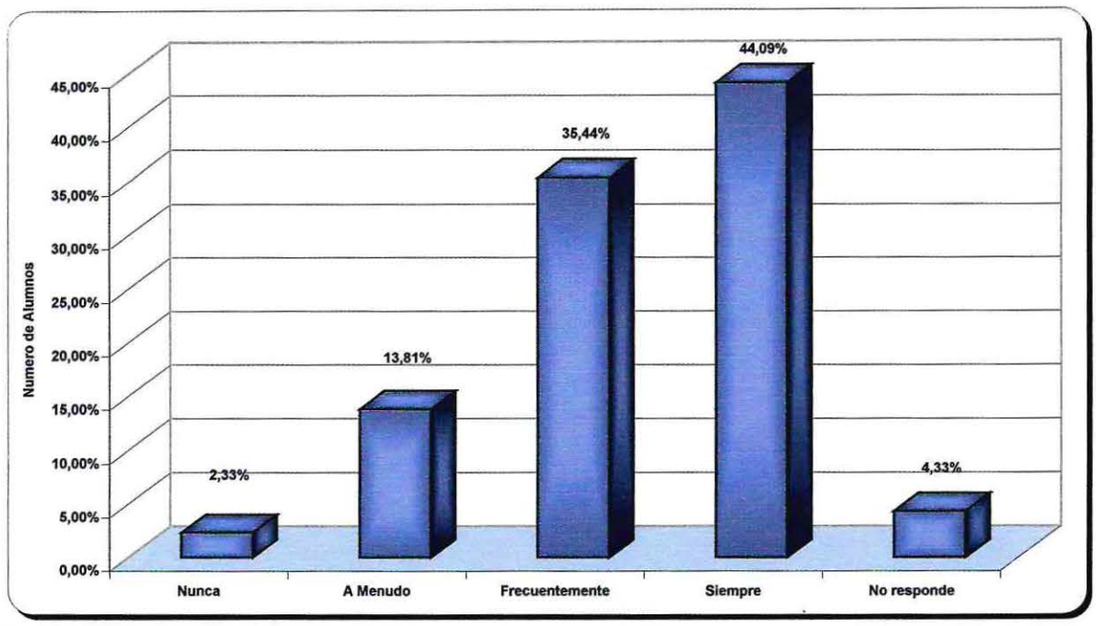
Grafico 20: El VIH afecta principalmente a



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La respuesta correcta presenta un porcentaje de un 68.72%, siendo el sistema inmunológico el principal afectado por este virus. El nivel de conocimiento presentado en esta pregunta es alto.

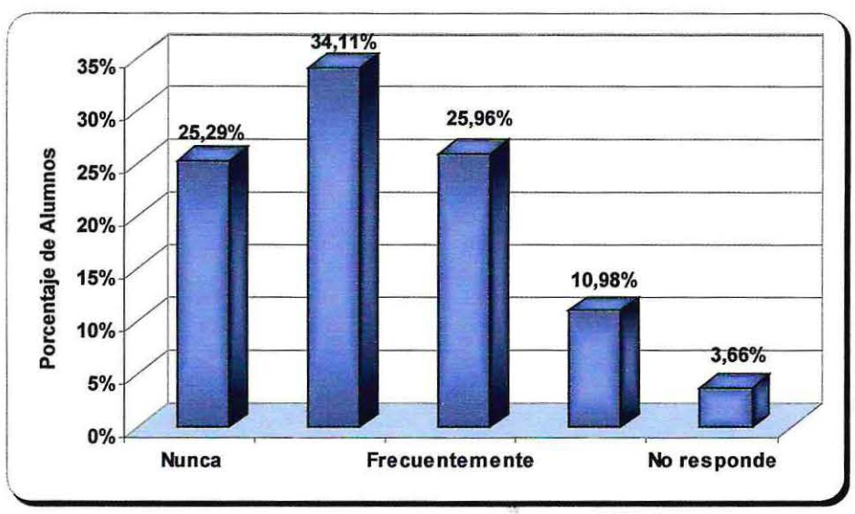
Grafico 21: Vías de transmisión del VIH, por relación sexual



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Como se observa en el grafico el 44.09% de los alumnos opina que las relaciones sexuales pueden causar siempre la transmisión del virus, siendo la respuesta incorrecta. Frecuentemente y a menudo serian las alternativas correctas, siendo el nivel de conocimiento de esta pregunta medio.

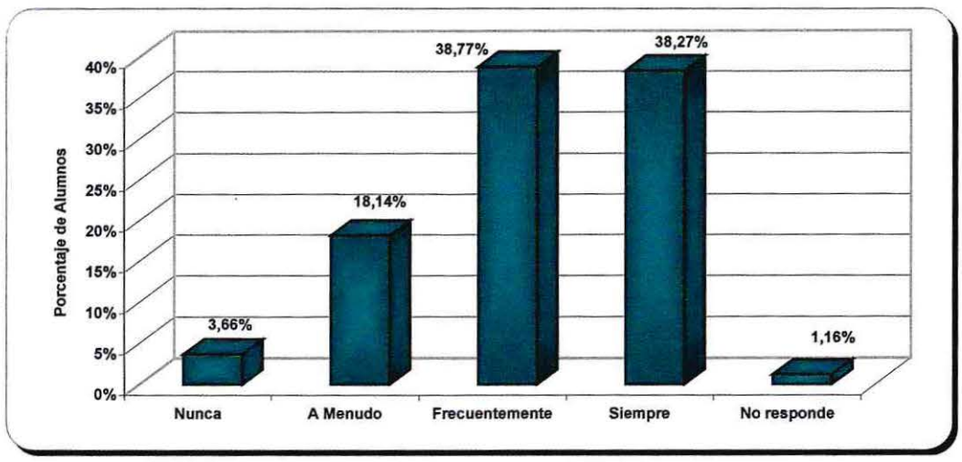
Grafico 22: Vías de transmisión del VIH, de la madre al hijo en la lactancia



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La respuesta es correcta, ya que la mayoría de los encuestados un 34.11% señala que a menudo, a través de la lactancia se puede transmitir el virus de madre a hijo, ya que, de no mediar tratamiento puede transmitirlo al hijo/a a través de la transmisión vertical. El nivel de conocimiento de esta pregunta es medio.

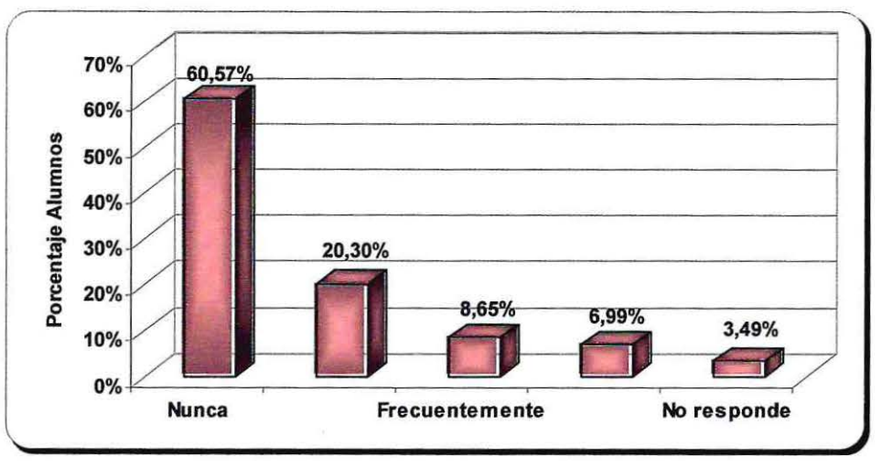
Grafico 23: Vías de transmisión del VIH, por no usar preservativo



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

Una persona que ha adquirido el virus puede mantener relaciones sexuales y no transmitirlo a su pareja, debido a la cantidad de virus circulante en la sangre. Sin embargo en un 95% de los casos, la transmisión ocurre. Frecuentemente es la respuesta correcta, con un 38,77%. El nivel de conocimiento de esta pregunta es medio.

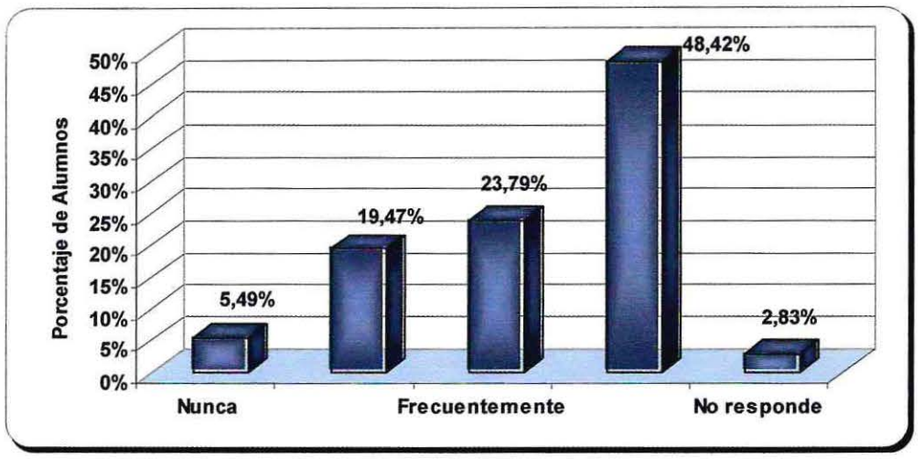
Grafico 24: Vías de transmisión del VIH, por picadura de un mosquito



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La respuesta es correcta, ya que el virus no se puede transmitir a través de la picadura de un mosquito. El nivel de conocimiento de esta pregunta es alto.

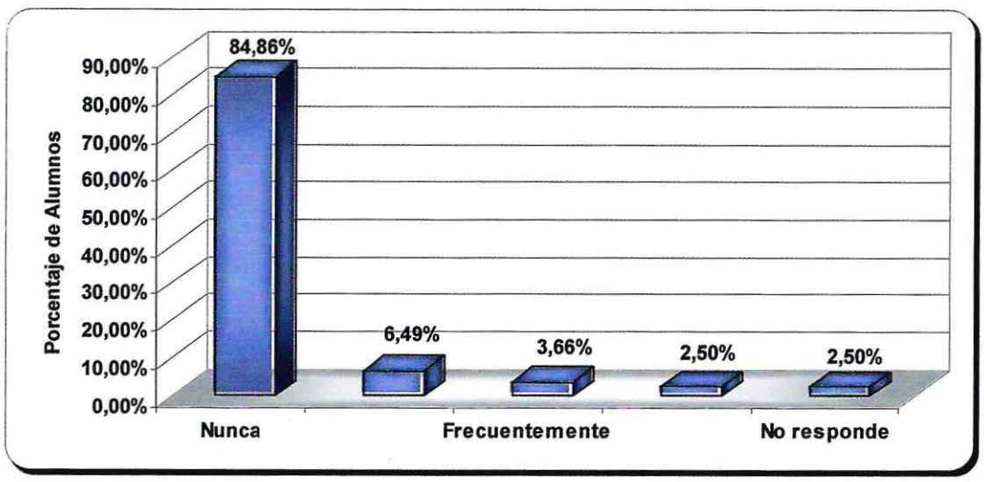
Grafico 25: Vías de transmisión del VIH, transfusión sanguínea



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

La respuesta es incorrecta con un 48.42% que opina que, a través de una transfusión sanguínea se puede transmitir el virus, desconociendo que existen medidas de seguridad a nivel nacional y mundial que hacen casi nula la posibilidad de que esto pueda ocurrir. El nivel de conocimiento de esta pregunta es bajo.

Grafico 26: Vías de transmisión del VIH, a través de besos y abrazos.



Fuente: Cuestionario de conocimientos. Septiembre de 2006.

El nivel de conocimiento de esta pregunta es alto, ya que un 84.86% señala que los besos y abrazos no son formas de transmisión del VIH. Siendo esta respuesta correcta.

Resultados

Los resultados obtenidos de acuerdo a los criterios de asignación de puntaje establecidos para cada respuesta fueron los siguientes:

Nivel de conocimiento general VIH/SIDA	
Significado de la sigla VIH	Nivel de Conocimiento Medio
Significado de la sigla SIDA	Nivel de Conocimiento Medio
Agente que causa el SIDA	Nivel de Conocimiento Alto
Magnitud y Tendencia	
Numero de casos a nivel mundial	Nivel de Conocimiento Medio
Numero de casos a nivel nacional según tendencia por sexo	Nivel de Conocimiento Bajo
Numero de casos a nivel nacional	Nivel de Conocimiento Alto
Tratamiento	
Tratamiento de la enfermedad	Nivel de Conocimiento Bajo
Conocimiento Vías de Transmisión	
Sistema que ataca principalmente el VIH en el Ser Humano	Nivel de Conocimiento Alto
Por relación sexual	Nivel de Conocimiento Medio
Transmisión vertical (de la madre al hijo/a)	Nivel de Conocimiento Medio
Uso de preservativos	Nivel de Conocimiento Medio
Picadura de un mosquito	Nivel de Conocimiento Alto
Besos y Abrazos	Nivel de Conocimiento Alto
Transfusión Sanguínea	Nivel de Conocimiento Bajo

CAPITULO VI

PROPUESTA EDUCATIVA

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la aplicación del Instrumento de recolección de datos, que fue utilizado en este estudio, se puede concluir que de las 13 preguntas de conocimiento respecto a la enfermedad, 4 respuestas corresponden a un nivel de conocimiento alto, 6 respuestas corresponden a un nivel de conocimiento medio y 3 a un nivel de conocimiento bajo. Ubicándose el mayor porcentaje de los alumnos en un nivel de conocimiento medio. De acuerdo a estos resultados se sugiere que la implementación de una propuesta educativa de prevención del VIH/SIDA en los colegios, debe considerar los aspectos en los cuales los adolescentes presentan un nivel de conocimiento medio y bajo, reforzando los primeros y entregando la información correcta en el segundo caso. También se sugiere considerar los aspectos mencionados por las y los alumnos en el análisis cualitativo de la información, considerando los correlatos que acompañan a los gráficos.

De esta manera, los principales hallazgos obtenidos a través del proceso investigativo dan cuenta de los conocimientos, temores y olvidos de los adolescentes con respecto al VIH/SIDA.

Por lo tanto de acuerdo al análisis de las variables en estudio se puede señalar que:

- El nivel de conocimiento respecto al VIH/SIDA, es bajo, en áreas como la tendencia de la enfermedad a nivel nacional, vías de transmisión, y tratamiento.
- Es importante destacar que después de varios años tras el aparecimiento del VIH/SIDA en el país se han logrado grandes avances tanto en prevención como en su tratamiento. Sin embargo, los jóvenes aun se mantienen desinformados con respecto a los cambios en la situación epidemiológica nacional y los avances en su tratamiento. Es importante tener presente estos aspectos en el momento de diseñar un programa de prevención en el ámbito escolar, ya que de esta manera es posible focalizar la información en aquellas áreas que deben ser reforzadas.
- La difusión de información sobre medios prácticos de prevención y su masificación, ha permitido un cierto control sobre la expansión de la enfermedad, sin embargo, aun persiste la desinformación y dudas en la población juvenil, específicamente respecto a temas relacionados con su sexualidad y con el VIH/SIDA.

- La prevención debe ser internalizada y hacerse permanente para hacer frente al efecto de acostumbramiento, y por lo tanto de indiferencia de los jóvenes, los esfuerzos preventivos deben hacerse también más focalizados y complejos.
- La entrega de información debe ser sistematizada y actualizada de acuerdo a los cambios epidemiológicos y avances en el tratamiento de la enfermedad.
- La prevención también debe considerar la posibilidad de la abstención sexual como una opción valida, confiable y efectiva para evitar la transmisión del VIH/SIDA.

PRESENTACIÓN DE PROPUESTA EDUCATIVA

La propuesta que a continuación se presenta, se construye a partir de la información obtenida a través del proceso de investigación, llevado a cabo en 9 Establecimientos Educacionales de la Comuna de Villa Alemana, la cual plantea dentro de sus objetivos, el diseño de una propuesta de Prevención del VIH/SIDA en el ámbito escolar, dado que la transformación sociocultural respecto a los patrones de comportamiento sexual que ha sufrido la sociedad, en términos de un comienzo más precoz en el ejercicio de la sexualidad confirmaría que las actitudes de los y las adolescentes también se están modificando. El hecho de no demorar el inicio de la actividad sexual y, por el contrario, vivirla cada vez más joven y asumirla activamente, plantea el desafío, de enfrentar lo que acontece con este segmento importante de la población, especialmente frente al riesgo que conlleva la transmisión del VIH/SIDA.

Frecuentemente el ejercicio de la sexualidad en los y las adolescentes se inicia antes de la comprensión y asimilación de los cambios corporales y mentales, y de la interiorización de valores de autocuidado y responsabilidad junto con la obtención de la información suficiente para ejercerla. Por tanto necesitan una educación y orientación que los guíe hacia la vivencia de una sexualidad enriquecedora, plena de afecto libre de la transmisión del VIH/SIDA, de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo precoz.

- Esta propuesta también busca generar en los educadores una reflexión sobre si mismos, lo cual es el punto de partida para una optima realización de su rol de guías, ya que de esta manera, podrán ayudar a

los adolescentes a identificar sus modos de vida, de pensar y expresar la sexualidad en la familia, en la calle, en el colegio, y en las relaciones de pareja y de este modo, avanzar hacia su ejercicio en el que se vea implicado fundamentalmente el valor de la prevención.

- Una propuesta de esta índole en el ámbito educativo debe tomar en cuenta las características propias de los adolescentes y motivarlos a una participación comprometida, que parta de la experiencia y se desarrolle por medio de actividades estimulantes y expresivas, como audiovisuales, guías escritas, dinámicas grupales y juegos, a través de talleres educativos incluidos en la jornada escolar y que cuente con material de apoyo apropiado, que permita facilitar los canales de información y conocimiento.
- Considera el conocimiento y las experiencias de los adolescentes como el punto de partida de las actividades educativas que debe estar inserto en un plan más amplio que contemple:
- El promover cambios a nivel de las Políticas Sociales y Programas Educacionales, abarcando todos sus niveles de formación destinados a incorporar la temática de prevención del VIH/SIDA en todos los espacios de formación de la Sociedad. Una política que en lo concerniente a la sexualidad propiamente tal, incorpore como ejes estratégicos, entre otros: la inclusión de la educación sexual en el curriculum escolar (educación preescolar, escolar, media y superior); una línea programática específica en salud sexual y reproductiva que realmente se operativice y; una línea programática focalizada en la atención especializada en la prevención de ETS, VIH/SIDA y embarazo adolescente.
- Facilitar la toma de conciencia por parte de la comunidad en cuanto a que la sexualidad y la afectividad son una dimensión constitutiva del ser humano y configuran una necesidad de aprendizaje personal y social de niños y jóvenes que la sociedad debe enfrentar.
- Capacitación Docente: Las escuelas deben impartir educación sobre el VIH/SIDA y velar por que los maestros tengan adecuada capacitación para ofrecer educación y apoyo a los jóvenes. La escuela es donde se sistematiza la educación, por lo tanto es fundamental comenzar

informando a los profesores que tienen una importante responsabilidad en la formación de niños y jóvenes con respecto a esta temática.

- Diseñar métodos de enseñanza con tecnologías de acuerdo al proceso de desarrollo de los adolescentes y que estas enseñanzas contemplen información diversificada tanto para aquellos que ya han iniciado su vida sexual, como aquel que aun no la inicia, en un clima de confianza y respeto hacia cada uno de ellos, reforzando las medidas preventivas en el primer grupo e informando a los que todavía no comienzan, preparándolos para este momento tan importante en sus vidas.
- Sin lugar a dudas será el propio adolescente quien determinara finalmente el inicio de su vida sexual pero para ese momento debe contar con las herramientas necesarias para ejercerla libre del contagio del VIH/SIDA.
- Acceso a tratamiento, atención y apoyo emocional a los niños, niñas y jóvenes que viven con el VIH/SIDA en las escuelas y a sus familias.
- Conocer aspectos sociales y psicológicos de la etapa del desarrollo en el ciclo vital en la cual se encuentran los adolescentes, considerando sus características, dentro de las cuales se encuentra el despertar a nuevas experiencias que pueden provocar conductas potencialmente riesgosas y de una falsa inmunidad frente a la transmisión del VIH/SIDA, Enfermedades de transmisión sexual y embarazos.
- Considerar finalmente que la educación comienza en el hogar por lo tanto es ahí donde debe comenzar la prevención, para ello es necesario incorporar a los padres y hacerlos participes de la implementación de programas que se impartan a través de los establecimientos educacionales.

Reflexión en torno a las categorías de Análisis y Propuesta Educativa

El análisis de las categorías correspondientes a las áreas temáticas expresadas por la población en estudio en el capitulo anterior da cuenta de los conocimientos y por otro lado de la desinformación, dudas y temores que existe en los adolescentes en el plano de su sexualidad y específicamente del VIH/SIDA.

Se establece por lo tanto que de acuerdo a la pregunta de investigación planteada al inicio del Estudio:

- ¿De acuerdo al análisis de las variables en estudio, que aspectos deberían considerarse en el diseño de un programa de prevención del VIH/SIDA para su implementación en establecimientos educacionales de la Comuna?

Se entregan los siguientes análisis y resultados:

- La propuesta en el diseño de un Programa de Prevención del VIH/SIDA en el ámbito escolar, debe considerar el establecimiento de canales de comunicación cercanos y confiables que proporcionen a los adolescentes información acerca de los aspectos constitutivos de la sexualidad humana en sus áreas físicas, psicológicos y sociales.
- Debe satisfacer la necesidad de conocimientos en el área de la sexualidad humana y específicamente la sexualidad adolescente considerando las características propias de esta etapa del ciclo de desarrollo humano, abordando temáticas relacionadas con; prevención del embarazo adolescente; métodos de anticoncepción masculino y femenino, información y prevención de enfermedades de transmisión sexual e información y prevención del VIH/SIDA.
- Que la Prevención del VIH/SIDA en el ámbito escolar contemple la valoración de la no discriminación hacia personas viviendo con el VIH y el manejo de un lenguaje no discriminatorio en todos los ámbitos del espacio escolar, integrando a los padres y/o apoderados, personal docente y alumnos/as.
- Una propuesta debe contemplar para los y las adolescentes recibir enseñanzas sobre la vida práctica, es decir, las aptitudes y la capacidad de negociar que les permitan poner en práctica la información de que disponen y tomar decisiones con conocimiento de causa sobre su sexualidad.

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
BIBLIOTECA

Conclusiones

Las creencias erróneas, la falta de información y la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, considerando que esta es una de las principales vías de transmisión del VIH/SIDA, junto a la percepción de bajo riesgo de adquirir la enfermedad que ellos perciben, confirma que los jóvenes actualmente necesitan contar con las herramientas necesarias parta enfrentar esta enfermedad.

Es por es esta razón que se considera fundamental el accionar del y la profesional asistente social como agente de cambio en los hábitos y conductas de las y los jóvenes así como de la comunidad en su conjunto. Se destaca dentro de sus tareas la pesquisa precoz de jóvenes que han iniciado su vida sexual y que necesiten orientación respecto a su salud, incorporándolos a programas de conserjería y orientación, coordinándose para ello con organismos e instituciones comunitarias, municipales y/o gubernamentales, lo cual ayudara a proporcionar una atención integral al o la joven, su familia y su comunidad.

De acuerdo a esto se presentan las siguientes sugerencias:

- Impartir talleres de educación sexual en donde se entregue información sobre el VIH/SIDA y de medidas preventivas frente a la enfermedad con el objetivo de crear una verdadera conciencia sobre la magnitud de la problemática en este grupo de vulnerabilidad emergente ante el riesgo de contraer la enfermedad.
- Capacitar a los y las estudiantes desde octavo año básico y si es posible abarcando a la comunidad educativa en su conjunto, padres, apoderados y docentes, en medidas preventivas y habilidades que promuevan el autocuidado en salud y la autoestima como valores fundamentales de la prevención.

Rol de la Educación en la Prevención del VIH/SIDA

A partir de lo anterior se espera que la educación contribuya significativamente al proceso de crecimiento y auto-afirmación personal; a orientar la forma en que los adolescentes se relacionan con otros seres humanos y con el mundo; a fortalecer y afianzar la formación ético-valorativa; y al desarrollo del pensamiento creativo y crítico. Además, a estimular los rasgos y cualidades que conformen y afirmen su identidad personal, de una sexualidad responsable e informada y el sentido de pertenecer y participar en grupos de diversa índole, respetando y valorando la diversidad de creencias, las diferencias de genero y las de opción sexual. Para que los jóvenes adopten pautas de comportamiento saludables y responsables, y eviten la transmisión de la enfermedad, no basta con que aprendan solo los aspectos biomédicos, sino que es importante que aprendan a hacer frente a las demandas cada vez más complejas de las relaciones, en particular a los contactos con personas de otro sexo y a las situaciones de conflicto; a adoptar prácticas sin riesgo y a relacionarse con el creciente número de personas que viven con el VIH o el SIDA. Para entregar este nuevo enfoque biosicosocial, es fundamental el accionar de la profesión en la promoción de la no discriminación y la prevención de la enfermedad.

Es importante orientar la educación hacia la adquisición de aptitudes para la vida. Las aptitudes que permitan a los jóvenes hacer frente a las situaciones de riesgo de transmisión del VIH/SIDA y para prevenir muchos otros problemas de salud. Entre estas situaciones figuran las que los capacitan para responder adecuadamente a peticiones de relaciones sexuales u ofrecimientos de drogas, tomar decisiones responsables ante opciones difíciles, aplicar las técnicas de reducción de riesgos, rechazar las relaciones sexuales sin protección, una vez iniciada la vida sexual, y buscar apoyo y cuidados apropiados, incluidos los servicios de salud y el asesoramiento

Finalmente una de las herramientas más importantes con las que se cuenta para la prevención, es la educación, como el primer paso hacia la información y el conocimiento y en la adquisición de habilidades que permitan a los adolescentes poner toda la información con la que cuentan en practica.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- Estudio Nacional de Comportamiento sexual. Primeros Análisis. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Comisión Nacional del Sida, Chile. Agence Nacionale de Recherches sur le Sida, Francia. Chile.2000.

- Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Roberto Hernández Sampieri. Carlos Fernández Collado. Pilar Batista Lucio. (CAMBIAR AL NUEVO SAMPIERI)

- Niños, Adolescentes y Sida. Problemática Psicosocial e intervención Educativa. Amado Vega Fuentes. A. Jesús Lacoste Marín. Editorial Promolibro. Valencia 1995. España.

- Relaciones Sexuales en la Adolescencia. Mónica Silva. Tercera Edición. Ediciones Universidad Católica de Chile. Vicerrectoria Académica. Comisión Editorial .Año 2004.

- Desarrollo Humano. Diane Papalia. Rally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman. Novena Edición. Editorial Mc. Mcgraw-Hill.2005

- Sexualidad y Adolescencia. Tópicos en Psicología. Mónica Silva. Segunda Edición. Año 2004.

- Metodología de la Investigación Social. Fernando Pasten Cordovez. Edeval. Valparaíso 1993.

- VIH/SIDA Y Mundo Laboral. Apuntes para el Debate. Francisco Vidal. Vasili Deliyanis. Rodrigo Pascal. (editores). Universidad Arcis. FLACSO-Chile. Vivo Positivo.2005.

- Manual de Identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Kotliarenco, María Angélica. Washington, OPS, 1998

- El Adolescente y sus conductas de riesgo. Tercera Edición. Ramón Florenzano, Macarena Valdés. Ediciones Universidad Católica de Chile. Mayo de 2005.

- Psicología Social/Ana de Quiroga; coordinado por José Francisco Morales y otros.- Primera Edición.- Buenos Aires: Pearson Education, 2002.

- EDAD PROMEDIO DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES POR SEXO. Universidad de Chile, Santiago 1994 – 2003.

- "ETS-SIDA: discursos y conductas sexuales de las chilenas y chilenos" de Magdalena Keincsek: Ricardo Aravena; Ina Orostegui y Georg Unger, EDUK, Santiago 1996

- CIDPA: Entre jóvenes re-productores y jóvenes co-constructores: Sentidos de la integración en la cultura escolar. 2001.

- Oscar Dávila y Astrid Oyarzún: Caracterización de juventud V Región, INJ y CIDPA, Viña del Mar, Año 1996.

- El carrete como escenario. Revista Ultima Decada.v13.n22. Santiago 2005.Versión on-line.

- Florenzano, R., Pino, P, Kaplan, M.K y Ben Dov, P. Consumo de Alcohol y Drogas entre adolescentes, Antecedentes en la situación familiar y del grupo de pares. Anonymous Santiago de Chile: corporación de Promoción Universitaria. Año1995.

- El adolescente y sus conductas de riesgo. Ramón Florenzano, Macarena Valdés. Tercera Edición. Mayo 2005.

- Boletín Epidemiológico Numero 15. Conasida. Ministerio de salud. Chile.2003.

- "Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe", SIDALAC, año1998.

- Luis Villarroel del Pino. "Futuro de la epidemia de VIH/SIDA: una proyección para Chile". Tesis para optar al grado de Magíster en Estadística. Dpto. Estadística. Universidad Católica de Chile.1997

- ONUSIDA, 2005. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA.

- Boletín sobre el SIDA en Argentina. ONUSIDA, 2005. Situación de la epidemia de SIDA en el Mundo.

- Orientaciones para la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH/SIDA y las enfermedades de Transmisión Sexual. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. Santiago, Abril de 2006.

- Evaluación del Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias del Área de Prevención de CONASIDA. "Elementos de conclusión y recomendación" capitulo VI. FLACSO Chile, Septiembre 2005.

- Resúmenes Ejecutivos de los Informes de Resultados de los estudios de Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y ETS en PVE, realizados por FLACSO (Mujeres), CEM (Trabajadores), Proyecta (Población Rural), Fundación Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile (Jóvenes), CIEG Universidad de Chile (Pueblos Originarios) y OIM en el caso de migrantes de zonas fronterizas, Conasida, año 2004.

- Sistematización del Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias, Capitulo 2: "Exploración teórica y referencial Relacionada con las respuestas a la epidemia del VIH/SIDA y las ETS en las PVP" y Capitulo III, Construcción de la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA y las ETS en las PVP: Caminando hacia la No discriminación y la Salud Integral, acápite Consideraciones Generales y propuestas. Equipo de Sistematización, Conasida, año 2004.

- SIDA. Cecilia Sepúlveda, Alejandro Afani. Tercera Edición. Editorial Mediterráneo. Año 2002.

- Diagnostico Socioeconómico de las mujeres que viven con VIH/SIDA en Chile.Cristina Virsed, Carla Donoso.VIVOPOSITIVO.Santiago, agosto de 2001.

Paginas web

- www.Conasida.cl
- www.unicef.cl
- www.Onusida.cl

Tesis

- El Desafío de Servicio Social Profesional frente a la problemática del VIH.- Sida en recintos carcelarios de la V Región Segmento Mujeres. Un aporte a la Prevención a través de la Educación de Internas Pertenecientes a las Unidades Penales de Limache, Quillota y Centro Penitenciario Femenino de Valparaíso. Seminario para optar al Titulo Profesional de Asistente Social y al Grado Académico de Licenciado en Servicio Social. Tatiana Carrasco, Marisol Chea, Claudia Veliz. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. 1996.

- Estudio descriptivo sobre el grado de conocimiento de Sida y prácticas sexuales que poseen los adolescentes de primero y segundo año medio de Liceos Municipalizados de Valparaíso a Julio/Agosto de 1991. Seminario para optar al Titulo de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso, año 1991.

ANEXOS

Cuestionario VIH/SIDA

Estudiantes de Enseñanza Básica y Media

INSTRUCCIONES

Estimado/a alumno y alumna:

En las siguientes páginas hallaras un cuestionario cuyo objetivo es recabar información que tengas acerca del VIH/SIDA.

La información que proporciones será sumamente útil para preparar programas escolares y comunitarios que respondan a los problemas relativos a esta enfermedad.

El cuestionario se ha preparado de manera que puedas responder con rapidez y facilidad. Es anónimo por lo que te aseguramos que toda la información que proporciones conservara su carácter estrictamente confidencial.

Por favor responde con sinceridad, ya que no existen respuestas buenas ni malas. Cuando se presenten alternativas, marca únicamente la que se ajuste a tu respuesta y no a la de tu compañero o compañera. No intentes adivinar la respuesta, si no sabes, opta por la alternativa "No Sé".

En caso de que tengas alguna duda por favor comunícala a la persona que estará a cargo de la aplicación del cuestionario.

La información obtenida será recogida y analizada en su conjunto, no de manera individual, por lo que conserva su carácter de confidencialidad y anonimato.

Villa Alemana, Agosto 2006.

De antemano ¡GRACIAS POR TU COLABORACION ¡

CUESTIONARIO

1.- Sexo

( ) Femenino
( ) Masculino

2.- Edad

( ) Menos de 15 años
( ) 15
( ) 16
( ) 17

3.- Curso

( ) Octavo
( ) Primero Medio
( ) Segundo Medio

4.- Tipo de Establecimiento Educacional

( ) Municipalizado
( ) Particular Subvencionado

5.- ¿Cuál(es) es o (son) a tu parecer el o los problemas de salud más graves o las enfermedades mas graves que enfrenta el país actualmente?

( ) Cáncer
( ) Diabetes
( ) VIH/Sida
( ) Enfermedades cardiovasculares
( ) No Sé

6.- ¿Que significado tiene la sigla VIH?

( ) Virus de inmunodeficiencia humana
( ) Virus de inmunidad del hombre
( ) Virus inmunológico humano
( ) Virus de imposibilidad del hombre
( ) No sé

7.- ¿Qué significado tiene la sigla SIDA?

( ) Suficiencia inmunológica de ADN
( ) Supuesto de inmunidad debido al ADN
( ) Síndrome infeccioso del ácido disoxiribonucleico
( ) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
( ) No sé

8.- El Sida es causado por:

( ) Un virus
( ) Un insecto
( ) Una Bacteria
( ) Un hongo
( ) No Sé

9.- A nivel Mundial ¿En que Continente existen más casos de SIDA?

( ) En Europa
( ) En América Latina
( ) En África
( ) En Oceanía
( ) No sé

10.- A nivel Nacional, existen más casos de Sida en:

( ) Hombres
( ) Mujeres
( ) Por igual en ambos sexos
( ) No sé

11.- El numero de casos de SIDA a nivel nacional:

( ) Va en aumento

( ) Va en disminución

( ) Se mantiene

( ) No sé

12.- El VIH ¿Causa siempre la muerte de la persona que lo contrae?

( ) Si

( ) No

( ) No sé

13.- ¿A través de quien o quienes te informas acerca de temas relacionados con tu sexualidad? Puedes marcar más de una alternativa

( ) Familia

( ) Escuela

( ) Compañeros/as o amigos/as

( ) Carteles/folletos/afiches

( ) Medios de comunicación: televisión, radio, diarios, revistas, Internet.

14.- ¿De que fuentes has obtenido información acerca del VIH/SIDA? Puedes marcar más de una alternativa.

( ) Familia

( ) Escuela

( ) Compañeros/as o amigos/as

( ) Carteles/folletos/afiches

( ) Medios de comunicación: televisión, radio, diarios, revistas, Internet.

15.- ¿En tu colegio o Escuela se ha implementado algún Programa que trate temas relacionados con la sexualidad humana?

( ) Si

( ) No

( ) No Sé

16.- ¿Crees que el tema del VIH/SIDA debe enseñarse en la Escuela junto a otros temas relativos a la sexualidad humana? y porque.

( ) Si

( ) No

17.- ¿Cuál es la posibilidad de que con alguna de las siguientes acciones se pueda transmitir el VIH?

Para cada alternativa marca con una X donde corresponda.

	Nunca	A menudo	Frecuentemente	Siempre
Relaciones sexuales				
De madre a hijo/a en la lactancia				
Por no usar preservativos				
Picadura de un mosquito				
Transfusión sanguínea				
Besos y abrazos				

18.- ¿Cuál(es) crees tu que es o (son) el o (los) grupo(s) que tiene(n) mayor riesgo de contraer el VIH? Puedes marcar más de una alternativa

( ) Trabajadoras/es del comercio sexual

( ) Drogadictos

( ) Homosexuales

( ) Dueñas de casa

( ) Personas que tienen muchas parejas sexuales

( ) Cualquier persona

19.- El VIH afecta principalmente al:

( ) Sistema nervioso

( ) Sistema respiratorio

( ) Sistema inmunológico

( ) Aparato Digestivo

( ) No Sé

20.- Según lo que tú sabes o conoces acerca de la enfermedad ¿Cual es el nivel de riesgo de adquirir el VIH, que TÚ te atribuyes?

( ) Muy Bajo

( ) Bajo

( ) Medio

( ) Alto

( ) Muy alto

21.- ¿Cual o cuales son las maneras de prevenir el VIH?

( ) Abstinencia sexual

( ) Uso de preservativos

( ) No acercarse a una persona enferma de Sida

( ) No existe manera de prevenir

( ) No Sé

Villa Alemana, Octubre de 2006

Señor(a)
Director(a)

Presente

De mi consideración:

Junto con saludarle cordialmente, me es muy grato anunciarle que ha concluido el proceso de investigación denominado: **"ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN EN POBLACIÓN VULNERABLE EMERGENTE: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA COMUNA DE VILLA ALEMANA."** llevado a cabo en alumnos y alumnas que cursan entre octavo año básico y segundo año de Educación Media en 9 establecimientos educacionales, municipalizados y particulares subvencionados de la comuna.

Concluido el proceso de aplicación del cuestionario, utilizado como instrumento de medición de datos, se procederá al análisis de la información a través de técnicas cualitativas y cuantitativas, las cuales permitirán conocer los resultados de dicho estudio. Finalizado este proceso se hará llegar a cada establecimiento educacional el informe correspondiente a los resultados obtenidos de acuerdo al análisis de los datos.

Dado el compromiso establecido con su establecimiento, quedo a su disposición para cualquier tipo de consulta en relación al estudio y a los tiempos establecidos para la entrega del informe final y propuesta de intervención.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted.

Maria Isabel Arancibia Arancibia
Alumna Seminario de Titulo
Escuela de Trabajo Social
Universidad de Valparaíso