Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

# *Factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes infectados*

Tesis para optar al Grado de Licenciatura en Psicología

María del Carmen Acuña Rodríguez

*Máster Marcela León Madrigal*
*Directora*

*M. Sc. Cristina Garita Garita*
*Lectora*

*Dr. Roberto López Core*
*Lector*

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
2009

# Índice


Tribunal Examinador ..... iii
Agradecimientos ..... iv
Dedicatoria ..... v
Resumen ..... vii

**I. Introducción** ..... **1**

**II. Antecedentes** ..... **4**
1. Antecedentes Nacionales ..... 4
1.1. Prevención del VIH en la adolescencia ..... 4
1.2. Personas que Viven con VIH-sida (PVVS) ..... 11
2. Antecedentes Internacionales ..... 17
2.1. Factores de riesgo en la adolescencia ..... 17
2.2. Personas que Viven con VIH-sida (PVVS) ..... 23

**III. Marco Teórico** ..... **31**
1. Adolescencia ..... 31
1.1. Adolescencia y Sexualidad ..... 32
1.2. Adolescencia y responsabilidades adultas ..... 34
2. VIH-sida ..... 35
2.1. Formas de transmisión ..... 37
2.2. VIH-sida y adolescencia ..... 40
3. Factores precipitantes de la adquisición del VIH ..... 43
3.1. Conductas de riesgo para la infección por VIH ..... 44
3.2. Factores de riesgo vinculados al género ..... 47
4. Intervención Psicológica en VIH-sida ..... 48

**IV. Problema y Objetivos** ..... **53**
a) Problema de investigación ..... 53
b) Objetivos ..... 53

**V. Metodología** ..... **55**
a) Tipo de estudio ..... 55
b) Diseño de investigación ..... 55
c) Sujetos de investigación ..... 56
d) Técnica ..... 60
e) Procedimiento ..... 63
f) Análisis de Resultados ..... 66
g) Protección a sujetos de investigación ..... 67
h) Limitaciones ..... 68

**VI. Resultados** ..... **73**
1. Presentación de los Casos ..... 73
2. Análisis de los Resultados ..... 83

2.1. Factores Ambientales..... 83
a) Familia..... 84
b) Grupo de pares..... 86
c) Educación..... 87
d) Recreación..... 88
2.2. Factores Conductuales..... 89
a) Prácticas sexuales..... 89
b) Uso de sustancias..... 92
2.3. Factores Cognitivos..... 94
a) Posibilidad de contagio..... 94
b) Expectativas sobre el contagio..... 96
2.4. Factores Emocionales..... 97
3. Factores emocionales de la vivencia con el diagnóstico..... 98
3.1. Impacto del VIH..... 98
3.2. Intervención Terapéutica..... 106
a) Intervención Farmacológica..... 106
b) Intervención Psicológica..... 107
4. Recomendaciones de la población participante..... 112
4.1. Reflexiones en torno al problema..... 113
4.2. Propuestas dirigidas a jóvenes..... 113
4.3. Propuestas dirigidas a las PVVS..... 114

**VII. Conclusiones**..... **115**
a) Sobre los factores precipitantes de la infección por VIH..... 115
b) Sobre adolescencia y VIH-sida en general..... 117
c) Sobre el análisis de la vivencia con el diagnóstico..... 118
d) Sobre la intervención psicológica en VIH-sida..... 118
e) Sobre acciones en otros ámbitos..... 120
f) Sobre las limitaciones en el estudio..... 121

**VIII. Recomendaciones**..... **122**

**IX. Referencias**..... **125**

**Anexos**..... **133**
Anexo 1: Fórmula de Consentimiento Informado..... 134
Anexo 2: Guía de Entrevista..... 136

# Tribunal Examinador

Licda. Kenia Quesada Mena
Representante de la Dirección de la Escuela de Psicología
Presidenta del Tribunal

Máster Marcela León Madrigal
Directora del Comité Asesor

M. Sc. Cristina Garita Garita
Lectora del Comité Asesor

Dr. Roberto López Core
Lector del Comité Asesor

Licda. Carmen Muñoz Pagani
Profesora Invitada
Representante de la Unidad Académica

La defensa pública y aprobación del Trabajo Final de Graduación titulado "Factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes infectados", fue realizada en la Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, a los 23 días del mes de Febrero del año dos mil nueve.

# Agradecimientos

A quienes aceptaron ser participantes de esta investigación, pues sin su aporte no hubiera sido posible realizarla.

A la Clínica de Atención Integral al portador de VIH/sida y su familia del Hospital México, con especial énfasis para la doctora María Paz León Bratti y para la enfermera Mayra Brenes, por el interés mostrado hacia este estudio desde el inicio, así como por toda la colaboración brindada durante el tiempo de desarrollo del mismo. Sin su colaboración hubiera sido posible identificar ni reclutar a las dos personas participantes.

A la Clínica para atención de los pacientes con VIH-SIDA del Hospital San Juan de Dios, en particular a las trabajadoras sociales Leidy Segura Chaves y Karina Warner Cordero, quienes muy amablemente ayudaron en la búsqueda de casos. Pese a que por medio de dicho centro médico no fue posible contactar a ninguna persona, ambas funcionarias también manifestaron gran interés por mi trabajo y colaboraron en todo cuanto pudieron.

A mi Comité Asesor -Marcela, Cristina y Roberto- por su gran apoyo, paciencia y asesoría incondicional durante todo este tiempo.

A Kenia Quesada Mena y Manuel Solano Beauregard, profesionales en psicología, quienes en varios momentos fueron asesores externos, complementando a mi Comité Asesor.

A mi tía María Esther Cartín, 'Tocito', por la revisión filológica de mi tesis, pero principalmente por haber sido una guía en mi formación educativa desde el inicio; gracias también por motivarme e impulsarme siempre para finalizar este último paso.

A mis colegas, amigas y amigo a quienes conocí en Psico, quienes han vivido procesos similares a éste y con quienes he compartido tantas alegrías y penas, no solamente en esta última etapa de nuestra carrera (realizando nuestras respectivas tesis), sino también durante todos los años que estudiamos y nos acompañamos en esta travesía.

A mi familia, especialmente a mi papá, mi mamá, Me, Tony y tía Maru, por la paciencia, la comprensión, el apoyo, la confianza y los ánimos que me brindaron a lo largo de todo el proceso de mi formación universitaria, el cual ya culmina con este trabajo final de graduación.

A todas aquellas personas que en mayor o menor medida han sido parte de esta etapa tan significativa de mi vida.

# Dedicatoria

A las personas jóvenes.

A las personas que viven con el VIH-sida.

A quienes trabajan o han trabajado con el tema del VIH-sida.

A todas las personas que procuran un mundo mejor.

# Resumen

Acuña Rodríguez, M. C. (2009). *Factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes infectados.* Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.

La presente investigación se compone de dos grandes ejes: la adolescencia y el VIH-sida. Con el desarrollo de ésta, se buscó describir los factores precipitantes de la adquisición del VIH en las personas participantes, entendidos como aquellos factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales, asociados a la infección por VIH; es decir, las situaciones que incidieron en el contagio con el virus, adquirido mediante transmisión sexual.

El proyecto desarrollado fue una investigación de carácter cualitativo; específicamente, un estudio de tipo exploratorio, dado que se trata de un primer acercamiento al tema del VIH en adolescentes portadores del virus, en la realidad de Costa Rica. Se siguió un diseño no experimental transeccional, pues no se dio manipulación de variables y la recolección de los datos tuvo lugar en un único momento del tiempo.

Se trabajó con estudio de casos; los sujetos de investigación fueron dos: un hombre y una mujer, con edades dentro del rango de 14 a 17 años, adolescentes portadores del VIH, quienes adquirieron el virus por vía sexual.

Para la selección de participantes, se contactaron instituciones públicas y organizaciones civiles encargadas de brindar servicios a Personas que Viven con VIH-sida (en adelante, PVVS), por medio de las cuales fuera posible identificar sujetos que presentaran los criterios de selección establecidos. Luego de una búsqueda exhaustiva, se logró reclutar dos participantes a través de la Clínica de Atención Integral al portador de VIH/sida y su familia, del Hospital México.

Los datos fueron recolectados utilizando la técnica de entrevista semi-estructurada, la cual fue complementada con la revisión de los expedientes clínicos de las personas participantes, facilitados por la unidad hospitalaria donde se identificaron, enrolaron y entrevistaron el y la participantes.

Toda la información obtenida fue sistematizada en tablas. Se realizó un análisis de contenido desarrollado por categorías, que habían sido definidas previamente. Las categorías son los factores precipitantes de la adquisición del VIH: factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales; responden a los objetivos de la investigación.

Tal como se estableció en los criterios de inclusión, en ambos casos, el VIH fue adquirido por vía sexual, pero se difiere en la forma como se dio el contagio. Los factores asociados a la infección con el VIH, fueron los siguientes: la práctica de relaciones sexuales sin protección; el consumo de psicotrópicos; inestabilidad en el núcleo familiar, vinculadas con aceleraciones en el involucramiento de adolescentes en responsabilidades adultas; creencias erróneas respecto al tema del VIH y el sida; falta de expectativas en torno a contagiarse con el virus; sustitución de medidas de protección en las relaciones sexuales, por sentimientos de confianza y amor.

Complementariamente, se llevó a cabo un análisis del impacto del diagnóstico con VIH en la vida de las dos personas participantes, de forma integral, estudiando las áreas

biológica, cognitiva, conductual, emocional e interpersonal. Para cada caso, se proponen algunas áreas de trabajo específicas que podrían orientar una eventual intervención psicoterapéutica.

Las conclusiones planteadas versan sobre diversos aspectos presentes en el estudio, tanto en la información obtenida como en la realización del proyecto; debido a esa razón, se organizan por apartados, a saber: los factores precipitantes de la infección por VIH, el análisis de la vivencia con el diagnóstico, la intervención psicológica respecto al VIH y el sida, algunas acciones respecto al tema necesarias en otros ámbitos y, las limitaciones enfrentadas.

Finalmente, se apuntan varias recomendaciones a un grupo de instancias, buscando soluciones o alternativas a las situaciones encontradas.

*María del Carmen Acuña Rodríguez*
*Sustentante*

**Palabras clave:** ADOLESCENCIA, VIH-SIDA, FACTORES DE RIESGO, COSTA RICA

*«Los problemas de la sociedad los padecen, sobre todo, los jóvenes.»*

*Javier Solana*

# I. Introducción

La adolescencia es una etapa de la vida que inicia con la pubertad y culmina cuando el o la joven entra en la edad adulta, según lo que en cada cultura es considerado como tal. Durante esta fase, la persona se desarrolla física y emocionalmente, a la vez que comienza su vida sexual y adopta nuevos comportamientos, influenciada por su medio social (Miranda, Gadelha y Szwarcwald, 2005).

> Esta población es altamente vulnerable a múltiples problemáticas sociales, por ejemplo: consumo de drogas, embarazos no deseados, deserción escolar y actos delictivos. Estos problemas están relacionados tanto con factores presentes en el entorno de los y las jóvenes que afectan su bienestar, como con factores propiamente psicológicos que preceden la incidencia de los y las jóvenes en conductas de riesgo (Sandí y Díaz, 1995).

Conjuntamente, la exposición a estos problemas sociales hace que este grupo sea especialmente sensible ante las infecciones de transmisión sexual (en adelante, ITS), entre las cuales el VIH tiene un gran peso: el 43,3% de los casos de sida en Costa Rica para el año 2004, corresponde a jóvenes con edades entre los 15 y 24 años; se desconocen las cifras en torno a infecciones por VIH (Moreira, 2005). Ésta es una enfermedad considerada aún joven; inclusive, expertos en el tema estiman que el pico de la epidemia se presentará en el año 2040 (Olivier, 2003).

Por consiguiente, es necesario determinar mecanismos para enfrentar dichas problemáticas y estimular las capacidades de los y las adolescentes, con el objetivo de que puedan enfrentar de manera adecuada estos problemas a los cuales están expuestos y expuestas. En ese sentido, se plantea que una estrategia es identificar los comportamientos de riesgo en esa población, para evitar que se desarrollen y consoliden conductas que les lleven a involucrarse en dichos problemas (Morojele, Brook y Kachieng'a, 2006).

Por otra parte, creencias erróneas y falsa información respecto a las ITS influyen en el comportamiento sexual de los y las jóvenes, lo cual incide en sus posibilidades de contagio (Sandí y Díaz, 1995). Por ello, es necesario que los y las adolescentes "aprendan a identificar situaciones de riesgo, comprender su vulnerabilidad y conocer alternativas para poder protegerse" (Miranda et al., 2005, párr. 36).

Ahora bien, en el contexto del VIH, todos los esfuerzos que se realicen en la prevención de nuevas infecciones y en el apoyo psicosocial a las personas afectadas por el virus, sea directa o indirectamente, son muy necesarios. De esta manera, las dos tareas por ejecutar son: buscar una reducción en el número de infecciones del virus para que la enfermedad no llegue a convertirse en epidemia y, aliviar el sufrimiento de las personas que viven con VIH o sida (en adelante, PVVS) y sus allegados o allegadas.

Es, en estas dos tareas, donde se encuentra el aporte de la Psicología, ya que la intervención que, desde ella se puede realizar en VIH-sida, sigue dos ejes: la prevención de contagios y transmisiones del VIH y, el apoyo a las personas afectadas. De tal modo, siguiendo a Carvalho (1999, p. 625), "la atenuación de este sufrimiento, junto con la reducción de la propagación del virus y la morbilidad psicológica asociada, constituyen, a nuestro modo de ver, los aspectos centrales de la intervención psicológica".

Partiendo de todo lo anterior, el presente estudio cobra importancia en los aspectos que se mencionan a continuación. En primer lugar, se debe considerar que, si bien en Brasil y Estados Unidos se han realizado trabajos acerca de prácticas sexuales de riesgo en adolescentes y con adolescentes que no viven en su hogar, en nuestro país no existe nada al respecto, lo cual hace que este trabajo sea el primero que se elabora en Costa Rica, específicamente orientado a determinar los factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales, precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes portadores del virus.

Por consiguiente, y, en segundo lugar, al determinar dichos factores, se puede tener una base más clara para establecer líneas de acción bien definidas. Esto, con el propósito de actuar de forma más directa y efectiva en la prevención de nuevos contagios en la población adolescente, de modo que, se pueda trabajar específicamente sobre las conductas y los motivos que inciden en la infección por VIH en adolescentes.

Así, el aporte de esta investigación para la Psicología y, en especial para la Psicología de la Salud, permite tener un primer acercamiento a la comprensión, tanto de las conductas implicadas en la transmisión del VIH, como de los factores asociados a estos comportamientos; lo cual posibilita que se puedan desarrollar programas de prevención para jóvenes, cuyo propósito sea la adquisición y el mantenimiento de conductas seguras.

Por último, la información obtenida con esta pesquisa contribuirá, no sólo a la Psicología sino también a la Educación, para así unir esfuerzos, tanto en la prevención del VIH-sida en jóvenes, como en la incidencia de éstos y éstas en situaciones de riesgo.

Vale señalar que se llama 'personas que viven con VIH o sida' (PVVS) a las personas portadoras del virus o que se encuentran en etapa sida, para, de esa forma general, incluir ambas condiciones. Además, esta denominación incluye la palabra 'personas' con el objetivo de hacer referencia a que se trata de seres humanos con una condición especial y no de una enfermedad instalada en una persona (C. Garita, 2006, comunicación personal).

Finalmente, respecto al desarrollo del estudio en específico, en un inicio se había planteado entrevistar ocho personas; sin embargo, pese a que se realizaron muchos esfuerzos por identificar y reclutar adolescentes portadores del VIH adquirido mediante transmisión sexual, debido a las características tan particulares de esta población, solamente fue posible incluir dos participantes en la investigación.

# II. Antecedentes

En este apartado se presentan estudios y trabajos realizados en los ámbitos nacional e internacional, vinculantes, de alguna manera, con la investigación desarrollada.

## I. Antecedentes Nacionales

En el nivel nacional, se encuentran trabajos de **prevención del VIH-sida** dirigidos a jóvenes y adolescentes (Badilla, 2006; Díaz, Garita, Monge, Muñoz, Sequeira, Terwes et al., 2005; Grant, Sánchez y Ureña, 2006; Vega y Alvarado, 2005).

Dos son parte del Proyecto "Facilitando condiciones y estilos de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA", del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), también conocido como "Manos a la Obra" (Badilla, 2006; Grant, Sánchez y Ureña, 2006).

Los otros dos pertenecen al Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) de la Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS (Díaz et al., 2005; Vega y Alvarado, 2005).

Particularmente acerca de las **Personas que Viven con VIH-SIDA**, en el país se han elaborado cinco investigaciones (Carmona y Víquez, 2002; Durán, 2004; Garita y Villalobos, 2000; Granados, 1993; Meza y Vargas, 2007). Sin embargo, no se hallan estudios que asocien las áreas temáticas que aquí se pretenden integrar, a saber: adolescencia y VIH-sida, pero con personas seropositivas.

Por lo tanto, no existen trabajos orientados específicamente a determinar los factores precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes, lo cual es el objetivo de este estudio.

### 1.1. Prevención del VIH en la adolescencia

Dentro del área de prevención del VIH en la adolescencia, primeramente se realiza un acercamiento al tema desde la perspectiva jurídica, para luego mencionar los proyectos institucionales de prevención desarrollados por el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) y por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

a) Prevención desde el marco legal costarricense

En el proyecto realizado por Ana Elena Badilla (2006) titulado "Marco jurídico para la prevención del VIH y el sida con personas jóvenes y adolescentes en Costa Rica", la autora analiza la situación legal costarricense respecto a las personas jóvenes y al VIH-sida.

En primer lugar, aclara que partiendo de nuestra legislación, se definen las siguientes poblaciones de acuerdo con sus edades (Badilla, 2006):

**Tabla 1.**
**Población según rango de edad**

| Edad | Población |
|---|---|
| 0 a 12 años | Niñas y niños |
| 13 a 17 años | Adolescentes |
| 12 a 35 años | Personas jóvenes |

Fuente: Badilla, 2006, p. 20.

Entonces, como se puede ver, bajo la denominación 'personas jóvenes' se incluye a niñas, niños, adolescentes y personas adultas jóvenes.

Así, el principal instrumento que rige jurídicamente en esta materia es el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), cuyas disposiciones se deben aplicar a personas menores de edad sin distinción alguna, independientemente de su género, nacionalidad, etnia, cultura, ideología, idioma, religión o cualquier otra condición propia (Badilla, 2006).

La autora menciona algunos derechos de las personas menores de edad que son relevantes para que la prevención del VIH-sida sea efectiva, a saber (Badilla, 2006):

- Derecho a la información
- Derecho a la seguridad social
- Atención médica directa y gratuita por parte del Estado
- Derechos especiales para niñas y adolescentes embarazadas, tales como, servicios de información materno-infantil, control médico durante el embarazo y atención médica del parto, entre otros.
- Derecho para toda persona menor de edad con VIH o sida, a que la CCSS brinde asistencia médica, psicológica y tratamiento que aminore el padecimiento y alivie (dentro de lo posible) las complicaciones producidas por la enfermedad.
- La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) garantizará a la madre con VIH el tratamiento médico existente para evitar la infección en su hijo o hija.

También, explica las responsabilidades tenidas por el Estado (y el conjunto de sus instituciones) respecto a la población joven, en cuanto a salud, trabajo, educación, coordinación entre instituciones y coordinación con la sociedad civil. De manera general, dichas responsabilidades son para garantizar los derechos humanos de las personas jóvenes y, están establecidas tanto en la legislación como en las políticas públicas. Agrega que existen mecanismos institucionales encargados de aplicar el marco legal y político dirigido a la población joven (Badilla, 2006).

De este modo, producto del análisis de la situación jurídica costarricense, en materia de población joven y adolescente, la autora enumera las siguientes conclusiones:

- Las personas adolescentes gozan de muchos derechos en cuanto a la sexualidad humana.
- Los límites al ejercicio de los derechos de las personas adolescentes están estipulados en la ley.
- El deber y derecho de padres y madres de brindar educación sexual a sus hijos e hijas, no puede menoscabar el ejercicio de los derechos de las personas adolescentes.
- Las instituciones del Estado tienen la obligación de respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes.
- Las personas menores de edad migrantes, en condiciones regulares o irregulares, tienen derecho a los servicios de salud y al seguro por parte del Estado.

Conjuntamente, refiere a la legislación sobre VIH y sida, de la cual para este estudio se destacan algunos de los derechos de las personas que viven con VIH o sida (PVVS): respeto a los derechos humanos, no discriminación, vida, integridad personal, salud, medicamentos antirretrovirales, protección especial del Estado, confidencialidad y privacidad, intimidad personal, información, atención integral y otros (Badilla, 2006).

No obstante, Badilla (2006) señala que pese a la existencia en Costa Rica de un amplio marco jurídico a favor de las personas jóvenes (incluyendo a las y los adolescentes), se encuentran varios problemas en la legislación vigente, a saber:

- Ausencia de perspectiva de género y de juventud en la legislación sobre VIH y sida.
- Ausencia de perspectiva de derechos humanos, de género y de juventud en la Política de Educación de la Sexualidad Humana.
- Ausencia de una política de provisión de preservativos para efectos de prevención del VIH, el sida y otras ITS.

- Limitaciones para acceder a los servicios de salud de la población juvenil, nacional y migrante.
- Violación a los derechos humanos de las PVVS en la Ley General de Migración y Extranjería.
- Situación irregular de gran cantidad de jóvenes migrantes.
- Contratación laboral sin garantías sociales a migrantes regulares.

Unido a lo anterior, se hace referencia a que "la mayoría de las personas jóvenes y adolescentes, tanto nacionales como migrantes, no están teniendo acceso a información oportuna que posibilite el desarrollo de estilos de vida saludables y la prevención de la infección por el VIH" (Salgado en Badilla, 2006, p. 9).

b) Prevención desde el marco institucional: el PAIA

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) realizó un "*Manual de conserjería en salud sexual y reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH/sida*" (Díaz, Garita, Monge, Muñoz, Sequeira, Terwes et al., 2005).

Para ello, el PAIA tuvo el apoyo de otras organizaciones que trabajan sobre el tema: el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y, la Unidad de Control y Prevención del SIDA/VIH/ITS de la CCSS.

El objetivo general es el siguiente (Díaz et al., 2005):

> Brindar herramientas teórico-metodológicas conceptuales acerca de la salud sexual y reproductiva, el VIH/SIDA y la atención integral en salud dirigidas a funcionarios/funcionarias del sector salud con el fin de desarrollar acciones destinadas a brindar una atención integral a la población adolescente (p. 7).

El Manual consta de dos partes: una teórica y una práctica. En la parte teórica, se hace una aproximación conceptual a los elementos principales relacionados con la adolescencia y el VIH-sida. En la parte práctica, se brindan algunas estrategias de intervención desde diferentes modelos (tales como consejería telefónica, consejería individual, trabajo en redes de apoyo, entre otros), así como técnicas participativas para trabajar desde la salud sexual y reproductiva y en la prevención del VIH-sida. Se incluyen también algunos lineamientos para la atención propiamente de adolescentes con VIH/sida.

De modo general, se trata de un trabajo muy bien elaborado, que cumple con el objetivo planteado. No obstante, debido a que fue hecho como una orientación hacia el personal del PAIA, se restringe el alcance de la prevención y la atención del VIH-sida a la población adolescente que acude a los servicios otorgados por el Programa, con lo cual no se llega a otros y otras jóvenes fuera de ellos.

Dentro de la misma línea, también se encuentra el trabajo de Vega y Alvarado (2005), otro documento preparado desde el PAIA con la ayuda de las citadas organizaciones, titulado "La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/SIDA: módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud".

Éste es una herramienta para apoyar el trabajo voluntario de adolescentes líderes que deseen mejorar la educación en sexualidad y salud reproductiva de otros y otras jóvenes (Díaz, en Vega y Alvarado, 2005).

El módulo de capacitación está compuesto por cinco unidades temáticas, con sus respectivas actividades y el contenido teórico básico que se debe manejar para cada una, todo lo cual comprende un taller de cinco días.

Las unidades temáticas son las siguientes:

I. La sexualidad
II. Adolescencia, género y sexualidad
III. El cuerpo humano
IV. Toma de decisiones en la sexualidad genital
V. La salud sexual y reproductiva
VI. Prevención del VIH/sida

Así, en primer lugar, se da un resumen del programa de capacitación y se explica cómo se desarrolla, luego se describen las actividades para cada contenido temático y se realiza el abordaje conceptual acerca de los temas. Además, se brindan algunas recomendaciones para el módulo en general, pero también para las actividades. Se incluyen los materiales que se utilizan en ellas.

Se trata de cinco bloques de siete horas cada uno; de éstos se pueden seleccionar aquellos temas más relevantes o necesarios para las personas participantes.

Para cada actividad propuesta, se explica su objetivo, materiales necesarios, duración, conceptos básicos abordados con ella y el procedimiento correspondiente.

Al igual que el otro material del PAIA (Díaz et al., 2005), este módulo está muy bien ejecutado, en tanto es bastante completo en los temas y las actividades presentadas, así como fácil de desarrollar. Pero, asimismo, este módulo puede tener mayor alcance, pues está dirigido a adolescentes que quieran desarrollar talleres con personas de su misma edad.

Si bien los trabajos presentados anteriormente constituyen grandes aportes en tema del VIH-sida, específicamente en materia de prevención y en el trabajo con adolescentes; empero, no se relacionan con el presente estudio.

c) Prevención desde el marco institucional: el UNFPA

Se encuentra el trabajo "*Mano a mano: módulo socioeducativo para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes*" elaborado por Karina Grant, Laura Sánchez y Marta Ureña (2006), el cual se enmarca en el proyecto "Manos a la Obra" del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) mencionado anteriormente.

Se trata de un proyecto de prevención del VIH-sida "desde el sector juventud y no desde el sector salud" (Solano en Grant, Sánchez y Ureña, 2006, p. 2). Es una herramienta metodológica que viene con sus respectivos materiales de apoyo, cuyas intenciones son facilitar procesos socioeducativos de prevención en este tema e incentivar que quienes los protagonicen sean personas jóvenes en sus propias comunidades (Grant et al., 2006).

De tal manera, es un proyecto pensado y elaborado para que cualquier persona lo pueda utilizar, porque brinda los conceptos básicos necesarios para trabajar toda la materia que comprende el VIH-sida, las instrucciones para realizar las actividades en él planteadas y el material de apoyo didáctico correspondiente a las actividades.

Además, dicho módulo socioeducativo fue construido y validado con la participación de jóvenes de la zona norte del país, particularmente de las comunidades Coopevega, Guatuso, Los Chiles y Upala. Está conformado por 13 talleres dirigidos a jóvenes de 15 a 24 años, utiliza una metodología participativa y es apto para cualquier persona, incluyendo a quienes no saben leer ni escribir (Grant et al., 2006).

Los talleres tienen una duración aproximada de 80 minutos cada uno y en ellos se aborda un tema específico relacionado con el VIH-sida, a saber:

Taller 1: Derechos humanos en el contexto de salud sexual y salud reproductiva

Taller 2: ¿Qué es el VIH/SIDA?

Taller 3: Mitos y realidades sobre el VIH/SIDA

Taller 4: Conductas y situaciones de riesgo vrs. Conductas y situaciones protectoras

Taller 5: Formas de prevención en la transmisión del VIH/SIDA

Taller 6: La abstinencia

Taller 7: La fidelidad mutua

Taller 8: El condón

Taller 9: Formas de transmisión del VIH/SIDA

Taller 10: La prueba de detección del VIH/SIDA

Taller 11: VIH/SIDA y género

Taller 12: Redes de apoyo para las personas jóvenes

Taller 13: Derechos de las personas que viven con VIH/SIDA

Para cada taller se proporciona su programa de trabajo y una amplia descripción de las actividades, la cual incluye indicaciones respecto al material de apoyo necesario para cada una, información teórica que se requiere enfatizar o dejar clara y, los temas centrales relacionados con cada actividad.

Sin embargo, las mismas autoras señalan que el trabajo también posee limitaciones:

- Las actividades y contenidos teóricos están dirigidos a jóvenes con edades entre 15 y 24 años, por lo que no se recomienda utilizar los talleres con población infantil o mayor a dichas edades. Claro está, que lo propuesto en este módulo puede ser un insumo para otros talleres dirigidos a poblaciones diferentes.
- El trabajo es de carácter preventivo y no de rehabilitación ni de búsqueda de soluciones para jóvenes en situaciones de vida comprometidas en conductas riesgo, tales como, abuso de drogas o explotación sexual comercial, entre otras.
- Los talleres no pretenden profundizar excesivamente en cuestiones teóricas de cada tema, sino que se enfocan en que las y los jóvenes se protejan en su salud reproductiva, especialmente, respecto al VIH-sida.

En general, el trabajo de Grant et al. (2006) no es sólo un planteamiento por implementar, sino que se trata de un proyecto que ya fue efectivamente desarrollado con jóvenes de varias comunidades (rurales); es decir, es un módulo socioeducativo ya validado.

Un aspecto fundamental de éste es que sus talleres no son excluyentes, pues hace posible también la participación de personas no escolarizadas (personas que no saben leer ni escribir). Además, fue elaborado de modo tal que, cualquier persona pueda reproducirlo, ya que es autosuficiente, pues no requiere mucho material adicional (solamente marcadores y

papelógrafos). De los documentos encontrados, hechos para la prevención del VIH-sida, éste es quizá el más completo y el más accesible.

## 1.2. Personas que Viven con VIH-sida (PVVS)

Respecto al tema de personas que viven con VIH-sida, se encuentra una práctica dirigida realizada en el ámbito de la Enfermería (Granados, 1993) y varios estudios efectuados desde la Psicología (Garita y Villalobos, 2000; Carmona y Víquez, 2002; Durán, 2004; Meza y Vargas, 2007).

a) Desde otras profesiones

En el campo de la Enfermería, Granados (1993) realizó una práctica dirigida titulada "*Atención de enfermería en salud mental a adolescentes hemofílicos portadores de SIDA*". El trabajo fue llevado a cabo en la Asociación Costarricense de Hemofilia, con 14 jóvenes de edades entre los 11 y 20 años; consistió en un curso-taller sobre comunicación y autoestima.

El propósito de dicha práctica fue "establecer un programa de atención para mejorar la calidad de comunicación y la autoestima de un grupo de adolescentes hemofílicos portadores de SIDA" (Granados, 1993, p. 58).

Dentro de los resultados obtenidos se encuentra que el 85.7% de los y las participantes tenía un bajo nivel de autoestima, el cual mejoró luego del taller. También, la comunicación de los y las jóvenes tuvo una mejora posterior al trabajo realizado. Por consiguiente, la autora recomienda que desde la Enfermería se realicen talleres de Salud Mental dirigidos a personas con enfermedades crónicas y sus familias, así como proveer atención grupal a familiares para el manejo del proceso del duelo (Granados, 1993).

b) Desde la Psicología

Garita y Villalobos (2000) estudiaron "*Factores psicosociales asociados a la percepción que tienen las personas que viven con VIH/SIDA sobre sus derechos humanos*".

En ese estudio, a partir de la aplicación de un cuestionario a 127 PVVS y del desarrollo de un taller sobre Derechos Humanos, uno de los principales hallazgos fue que las PVVS tienen un concepto claro acerca de los derechos humanos. Sin embargo, tienen una

concepción de que son otras personas y no ellos mismos o ellas mismas quienes deben velar porque sus derechos se cumplan, lo cual lleva a que acepten situaciones de discriminación.

Por otra parte, Carmona y Víquez (2002) plantean la "*Propuesta de un manual para la sensibilización y capacitación del personal docente de una institución escolar en el manejo de estudiantes que viven con VIH*", dirigido a profesionales en Psicología, Orientación y Trabajo Social.

El objetivo de él fue proponer un manual efectivo para sensibilizar y capacitar al personal docente de instituciones escolares, que permita un manejo humanizado de estudiantes que viven con VIH (Carmona y Víquez, 2002). Así, la propuesta por desarrollar es un taller de 10 sesiones, con una duración de dos horas treinta minutos cada una.

Para validar el manual, las autoras ejecutaron el taller con 18 docentes de una institución educativa pública. Entre los principales resultados obtenidos, se dio que los y las participantes adquirieron "conocimientos y habilidades necesarias para lograr ambientes humanizados" (Carmona y Víquez, 2002, p. 231), donde no haya discriminación sino que predominen la tolerancia y la solidaridad.

Finalmente, uno de los principales señalamientos es que desde la Psicología se debe propiciar una mayor tolerancia hacia las diferencias y hacia las PVVS, para de esa forma prevenir tratos discriminatorios e intolerancia (Carmona y Víquez, 2002).

Otro trabajo elaborado es el de Durán (2004), quien estudió el "*Impacto del contagio sexual y colateral del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), en el plan de vida y en la autopercepción (cognitiva y emocional) de varones homosexuales y mujeres heterosexuales en pareja*".

En dicho estudio, la autora trabajó con mujeres y hombres que fueron infectadas e infectados con el VIH por sus parejas, mediante vía sexual. El contacto con los y las participantes se realizó mediante la Asociación Costarricense de Personas Viviendo con VIH-SIDA, ASOVIHSIDA. Se exploró tanto el impacto en la autopercepción cognitiva y emocional ante el diagnóstico de VIH, como el plan de vida elaborado previo y posterior al diagnóstico (Durán, 2004).

Si bien en este estudio se encontraron resultados interesantes para el trabajo con personas que viven con VIH-sida, dichos hallazgos no se toman en cuenta para esta investigación debido a que los objetivos son distintos.

De manera similar, Meza y Vargas (2007) efectuaron un estudio de casos sobre la vivencia de mujeres seropositivas contagiadas por su pareja.

La estrategia metodológica utilizada en la investigación fue el estudio de casos, a partir de entrevistas a profundidad. Las participantes fueron tres mujeres heterosexuales que viven con VIH-sida, adquirido a través de su pareja. Los casos estudiados son descritos por las autoras de la siguiente manera (Meza y Vargas, 2007):

1. Una mujer con bajo ingreso económico y bajo nivel educativo, que debido a sus condiciones pudo haberse encontrado más expuesta a una situación de vulnerabilidad, por ejemplo carecer de información respecto a las vías de contagio y presentar dificultades para negociar conductas sexuales seguras con su pareja (Zambrana et al., 2004).

2. Una mujer con hijos/as, quien representa a la mujer cuidadora, la cual según Rasera, Vieira y Japur (2004) a pesar del diagnóstico de VIH positivo continúa teniendo la habilidad de organizar el trabajo doméstico, el cuidado de los/as niños/as y el manejo de su vida e inclusive la de otras personas.

3. Una mujer que, tal y como lo señala Vidal y Donoso (2002), tuviera conocimientos respectos a las vías de transmisión y prevención. Sin embargo, se expuso a situaciones de riesgo.

La presentación de los casos se hizo describiendo características sociodemográficas, la relación de pareja (con el hombre que las infectó), la experiencia respecto al diagnóstico y la vivencia del proceso de enfermedad. El análisis de casos se realizó por categorías, a saber: socialización de género; fantasías, creencias, significados y mitos respecto a la enfermedad; relaciones interpersonales; redes de apoyo; y, estrategias de afrontamiento. A continuación,

se rescatan los resultados más relevantes para la presente investigación (en lo que respecta a factores asociados a la infección por VIH de las mujeres entrevistadas).

Respecto a la socialización de género, las autoras encontraron la existencia de escasez de información sobre sexualidad y relaciones de pareja en las formas de socialización vividas por las tres mujeres del estudio, lo cual propició roles y encargos de género tradicionales de un sistema patriarcal, donde la mujer es percibida como un ser asexuado, su voz es silenciada y debe asumir una posición sumisa de servicio a los demás (Meza y Vargas, 2007).

Antes del diagnóstico, las mujeres no cuestionaban las decisiones de sus respectivas parejas (incluyendo el área de la sexualidad), debido a dos motivos: veían como "natural" seguir los mandatos de ellos y, no les era posible negarse a éstos. Lo primero se respaldó en la confianza y el amor hacia sus parejas; lo segundo se dio pues existía la posibilidad de que al oponerse a las decisiones de ellos, podían ser víctimas de violencia física o psicológica (Meza y Vargas, 2007).

En cuanto a las fantasías, creencias, significados y mitos respecto a la enfermedad, las autoras hallaron mitos y estereotipos relacionados con el VIH-sida en las entrevistadas, así como poco conocimiento sobre el tema, lo cual contribuyó a que en ellas se diera una respuesta negativa ante el diagnóstico. Por ejemplo, ellas pensaban que el VIH-sida era una realidad lejana y ajena a ellas, que sólo afectaba a ciertos grupos (homosexuales y trabajadoras sexuales). Entonces, en el momento del diagnóstico estuvieron presentes la culpa, ideas suicidas y miedo a vivir una enfermedad oportunista (Meza y Vargas, 2007).

Conjuntamente, el bajo nivel de información sobre el VIH-sida generó temores en ellas, especialmente en torno a una muerte temprana. También, sintieron temor al rechazo y preocupación por la situación de sus hijos e hijas. Cabe rescatar que la culpa en ellas se relacionó con la adquisición del virus por vía sexual, puesto que ello hace que se cuestione su imagen de mujer respecto al estereotipo social y cultural según el cual la mujer debe ser asexuada, sumisa y pasiva, entre otras (Meza y Vargas, 2007).

No obstante, posteriormente, se dio una aceptación de su condición y en la actualidad ellas consideran esta experiencia como una circunstancia que les tocó enfrentar, la cual no es una situación que las limita, ya que "representó una oportunidad para pensar en formas creativas y eficientes de hacer frente a los nuevos desafíos" (Meza y Vargas, 2007, p. 108).

En la evolución positiva del diagnóstico, las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres han tenido un papel importante y han contribuido a sobrellevar su condición.

Dichas redes son tres: su familia; algunas instituciones, especialmente dentro del sector salud (en particular, las Clínicas de VIH-sida) a las cuales han tenido acceso y de las que han recibido atención y apoyo; la pertenencia a grupos u organizaciones de PVVS (Meza y Vargas, 2007).

En lo referente a las relaciones interpersonales, en todos los casos estas se intensificaron con el diagnóstico. Para las tres mujeres, sus hijos e hijas son figuras protagonistas en sus vidas: todos y todas saben del diagnóstico y la relación madre-hijos o hija ha pasado a ser una relación de amistad e incondicionalidad (Meza y Vargas, 2007).

Con otros familiares, el diagnóstico se ha mantenido en secreto: en las participantes hay un deseo de no preocupar o hacer daño a sus familias con el mismo, así como un cierto temor a que las juzguen como culpables de su situación (aunque ello no sea real). Las relaciones de amistad que las entrevistadas mantienen con personas del pasado o previas al diagnóstico son muy limitadas; sin embargo, han establecido nuevas relaciones después del diagnóstico con personas que viven una condición similar (Meza y Vargas, 2007).

En las relaciones de pareja que establecieron en sus vidas (y particularmente con quien les transmitió el virus), se puede ver que las mismas giraban en torno a los intereses de sus compañeros, inclusive postergando o sacrificando los suyos. Ello corresponde a la visión tradicional que se tiene de una mujer: estar al servicio y cuidado de los demás; lo cual las tres participantes justificaban con el amor que sentían hacia sus parejas. Dicha posición releva una dificultad para tomar decisiones sobre su protección, incluso en materia sexual, especialmente porque el amor y la confianza hacia la pareja sustituyeron el tomar medidas de protección respecto al VIH (Meza y Vargas, 2007).

Además, se evidenció la dificultad para negociar el uso de condón que viven las mujeres en una sociedad patriarcal, acentuada en estos tres casos dado que existía un ciclo de violencia en las relaciones de los hombres hacia las mujeres (llegando incluso a la agresión física en dos de los casos). En dichas relaciones de pareja ellas permanecieron subordinadas al hombre, quien tomaba las decisiones finales, lo cual refleja la sujeción a los mandatos de la sociedad patriarcal donde se invisibiliza la opinión de la mujer (Meza y Vargas, 2007).

Con lo anterior se evidencia que:

> Para muchas mujeres el principal factor de riesgo ante el VIH/SIDA es la convivencia con su pareja y las prácticas de violencia por parte de esta, las cuales son respaldadas

socialmente, convirtiéndose esta situación en uno de los principales limitantes para la prevención del VIH/SIDA (Meza y Vargas, 2007, p. 113-114).

Así, hay una directa relación entre la violencia sexual y la infección por VIH, así como una relación indirecta entre ésta y la violencia física. El poder y el control presentes implícitamente en la idea social sobre la masculinidad, exponen a la mujer al riesgo de ser infectada con el VIH (Meza y Vargas, 2007).

Unido a ello, las entrevistadas sufrieron el ocultamiento de la condición de VIH positivo de sus parejas, ya que éstos nunca les informaron sobre la misma (lo cual constituye una violación de sus derechos como personas) (Meza y Vargas, 2007).

La investigación de Meza y Vargas (2007) es de gran relevancia para este estudio, pues al analizar la experiencia de mujeres que viven con el VIH, particularmente las características sociodemográficas y la relación de pareja con el hombre que las infectó, se exponen situaciones y vivencias muy particulares al género, a las mujeres, las cuales brindan luces respecto a lo que se podría encontrar también en casos de mujeres adolescentes.

Con los trabajos de Garita y Villalobos (2000), Carmona y Víquez (2002) y Granados (1993), se señala la necesidad de brindar atención a las PVVS y de fomentar un trato no discriminatorio hacia ellas; señalamiento que fue importante para el presente estudio, específicamente en el momento de realizar las entrevistas.

En general, las investigaciones halladas en el nivel nacional son de gran interés y relevancia para la temática del VIH; no obstante, no brindan aportes específicamente en torno a factores precipitantes del contagio, lo cual es el interés del presente estudio. La única investigación que proporciona un aporte en torno a factores asociados a la infección por VIH es la realizada por Meza y Vargas (2007), donde se ponen de manifiesto situaciones particulares a las mujeres, vinculadas con su condición de género en el contexto de la sociedad patriarcal costarricense, las cuales tuvieron como consecuencia que ellas adquirieran el virus de sus parejas, con lo que se confirma la desventaja social frente al VIH donde se encuentran las mujeres.

# 2. Antecedentes Internacionales

En el ámbito internacional, los estudios que se encuentran giran también en torno a dos ejes: factores de riesgo (para VIH) en la adolescencia y, personas que viven con VIH-sida.

## 2.1. Factores de riesgo en la adolescencia

Sobre factores de riesgo en la adolescencia, se hallan dos estudios en Brasil (Miranda, Gadelha y Szwarcwald, 2005; Taquette, Ruzany, Meirelles y Ricardo, 2003), dos trabajos en Estados Unidos (Morrison-Beedy, Nelson y Volpe, 2005; Tyler, Whitbeck, Hoyt y Yoder, 2000) y una investigación en Uganda (Råssjö, Mirembe y Darj, 2006), entre otros.

a) Estudios en Latinoamérica

En Brasil, Miranda, Gadelha y Szwarcwald (2005) estudiaron patrones de comportamiento relacionados con prácticas sexuales y uso de drogas en adolescentes mujeres, en el estado de Espíritu Santo.

La pesquisa utilizó la técnica de entrevista y tuvo una muestra de 464 adolescentes de sexo femenino, con edades entre los 15 y 19 años. Los autores aplicaron un cuestionario de preguntas cerradas basado en el instrumento "Análisis de los Comportamientos Sexuales de los Jóvenes" (ACSJ), validado con un pilotaje.

El principal hallazgo de este trabajo, el cual a su vez es de gran trascendencia para la presente investigación, es que aún cuando el 90,0% de la muestra relató haber tenido acceso a información sobre los riesgos y la prevención de ITS y sida, solamente un 23,4% de las adolescentes utiliza regularmente el preservativo en sus relaciones sexuales. Los autores señalan que los niveles de conocimiento sobre ITS y sida no varían las conductas sexuales de riesgo, ya que se encuentran todavía muchas reservas en la población respecto al uso del preservativo (Miranda et al., 2005).

Por consiguiente, se concluye que el conocimiento sobre los medios de transmisión de ITS y sobre métodos anticonceptivos no basta para ayudar a proteger a los y las adolescentes, sino que es solamente el primer paso en dicho trabajo. Los autores agregan que es necesario que los y las jóvenes aprendan a identificar situaciones de riesgo, comprender su vulnerabilidad y conocer alternativas para poder protegerse. Así, la prevención de

infecciones por VIH debe basarse en el desarrollo de estrategias de reducción del número de parejas sexuales y en el incentivo de establecer relaciones responsables.

En general, el trabajo de Miranda et al. (2005) hace un importante señalamiento en torno a que, para prevenir contagios de VIH en adolescentes, no basta la información que posean sobre ITS y VIH-SIDA, sino que el manejo de dicho conocimiento es el primer paso, pero hace falta trabajar propiamente sobre las conductas y los motivos que inciden en ellos.

En otra investigación, también en Brasil, Taquette, Ruzany, Meirelles y Ricardo (2003) realizaron un estudio llamado "*Relaciones violentas en la adolescencia y riesgo de ITS/SIDA*", cuyo objetivo fue verificar si relaciones afectivas con violencia se encuentran asociadas a un mayor riesgo de adquirir ITS. Los sujetos fueron jóvenes con edades entre 14 y 22 años, pertenecientes a clases de bajo nivel socioeconómico. Las técnicas utilizadas fueron entrevista y grupos focales.

Con este trabajo, las autoras hallaron que la violencia es un problema multifactorial y que forma parte de la vida cotidiana de los y las jóvenes. Además, cuando la pareja es violenta (es decir, cuando las relaciones interpersonales son violentas) no existe negociación sobre el uso del preservativo, lo cual aumenta el riesgo de adquirir ITS, incluyendo el VIH (Taquette et al., 2003).

Conjuntamente, se encontró que las principales causas de violencia y riesgo para adquirir ITS y sida en las comunidades del estudio son: "falta de dinero, de escuela, de empleo; uso abusivo de alcohol y drogas y machismo que se caracteriza por diferencias de comportamiento por género tenidas como naturales en lugar de construidas culturalmente" (Taquette et al., 2003, p. 1442).

Así, el aporte de este trabajo es el señalamiento que realiza respecto a la violencia en las relaciones, como un factor que incide en las posibilidades de contagio de VIH-sida y otras ITS.

b) Estudios en Estados Unidos

Dianne Morrison-Beedy, LaRon Nelson y Ellen Volpe (2005) hallaron diferencias raciales en el involucramiento en conductas de riesgo relacionadas con el VIH, así como en la realización de pruebas para detectar el virus.

Las autoras llevaron a cabo un estudio cuantitativo con 116 muchachas solteras sexualmente activas, con edades entre 15 y 19 años. Las muchachas fueron reclutadas por medio de una clínica en el centro del estado de Nueva York, la cual brinda servicios de ginecología y salud reproductiva a adolescentes. Las participantes fueron divididas en dos subgrupos según su origen étnico: blancas y negras, ubicándose ellas mismas en los grupos (Morrison-Beedy, Nelson y Volpe, 2005).

Respecto a las conductas de riesgo para VIH, no hubo diferencias estadísticas basadas en estatus socioeconómico y el nivel educativo. Sin embargo, se encontró que las muchachas 'blancas' tendieron a tener mayor conocimiento relacionado con el VIH que las participantes afrodescendientes; lo cual disminuye la posibilidad de que las conductas de riesgo en adolescentes 'blancas' sean resultado de una falta de conocimiento sobre el tema (Morrison-Beedy et al., 2005).

De tal manera, las muchachas que se autodefinieron como 'blancas' reportaron más conductas de riesgo que las adolescentes 'negras': un mayor número de parejas sexuales, un mayor número de compañeros que se inyectaban drogas, un mayor uso de alcohol previo a tener relaciones sexuales, más episodios de sexo vaginal sin preservativo y mayor frecuencia de sexo oral. No obstante, las participantes 'blancas' se realizan la prueba para VIH en cantidades significativamente menores; hecho que puede deberse al miedo relacionado con el estigma y la discriminación.

Por lo tanto, producto de su trabajo, Morrison-Beedy et al. (2005) apuntan que si bien en otros estudios se han publicado mayores tasas de infección por VIH en adolescentes 'negras', los datos de su investigación sugieren que las muchachas 'blancas' se involucran más en conductas de riesgo, pero se realizan menos la prueba para saber si están infectadas.

Asimismo, las autoras indican que las cifras actuales respecto a la incidencia y prevalencia de VIH podrían no reflejar la incidencia real del VIH en adolescentes, ya que muchos casos no están detectados (Morrison-Beedy et al., 2005).

Conjuntamente, señalan que es necesario dirigirse hacia la influencia que tiene el uso de drogas y alcohol en el comportamiento sexual, así como ofrecer a las adolescentes consejería y la posibilidad de realizarse pruebas para VIH tan pronto como inician su vida sexual (Morrison-Beedy et al., 2005).

De lo obtenido en este trabajo, un señalamiento importante de las autoras es que si bien las adolescentes están involucradas en prácticas de riesgo, verdaderamente son muy

pocas quienes saben de su diagnóstico por VIH, pues no se han realizado pruebas para detectarlo. Por ende, posiblemente existen muchos casos de jóvenes que viven con el virus pero aún no tienen conocimiento de ello. Todo esto puede coincidir con la realidad costarricense.

Por otra parte, se encuentra la pesquisa de Tyler, Whitbeck, Hoyt y Yoder (2000) quienes estudiaron factores asociados con infecciones de transmisión sexual, en adolescentes sin hogar o adolescentes que no viven en sus hogares. La muestra estuvo conformada por 569 adolescentes, quienes fueron entrevistados y entrevistadas directamente en las calles o en refugios. En la entrevista, los temas abordados fueron abuso familiar, inversión del tiempo, uso de sustancias, amistades que venden sexo, conductas sexuales de riesgo e ITS.

El resultado más relevante de este trabajo fue que adolescentes que experimentaron abuso familiar (físico y/o sexual), invierten su tiempo mayormente en las calles, presentan altas tasas en el consumo de drogas y son personas más propensas a establecer vínculos con otros y otras jóvenes de la calle. Todo esto les lleva a involucrarse en conductas sexuales de riesgo, lo cual a su vez aumenta el riesgo de adquirir ITS (Tyler et al., 2000).

Otro hallazgo importante es que el uso de alcohol y drogas sirve como mecanismo que ayuda a los y las adolescentes a enfrentar el dolor y sufrimiento que han experimentado, producto del abuso familiar en la infancia (Tyler et al., 2000).

Así, este artículo proporciona información valiosa sobre situaciones riesgosas vividas por adolescentes en las calles; por ejemplo, la práctica de conductas sexuales de riesgo (tales como sexo para sobrevivir, numerosas parejas sexuales y uso inconsistente de preservativos). También, esta investigación señala la influencia de factores emocionales en el uso de drogas y de factores ambientales en la salida del hogar, los cuales pueden constituir factores de riesgo para adquirir el VIH.

c) Estudios en África

En Uganda, Råssjö, Mirembe y Darj (2006) realizaron un estudio cualitativo y cuantitativo sobre la prevalencia de ITS y factores de riesgo asociados a las mismas, titulado "Vulnerabilidad y factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual y VIH entre adolescentes en Kampala, Uganda".

Los investigadores contaron con 306 participantes (199 mujeres y 107 hombres), adolescentes con edades entre 14 y 19 años que han tenido relaciones sexuales y han visitado alguna clínica.

La metodología empleada fueron entrevistas estructuradas y grupos de discusión. Con las entrevistas se obtuvo información sobre la procedencia social, la experiencia sexual y síntomas genitales de las y los participantes. Los grupos de discusión fueron cuatro y su propósito fue validar la información obtenida con las entrevistas.

Como parte de los resultados cualitativos obtenidos, se encontró que en las mujeres con algunas desventajas sociales -como desempleo, bajo nivel educativo y estar fuera del sistema educativo- correlacionaron con un mayor riesgo de adquirir el VIH o cualquier ITS. Otros factores conductuales en ellas también se relacionaron con un mayor riesgo respecto al VIH, tales como, beber alcohol y fumar cigarrillos. Para los hombres, el único factor de riesgo significativo es reportar una nueva pareja sexual en los últimos tres meses (Råssjö et al., 2006, p. 712).

Dentro de los resultados cualitativos, los autores hallaron que la pobreza es una razón por la cual las muchachas tienen sexo con hombres mayores, fenómeno llamado "sugar-daddy" (en inglés), el cual no es nuevo pero va en aumento. Así, la pobreza y las necesidades materiales explican por qué muchachas jóvenes se exponen a situaciones de riesgo (Råssjö et al., 2006, p. 712).

Además de lo que puedan obtener negociando con hombres, las adolescentes no tienen otros medios de sustento. Las discusiones de los grupos focales revelaron que es bastante común la costumbre de intercambiar favores sexuales por dinero o regalos. No obstante, dichas transacciones no son vistas como prostitución, pues se cree que los servicios sexuales es algo por lo cual se debe pagar, ya que de lo contrario la mujer no se respeta a sí misma. Todo esto da pie a situaciones donde las adolescentes pueden tener múltiples contactos sexuales (Råssjö et al., 2006, p. 714-5).

De tal manera, debido a la falta de empoderamiento y acceso a recursos económicos, las muchachas no son capaces de negociar prácticas sexuales seguras. En cuanto a los varones, una barrera para el sexo seguro es la falta de responsabilidad que perciben respecto a las consecuencias de su comportamiento sexual (Råssjö et al., 2006).

Sin embargo, a pesar de que las conductas de riesgo son más comunes entre los hombres, las mujeres estuvieron más propensas a ser infectadas por el VIH y las cuatro ITS

tratables, a saber: gonorrea, clamidia, sífilis y Trichomonas vaginalis. Por consiguiente, la mayor prevalencia de ITS entre mujeres (incluyendo el VIH) no puede ser explicada solamente tomando como referencia el comportamiento sexual, ya que los hombres reportaron más conductas de riesgo pero estuvieron menos afectados por las ITS (Råssjö et al., 2006).

Algunas cuestiones que estuvieron relacionadas con el riesgo de adquirir el VIH en mujeres son: el desempleo, la poca educación formal, la presencia de ITS bacterianas y sangrado post-coital o mal olor de la vagina (Råssjö et al., 2006).

Así, la infidelidad (entendida como tener relaciones sexuales con más de una persona simultáneamente) es una práctica común; empero, las razones son distintas en hombres y mujeres. De modo que para los hombres es una 'virtud' tener más de una pareja sexual, pero para las mujeres ello no es aceptado socialmente. Los autores señalan que esto concuerda con el estudio realizado por Nzioka (2001) con adolescentes varones en la parte rural Kenya, en el cual se revela que los muchachos tienden a seguir normas sociales que impulsan a tener más de una compañera sexual. Los autores citan a un muchacho para ejemplificar esto:

> Para nosotros aquí en Uganda, la poligamia no es un problema. Para nosotros aquí, los hombres, sabemos que tenemos el derecho de estar con más de una esposa o una novia. Pero cuando encuentro a mi novia o a mi amante con algún otro amigo mío, eso es un problema (Råssjö et al., 2006, p. 713).

Respecto a la utilización de sustancias, el uso de tabaco y alcohol es más común entre los hombres; en torno a lo cual se señala la mala influencia de los padres y la presión de los pares como razones para el uso de alcohol.

Según se mencionó en los grupos focales, un obstáculo para el uso del condón es el bajo nivel educativo. Además, se indicó que el condón es utilizado al principio de una relación, pero tiempo después se abandona el uso del mismo, especialmente cuando la pareja se va a vivir junta (Råssjö et al., 2006).

En cuanto a la prueba para VIH, una de las razones mencionadas para no realizarla, es la incapacidad de sobrellevar el diagnóstico positivo.

A partir de los resultados obtenidos, los autores realizan los siguientes señalamientos (Råssjö et al., 2006):

- La diferencia en las tasas de infección entre hombres y mujeres pueden deberse a factores biológicos, sociales y conductuales.
- El grupo más vulnerable son las adolescentes que están fuera del sistema educativo y/o desempleadas.
- Aunque los hombres reportaron más conductas de riesgo (por ejemplo, uso de alcohol o tener múltiples parejas sexuales) ellos son los menos afectados por las ITS.
- El uso del alcohol está asociado a un aumento en las tasas de infección, lo cual posiblemente se vincula con una mayor asunción de riesgos bajo el efecto del alcohol.

Finalmente, Råssjö et al. (2006) indican que según lo hallado en su estudio:

> Las muchachas adolescentes necesitan apoyo en términos de entrenamiento en habilidades para la vida, ayuda para desarrollar autoestima y habilidades de negociación, así como educación y empoderamiento económico. Los muchachos jóvenes también necesitan recibir información sobre salud reproductiva para hacerlos conscientes de sus responsabilidades para prevenir embarazos no deseados e ITS. Servicios de consejería y tratamiento amigables para jóvenes deberían ser fácilmente accesibles para todos los adolescentes, especialmente aquellos que están fuera del sistema educativo (p. 715).

Si bien en esta investigación no se trabajó con adolescentes infectados e infectadas con el VIH, la población participante engloba las edades seleccionadas para el presente estudio y se muestran importantes factores asociados a un mayor riesgo de adquirir el virus; todo lo cual se enlaza enormemente con este trabajo.

### 2.2. Personas que Viven con VIH-sida (PVVS)

En lo referente a las PVVS, también se halló un trabajo en Brasil (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006), otro en Nicaragua (Rao, Kekwaletswe, Hosek, Martínez y Rodríguez, 2007) y cuatro estudios en Estados Unidos (CDC, 2007; Comulada, Weiss, Cumberland y Rotheram-Borus, 2007; Kadivar, Garvie, Sinnock, Heston y Flynn, 2006; Radcliffe, Landau, Hawkins, Tanney, Kassam-Adams, Ambrose y Rudy, 2007).

a) Estudios en Latinoamérica

En Brasil, César Abadía-Barrero y María LaRusso (2006) estudiaron la vivencia en torno a la enfermedad y la revelación del diagnóstico de VIH en niños, niñas y adolescentes residentes de una casa de apoyo en São Paulo.

Se utilizaron técnicas de análisis etnográfico: observación participante y entrevistas informales semi-estructuradas, para lo cual el trabajo de campo duró 20 meses. La información consistió en la trayectoria de vida de 36 niños, niñas y adolescentes con edades entre 1 y 15 años, quienes viven en una casa de apoyo. La mitad de las y los participantes (18 en total) viven con VIH adquirido por vía perinatal; la otra mitad son personas VIH negativas.

Abadía-Barrero y LaRusso (2006) hallaron que no existe comunicación abierta sobre el VIH-sida en la institución, e incluso, la palabra 'sida' ni siquiera es mencionada cuando las y los residentes están cerca. En ese sentido, el diagnóstico de VIH no es revelado a los niños, las niñas y adolescentes, quienes viven gran confusión respecto a los significados de enfermedad, medicamentos, vivir en una casa-institución y tener VIH-sida.

Tampoco se explica la razón de existencia de la casa (solamente se indica que es una casa de apoyo para PVVS). Sin embargo, pese a que el tema del VIH-sida es evitado en la casa, para todas las personas en ella es común hablar sobre medicamentos, puesto que tomar medicinas es parte de la rutina diaria, la cual cambia según el desarrollo (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

De tal modo, el uso de símbolos de enfermedad en lugar de una comunicación abierta sobre el VIH-sida lleva a una confusión creciente acerca de las experiencias de enfermedad de los niños, niñas y adolescentes, así como de los significados sociales e individuales del sida en sus vidas (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

Cabe indicar que los infantes y adolescentes interactúan con información relacionada con el sida en otros contextos, con lo cual su experiencia de enfermedad se ve influenciada por otras instituciones sociales y actores, tales como amigos, docentes, la comunidad y los medios de comunicación. Por lo tanto, es necesario trabajar con todas esas personas e instituciones (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

En el documento se presentan los resultados por edades, pero dado que el interés de la presente investigación son las y los adolescentes, se rescatarán solamente los hallazgos relacionados con dicha población.

Los y las adolescentes muestran una pobre compresión de las implicaciones del VIH-sida para sus vidas, así como un cinismo hacia el cuidado respecto al sida, su futuro y riesgos para su salud. También, exhiben gran independencia y asumen más responsabilidades (las cuales incluyen cuidados relacionados con su enfermedad). No obstante, la falta de apoyo hace que sean propensos y propensas a involucrarse en conductas de asunción de riesgos (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

Debido a la ausencia de un proceso educativo adecuado, las y los adolescentes dejan de creer que el sida puede ser una enfermedad seria y fatal, por lo cual se vuelven vulnerables a conductas de riesgo (como problemas de adherencia al tratamiento y relaciones sexuales sin protección). Asimismo, su cinismo es resultado de años de confusión y desconfianza en torno al tema (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

Con este estudio se confirmó que el silencio prolongado, la pobre comunicación con adultos y el propio descubrimiento del diagnóstico tienen como consecuencia auto-estigmatizaciones, problemas psicológicos y dificultades de adherencia al tratamiento (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

Así la situación, los modelos de revelación del diagnóstico existentes no reconocen que la comprensión de la enfermedad es un proceso gradual que se da a lo largo de la vida. Además, dichos modelos fallan en considerar las necesidades de las niñas y los niños más jóvenes (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

En general, la falta de comunicación sobre el VIH-sida crea un contexto de confusión y desconfianza, el cual es perjudicial para el desarrollo psicosocial, compromete el conocimiento sobre la enfermedad y aumenta la vulnerabilidad a involucrarse en conductas de riesgo (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

En todas las edades, brindar información adecuada sobre el VIH-sida de acuerdo con el desarrollo y la propia experiencia de enfermedad, podría eliminar la necesidad de una revelación del diagnóstico y así reducir conflictos emocionales (Abadía-Barrero y LaRusso, 2006).

Producto de su análisis, Abadía-Barrero y LaRusso (2006) indican que el aprendizaje sobre su enfermedad se da a través de un proceso de desarrollo gradual. Conjuntamente, que a lo largo del tiempo cambian los significados psicológicos, sociales y biológicos que el sida trae a sus vidas. Por ende, afirman que la revelación del diagnóstico es un enfoque

inapropiado en el caso de las infecciones por VIH adquiridas mediante vía perinatal, para quienes un modelo de desarrollo de la experiencia de enfermedad parece ser más adecuado.

Por otra parte, yendo al contexto centroamericano, en Nicaragua, Rao, Kekwaletswe, Hosek, Martínez y Rodríguez (2007) estudiaron las dificultades que tienen jóvenes para adherirse al tratamiento antirretroviral. Para ello, se trabajó en grupos focales con 25 adolescentes de edades entre 15 y 19 años, residentes de barrios urbanos en León, quienes acuden a servicios públicos de salud por sus medicamentos para el VIH.

En dicho estudio, se examinaron las barreras, experiencias y actitudes hacia la adherencia al tratamiento, hallando que las y los participantes realizan grandes esfuerzos para esconder su condición y por ello, el 50% de ellos y ellas omiten algunas dosis para que sus familias y amigos no les descubran. Esto sugiere que el estigma en torno al VIH tiene un fuerte impacto en los y las jóvenes en diversos niveles, incluyendo la adherencia a la terapia antirretroviral (Rao et al., 2007).

b) Estudios en Estados Unidos

En el país norteamericano la tasa de diagnóstico con VIH entre la población latina permanece desproporcionadamente alta. Para comprender mejor dicha situación los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) estudiaron ciertas características de latinos y latinas diagnosticados entre el 2001 y el 2005 (CDC, 2007).

Con el estudio se halló que el modo de adquirir la infección varía según el lugar de nacimiento, lo cual sugiere que las medidas de prevención del VIH no son efectivas de la misma manera entre toda la población hispana y, que actividades educativas en torno al tema deben tomar en cuenta diferencias conductuales y culturales de los subgrupos latinoamericanos (CDC, 2007).

Para los hombres, el tipo de contagio se dio en un 61% a través de relaciones sexuales hombre a hombre, un 17% mediante relaciones heterosexuales y otro 17% por uso de drogas inyectadas. En el caso de las mujeres, los contagios se dieron en un 76% vía relaciones heterosexuales y en un 23% vía drogas de inyección (CDC, 2007).

A parte de ello, se encontró que emigrar contribuye con un aumento de las conductas de riesgo, posiblemente debido a que el cambio de residencia puede ir seguido de inestabilidad financiera, falta de vivienda, aislamiento, soledad y separación de las parejas

sexuales. Dichos factores pueden relacionarse con otros como acceso inadecuado a información y servicios de salud, uso de drogas y nuevas parejas sexuales. Otro dato importante es que las percepciones de riesgo y el conocimiento sobre el VIH son diferentes entre los subgrupos latinoamericanos (CDC, 2007).

Estos resultados reflejan que el número tan elevado de infecciones con VIH entre la población latina de Estados Unidos podría reflejar el fallo de los programas de prevención, en tanto no llegan a la población que está en riesgo de adquirir o transmitir el VIH. Además, las diferencias entre los tipos de contagio pueden representar diferencias en cuanto a aculturación, condición socioeconómica, habilidad lingüística y estigmas asociados a la homosexualidad o al sexo entre hombres (CDC, 2007).

Por su parte, Comulada, Weiss, Cumberland y Rotheram-Borus (2007) indagaron sobre la disminución en el uso de drogas en personas jóvenes que viven con VIH. Se seleccionaron 171 participantes con edades entre 16 y 29 años, quienes fueron asignados y asignadas a una intervención cognitivo-conductual.

El estudio se llevó a cabo durante 15 meses, obteniendo que a través del tiempo se dieron disminuciones significativas en el abuso de múltiples sustancias, las cuales corresponden a siete clases específicas de drogas: marihuana, cocaína, crack, heroína, inhalantes, estimulantes y metanfetaminas. Análisis previos no habían mostrado reducciones significativas en el consumo, pero el modelo longitudinal ZIP (por sus siglas en inglés: Zero-Inflated Poisson) realmente permite detectar cambios conductuales en la frecuencia de uso de drogas.

De manera similar, Kadivar, Garvie, Sinnock, Heston y Flynn (2006) desarrollaron un estudio retrospectivo para describir el perfil psicosocial de adolescentes infectados con VIH por medio de conductas de riesgo. Se trabajó con 91 adolescentes, 59 mujeres y 32 hombres, referidos a una clínica en el sur de Estados Unidos.

La investigación la realizaron en el Programa de VIH/SIDA de un hospital de niños (St. Jude Children's Research Hospital). Los datos fueron recolectados utilizando un formulario de la historia psicosocial desarrollado por el Departamento de Trabajo Social del hospital para uso clínico, el cual fue completado bajo la forma de entrevista. De tal modo, se realizó una revisión retrospectiva de la información obtenida previamente como parte del

cuidado clínico rutinario y, en los casos posibles, también se entrevistó a los padres, madres o responsables legales de las y los jóvenes.

Con los datos, se obtuvieron características descriptivas (por lo tanto, fue un estudio cuantitativo) y dentro de los hallazgos se destacan los siguientes:

- Las y los jóvenes reportaron una alta incidencia de abuso físico o sexual (un 58%).
- La actividad de riesgo más común para adquirir el VIH es la actividad sexual.
- Muchos sujetos no identificaron la fuente de su infección.
- La edad promedio de inicio de la vida sexual consentida es los 13 años.
- Fue común encontrar otras ITS además del VIH (un 60%).
- Se reportaron altas tasas de uso de sustancias, siendo el alcohol la más común en cuanto a abuso.
- Otros puntos en común importantes fueron:
  - → Encarcelamiento o implicación con el sistema de justicia juvenil.
  - → Historial de vivienda inestable en el último año y/o haberse ido de su hogar.
  - → Abandono o negligencia de los padres.
  - → Abuso de sustancias por parte de los padres.
  - → Conocer a alguien con VIH.

También, se encontró que algunos factores que aumentan el riesgo de contagio con el VIH son: vivir fuera del hogar o haberse ido de su hogar, no estar dentro del sistema educativo o algún programa educacional y, la incapacidad para negociar el uso de preservativo con su pareja, ya que todos ellos aumentan la probabilidad de tener actividad sexual, pero a la vez disminuyen la posibilidad de uso de preservativo (Kadivar et al., 2006).

Unido a lo anterior, los autores hallaron que las razones más comunes para realizarse la prueba para VIH son: cuidados prenatales rutinarios, síntomas clínicos que sugieren la presencia del VIH y, reconocidas prácticas de riesgo relacionadas con el virus (Kadivar et al., 2006).

Considerando todos los anteriores y otros hallazgos realizados (que no se incluyen en la presente investigación), los autores señalan que:

> Adolescentes infectados con VIH vía conductas de alto riesgo en nuestra área urbana del Sur de Estados Unidos están inmersos en un ambiente caótico creado por medios familiares inestables, tasas de abuso de sustancias de los padres no reportadas

> previamente y abandono de sus padres. Las altas tasas de abandono parental, la falta de vivienda estable y, una historia significativa de conducta de huida del hogar revelan que muchos de esos adolescentes no fueron monitoreados adecuadamente por sus padres u otros. Por tanto, tuvieron una mayor oportunidad a estar expuestos y a involucrarse en conductas de riesgo (Kadivar et al., 2006, p. 546).

Conjuntamente, se indica que los efectos conductuales del abuso sexual pueden llevar a un incremento en las conductas de riesgo, las cuales predisponen al individuo a contagiarse con el VIH (Kadivar et al., 2006).

Kadivar et al. (2006) concluyeron que las nuevas infecciones por VIH en la adolescencia generalmente se dan entre jóvenes que presentan múltiples factores psicosociales negativos, tales como: abuso de sustancias por parte de sus padres, abandono del sistema educativo, involucramiento con la justicia, abuso sexual y depresión. Por lo tanto, esfuerzos de prevención orientados a disminuir dichos factores podrían reducir nuevas infecciones.

Aparentemente, las y los adolescentes que viven con VIH son mejor atendidos en ambientes de cuidado comprensivos, con acceso inmediato a atención médica y servicios de psicología, psiquiatría y trabajo social. Los servicios de psicología, psiquiatría y trabajo social pueden ayudar con la adherencia al tratamiento, previniendo auto-medicación y la continuación de conductas de alto riesgo (como involucrarse en relaciones sexuales sin protección) (Kadivar et al., 2006).

Orientándose a la prevención, se menciona que realizar intervenciones en la niñez tardía y la adolescencia temprana podría tener un impacto positivo, pues el inicio de la actividad sexual es en promedio a los 13 años (Kadivar et al., 2006).

En general, el trabajo de Kadivar et al. (2006) es de suma importancia para la presente investigación pues muestra claramente factores relacionados con la adquisición del VIH en la adolescencia. Y, si bien dicho estudio fue desarrollado en Estados Unidos, los hallazgos encontrados no distan de la realidad costarricense.

Como bien lo señalan los autores, lo cual se vincula totalmente con este estudio; indagar ante cuáles factores es expuesta la población juvenil infectada, es de vital importancia para planear servicios que atiendan las necesidades clínicas y psicológicas de las y los

adolescentes que viven con VIH. De tal manera, esta información sirve tanto para desarrollar atender a las PVVS, como para crear programas de prevención.

Finalmente, Radcliffe, Landau, Hawkins, Tanney, Kassam-Adams, Ambrose y Rudy (2007) investigaron la historia de trauma y estrés postraumático en adolescentes y adultos jóvenes que viven con VIH. Las autoras trabajaron con 30 participantes de 18 a 24 años, que asisten regularmente a la clínica de VIH de un hospital urbano, en el noreste de Estados Unidos. El 93% de la muestra indicó que recibir el diagnóstico de VIH fue una experiencia traumática; de este porcentaje, un 13% presentaron desorden de estrés postraumático en respuesta al diagnóstico y, otro 20% manifestó síntomas significativos de estrés postraumático. Estos resultados confirman el impacto que tiene el diagnóstico de VIH, el cual impacta también la participación en cuidados médicos y la necesidad de apoyo para la salud mental (Radcliffe et al., 2007).

# III. Marco Teórico

Este trabajo se compone de dos grandes ejes: la adolescencia y el VIH-sida, ambos temas ya bastante conocidos y, por ende, a continuación se hará una muy breve referencia a ellos. En el tema de adolescencia, se menciona concisamente la sexualidad y la asunción de responsabilidades adultas en dicha etapa. En el tema de VIH-sida, se ahonda en las formas de transmisión y en las conductas de riesgo para la infección por VIH, debido a la diferenciación en las maneras de contagio y a la particularidad de los casos de este estudio.

Vale aclarar que en este Marco Teórico se retoman solamente aquellos aspectos de los ejes Adolescencia y VIH-sida, que están directamente relacionados con la presente investigación, puesto que -como se mencionó- ambos tópicos ya han sido estudiados ampliamente, por lo que se considera innecesario realizar una extensa aproximación teórica a éstos.

Como se pudo ver en el apartado de Antecedentes, lo que no se ha estudiado en el país ni internacionalmente es la relación entre la Adolescencia y el VIH-sida en jóvenes infectados, es decir, factores vinculados a la infección por VIH en adolescentes. Por consiguiente, la selección de subtemas para este abordaje teórico se delimitó a aquellos que responden al interés de esta pesquisa.

Se incluye un tercer apartado sobre factores precipitantes de la infección por VIH, para aclarar qué se entiende con ellos, y así, orientar el posterior análisis de resultados. Y, por último, un cuarto punto acerca de la intervención psicológica en VIH-sida.

## 1. Adolescencia

Según Papalia, Wendkos y Duskin (2001), la adolescencia es la "transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales interrelacionados" (p. 209).

Por otra parte, Krauskopf (1994; citada por Rojas y Donas, 1995, p.152) define la adolescencia como:

> Un período crucial del ciclo vital durante el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos

psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo para incorporar las funciones que le permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio, lo que incluye alcanzar la capacidad de planteamiento, análisis, acciones competentes, sentido de pertenencia y responsabilidad social.

Respecto a las edades que comprende, Papalia et al. (2001) señalan que inicia aproximadamente a los 11 años y termina a comienzos de los 20 años de edad. Sin embargo, Díaz, Garita, Monge, Muñoz, Sequeira, Terwes et al. (2005) plantean que la adolescencia consta de tres fases: la adolescencia temprana de los 10 a los 13 años, la adolescencia media de los 14 a los 16 años y la adolescencia tardía a partir de los 17 años.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud establece que la adolescencia se encuentra entre los 10 y los 19 años (y la juventud entre los 15 y los 24 años) (Donas, 1995 en Rojas y Donas, 1995). Y, en el marco legal vigente para Costa Rica, la población adolescente se define entre los 13 y 17 años, ya que según el Código de la Niñez y la Adolescencia, se considera adolescente a "toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho" (Badilla, 2006, p. 20).

Por otra parte, dos aspectos importantes que se dan durante la época adolescente, son la relación con los pares y el consumo de drogas. El grupo de pares se convierte en un lugar para la experimentación, ejerciendo en ocasiones "una fuente de presión para el comportamiento que los padres no desean aceptar" (Papalia et al., 2001, p. 470). Vinculado a ello, el consumo de drogas inicia generalmente al pasar del sistema educativo primario al secundario, pues es donde se hallan nuevas amistades y la persona se torna más vulnerable a la presión de sus pares (Papalia et al., 2001).

## 1.1. Adolescencia y Sexualidad

Los cambios físicos y el desarrollo puberal en la adolescencia, particularmente la aparición de las características sexuales primarias y secundarias, ponen en evidencia la "preparación" para la vida sexual que biológicamente las y los adolescentes tienen; es decir, dichos cambios corporales posibilitan que la persona esté lista fisiológicamente para comenzar su vida sexual.

Efectivamente, en la mayoría de las personas, el inicio de la vida sexual se da durante la adolescencia. No obstante, con el comienzo de la actividad sexual adolescente se dan dos preocupaciones fundamentales: los embarazos no deseados y el riesgo de adquirir ITS (Papalia et al., 2001). Las y los adolescentes que se encuentran en mayor riesgo son quienes "empiezan temprano la actividad sexual, los que tienen múltiples compañeros, los que no emplean anticonceptivos y los que no tienen información adecuada, o tienen poca información, acerca del sexo" (Papalia et al., 2001, p. 456).

En el contexto de Costa Rica en específico, "datos señalan que la población joven costarricense mantiene relaciones genitales desde temprana edad, y que no necesariamente ha recibido la educación y la formación adecuada para generar la práctica de uso de anticonceptivos, y específicamente, de uso del condón" (Grant et al., 2006, p. 23).

Enfatizando en el aspecto de la educación, en Costa Rica el sexo continúa siendo un tema tabú y por ende, a las y los adolescentes no se les educa respecto a la sexualidad humana. De hecho, en nuestro país se han realizado esfuerzos por elaborar y hacer llegar a las y los jóvenes Guías de Educación Sexual, pero ello ha generado conflictos entre las instituciones gubernamentales y la Iglesia Católica, con lo cual se ha obstaculizado enormemente la Educación de la Sexualidad en los centros educativos, a pesar de que se cuenta con políticas públicas destinadas a la implementación de la misma. A esto se une que la mayoría de los y las jóvenes no reciben educación sexual en sus hogares y, en las instituciones donde sí se brinda educación sexual, la misma llega sólo a un 22% de la población y desde un enfoque meramente biologista (Rodríguez, 1991 en Grant et al., 2006).

Ahora bien, existen algunos factores que influyen en el inicio de la actividad sexual a edades tempranas, tales como: la entrada precoz en la pubertad, patrones familiares o culturales de experiencia sexual precoz, historia de abuso sexual o negligencia de los padres, desempeño educativo deficiente, carencia de objetivos académicos y de carrera, y la pobreza (Papalia et al., 2001). Asimismo, como lo indican Råssjö, Mirembe y Darj (2006), la adolescencia "es un periodo de vida caracterizado por la curiosidad y la toma de riesgos, así como el involucramiento en sexo sin protección" (p. 710).

Particularmente para el caso de las mujeres, algunas de ellas inician relaciones sexuales prematuras porque son obligadas por hombres mayores (AGI, 1994 y Children's Defense Fund, 1998 en Papalia et al., 2001). De hecho, en muchos de los casos, la primera

experiencia sexual de las adolescentes no fue voluntaria (Abma et al., 1997 en Papalia et al., 2001).

Lo anterior se debe a factores culturales que responden a un sistema patriarcal, puesto que los valores patriarcales influyen en el aumento de diferencias de edades en las parejas que forman las adolescentes, con lo cual se modifica el supuesto de que la vida sexual en la adolescencia se da entre los mismos jóvenes, es decir, entre personas de edades similares. Respecto a dichos valores patriarcales, Krauskopf (en Rojas y Donas, 1995) dice lo siguiente:

> El modelo de conquista masculina, especialmente en varones que no tienen acceso a gratificaciones de estabilidad social y seguridad económica, propende a valorar la virginidad, la belleza y maleabilidad de las mujeres niñas o muy jóvenes. También la pobreza, la falta de apoyo masculino, facilitan la búsqueda de la seguridad que parecen brindar los varones mayores, de parte de las muchachas (Krauskopf, en Rojas y Donas, 1995, p. 169).

## 1.2. Adolescencia y responsabilidades adultas

Las aceleraciones que se dan en la adolescencia respecto al involucramiento de jóvenes en conductas de adultos, varían según el género y la cultura a la cual pertenecen, así como al desarrollo de la sociedad donde viven las y los adolescentes (Krauskopf, en Rojas y Donas, 1995).

En la sociedad costarricense, el paso temprano de la niñez a la asunción de roles adultos (como establecerse en una pareja), generalmente es una manifestación de la falta de oportunidades que algunos y algunas adolescentes experimentan para su formación y preparación (Rojas y Donas, 1995).

Asumir responsabilidades adultas es muy común en medios económicamente más necesitados: "las grandes carencias económicas, el analfabetismo, el bajo nivel de educación favorecen las uniones concensuales" (Krauskopf, en Rojas y Donas, 1995, p. 167).

## 2. VIH-Sida

El VIH y el sida son dos conceptos muy relacionados, de los cuales usualmente se piensa que son lo mismo, pero son diferentes entre sí: el sida es una enfermedad que debilita al sistema inmunológico del cuerpo humano, el VIH es el virus que la causa. Como lo explica Papalia et al. (2001): "El sida tiene origen en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que ataca el sistema inmunológico del cuerpo y deja a las personas afectadas expuestas a una variedad de enfermedades fatales" (p. 460).

Las siglas 'VIH' significan Virus de Inmunodeficiencia Humana, lo cual quiere decir lo siguiente: el Virus es un agente invasor que entra en el cuerpo; la Inmunodeficiencia es el mal funcionamiento del sistema inmunológico (el sistema que protege el cuerpo humano de las enfermedades e infecciones); Humana, que el virus afecta solamente a las personas y no puede vivir fuera del organismo humano (a excepción de los primates, debido a que su ADN es muy similar al humano) (J. Moya, 2005, comunicación personal). Entonces, el VIH debilita el sistema inmunológico del cuerpo humano, particularmente a los linfocitos T (conocidos también como células CD4).

Sida es el acrónimo de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONUSIDA, 2000). Se dice que una persona se encuentra en etapa sida cuando su sistema inmune está tan debilitado que no puede defender el cuerpo contra las enfermedades, entonces aparecen diversos síntomas hasta que se culmina con la muerte, debido a las enfermedades o infecciones que adquirió. Esta etapa final es llamada también período sintomático, de convalecencia o de enfermedad. Vale señalar que "síndrome" significa conjunto de síntomas y "adquirida", que la condición no es hereditaria, sino que fue obtenida de alguna manera (J. Moya, 2005, comunicación personal).

Una vez que se adquiere el virus, éste permanece en el cuerpo humano durante toda la vida independientemente de si la persona sabe que es portadora o no y, de si se presenten signos de enfermedad o no (Papalia et al., 2001). Por consiguiente, ser portador o portadora del virus no implica necesariamente que la persona tenga sida, es decir, no necesariamente se encuentra enferma o en fase terminal. Así, toda persona con sida tiene VIH, pero no toda persona con VIH tiene sida (C. Garita, 2005, comunicación personal).

Entonces, a las personas infectadas por el virus se les llama seropositivas o portadoras del VIH. Sin embargo, para hacer una referencia más general se llama 'persona que vive con

VIH-sida' (PVVS) a quien es portador o portadora del virus o se encuentra ya en etapa sida. Pero esta denominación se usa principalmente para enfatizar que quienes poseen el virus son ante todo personas: "a nivel internacional se ha consensuado utilizar el concepto Persona que Vive con el VIH-sida, ya que los otros conceptos pueden contribuir a la discriminación y el estigma al poner por encima de la humanidad de las personas su condición" (Grant et al., 2006, p. 39).

Datos clínicos importantes

Dos datos clínicos importantes de considerar en materia de VIH, son los linfocitos CD4 y la carga viral.

Los linfocitos CD4 (las llamadas 'defensas') son glóbulos blancos, células encargadas de organizar la respuesta inmunitaria del organismo (NAM, 2005). El conteo de linfocitos CD4 se mide en células por milímetro cúbico ($mm^3$). Se determina un nivel bajo de defensas cuando se tiene un recuento de CD4 menor a 500 y, en particular, cuando son cantidades inferiores a 350 (AxionHumana, 2006; Wikipedia, 2008).

La carga viral es el número de virus que tenga el individuo en su organismo. Los niveles de carga viral se miden según la cantidad de copias del virus por milímetro cúbico ($mm^3$), teniendo que una carga viral elevada se da cuando hay números mayores a un millón de copias (AxionHumana, 2006; Wikipedia, 2008).

Tratamiento antirretroviral

Los medicamentos antirretrovirales actúan en diferentes etapas del ciclo de vida del VIH. Existen algunos parámetros para iniciar el uso de dichos fármacos, pero lo principal es realizar un análisis médico-clínico del estado inmunológico de la persona (Wikipedia, 2008). Para ello, se toman en consideración los datos clínicos anteriores.

Se considera como medida para iniciar la terapia antirretroviral un conteo de linfocitos CD4 inferior a 500, siendo 350 el límite; y, en cuanto a la carga viral, los indicadores se sitúan en cantidades altas de virus, alrededor de 1.000.000 de copias (Wikipedia, 2008). Dicho de otro modo, se da inicio al tratamiento antirretroviral cuando se tiene un número bajo de defensas (linfocitos CD4) y/o una cantidad alta de virus (carga viral) (Wikipedia, 2008).

No obstante, existen otras circunstancias bajo las cuales se debe comenzar el tratamiento, independientemente de la cantidad de CD4 o de carga viral, tales como: personas infectadas también con otros virus (por ejemplo, Hepatitis B), personas que padecen enfermedades oportunistas, personas con parejas VIH negativas (Wikipedia, 2008).

Tomando como referencia un país latinoamericano, en Chile se recomienda iniciar la terapia antirretroviral ante las siguientes condiciones (AxionHumana, 2006):

- Carga Viral mayor a 5.000-10.000 copias/mm³, independientemente del conteo de CD4.
- Conteos de CD4 menores a 500 (en especial si están por debajo de 350), independientemente de la carga viral.
- Personas que viven con VIH que soliciten tratamiento y se comprometan a seguirlo.

## 2.1. Formas de transmisión

Respecto a las formas de adquirir el virus, la transmisión se da cuando fluidos corporales que contienen CD4 pasan al torrente sanguíneo. Los fluidos corporales que pueden transmitir el VIH son:

- la sangre y sus hemoderivados (tales como plasma y albúminas),
- el semen y el líquido preeyaculatorio,
- las secreciones vaginales y del cuello uterino,
- la leche materna. (Bartlett y Finkbeiner, 1996; Jennings, 1994)

Ahora bien, para que el fluido infectado entre en el cuerpo y pase al torrente sanguíneo, se requiere una vía de entrada. Estas vías pueden hacerse por rupturas de la piel (voluntarias o involuntarias) o a través de membranas semipermeables como son las de la vagina, el ano, la boca (Jennings, 1994). Entre más agresión exista contra la mucosa, mayores son las posibilidades de contagio.

Por lo tanto, pese a diversas falsas creencias populares, solamente existen tres formas mediante las cuales se puede dar el contagio: vía sexual, vía sanguínea y vía vertical (de madre a hijo). Se explican a continuación.

### Vía Sexual

Las relaciones sexuales con penetración anal o vaginal, tanto si son heterosexuales como homosexuales, pueden transmitir el virus del VIH. La fragilidad natural de las

mucosas genitales hace que éstas contengan, a menudo, microlesiones y microinflamaciones. El contagio se realiza a través de las lesiones microscópicas que se producen durante la penetración, pues permiten el contacto del virus presente en el semen o las secreciones vaginales con la corriente sanguínea. Además, en las membranas mucosas (tanto de los genitales como de la boca) existen macrófagos que se mueven en la superficie de dichas mucosas, los cuales pueden ser infectados directamente por el virus (Jennings, 1994).

Las relaciones sexuales anales son las más riesgosas, ya que durante el coito anal se producen rupturas en las paredes del recto (debido a la falta de lubricación natural que sí se da en la vagina) (Bartlett y Finkbeiner, 1996).

Los contactos orales-genitales pueden transmitir el VIH si hay lesiones en la boca o los genitales. La relación oral pone en riesgo a la persona que coloca la boca en los genitales de la persona que tiene el VIH, ya que el virus puede penetrar la mucosa bucal y así entrar al torrente sanguíneo (Jennings, 1994).

Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones conllevan un aumento del riesgo de transmisión. Sin embargo, no es necesario que las heridas sean evidentes para que se adquiera el virus; vale recordar que éste puede entrar al cuerpo por medio de mucosas (Sejenovich, Valín, Rodríguez y Trujillo, 2000).

Vía Parenteral

La vía parenteral es cuando la transmisión se da por contacto con sangre o con factores de la coagulación infectados con el virus, lo cual puede presentarse de varias maneras (M. P. León, 2007, comunicación personal). Este tipo de transmisión puede llamarse también 'vía sanguínea'.

El contagio por transfusión sanguínea y algunos derivados de la sangre podrán ser un medio de transmisión del VIH. Sin embargo, actualmente esta posibilidad es muy baja debido a la obligatoriedad de la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre; además, porque se toman otras medidas como no administrar transfusiones si no son absolutamente indispensables, e intentar reemplazar el plasma con otros productos (R. Boza, 2008, comunicación personal).

Si se comparten jeringas y agujas contaminadas, se puede transmitir el VIH. Esto sucede entre consumidores de drogas intravenosas que se punzan con una misma aguja o jeringa (ONUSIDA, 2000). El VIH se transmite a través de la pequeña cantidad de sangre

que queda en la jeringa o en la aguja después de ser utilizada. El riesgo de la infección no está en el consumo de una droga particular sino en la práctica de compartir agujas y jeringas contaminadas (C. Garita, 2005, comunicación personal).

Otros instrumentos que sirven para perforar la piel (como agujas de acupuntura, tatuaje, perforación de distintas partes del cuerpo, circuncisión) e instrumentos de cuidados corporales (como tijeras de peluquería, equipo de manicura y equipos dentales), deben ser desinfectados y esterilizado cada vez que se utilizan (ONUSIDA, 2000).

Vía Vertical

Es cuando el contagio se da de la madre al hijo o la hija durante el embarazo, el nacimiento o la lactancia: "el virus puede transmitirse durante el embarazo, el trabajo de parto, alumbramiento o después del nacimiento, en el curso de la lactancia materna" (ONUSIDA, 2000, p. 16). A esta vía también se le conoce como transmisión materno-infantil, TMI (ONUSIDA, 2000).

Particularmente, la transmisión durante el embarazo es conocida como vía perinatal, la cual se da puesto que el VIH puede cruzar la barrera placentaria (una barrera formada para proteger al feto contra las enfermedades) (Jennings, 1994). Además, el o la bebé puede contaminarse durante el parto al entrar en contacto con la sangre de la madre, debido a que su piel es muy frágil y propensa a que se le formen heridas. Por consiguiente, para evitar este contagio se recomienda que el parto sea por cesárea y no vaginalmente.

No obstante, la probabilidad de contagio madre-hijo o hija es del 20 al 35%, cifra que disminuye si la madre toma tratamiento antirretrovial (Bartlett y Finkbeiner, 1996).

Con las explicaciones anteriores, se descarta cualquier falsa creencia respecto a la transmisión del virus. Como bien lo expresan Bartlett y Finkbeiner (1996, p. 37):

> Podemos aportar pruebas absolutamente seguras de que la mayor parte de los tipos de contacto comunes no implican riesgo de transmitir el virus. Estos tipos de contacto son los que todos llevamos a cabo de manera ocasional: estrechar la mano, abrazarse, compartir el sanitario o los utensilios para comer, besar con la boca cerrada, estar cerca de alguien que estornude, etcétera.

## 2.2. VIH-sida y Adolescencia

La población adolescente está en el centro de la epidemia de sida en el nivel mundial y, es el grupo de personas recién diagnosticadas con el VIH que crece con mayor velocidad (Morrison-Beedy, Nelson y Volpe, 2005).

De hecho, se calcula que aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH se da en jóvenes menores de 25 años y, que la mayoría han sido mediante transmisión sexual (Zambrano, 2001 en Vega y Alvarado, 2005).

En el contexto Latinoamericano, como lo indica el PAIA (2005), de acuerdo con cifras dadas por la Organización Panamericana de la Salud "cada 7 minutos se infecta una persona entre los 14 y los 24 años en América Latina" (p. 6). En Estados Unidos, el sida es la sexta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años (Brown y Lourie, 2000).

Todo lo anterior se debe a que los contagios por VIH han tendido a ir en aumento entre las y los jóvenes, lo cual está relacionado con "el inicio temprano de la actividad sexual y el poco uso de medidas de protección" (Meza y Vargas, 2007, p. 27).

A pesar de que la efectividad del preservativo para la prevención de VIH (y otras ITS) ha sido comprobada, las y los adolescentes continúan involucrándose en conductas que aumentan el riesgo de adquirir la infección (Morrison-Beedy et al., 2005). Como lo expresan Vega y Alvarado (2005, p. 129): "Los jóvenes conocen las prácticas sexuales de riesgo, las formas de cómo se transmite la enfermedad así el cómo debería evitarse o prevenirse, sin embargo estos conocimientos no se han transformado en actitudes y prácticas saludables".

Por el contrario, la edad de la primera relación sexual ha ido descendiendo. A esto se une que la 'monogamia en serie' ha ido aumentando, tanto en hombres como en mujeres. Se entiende con 'monogamia en serie' el tener uno y otro compañero o compañera sexual consecutivamente (Vega y Alvarado, 2005).

En relación con la variable género (que se abordará posteriormente), el número de casos de mujeres y adolescentes ha ido aumentando progresivamente (Vega y Alvarado, 2005). Para el año 2004, según los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos el 89% de las nuevas infecciones en adolescentes heterosexuales ocurrieron en muchachas (CDC, 2007; Morrison-Beedy et al., 2005).

Estadísticas actuales para Costa Rica

En las siguientes tablas se presentan las cifras referentes a los casos de VIH y sida en el nivel nacional, para los años 2003 a 2006. Se aclara que los datos fueron obtenidos de Ministerio de Salud (2007) y sintetizados en las tablas por la autora de la presente investigación.

No obstante, como bien lo señala Arranz (1994), vale aclarar que al igual que en otros países (por ejemplo, España), las estadísticas que se tienen "son aproximativas al perfil epidemiológico real" (p. 184). Inclusive, dentro nuestra propia realidad, se menciona que no existen estudios de incidencia del VIH en Costa Rica (M. Fournier, 2008, comunicación personal). Los datos por mostrar, corresponden a las cifras obtenidas mediante los casos reportados en instancias públicas de atención a la salud.

Primeramente, se muestra el número total de infecciones por VIH y el total de casos de sida. Respecto a las primeras, se brindan datos de los años 2003 a 2006, pues no se tienen datos para los años 2002, 2001 y 2000, como sí se dan con los casos de sida.

**Tabla 2.**
**Casos registrados de VIH según grupo de edad, del 2003 al 2006**

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|---|
| **10-14 años** | 0 | 0 | 0 | 1 |
| **15-19 años** | 10 | 16 | 15 | 19 |
| **20-24 años** | 39 | 40 | 40 | 50 |
| **25-29 años** | 33 | 46 | 49 | 75 |
| **30-34 años** | 28 | 38 | 49 | 41 |

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (2007), por María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008.

**Tabla 3.**
**Casos registrados de sida según grupo de edad, del 2000 al 2006**

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **10-14 años** | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **15-19 años** | 7 | 3 | 4 | 6 | 6 | 5 | 2 |
| **20-24 años** | 23 | 8 | 13 | 30 | 17 | 18 | 8 |
| **25-29 años** | 36 | 32 | 38 | 26 | 41 | 34 | 35 |
| **30-34 años** | 51 | 50 | 38 | 49 | 63 | 47 | 38 |

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (2007), por María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008.

En las siguientes dos tablas se exponen los casos de VIH y de sida, incluyendo la variable género. Las cifras también se brindan por grupos de edad para los años 2003 a 2006.

**Tabla 4.**
**Casos registrados de VIH según grupo de edad por sexo (2003-2006)**

| | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Hombres* | *Mujeres* | *Hombres* | *Mujeres* | *Hombres* | *Mujeres* | *Hombres* | *Mujeres* |
| **10-14 años** | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| **15-19 años** | 7 | 3 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 12 |
| **20-24 años** | 23 | 16 | 31 | 9 | 25 | 15 | 28 | 22 |
| **25-29 años** | 25 | 8 | 33 | 13 | 35 | 14 | 60 | 15 |
| **30-34 años** | 22 | 6 | 29 | 9 | 41 | 8 | 28 | 13 |

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (2007), por María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008.

**Tabla 5.**
**Casos registrados de Sida según grupo de edad por sexo (2003-2006)**

| | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Hombres* | *Mujeres* | *Hombres* | *Mujeres* | *Hombres* | *Mujeres* | *Hombres* | *Mujeres* |
| **10-14 años** | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 |
| **15-19 años** | 3 | 3 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| **20-24 años** | 21 | 9 | 12 | 5 | 12 | 6 | 6 | 2 |
| **25-29 años** | 19 | 7 | 32 | 9 | 29 | 9 | 30 | 5 |
| **30-34 años** | 42 | 7 | 55 | 8 | 42 | 5 | 35 | 3 |

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (2007), por María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008.

Específicamente, para el año 2006, la información obtenida es la siguiente. (Se selecciona el 2006 en especial, ya que es el último año del que se poseen datos, el cual además coincide con el inicio de este estudio).

**Tabla 6.**
**Casos registrados de VIH y de Sida, según grupo de edad por sexo (2006)**

| | VIH | | | Sida | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Totales* | *Hombres* | *Mujeres* | *Totales* | *Hombres* | *Mujeres* |
| **10-14 años** | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 |
| **15-19 años** | 19 | 7 | 12 | 2 | 1 | 1 |
| **20-24 años** | 50 | 28 | 22 | 8 | 6 | 2 |

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (2007), por María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008.

Pese a que las cifras en Costa Rica son bajas, es necesario recordar que dichos datos corresponden a los 'casos registrados'; por consiguiente, existe todo un número de casos que se desconoce, los cuales bien podrían ser pocos pero también podrían ser muchos. Y esto especialmente para los casos de infecciones por VIH, dado que realmente pocas personas tienen conocimiento de que portan el virus, entonces éste se sigue propagando silenciosamente. De hecho, en el nivel mundial, la mayoría de personas infectadas no lo saben y por ello, "no ha logrado vencerse la epidemia en ningún lugar del mundo" (ONUSIDA, 2000, p. 35).

## 3. Factores precipitantes de la adquisición del VIH

En esta investigación, se entiende como factores precipitantes de la adquisición del VIH aquellos factores asociados a la infección por VIH; es decir, las situaciones que incidieron en la infección por VIH en las personas adolescentes. Por ejemplo, pueden ser factores de riesgo para el contagio por VIH, la práctica de relaciones sexuales sin protección, el consumo de psicotrópicos y otros elementos como huir del hogar.

Específicamente, como lo indica el título del presente estudio, son precipitantes de la adquisición del VIH los factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales asociados todos con la infección, los cuales se definen de la siguiente manera: los 'factores cognitivos' son los pensamientos y expectativas respecto a algo; los 'factores conductuales' refiere a las conductas, al comportamiento de las personas (en este caso, de las personas adolescentes); los 'factores emocionales' son los sentimientos y las emociones); y, los 'factores ambientales' son las situaciones de vida en general, particularmente para este caso, el contexto social vivido por el o la adolescente.

Ahora bien, dentro de estos factores precipitantes, se incluyen los **factores de riesgo** definidos como las características de individuos o grupos que incrementan la probabilidad de experimentar daños de algún tipo (lo cual implica también la posibilidad de adquirir infecciones o enfermedades). Molina, Durán, Donas y Rocabado (1999) señalan que son las actividades asociadas a una mayor posibilidad de que ocurran daños.

Lo anterior en tanto se entiende como 'riesgo' la "probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o grupo" (Donas, 1998, p. 2). Dentro de dicho concepto, la idea de salud responde a una perspectiva integral, que contempla la calidad de vida y el desarrollo humano.

Se considera como factor de riesgo todo evento que "evidencie contribuir a la aparición de una situación negativa (…), y que al atacarlo disminuya la frecuencia del daño" (Smith, 1997 citada por Valverde, Vega, Rigioni, Solano y Solano, 2002, p. 28).

En el caso específico de la adolescencia, factores de riesgo son los aspectos que actúan o pueden actuar negativamente en la evolución o desarrollo de dicha etapa (Donas, 1995 en Rojas y Donas, 1995).

Los factores de riesgo son de diversa índole, dentro de lo cual se engloban las conductas de las personas. De hecho, los factores de riesgo de tipo conductual se llaman 'conductas de riesgo' (Molina et al., 1999). En el siguiente punto se exponen algunas conductas de riesgo para la infección por VIH.

## 3.1. Conductas de riesgo para la infección por VIH

Las conductas de riesgo son comportamientos que dependen de las personas; no obstante, pueden ser provocadas por factores de riesgo de otra naturaleza (Valverde, Vega, Rigioni, Solano y Solano, 2002).

Particularmente para esta investigación, se entiende como conductas de riesgo para la infección por VIH, las prácticas que aumentan el riesgo o la vulnerabilidad de adquirir el VIH-sida, las cuales es posible agrupar en tres categorías: relaciones sexuales sin protección, uso de sustancias psicoactivas y uso de agujas y jeringas.

Las relaciones y las prácticas sexuales de riesgo se abordarán en el siguiente punto.

El uso de sustancias psicoactivas -alcohol y drogas- es un comportamiento de riesgo, pues la utilización de dichas sustancias aumenta la probabilidad de que una persona

participe en una actividad sexual de alto riesgo. Además, el uso compartido de agujas y jeringas en el consumo de droga también incrementa la probabilidad de contagio.

Precisamente, el uso de objetos punzo-cortantes que no son desinfectados y esterilizados posibilita la propagación de virus entre las personas, tanto el VIH como otros microorganismos. Si bien es cierto que para el VIH las probabilidades de contagio mediante objetos punzo-cortantes no son tan altas como la posibilitad de contagio por vía sexual, siempre existe una posibilidad de adquirir el virus.

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA, 2005) explica muy bien las citadas prácticas de riesgo:

- Penetración vaginal y rectal sin protección.
- Compartir agujas y otra instrumentación que penetre la piel y mucosas, excepto en el caso que algunos de éstos sean reusables se debe realizar previa desinfección con soluciones detergentes, y posteriormente esterilizados en autoclave.
- Consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y las drogas, ya que éstas pueden interferir en la disminución de la capacidad para la concentración y la memoria incitando a conductas como la práctica de las relaciones sexuales sin condón y espontáneas sin consentimiento compartido o con parejas desconocidas. Así como también el consumo intravenoso de drogas que favorecen el intercambio de las jeringas usadas y contaminadas (PAIA, 2005, p. 46).

Como se puede observar, las conductas que implican riesgo para VIH son de dos naturalezas: sexual y no sexual, a continuación se enlistan estas.

Prácticas sexuales de riesgo

En general, las relaciones o prácticas sexuales sin protección constituyen un riesgo. Se entiende como 'protección' el uso de preservativo de látex.

Sobre el comportamiento sexual general de una persona, son conductas de riesgo (Pulsomed, 2008):

- Tener múltiples parejas sexuales sin protección.

- Tener una historia pasada de cualquier ITS.
- Tener una pareja con una historia pasada de cualquier ITS.
- Tener una pareja con una historia (sexual o de salud) desconocida.
- Tener una relación sexual sin protección con una pareja desconocida.

En cuanto a prácticas sexuales, se especifican las siguientes (ellas son riesgosas no sólo para el VIH sino para cualquier ITS):

Sexo anal o vaginal receptivo sin protección

Sexo anal o vaginal penetrativo sin protección

Relación sexual con lesión genital, rectal, oral

Introducción de dedo o mano en vagina/ano sin protección

Contacto boca-pene con ingesta de semen

Contacto boca-vagina sin barrera de látex

Contacto boca-ano sin barrera

Compartir instrumentos sexuales (sin cubrir). (PAIA, 2005, p. 118)

Factores de riesgo no sexuales

Para ampliar la información sobre las conductas de riesgo ya mencionadas, se agrega:

- Haber estado expuesto o expuesta a sangre, hemoderivados y otros materiales biológicos (PAIA, 2005).
- Uso o abuso de licor y drogas ilícitas, así como consumo de drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual (PAIA, 2005; Pulsomed, 2008).
- Compartir (o haber compartido) agujas y jeringas (PAIA, 2005, p. 119).
- Tener una pareja que se droga de forma intravenosa (Pulsomed, 2008).
- Uso de material no estéril en tatuajes o acupuntura (PAIA, 2005, p. 119).

Se aclara que se entiende como droga aquella sustancia psicoactiva con acción reforzadora positiva, que puede generar dependencia física, psíquica o ambas, la cual ocasiona deterioro psico-orgánico y de la conducta social (Martín y Lorenzo, 2003). Así, entre otros, se dice que una sustancia es una droga cuando altera o modifica funciones

psíquicas y no tiene indicación médica o se utiliza con fines no terapéuticos (Martín y Lorenzo, 2003).

Además, se define como uso o consumo de drogas la utilización o el gasto de una sustancia que tiene como consecuencia efectos médicos, familiares, sociales o de otra índole (Martín y Lorenzo, 2003). Y, se considera como 'abuso ', cualquier consumo que dañe o amenace la salud física, mental o el bienestar social, tanto de una persona como de la sociedad (Martín y Lorenzo, 2003).

## 3.2. Factores de riesgo vinculados al género

Existen múltiples factores debido a los cuales las mujeres son más vulnerables a ser infectadas con el VIH que los hombres. Esta 'vulnerabilidad femenina', la "vulnerabilidad a la que la mujer se encuentra expuesta ante la epidemia" (Meza y Vargas, 2007, p. 35) es de cuatro tipos:

- Vulnerabilidad biológica: la superficie de mucosa de la mujer es más extensa que la del hombre y, el semen contiene mayor carga viral que las secreciones vaginales; por lo tanto, la tasa de transmisión del VIH de hombre a mujer es de 2 a 4 veces más alta (Betances, 2000). Siguiendo a Bartlett y Finkbeiner (1996): "las mujeres son también más susceptibles de contraer la infección que los hombres en una proporción de casi 20 a 1" (p. 41).
- Vulnerabilidad cultural: por lo general, en la sociedad las mujeres tienen una posición inferior, lo cual repercute particularmente en las relaciones sexuales (Betances, 2000).
- Vulnerabilidad social: en países del Tercer Mundo, las mujeres son más dependientes y acceden escasamente a la información y a los servicios de salud, debido a que tienen menor acceso a la educación, al mercado laboral y a los ingresos económicos (Betances, 2000).
- Vulnerabilidad epidemiológica: el número de nuevas infecciones en mujeres ha aumentado velozmente en todo el mundo (Betances, 2000).

Quizá el mayor factor de riesgo para las mujeres es la no posibilidad de protección frente al VIH y otras ITS, ya que a ellas no les es posible elegir, a lo cual se une la carencia de información y la dependencia económica del hombre (Panos Institute, 1995). Como bien lo señalan Meza y Vargas (2007): "Una condición de vulnerabilidad significa muchas veces que las mujeres no son libres de elegir como quieren vivir o de exigir sexo más seguro" (p. 36).

Junto a lo anterior, es posible mencionar muchísimas cuestiones vinculadas al género que se enmarcan dentro de la vulnerabilidad cultural y la vulnerabilidad social, por ejemplo:

- En la socialización que se recibe, el cuerpo de las mujeres es "cuerpo de otros" (no de sí misma), entonces la protección ante el VIH queda como responsabilidad de la pareja y no de la mujer misma (Bastidas, en Betances, 2000).
- Un gran número de mujeres cree que en materia sexual es el hombre quien decide cómo y cuándo relacionarse sexualmente (Bastidas, en Betances, 2000).
- El sentimiento de amor hacia la pareja se torna en un sustituto para tomar medidas de protección frente al VIH. Por ende, en las relaciones estables las mujeres descuidan la prevención, ya que el amor y la confianza la sustituyen (Bastidas, en Betances, 2000).
- Muchas mujeres se adjudican la responsabilidad de la monogamia y la fidelidad de los hombres, siendo que la poligamia de éstos es vivida como un fracaso para las mujeres (Bastidas, en Betances, 2000).
- La violencia se asume como "natural" de los hombres y, en muchos casos, el incumplimiento de las mujeres en su rol de esposas-sirvientas es considerado "causa" de maltratos (Bastidas, en Betances, 2000).

## 4. Intervención Psicológica en VIH-sida

La intervención psicológica en VIH-sida tiene dos objetivos generales (Carvalho, 1999, p. 626):

- Prevenir la infección y la transmisión del VIH
- Brindar apoyo psicosocial a las personas afectadas por él, sea directa o indirectamente.

Lo anterior puesto que, por una parte, se debe buscar reducir el número de infecciones y reinfecciones del virus para que la enfermedad no llegue a convertirse en una epidemia y, por otra, para aliviar el sufrimiento tanto de las PVVS como de sus familiares y seres cercanos. Esto significa que es necesario brindar atención psicológica tanto a las personas infectadas o con sida, como a sus parejas y familiares que tengan conocimiento de la condición (Machado, 2007).

Siguiendo a Carvalho (1999), "la atenuación de este sufrimiento, junto con la reducción de la propagación del virus y la morbilidad psicológica asociada, constituyen, a

nuestro modo de ver, los aspectos centrales de la intervención psicológica" (p. 625). De manera similar, Arranz (1994) indica que la respuesta global a la infección está orientada hacia tres metas: evitar la difusión de la enfermedad, maximizar la calidad de vida de las PVVS, sus parejas y personas allegadas, y disminuir la vulnerabilidad de las PVVS.

En ese sentido, la Unidad de Investigación Social y del Comportamiento del Programa Central del SIDA de la Organización Mundial de la Salud (1990, en Carvalho, 1999) plantea tres vías centrales de la intervención psicológica: la prevención primaria, secundaria y terciaria (y esto particularmente en materia de Psicología de la Salud).

- ***Prevención primaria: prevención.*** Es la modificación de conductas que ponen a las personas en riesgo de ser infectadas con el VIH (Carvalho, 1999, p. 625). El objetivo de la intervención psicológica en la prevención primaria es reducir "la transmisión y propagación del VIH, mediante la contribución a la modificación de los comportamientos que colocan a los sujetos en riesgo de poder ser infectados" (Carvalho, 1999, p. 633).
- ***Prevención secundaria: control.*** Consiste en motivar a PVVS, es decir, a personas ya infectadas, para que modifiquen aquellos comportamientos que puedan poner a otros individuos en peligro de ser contagiados o contagiadas (Carvalho, 1999, p. 625).
- ***Prevención terciaria: apoyo.*** Brindar apoyo psicológico a PVVS "dando respuesta a sus necesidades emocionales y atenuando tanto su sufrimiento, como las consecuencias psicosociales de la enfermedad" (Carvalho, 1999, p. 626).

Por consiguiente, el trabajo de prevención de las personas especialistas en psicología incluye los siguientes aspectos:

*a)* proporcionar una mejor comprensión de los comportamientos implicados en la transmisión del VIH y de los factores determinantes de esos comportamientos. Específicamente, se trata de investigar para cada uno de los comportamientos de riesgo de qué factores depende la probabilidad de su aparición o no;

*b)* desarrollar y evaluar programas de prevención (que tengan como finalidad la adquisición y mantenimiento de comportamientos seguros), particularmente entre los jóvenes;

*c)* aumentar los conocimientos sobre las complicaciones neuropsicológicas del SIDA;

> *d)* clarificar el efecto que los factores psicológicos pueden ejercer en el sistema inmunitario y en la progresión de la enfermedad, en el ámbito psiconeuroinmunológico, y
>
> *e)* poner a disposición de los sujetos afectados y de sus familias funciones asistenciales directas (Carvalho, 1999, p. 627).

Intervención terapéutica

Para el contexto terapéutico en concreto, la intervención psicológica se desarrolla en diferentes momentos del proceso de la enfermedad y, respondiendo a problemáticas específicas asociadas a la misma (Correa, 2006; Machado, 2007).

Correa (2006) refiere que dichos momentos son la crisis inicial, el ajuste y la adaptación de la vivencia con el VIH y, la adherencia al tratamiento. Machado (2007) apunta que algunos temas específicos relacionados con la enfermedad son: la comunicación del diagnóstico, cambios en el estilo de vida, la convivencia de pareja, la aparición de síntomas, el inicio y la adherencia al tratamiento, el manejo del estrés y los derechos humanos de las PVVS. En esa misma línea, Arranz (1994) expresa lo siguiente:

> Se trata de disminuir la vulnerabilidad de los individuos a contraer infecciones recurrentes, reduciendo riesgos somáticos y mejorando el estado del organismo; evitar las reinfecciones por VIH; facilitar su readaptación funcional y entrenarles en habilidades apropiadas con el fin de que reduzcan respuestas cognitivas y comportamientos inadecuados, de forma que puedan fomentar un mejor control sobre su salud y sobre las circunstancias que les rodean (p. 184).

Más específicamente, Correa (2006) indica que, para cada momento, la intervención psicológica por realizar tendrá metas específicas. A continuación, se resume en una tabla lo planteado por el autor.

**Tabla 7.**
**Intervención psicológica según los momentos del proceso de la enfermedad**

| Momento | Objetivo general | Metas específicas de la intervención |
|---|---|---|
| Crisis inicial | Responder a reacciones emocionales frente al diagnóstico (estupor, miedo, tristeza, rabia, frustración, desesperanza, impotencia, culpa, ideas suicidas), mediante una intervención clínico-educativa. | Ilustrar sobre aspectos básicos de la infección.<br><br>Desarticular la relación sida-muerte.<br><br>Fortalecer habilidades de afrontamiento.<br><br>Reactivar redes de apoyo social.<br><br>Motivar la vinculación al proceso de valoración médica. |
| Ajuste y adaptación a la condición de portar VIH | Proveer habilidades y conductas que permitan a la persona vivir con el VIH. | Incorporar cambios en el estilo de vida.<br><br>Reestructurar creencias irracionales.<br><br>Promover una sexualidad segura y responsable.<br><br>Contrarrestar la depresión, el estrés o estados emocionales que interfieran con un estado óptimo de salud. |
| Adherencia al proceso médico | Comprometer activamente a la persona con aspectos vinculados a la adherencia. | Comprometer a la persona con:<br>cumplimiento de citas médicas<br>tratamiento antirretroviral<br>conductas de autocuidado<br>cambios en el estilo de vida. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008. Información tomada de Correa, 2006 y sintetizada por la autora de la presente investigación.

Unido a la intervención con la PVVS, también se trabaja con las familias y la pareja, así como en grupos terapéuticos o grupos de autoayuda (Correa, 2006; Machado, 2007).

La intervención con la familia consiste básicamente en sesiones educativas respecto al tema del VIH-sida, e intervención en resolución de conflictos familiares, todo ello para colaborar con el proceso de adaptación a la enfermedad, en el cual la familia tiene un papel fundamental (Correa, 2006).

La intervención en grupos terapéuticos y/o grupos de autoapoyo se realiza utilizando estrategias de intervención grupal, facilitando el intercambio de experiencias y vivencias en torno al VIH y el sida, lo cual posibilita desarticular miedos, reestructurar creencias

irracionales, confrontar información, adquirir habilidades sociales y aprender comportamientos para situaciones específicas (Correa, 2006).

Por último, Arranz (1994) menciona la necesidad de realizar programas de formación psicológica dirigidos a profesionales de la salud que trabajan con PVVS, los cuales deberían tener dos objetivos:

a) proveer de recursos técnicos y psicológicos para maximizar el grado de competencia en la relación con la persona

b) entrenar en el manejo del estrés, para disminuir el riesgo de presentar síndrome de estrés ocupacional (burnout).

La autora afirma que en las universidades son escasos los programas que incluyen "formación en el manejo de las reacciones emocionales intensas que se producen en la comunicación con los pacientes y en el abordaje de los problemas psicológicos y neuropsiquiátricos que estos enfermos presentan" (Arranz, 1994, p. 184).

# IV. Problema y Objetivos

## a) Problema de investigación

La adolescencia, debido a todos los aspectos biológicos, sociales y psicológicos que implica, representa un período de grandes cambios para los y las adolescentes (Díaz, Garita, Monge, Muñoz, Sequeira, Terwes et al., 2005).

A ello se unen los problemas familiares y de la sociedad, lo cual tiene como consecuencia que este período se torne difícil de llevar y, así, los y las adolescentes se vuelven un grupo vulnerable a diversas problemáticas sociales. En palabras de Solana (s.f.): "los problemas de la sociedad no los causa la juventud, por el contrario, puede decirse que los problemas de la sociedad los padecen, sobre todo, los jóvenes" (Solana, s.f.; en Díaz et al., 2005, p. 5).

De tal manera, se encuentra por ejemplo que el uso de drogas comienza en la adolescencia (Sandí y Díaz, 1995). Además, la edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez menor, el número de parejas sexuales es mayor y no se utilizan métodos de protección, lo cual incide en un aumento del número de infecciones de transmisión sexual en adolescentes (Taquette, Ruzany, Meirelles & Ricardo, 2003).

Justamente, de cara a las situaciones de riesgo, para los y las adolescentes es necesario entender las situaciones de vida asociadas a la inclusión del grupo adolescente en conductas de riesgo, así como los factores psicológicos que inciden en ellas.

Por lo tanto, con el desarrollo de esta investigación se buscó describir ***¿cuáles factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales condujeron a las personas adolescentes a incurrir en situaciones de riesgo que incidieron en su infección por VIH?***

## b) Objetivos

**Objetivos generales**

**1.** Determinar los factores cognitivos, conductuales y emocionales precipitantes de la infección por VIH en adolescentes que viven con VIH-sida.

**2.** Determinar factores ambientales precipitantes de la infección por VIH en adolescentes que viven con VIH-sida, entendidos como las situaciones de vida que precipitaron la adquisición del virus.

**Objetivos específicos**

**1.1.** Identificar los pensamientos y las creencias de las personas adolescentes respecto a las situaciones de riesgo que vivieron.

**1.2.** Identificar los sentimientos experimentados por las personas adolescentes durante el tiempo que vivieron las situaciones de riesgo.

**1.3.** Identificar las conductas relativas a prácticas sexuales y uso de drogas de las personas adolescentes que incidieron en la infección por VIH.

**2.1.** Identificar las situaciones de vida de los y las adolescentes relacionadas con factores de riesgo vividos por ellos y ellas previo a la infección, tales como, problemas económicos, dificultades familiares y presión de los pares.

# V. Metodología

## a) Tipo de Estudio

El estudio que se realizó es de tipo ***exploratorio***, pues el objetivo fue "examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes" (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, pp. 115).

Lo anterior debido a que hasta el momento, si bien en nuestro país se han realizado trabajos con personas que viven con el VIH (Carmona y Víquez, 2002; Durán, 2004; Garita y Villalobos, 2000; Granados, 1993; Meza y Vargas, 2007), no se ha investigado sobre factores asociados a la infección del VIH en adolescentes, ni mucho menos en casos específicos de jóvenes que adquirieron el virus por vía sexual.

Por consiguiente, con esta investigación se pretendió realizar un primer acercamiento en el contexto costarricense, a los procesos que precipitaron la adquisición del VIH en adolescentes que viven con VIH.

## b) Diseño de Investigación

Se siguió un **diseño no experimental transeccional,** según los lineamientos de Hernández, Fernández y Baptista (2003).

El diseño es *no experimental* pues no se manipularon variables deliberadamente, sino que se propuso "observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos" (Hernández et al., 2003, p. 267). Así, se observaron "situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador" (Hernández et al., 2003, p. 267).

En particular, el tipo de diseño no experimental es *transeccional* o *transversal*, pues los datos fueron recolectados en un único momento del tiempo; es decir, que el objetivo fue describir variables y analizarlas "en un momento dado" (Hernández et al., 2003, p. 270).

Por otra parte, se trabajó con **estudio de casos** para tener un entendimiento completo sobre el problema de investigación (Hernández et al., 2003). De tal manera, se buscó identificar los factores que en un contexto determinado incidieron en la infección por VIH, en adolescentes que se contagiaron por vía sexual. Es decir, se pretendió entender la situación que llevó al y la joven a realizar acciones que tuvieron como consecuencia la infección con el virus del sida.

## c) Sujetos de Investigación

Los sujetos de investigación fueron dos adolescentes portadores del VIH, un hombre y una mujer, con edades entre los 14 y los 17 años, quienes adquirieron el virus mediante transmisión sexual.

Como se mencionó previamente, se trabajó con estudio de casos. Para ello se determinó que el rango de edad fuera de 14 a 17 años, pues la primera corresponde a la edad promedio de inicio de la vida sexual (Flores y Porras, 1996) y la segunda a la edad aproximada en que termina la adolescencia (Papalia et al., 2001).

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y de exclusión establecidos.

**Criterios de inclusión**

☑ Adolescentes entre 14 y 17 años de edad.

☑ Tener conocimiento de su diagnóstico de VIH positivo.

☑ Haber adquirido el VIH durante la adolescencia. *[Se considera que la edad mínima del contagio debe ser los 11 años, pues según Papalia, Wendkos y Duskin (2001) es la edad de inicio de la adolescencia.]*

☑ Haber adquirido el VIH por vía sexual.

**Criterios de exclusión**

☒ Haber adquirido el VIH por vía vertical o perinatal, es decir, de su madre durante el embarazo y/o la lactancia.

☒ Haber adquirido el VIH por vía parenteral, esto es, mediante una transfusión de factores de la coagulación o sangre contaminada con el virus (como en el caso de personas hemofílicas).

☒ Haber sido víctima de abuso sexual en algún momento de su vida.

☒ Encontrarse embarazada.

☒ Presentar algún trastorno psicológico o neuro-psicológico.

**Selección de sujetos de investigación**

La **selección de sujetos** se llevó a cabo contactando instituciones públicas y organizaciones civiles que brindan servicios a personas que viven con VIH-sida, mediante las

cuales fuera posible localizar adolescentes que cumplieran con las características mencionadas previamente.

Se recurrió en primera instancia a los mayores hospitales pertenecientes a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS): el Hospital México, el San Juan de Dios y el Calderón Guardia, pues son los únicos centros donde se tiene real conocimiento y acceso a la población con la cual se pretendía trabajar. Además de éstos, se consultó en otros tres hospitales: el Nacional de Niños, el San Vicente de Paúl (en Heredia) y el Max Peralta (en Cartago).

Sin embargo, únicamente en el Hospital México fue posible localizar y enrolar individuos con los criterios requeridos. Pero incluso ahí, se contó con otra posible participante quien en un inicio aceptó participar en el estudio, pero debido a su comportamiento quedó excluida de la investigación: la muchacha canceló dos citas de entrevista y faltó a la última cita programada, luego de haber confirmado el día anterior. Es decir, la participante canceló o faltó a un total de tres citas, con lo cual se auto-excluyó del estudio.

En cada centro hospitalario se tuvieron diferentes panoramas, que se describen a continuación.

Tanto en el Hospital México como en el Hospital San Juan de Dios se contactó con las unidades encargadas de atender a las PVVS: la Clínica de Atención Integral al portador de VIH/sida y su familia del primero, y el Comité de Atención al paciente VIH/SIDA del segundo. En ambas unidades se conversó con las profesionales que tienen acceso a información confidencial de pacientes, con el objetivo que indicaran cuáles sujetos cumplían con los criterios de inclusión ya señalados.

Particularmente, en el Hospital San Juan de Dios, las dos trabajadoras sociales pertenecientes al Comité de Atención al paciente VIH/SIDA -las licenciadas Segura y Warner- brindaron gran colaboración en el reclutamiento de participantes, encontrando potenciales casos para la investigación, los cuales, sin embargo, no fue posible incluir debido a diversas razones:

- Presentar algún criterio de exclusión (haber sido víctima de abuso sexual).
- Residir en zonas muy alejadas de la Gran Área Metropolitana, sin posibilidades para desplazarse (esto fue un impedimento, pues en el estudio tampoco se contó con recursos para trasladarse fuera de la GAM).
- Vivir en condiciones de indigencia.

- No aceptar participar en la investigación.
- No tener alguna forma de localizar a la persona (por ejemplo, vía telefónica).
- Ser adultos o adultas jóvenes pero no adolescentes, es decir, con edades fuera del rango establecido.

En el caso del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se contó con la anuencia de la Clínica VIH SIDA para realizar la investigación, teniendo inclusive el apoyo del psicólogo de dicha unidad, Lic. Gutiérrez. No obstante, en ese centro médico tampoco existían casos que cumplieran con los criterios de selección establecidos, pues los casos existentes eran de personas adultas jóvenes cuyas edades pasaban el rango determinado.

En el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, sí existen casos de adolescentes portadores del VIH pero son hijos e hijas de mujeres seropositivas, es decir, que adquirieron el virus por vía vertical. Además, fue señalado que el grupo de adolescentes es muy reservado, en el sentido que casi no se permite entrar en contacto con las y los jóvenes, pues se trata de una población muy sensible y vulnerable.

En el Hospital Dr. Max Peralta correspondiente a la provincia de Cartago, desde el inicio en que se pretendió hacer contacto, se aclaró que no tienen casos de adolescentes portadores sino que solamente han atendido personas adultas seropositivas o con sida.

El caso del Hospital San Vicente de Paúl en Heredia fue diferente, en tanto se encontró que no atienden PVVS. Aparentemente, el tema del VIH-sida es todavía un tabú en dicha instancia hospitalaria, pues, por ejemplo, los diagnósticos de VIH que ahí se realizan son remitidos al Hospital México, pretendiendo con esto que el VIH no exista en Heredia. Unido a ello, en el hospital, se rechaza o disminuye la atención que deben brindar a las PVVS (esto según lo comentado por la participante). Se aclara que lo recién señalado fue puesto en evidencia tanto por la investigadora, cuando se llevaron a cabo los trámites necesarios para realizar este estudio en dicho hospital, como por la experiencia relatada por la participante, respecto a lo que ella y su compañero vivieron en ese centro médico.

Además de consultar en los mencionados centros hospitalarios, se colocaron anuncios en clínicas periféricas (en EBAIS) donde se solicitaba la participación voluntaria en el estudio. Sin embargo, no se obtuvo respuesta alguna.

Por otra parte, vale resaltar que, si bien solamente en el Hospital México fue posible contactar al y la adolescente, en la búsqueda de la población para el estudio se consultó

también con diversas asociaciones, instituciones y organizaciones que trabajan con el tema del VIH y el sida en Costa Rica. Fueron las siguientes:

- Asociación de Mujeres en Red Impulsando Calidad y Salud, AMERICAS
- Asociación Arco Iris y los Niños
- Asociación Costarricense de Personas Viviendo con VIH-SIDA, ASOVIHSIDA
- Asociación Demográfica Costarricense
- Asociación Esperanza Viva
- Asociación Unidos en la Esperanza – Hogar Nuestra Señora de la Esperanza
- Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos, CIPAC
- Fundación Vida
- Fundesida
- Hogar de la Esperanza
- Hogar Hoy por Ti
- Hogar Jesús Doliente (del cual fue indicado que ya no funciona)
- Programa de Atención Integral a la Salud (PAIS)
- Programa Misericordia Hoy, de la Casa Santa Margarita
- Unidad de Control de ITS/SIDA, de la Caja Costarricense de Seguro Social

Todas las organizaciones anteriores trabajan con el tema del VIH-sida, sea en la prevención o en la atención directa de PVVS, algunas de las cuales incluso son asociaciones de las mismas personas portadoras.

No obstante, en los hogares, asociaciones, fundaciones o programas donde se trabaja con población seropositiva (tanto en lugares donde viven PVVS, como en lugares donde reciben algún tipo de ayuda) las personas atendidas en ellos son todas mayores de edad. Por consiguiente, se pueden encontrar casos de personas jóvenes infectadas que se contagiaron durante su adolescencia, pero no son ya adolescentes sino adultos jóvenes (de 20 años en adelante).

Ahora bien, en la Fundación Vida fue señalado que la poca población adolescente con conocimiento de su diagnóstico, se mantiene muy al margen de las mismas organizaciones y no quieren recibir la colaboración que en ellas les pueden brindar. De modo que si en dichas instituciones han tenido conocimiento de alguna persona adolescente infectada, no tienen cómo localizarla.

Conjuntamente, las únicas dos organizaciones que sí trabajan o tienen conocimiento de población juvenil e infantil con VIH (la Asociación Arco Iris y los Niños y, el Programa Misericordia Hoy) indican que los únicos casos son adolescentes hijos e hijas de madres portadoras del virus, los cuales no cumplen con los criterios de inclusión para este estudio.

Todo lo anterior es para explicar que mediante los citados centros médicos y organizaciones civiles no fue posible contactar participantes, sino que los únicos dos casos fueron reclutados a través del Hospital México.

## d) Técnica

La investigación se llevó a cabo utilizando la técnica de ***entrevista semiestructurada***, la cual se basó en una guía de preguntas pero teniendo también libertad para agregar interrogantes adicionales, con el fin de obtener mayor información sobre los temas de interés (Hernández et al., 2003).

Con el objetivo de "obtener una información determinada y precisa" se siguió una táctica directiva, en la cual la investigadora dirigió el proceso de principio a fin (Rodríguez, 1999, p. 243). Además, se utilizó una guía con preguntas específicas (Hernández et al., 2003).

En ese sentido, la entrevista contuvo preguntas abiertas y cerradas, e incluyó las siguientes categorías de análisis:

1. Datos sociodemográficos: edad, escolaridad, lugar de procedencia, lugar de residencia, estado civil.

2. Datos sobre su infección por VIH: cuándo se dio la infección, cómo se dio cuenta de la misma.

3. Información familiar: constitución del grupo familiar de procedencia, salidas del hogar (si las hubiera).

4. Información sobre el comportamiento sexual: inicio de las relaciones sexuales, uso de preservativo, número de parejas sexuales.

5. Información sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas: edad y drogas de inicio, drogas utilizadas, algunas características del consumo.

6. Información relativa al conocimiento sobre factores de riesgo: conocimiento acerca del VIH, formas de transmisión.

7. Información sobre la recreación de los y las jóvenes: actividades realizadas en el tiempo libre (individualmente, con la familia, la pareja o el grupo de pares).

8. Información sobre cogniciones y emociones respecto a las situaciones de riesgo vividas: pensamientos y sentimientos sobre su familia, el uso de drogas, las relaciones sexuales, así como pensamientos sobre la posibilidad de contagio.

9. Propuesta de prevención: propuestas de las personas adolescentes para prevenir infecciones en sus coetáneos.

En cada uno de los puntos anteriores, se incluyeron otros datos que se consideraron necesarios en el momento de aplicar la entrevista.

Conjuntamente, para complementar la información obtenida con las entrevistas, en la Clínica de Atención Integral al portador de VIH/sida y su familia, facilitaron los expedientes médicos de ambas personas participantes, los cuales fueron revisados por la investigadora dentro del mismo centro asistencial.

**Criterios de validez**

Para obtener la **validez de criterio** y la **validez de contenido**, la guía de entrevista fue validada mediante la consulta a expertos y expertas en las diversas temáticas que se abordan, en su calidad de consultores externos y de profesionales en la materia.

De tal modo, se estructuró una guía de entrevista que fue sometida a consulta tanto ante el Comité Asesor, como ante tres profesionales en psicología, con experiencia en áreas específicas, cuyos criterios de inclusión se mencionan más adelante.

La consulta con profesionales expertos constituye la manera de asegurar la validez de criterio. Asimismo, debe considerarse que la entrevista empleada tuvo como base instrumentos ya validados y utilizados en trabajos previos de otros investigadores (Flores y Porras, 1996; Miranda et al., 2005; Buceta y Bueno, 1996).

De igual manera, se aseguró la validez de contenido en tanto las personas expertas analizaron cuán adecuados fueran los reactivos en torno a la comprensión de estos, así como respecto a su forma y su contenido (es decir, si son correctos en cuanto a léxico, semántica y morfo-sintaxis).

Para lograr lo anterior, como se mencionó previamente, además del Comité Asesor, la guía de entrevista fue revisada por otros tres expertos, quienes cumplieron con los criterios de inclusión que se presentan seguidamente:

- Ser profesionales en Psicología.
- Trabajar o haber trabajado en una o varias de las siguientes áreas: adolescencia, familia, investigación y VIH-sida.
- Tener como enfoque de trabajo el modelo cognitivo-conductual.

Conjuntamente, la guía de entrevista también fue sometida a consulta ante una profesional en Trabajo Social, quien tiene experiencia de trabajo en las áreas de VIH y de Adolescencia.

Finalmente, posterior a dichas revisiones, se solicitó la evaluación de la guía por parte de una profesional en Filología, quien realizó la revisión y corrección lingüística.

Por consiguiente, un total de ocho personas revisaron la guía de entrevista, todas profesionales en distintas áreas:

- 6 profesionales en Psicología:
  - 3 del Comité Asesor (Licda. Marcela León Madrigal, Licda. Cristina Garita Garita y Dr. Roberto López Core)
  - 3 expertos en las temáticas abordadas (Licda. Kenia Quesada Mena, M. Sc. Manuel Solano Beauregard y Ph. D. Ronald Ramírez Henderson)
- 1 profesional en Trabajo Social, funcionaria del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, PAIA
- 1 profesional en Filología, M. Sc. María Esther Cartín Rodríguez

**Criterios de confiabilidad**

Para determinar la confiabilidad de la entrevista, se realizó una aplicación piloto de la misma con dos hombres y cuatro mujeres adolescentes, que se encuentran dentro del rango de edades establecido para la investigación (es decir, entre 14 y 17 años). Dicho pilotaje permitió saber si con el instrumento se conseguían resultados similares y, si éste era comprensible para la población adolescente. Sin embargo, dado que el objetivo de esta aplicación piloto fue servir como prueba, los resultados obtenidos de estas entrevistas no se contemplan en el análisis.

Para garantizar la confiabilidad de los datos recolectados, se cuenta con grabaciones sonoras de cada una de las entrevistas, a partir de las cuales se realizaron transcripciones literales de ellas. De este modo fue posible verificar los datos en todo momento cuando se requirió de ello.

## e) Procedimiento

A continuación, se describen los pasos que se siguieron en el desarrollo del estudio.

***1. Revisión bibliográfica***

Se revisaron trabajos previos relacionados con el tema de investigación, tanto en el nivel nacional como internacional. De tal manera, en la revisión bibliográfica se consultó sobre personas que viven con VIH-sida y sobre prácticas que ponen a adolescentes en riesgo. La consulta de referencias fue un continuo a lo largo de este trabajo.

***2. Desarrollo y validación de la guía de entrevista***

Después de la revisión bibliográfica, se construyó la guía de entrevista. Posteriormente, se validó la misma mediante consulta con personas expertas. Luego de dicha consulta y de realizar las correcciones sugeridas, tuvo lugar la aplicación piloto de la guía, todo esto según se indicó en el punto anterior ('Técnica').

***3. Búsqueda de instituciones***

Como se mencionó en el apartado 'Sujetos de Investigación', para encontrar la posible población participante, se localizaron y contactaron hospitales públicos, asociaciones, instituciones y organizaciones civiles que trabajan el tema del VIH-sida, tanto en la prevención como en la atención de personas que viven con VIH-sida (PVVS).

Por consiguiente, la investigadora se comunicó con diversas entidades para que sirvieran como medio de referencia y contacto con los y las jóvenes; es decir, que fueran un "puente" entre la investigadora y las personas candidatas a ser sujetos de investigación.

No obstante, los únicos centros mediante los cuales fue posible identificar posibles candidatos fueron dos hospitales públicos, pues son los entes gubernamentales oficiales encargados de trabajar con la temática y de atender médicamente a las PVVS. Aunado a ello, solamente fue posible enrolar participantes contactados por medio del Hospital México.

En resumen, se consultaron múltiples posibilidades (lugares y personas) donde se pudiera tener conocimiento de adolescentes con las características determinadas, así como alguna forma de comunicarse con ellos y ellas; sin embargo, se encontraron sólo dos

instituciones: los citados centros médicos, de los cuales –reiterando lo ya señalado– únicamente a través del Hospital México se reclutaron el y la participantes del estudio.

*4. Solicitud de la aprobación del estudio por parte de las instituciones*

Una vez identificados los hospitales como las instancias donde efectivamente se podía establecer un contacto con los y las jóvenes, se explicó el propósito de este trabajo a las personas encargadas de las respectivas unidades de atención a PVVS, a saber: la Clínica de Atención Integral al portador de VIH/sida y su familia en el Hospital México y la Clínica para atención de los pacientes con VIH SIDA en el Hospital San Juan de Dios.

Luego de tener la anuencia en ambas unidades y de definir los tutores en cada centro médico, se realizaron los demás trámites necesarios para obtener la aprobación del estudio.

Se ejecutaron todas las gestiones pertinentes para cumplir con los requisitos solicitados por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), y así poder proceder con realización del estudio teniendo el apoyo de los hospitales. Esto, considerando que se requería tener acceso a información altamente confidencial (como lo es el diagnóstico de VIH de una persona) y, en especial, tratándose de personas menores de edad.

*5. Selección de participantes*

Como se mencionó previamente, los únicos dos casos fueron referidos y contactados por el personal de la Clínica de Atención Integral al portador de VIH/sida y su familia del Hospital México. Por tanto, no fue necesario utilizar ninguno método de selección en particular, sino que la escogencia de sujetos se dio simplemente con su anuencia para participar en la investigación.

*6. Aceptación de los sujetos de participar en la investigación*

Cuando en cada hospital se identificaron las personas que podían ser entrevistadas, la enfermera M. Sc. Brenes, funcionaria de la mencionada Clínica del Hospital México, encargada de darle seguimiento a los pacientes de dicha unidad, se puso en contacto con el y la participantes para exponerles la investigación y la participación que tendrían en esta, dejando a su voluntad el ser parte del estudio o no.

De tal modo, de las tres personas contactadas en el Hospital México, finalmente dos accedieron a formar parte de la investigación: un muchacho de 17 años y una muchacha de 15 años.

Luego de aceptar ser parte del estudio y previo a la aplicación de las entrevistas, se firmó el consentimiento informado para cada caso (Anexo Nº 1). Dicho documento contiene las firmas de la investigadora, el o la adolescente, su representante legal y un o una testigo (para profundizar en esto, ver apartado 'Protección a sujetos de investigación').

*7. Aprobación del estudio por parte de los o las representantes legales*

Considerando que en este estudio los sujetos de investigación son personas menores de edad, es necesario que una persona mayor responda legalmente por ellos y ellas. Así, en cuanto el y la joven aceptaron participar en el estudio, a sus padres, madres o representantes legales se les explicó también el propósito de la investigación y el aporte de los y las jóvenes en ella. De esta manera, se les solicitó permiso para la participación de las y los adolescentes, firmando entonces el consentimiento informado cuando lo otorgaron.

*8. Aplicación de las entrevistas*

Después de haber obtenido todos los vistos buenos relativos a la participación de la población en estudio (es decir, la lectura, explicación y firma de los consentimientos informados por parte de todas las personas implicadas –participantes, representantes legales, testigos e investigadora–), el siguiente paso fue desarrollar las entrevistas, recolectando así los datos mediante la técnica de entrevista semiestructurada.

Las entrevistas tuvieron lugar en la Clínica del Hospital México, en un espacio donde se contó con total privacidad para hablar de los temas incluidos en la guía de entrevista. En consecuencia, las únicas personas presentes en el momento fueron la investigadora y la persona entrevistada.

Posterior a las entrevistas, se llevó a cabo la revisión de los expedientes médicos, facilitados por las funcionarias de dicha unidad (como se indicó previamente).

*9. Análisis de datos*

Conforme se llevaron a cabo las entrevistas, éstas se fueron transcribiendo y los datos se fueron procesando para posteriormente realizar el análisis. Este último paso del estudio será explicado más adelante (ver siguiente punto, 'Análisis de Resultados').

## f) Análisis de Resultados

*Sistematización de la información*

Cada entrevista en su totalidad fue grabada en audio. Paralelamente a la aplicación de las mismas, se fue sistematizando la información recolectada mediante la transcripción literal de los datos. En otras palabras, las entrevistas fueron transcritas literalmente de las grabaciones sonoras. Al mismo tiempo, los datos obtenidos, tanto con las entrevistas como con la revisión de los expedientes médicos, se fueron sintetizando y sistematizando en tablas por categorías, para así facilitar el posterior análisis de la información.

*Análisis de datos*

La información fue sometida a un **análisis cualitativo**, el cual versó sobre los factores precipitantes de la adquisición del VIH en él y la participante. Para ello, se realizó un *análisis de contenido* mediante categorías definidas previamente (Hernández et al., 2003). De tal manera, las categorías en las cuales se ubicaron los datos arrojados fueron las siguientes:

- ***Factores ambientales:*** elementos de la situación de vida de ambos adolescentes que incidieron en los factores de riesgo vividos por él y ella, previo a la infección.
- ***Factores conductuales:*** comportamientos del y la adolescente que estuvieron relacionados con los factores de riesgo asociados al contagio directa o indirectamente, tales como, consumo de psicotrópicos y relaciones sexuales riesgosas.
- ***Factores cognitivos:*** pensamientos y expectativas frente a la posibilidad de contagio por VIH, así como conocimiento previo acerca del virus y sus formas de transmisión.
- ***Factores emocionales:*** sentimientos asociados con la práctica de conductas de riesgo.

Al igual que con la validación de la entrevista, para analizar los datos se estuvo en frecuente consulta con el Comité Asesor, de modo que con su aporte la riqueza del análisis fuera mayor. Conjuntamente, como se mencionó al inicio, la revisión de fuentes

bibliográficas fue una constante a lo largo del estudio, la cual tuvo un gran peso en esta última etapa del análisis de resultados.

## g) Protección a sujetos de investigación

En las investigaciones que se realizan con seres humanos, la protección a éstos es de vital importancia para que el trabajo sea ético. Dicha protección debe versar sobre la confidencialidad de la información obtenida y sobre los potenciales daños que se pudieran ocasionar en los y las participantes. En este caso, el único daño posible que pudo haber ocurrido era emocional, debido a los temas que se debían abordar en las entrevistas. Sin embargo, no se presentó ninguna situación adversa ni daños de ningún tipo.

Considerando que la población de estudio son personas que viven con VIH-sida (PVVS), el cual es un grupo aún estigmatizado por la sociedad (debido a todos los mitos que rodean dicha condición), la protección a la población participante resultó de particular importancia en este estudio.

Conjuntamente, dado que se trabajó con personas menores de edad, se requirió que el trabajo fuera aprobado tanto por las personas adolescentes como por sus padres, madres o representantes legales. Por lo tanto, se les explicaron los objetivos, la metodología, las implicaciones y los alcances de la investigación.

Asimismo, se dejaron claros los derechos, los deberes y las responsabilidades de las partes implicadas en el estudio, haciendo especial énfasis en la protección de la confidencialidad y del bienestar emocional de la población adolescente participante. Para ello, se proporcionó un espacio para la aclaración de dudas y discusión de todo cuanto se consideró necesario, tanto con los y las participantes propiamente como con sus responsables.

Por consiguiente, para asegurar toda esta protección a los y las participantes, se elaboró un consentimiento informado (ver Anexo Nº 1), que tiene como fundamento el Código de Ética de la Universidad de Costa Rica y, la Fórmula de Consentimiento Informado propuesta por la Escuela de Psicología. En dicho consentimiento, además de las firmas de la investigadora y la población participante, se incluye tanto la autorización de su padre, madre o representante, como la firma de una persona testigo.

## h) Limitaciones

A lo largo del desarrollo de la investigación, se presentaron diversas situaciones que obstaculizaron el avance de esta. Inclusive, como se explicará más adelante, se debieron ejecutar ciertas variantes al anteproyecto planteado en un primer momento.

Las dificultades enfrentadas giraron en torno a dos aspectos: por una parte, a la aprobación del estudio y la obtención de permisos para desarrollarlo; por otra, a la identificación y el reclutamiento de participantes.

***En la obtención de permisos***

Primeramente, para obtener la aprobación del anteproyecto por parte del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, fue necesario tener una reunión con la M.Sc. Laya Hun, integrante del Comité, para aclarar y explicar algunos aspectos específicos de este. Las explicaciones giraron en torno a:

- el título del estudio,
- el objetivo general,
- la selección de participantes,
- el consentimiento informado,
- la autorización de los hospitales para realizar el proyecto.

De tal manera, posterior a la reunión con la representante, se envió carta al Comité para formalizar el encuentro y establecer por escrito las aclaraciones realizadas. Así, la aprobación fue concedida.

En segundo lugar, cuando se estaban tramitando los permisos respectivos en los hospitales, ante cada Comité Local de Bioética en la Investigación (CLOBI), en el caso del San Juan de Dios se tuvieron muchas trabas, hasta el punto que hubo que presentar toda la documentación dos veces; es decir, el protocolo de investigación fue sometido a revisión en dos oportunidades diferentes.

Lo anterior debido a que en la primera revisión, se solicitó:

- revisar puntos específicos de los formularios y requisitos presentados, para ampliar la información brindada
- adjuntar otros documentos (cartas y la guía de entrevista)

Sin embargo, los plazos que el CLOBI otorgaba para entregar la nueva documentación solicitada eran muy cortos y limitados; entonces, los tiempos se vencieron y el estudio no fue aprobado en esa primera revisión. Esto pues, además, los requisitos que iban pidiendo tenían que ser proporcionados por otras instancias (por ejemplo, el CLOBI del Hospital México).

Por tanto, en una segunda oportunidad se solicitó nuevamente la revisión del estudio, para lo cual se volvieron a se presentar todos los formularios, cartas y demás documentos necesarios; finalmente, se obtuvo el visto bueno para desarrollar la investigación.

*En la selección de participantes*

La dificultad para encontrar adolescentes que cumplieran con los criterios definidos, se debió a varias situaciones:

- Existen adolescentes portadores del virus, pero que lo adquirieron por vía vertical.
- Existen personas jóvenes infectadas, pero que ya no son adolescentes.
- Existen adolescentes portadores del virus, que lo adquirieron por vía sexual, pero que presentan también criterios de exclusión.
- Hubo adolescentes que cumplían con los criterios de selección, pero que no aceptaron participar en la investigación.

Respecto a adolescentes portadores que adquirieron el virus por vía vertical, se tuvo conocimiento de casos de jóvenes hijos e hijas de mujeres seropositivas, a través del Hospital Nacional de Niños y de la Asociación Arco Iris y los Niños. Estos casos no se incluyeron en el estudio porque la forma de transmisión del virus es muy diferente; además, porque es una población delicada, la cual es protegida con mucho recelo.

Por otra parte, están los casos de personas adultas jóvenes infectadas, quienes tienen edades de 18 ó 20 años en adelante y, por lo tanto, ya no son adolescentes. Es decir, se trata de jóvenes que se infectaron en la adolescencia, pero que ahora son mayores; entonces, son personas adultas, no adolescentes, que se alejan del rango de edad definido y de los objetivos de la investigación.

También, se encontraron casos de personas adolescentes seropositivas, infectadas mediante transmisión sexual, pero que presentaban características por las cuales no fue posible incluirlas en el estudio, a saber:

- haber sido víctima de abuso sexual, lo cual es un criterio de exclusión porque se puede ocasionar un daño emocional en la persona, al hablar de la sexualidad;

- habitar en zonas alejadas, puesto que por motivos económicos y de transporte, en la investigación no se tuvo la posibilidad de trasladarse fuera de la Gran Área Metropolitana;
- vivir en condiciones de indigencia, ya que no se podía contactar a la persona.

Por último, se tuvieron los casos de adolescentes que cumplían con los criterios de selección, pero que no aceptaron ser parte del estudio. Estos fueron dos casos de mujeres, contactadas una mediante el Hospital México y otra a través del San Juan de Dios.

Vale señalar que las anteriores circunstancias corresponden a los casos identificados de adolescentes portadores; es decir, personas que ya se han realizado la prueba Elisa para VIH y que tienen conocimiento de su diagnóstico. No obstante, se desconoce la cantidad de población adolescente que está infectada con el virus y que no ha sido detectada.

***Modificaciones respecto a la propuesta inicial***

Producto de todo lo anterior, durante la etapa de trabajo de campo, fue necesario realizar ciertas modificaciones respecto a la propuesta de investigación planteada inicialmente.

Vale señalar que el trabajo de campo estuvo compuesto por la búsqueda de instituciones, el proceso de obtención de permisos y la ulterior recolección de la información. Asimismo, se reitera que las variaciones al anteproyecto se debieron a las características tan particulares de la población estudiada y, a las subsiguientes limitaciones para encontrar y enrolar participantes. Los cambios realizados se explican a continuación.

a) <u>Refinamiento de los criterios de selección</u>

Bajo la recomendación de profesionales expertas en las áreas de adolescencia y de VIH-sida, se realizaron variaciones en los criterios de inclusión y de exclusión.

Las profesionales que realizaron las sugerencias para mejorar los criterios de selección, fueron:

- Licda. Heilen Díaz Gutiérrez, trabajadora social, experta en las áreas de adolescencia y VIH-sida
- Ph. D. María Paz León Bratti, médica especialista en Inmunología, experta en la materia de VIH-sida
- Licda. Kenia Quesada Mena, psicóloga, experta en el tema de adolescencia

Respecto a los criterios de inclusión, se modificaron tres de ellos que inicialmente se habían planteado, a saber:

☑ Tener el diagnóstico de VIH por escrito, emitido por la CCSS.

☑ Haber practicado conductas sexuales de riesgo en la adolescencia.

☑ Nacionalidad costarricense.

Las razones fueron las siguientes.

◆ Se sustituyó el criterio "Tener el diagnóstico de VIH por escrito emitido por la CCSS", por el criterio "Tener conocimiento de su diagnóstico de VIH positivo", debido a que dicho diagnóstico no se da por escrito; además, lo principal para el estudio fue que el o la participante supiera de su condición de portador o portadora del virus.

◆ Se cambió el criterio "Haber practicado conductas sexuales de riesgo en la adolescencia", por "Haber adquirido el VIH por vía sexual", debido a que era difícil tener conocimiento del comportamiento sexual de los y las posibles participantes, previo a realizar las entrevistas. Sin embargo, sí era posible saber la manera mediante la cual adquirieron el virus.

◆ Se eliminó el criterio "Nacionalidad costarricense", para así poder incluir a la participante 'A', ya que la muchacha es de nacionalidad nicaragüense, pero ha vivido casi toda su vida en nuestro país.

Por otra parte, en cuanto a los criterios de exclusión, se agregaron tres nuevas excepciones:

☒ Haber adquirido el VIH por vía parenteral, esto es, mediante una transfusión de factores de la coagulación o sangre contaminada con el virus (como en el caso de personas hemofílicas).

☒ Haber sido víctima de abuso sexual en algún momento de su vida.

☒ Encontrarse embarazada.

El fundamento para incorporar las anteriores se explica a continuación.

◆ Se incluyó el criterio "Haber adquirido el VIH por vía parenteral" puesto que se trata de una forma de transmisión diferente, la cual se aleja de los objetivos del estudio en tanto constituye una realidad distinta.

◆ Se agregaron los criterios "Haber sido víctima de abuso sexual en algún momento de su vida" y, "Encontrarse embarazada", ya que ambas son condiciones que tornan

emocionalmente vulnerable a la persona y, lejos de pretender ocasionar molestias o daños psicológicos, se buscó siempre proteger a las personas participantes del estudio.

b) Reducción del número de participantes

Inicialmente, se había propuesto que la cantidad de sujetos serían ocho personas, cuatro hombres y cuatro mujeres, con edades dentro del rango de 14 a 17 años.

De tal modo, se había establecido que se iban a buscar dos casos por cada edad en dicho rango; es decir, dos jóvenes de 14 años, dos de 15 años, dos de 16 años y dos de 17 años, incluyendo en cada par etario un hombre y una mujer, para así dividir la muestra equitativamente por sexo.

Sin embargo, debido a las dificultades para identificar y reclutar participantes (señaladas previamente), el número de sujetos se tuvo que ver reducido a dos casos: un hombre y una mujer, pero manteniendo siempre el rango de edad.

Frente a lo anterior, interesa dejar claro que la reducción en el número de participantes responde a la realidad actual en Costa Rica relativa a los casos de VIH en adolescentes, pero no a negligencia en la búsqueda de sujetos por parte de la investigadora.

# VI. Resultados

Este tercer apartado se divide en tres partes: la presentación de los casos, el análisis de los resultados propiamente (realizado según las categorías definidas), la vivencia con el diagnóstico por VIH (un análisis sobre el impacto del VIH) y, recomendaciones brindadas por el y la participantes.

## 1. Presentación de los Casos

Tal como se mencionó anteriormente, en la presente investigación se trabajó con dos adolescentes, un hombre y una mujer. Ambos casos se presentan a continuación.

### ❖ Caso 'A'

'A' es mujer, tiene 15 años, nació en Nicaragua pero desde pequeña ha vivido en Costa Rica, más específicamente en Heredia. Actualmente es estudiante en una escuela nocturna y también es ama de casa, pues desde hace dos años vive en unión libre con un hombre de aproximadamente 30 años.

*- Familia*

Antes de irse a vivir con su compañero, vivía con su papá, su hermano menor (de 7 años) y su abuela paterna. Cuando 'A' tenía 1 año, su madre la dejó con un tío y una tía con quienes vivió durante un período de cuatro o cinco años; cuenta que incluso cuando estaba pequeña, ella creía que eran su papá y su mamá. Después, su madre regresó y la llevó a vivir con ella y con su papá, quien en ese momento era la pareja de su madre (posteriormente también con su hermanito, cuando éste nació). Luego de seis años, su madre los abandonó, porque se fue a vivir con un muchacho de más o menos 20 años. Con ella y con su familia materna se relaciona poco; de hecho, a su madre no la ha vuelto a ver.

Vale aclarar que su papá no es realmente su padre biológico pero sí su padre afectivo y de crianza, pues se trata de quien ha velado por ella y quien la ha criado como hija suya; él es el padre biológico de su hermano menor. Según relata, por parte de su madre tiene siete hermanos y todos son de padres diferentes; inclusive, ella sólo conoce a dos (además del menor).

*- Pareja*

A su compañero 'D' lo conoció cuando ella tenía 13 años pero relata que en ese momento lo veía solamente como un amigo, porque ella tenía novio. Fue hasta cuando tenían un año de conocerse que tuvieron relaciones sexuales; además, se "juntaron" pero sin planearlo, tal como 'A' lo expresa, cuando se dieron cuenta ya estaban viviendo juntos. La muchacha relata que se han separado en varias ocasiones, pero no pueden estar así y entonces se buscan. A la fecha tienen dos años y medio de convivir y están planeando casarse.

*- Estudio*

'A' cursa sexto año en una escuela nocturna. Sin embargo, no siempre ha estado en esa modalidad del sistema educativo público, ya que previo a ello recibía lecciones en la escuela con horario diurno regular; luego, estuvo en Aula Abierta, la cual es también en el turno de día y se utiliza uniforme escolar, pero está dirigida a niños y niñas de mayor edad o adolescentes de hasta un máximo de 15 años.

Señala que prefiere estudiar de noche, pues cuando estaba en la escuela de día o en Aula Abierta se sentía más grande que sus compañeras y compañeros, unido a ello, no le gustaba usar uniforme. Conjuntamente, 'A' refiere que cuando termine la escuela quiere continuar estudiando en el colegio y, al mismo tiempo, llevar cursos en el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) de Costura e Inglés y más adelante de Computación.

*- Grupo de pares*

Ella comenta que nunca ha sido de tener amigos, lo cual no quiere decir que sea odiosa con las personas. Tiene una amiga en la escuela, pero solamente se ven en clases, no realizan actividades juntas fuera de ese horario. No obstante, 'A', narra que antes de irse a vivir con su compañero sí salía con amigas del barrio: iban a piscinas y a fiestas; pero después se volvió 'seria' y 'casera' al punto que ya no le dan ganas de salir, pues ahora es 'una mujer comprometida'.

*- Recreación*

Generalmente realiza actividades con su compañero 'D', como ver televisión y en ocasiones salir a comer o ir a tomar un helado. Tal como ella misma lo refiere, su estilo de

vida es 'casero', pues casi nunca sale y tampoco tiene amistades reales, sino que sus ocupaciones son ser ama de casa y estudiante. Por otra parte, su padre la visita cerca de tres veces por semana y permanecen comunicándose constantemente. Tanto con él como con su hermano menor, mantiene muy buena relación.

*- Relaciones sexuales*

Su primera relación sexual fue a los 13 años, con un muchacho que era su novio. Relata que tenían un año estando juntos cuando tuvieron relaciones y, fue algo que ambos quisieron, pero en ningún momento usaron preservativo. Respecto a los demás, incluyendo a su compañero actual, señala que en todos los casos también la iniciativa fue tanto de ella como de su novio del momento. 'A' expresa que siempre quiso a esos novios con quienes tuvo relaciones sexuales y que todos fueron 'personas muy lindas' con ella. Dice que se sentía bien con ellos, que le gustaban y le gustaba tener relaciones sexuales con ellos.

Además, refiere que todos sus novios han sido mayores que ella, de 18, 20, 22 ó 25 años, pero que los anteriores no la distaban tanto en años como 'D', quien le dobla su edad. Por consiguiente, en total ha tenido cuatro parejas sexuales y nunca usó preservativo en sus relaciones. Considerando que ella es menor de edad, un detalle importante es que todos sus novios, con quienes tuvo relaciones sexuales, han sido hombres mayores de edad y con quienes ha habido una diferencia de mínimo cinco años respecto a ella, lo cual la adolescente justifica diciendo que desde pequeña ha aparentado tener más años respecto a su verdadera edad. Así por ejemplo, comenta que cuando tenía 13 años las personas pensaban que tenía 17, y ahora que tiene 15 le dicen que parece de 20 años. Agrega que la menstruación le vino siendo ella muy joven, a la edad de 9 años.

Sin embargo, pese a que efectivamente incurrió en una práctica sexual de riesgo, la cual fue tener relaciones sexuales sin protección; no practicó otras conductas sexuales de riesgo, tales como tener varios compañeros sexuales simultáneamente o combinar el uso de sustancias en sus relaciones sexuales (es decir, consumir drogas o alcohol previo o durante el momento de tener sexo).

*- Uso de sustancias*

Afirma que nunca ha consumido drogas y eso a pesar de que sí ha tenido oportunidades para hacerlo. En cuanto al alcohol y al cigarro se refiere, ambos los ha

utilizado. Su primer consumo en los dos casos fue a los 13 años, en una fiesta con una amiga; el cigarro no lo volvió a fumar y el alcohol lo tomaba esporádicamente, en fiestas y en su cumpleaños todos los años.

*- Contagio con el VIH*

'A' desconoce quién la contagió ni cuándo se dio. Ella recibió el diagnóstico de VIH positiva hace casi dos años, en el 2006, lo cual se dio a partir de que su compañero fue diagnosticado con el virus y por ende, a ella le realizaron las pruebas correspondientes, resultando también portadora del virus.

Previo a estar con 'D', ella había tenido relaciones sexuales con tres hombres más y en ninguna ocasión utilizó preservativo. Todos fueron sus novios en el momento, pero al terminar la relación con cada uno, no los volvió a ver ni a saber de ellos, debido a lo cual no sabe si alguno estará infectado ni quién le habrá transmitido el virus (es decir, si fue 'D' o uno de los anteriores).

*- Conocimiento sobre el VIH, previo al contagio*

Al preguntársele acerca del conocimiento que tenía sobre el VIH previo a su diagnóstico, indica que su papá constantemente le mencionaba el sida y le decía que se cuidara, pero ella creía que era 'una enfermedad normal, como cualquier otra' y sentía curiosidad respecto a qué era. Menciona que sí tenía claro que el contagio se da por medio de sangre y de relaciones sexuales; sin embargo, por otra parte, cuenta que para ella era normal tener relaciones sexuales y, unido a ello, no sabía (ni sabe actualmente) si sus parejas anteriores están infectados o no.

*- Vivencia con el VIH*

En cuanto a lo que ha sido su vivencia como portadora de VIH, 'A' refiere que no le afectó conocer su diagnóstico de seropositiva pues lo tomó como algo normal. Esto sobre todo porque previo a que en el hospital se lo revelaran, ella ya lo sospechaba, debido al diagnóstico de su compañero 'D' y, porque al parecer, ninguna de las parejas anteriores de él resultó infectada. Inclusive, comenta que no es posible determinar si habrá sido 'D' quien la infectó a ella o viceversa. La joven expresa que ella aceptó su propio diagnóstico antes que se lo comunicaran en el hospital y, por eso, no le dolió tanto.

Sin embargo, sí le afectaron un par de situaciones asociadas al mismo. Por un lado, cuenta que se sintió muy mal cuando le explicaron sobre la posibilidad de que si tiene hijos o hijas les puede transmitir el virus, puesto que uno de sus mayores sueños es ser madre y tener su propia familia. Entonces, en ese sentido, sí le afectó ser portadora del VIH, pues aunque las probabilidades no son muy altas, dice que no podría tener un hijo sabiendo que existe la posibilidad de transmitirle el virus.

La otra situación que emocionalmente le afectó fue una demanda legal que una trabajadora social interpuso contra 'D' debido al diagnóstico de ella, por ser 'A' una persona menor de edad y él un hombre muchos años mayor que ella. Dicha demanda le afectó porque a ella la iban a separar de 'D' y a él lo iban a encarcelar, situación que la hubiera deprimido mucho, pues señala que no puede estar sin él. Cuenta que incluso tuvo que firmar un documento librándolo de la responsabilidad; también, amenazó diciendo que no tomaría ninguna pastilla que le fueran a dar, si 'D' iba a la cárcel.

Por consiguiente, en su vida no hubo grandes cambios luego de la revelación del diagnóstico, sino que solamente ahora toma precauciones como evitar asolearse y mojarse. Otras diferencias respecto a su vida antes de ser PVVS son que desde hace aproximadamente un año no va a piscinas ni a la playa; tampoco toma alcohol tan frecuentemente como antes cuando iba a fiestas, sino sólo en su cumpleaños (porque le prohibieron ingerir licor).

Por el contrario, la reacción de su padre ante el diagnóstico fue diferente: él se deprimió mucho, inclusive más que ella misma. 'A' comenta que su papá se enojó y se puso triste a la vez, cuando supo que ella era portadora. De su familia, únicamente su padre y su abuela paterna saben de su condición; ella menciona que su hermano menor algo ha escuchado hablar, pero que aún no tiene noción de lo que significa. Por su parte, en la familia de 'D' su compañero, todas y todos tienen conocimiento del diagnóstico de ambos.

En cuanto a la familia de 'D', tanto él como 'A' han sido víctimas de situaciones de discriminación cometidas por las tías del señor; por ejemplo, no volvieron a visitar la casa de la pareja ni les saludan cuando les ven, porque expresan que no quieren ser contagiadas. 'A' indica que ello se debe a que son señoras ignorantes, ya que los hermanos de 'D', quienes son más jóvenes, sí se relacionan con ellos e incluso permiten que sus hijos e hijas jueguen y abracen a 'A' y 'D'.

En materia del aspecto médico, cuando estaba recién diagnosticada tenía las defensas muy bajas, al punto que estuvo cerca de iniciar el tratamiento antirretroviral; no obstante, una

inyección anticonceptiva que le fue aplicada generó que aumentaran un poco sus defensas. El doctor que le da seguimiento le dice que en la actualidad se encuentra bien de salud y que en los exámenes practicados ha obtenido buenos resultados, pero ella expresa que se siente débil.

Por otra parte, cabe hacer referencia a una situación de discriminación que 'A' cuenta, la cual vivió en un centro de salud. La muchacha relata que ella estaba siendo tratada mensualmente por una displasia leve en una clínica de Heredia. El profesional de ginecología que le daba seguimiento a su caso, le había comentado que aún faltaba mucho tiempo para darle de alta. En medio de ese proceso, se dio la revelación del diagnóstico de la joven, entonces, en su siguiente cita de control en la clínica de Heredia, 'A' informó a su doctor que ella es portadora del VIH; ese mismo día el médico le dio de alta. Posteriormente, en dicha instancia sanitaria a la participante le indicaron que debía acudir al Hospital México para ser atendida pues en esa clínica no podían hacerlo, como lo expresa la adolescente, 'no podían tocarle ni un pelo'.

En un contexto diferente, A también ha vivido otra situación relacionada con el VIH. La joven narra que en su escuela tanto su maestra como sus compañeros y compañeras han realizado comentarios en torno al VIH y al sida, los cuales ella misma califica como un reflejo de ignorancia, pues lo que han mencionado son falsas creencias respecto a formas de transmisión del virus (por ejemplo, que se contagia con sólo tocar a una persona infectada). Ante dichos comentarios, A menciona que por una parte le provocaron risa, debido a la falta de conocimiento que demuestran, pero por otra, se sintió ofendida, ya que ella es portadora del virus y sabe que son ideas incorrectas. Debido a esto, ella prefiere que en su escuela nadie se entere de su diagnóstico.

### ❖ Caso B

'B' es hombre, tiene 18 años (recién cumplidos al finalizar las entrevistas), es soltero y vive en Palmares; actualmente no se dedica a ninguna actividad, pero está buscando trabajo y retomar sus estudios.

- *Familia*

Vive con su mamá, dos hermanas menores (de 16 y 13 años) y su padrastro. El muchacho cuenta que actualmente se lleva bien con todas y todos las y los miembros de su familia, incluso con su padrastro, pero antes la situación era diferente.

Cuando tenía 12 años, sus padres se divorciaron; él se fue a vivir donde sus abuelos paternos, ya que no tenía una buena relación con su mamá, pues estaba muy resentido con ella. Durante cinco años vivió con sus abuelos, pero siempre en Palmares. A lo largo de ese período, tal como cuando vivía en su casa con sus padres, se encontraba estudiando y ya en la época de colegio, en ocasiones salía con sus amigos. Luego, regresó a su casa puesto que, como él lo menciona, decidió darle una oportunidad a su mamá; además, relata que su abuela lo sobreprotegía y, entre él y sus abuelos existen formas de pensar muy distintas.

Por su parte, su papá formó otra familia y reside en San Carlos. 'B' tiene un medio hermano de 3 años. El joven cuenta que con su papá tiene buena relación; sin embargo, lo ve poco, pues a él no le gusta ir a San Carlos.

- *Estudio*

'B' cuenta que el último nivel que concluyó fue décimo año, sin embargo, el año tras anterior, "se salió del colegio", porque "iba obligado" en las materias Física y Matemática. No obstante, el año pasado realizó unos cursos de Turismo. Asimismo, indica que pretende reingresar al colegio el próximo año y, en un futuro, le gustaría continuar estudiando Turismo o bien, estudiar para ser Chef.

- *Grupo de pares*

Tiene algunos amigos pero entre ellos, dos son sus mejores amigos, a quienes realmente les tiene confianza. Menciona que realiza actividades con ellos; previo al diagnóstico, salía frecuentemente con sus amigos.

- *Recreación*

Con su familia va a paseos, también visita a su abuela; todo ello lo realiza casi todos los fines de semana. Algunas actividades que ejecuta él solo son: ir a un salón de belleza que tiene una tía paterna, ver televisión y estar en la computadora. Con sus amigos, las salidas

que efectuaban eran ir al cine, a bailar, a comer o a beber (en fiestas, bares o en el lugar donde viven).

*- Pareja y Relaciones sexuales*

En este momento no tiene pareja, pero sí ha tenido dos novios (con quienes dicho sea de paso tuvo relaciones sexuales). El primero fue cuando 'B' tenía 15 años, pero el joven relata que no se llevaban muy bien, entonces estuvieron juntos durante poco tiempo, dos meses aproximadamente. Este primer novio tenía 18 años, era vecino suyo, con él sólo tuvo relaciones sexuales una vez e indica que usaron preservativo y tuvieron los cuidados necesarios. 'B' cuenta que la iniciativa fue principalmente de su pareja, pero después señala que fue de ambos.

A los 16 años tuvo su segundo novio, el muchacho tenía 21 años y lo conoció por medio de su primera pareja. El joven expresa que a este novio sí lo amó y estuvieron juntos por más tiempo. Con él mantuvo relaciones sexuales y utilizaban preservativo al inicio, pero luego descontinuaron el uso debido a la confianza que se tenían, pues existía la seguridad de que ambos eran fieles. En este segundo caso, B afirma que la iniciativa fue de los dos, y con él se sentía muy bien.

*- Contagio con el VIH*

Ahora bien, existe una tercera persona con quien hubo una relación sexual, pero lo que sucedió fue una situación muy particular. 'B' explica que en una ocasión salió con unos muchachos que recién estaba conociendo, él recuerda que estaba tomando una cerveza y luego lo siguiente fue que amaneció con uno de ellos. Narra que no tiene más recuerdos respecto a lo ocurrido, debido a lo cual no sabe qué habrá acontecido; sin embargo, piensa que probablemente colocaron alguna sustancia en su bebida. Agrega que al despertarse se asustó mucho.

Posteriormente, algunos de sus amigos le comentaron que esa persona tenía fama de estar infectado con el VIH; entonces, en ese momento 'B' se asustó aún más y comenzó a sospechar si estaría infectado él también. Por consiguiente, luego se realizó los exámenes correspondientes y, efectivamente, resultó seropositivo. Él tenía 17 años y quien lo infectó 22. De esa manera fue como se dio el diagnóstico en el caso de 'B', lo cual tuvo lugar en setiembre

del 2007. 'B' tiene la certeza de que fue ese hombre quien lo contagió, puesto que sus dos novios también se realizaron pruebas y obtuvieron resultados negativos.

A partir de lo anterior, se denota que -por su propia voluntad- el joven no incurrió en conductas sexuales de riesgo, puesto que practicó un buen uso del preservativo como método de protección y, de la fidelidad mutua como forma de prevención contra el VIH y otras ITS. Al igual que en el caso de 'A', tampoco se dieron otras prácticas sexuales de riesgo, como promiscuidad o la combinación voluntaria entre uso de sustancias y relaciones sexuales, sea antes o durante el acto.

Empero, lamentablemente, en el caso de 'B' lo que se dio fue un abuso sexual, en el cual es muy posible que haya mediado la utilización de alguna droga (legal o ilegal) para cometerlo; teniendo la grave consecuencia de que efectivamente el muchacho fue contagiado con el VIH.

*- Uso de sustancias*

Por otra parte, en torno al uso voluntario de sustancias, como se mencionó anteriormente, 'B' sí ha ingerido licor. La primera vez que bebió fue a los 14 años, puesto que salió con unos amigos específicamente a "tomar tragos"; no obstante, expresa que casi no le gusta tomar. Por lo tanto, su consumo ha sido esporádico y en pequeñas cantidades; siguiendo sus palabras, tomaba de vez en cuando y solamente una o dos cervezas. En torno a otras sustancias, el joven menciona que nunca ha fumado ni probado droga alguna; inclusive, refiere que a las drogas les tiene 'pavor.'

*- Conocimiento sobre el VIH, previo al contagio*

Respecto al conocimiento que tenía sobre el VIH antes de ser infectado, el muchacho cuenta que sí sabía del virus, pues en el colegio les habían hablado del tema, en la materia de Biología y en charlas de sexualidad que les fueron impartidas. 'B' detalla que les brindaron información concerniente a las formas de contagio y a lo que es en sí la enfermedad (es decir, los efectos en el sistema inmunológico). Sin embargo, aclara que el tópico era visto desde una manera fatalista, en el sentido que se mostraba a una persona con VIH-sida como alguien que morirá pronto. Asimismo, cuenta que nunca les comentaron acerca de cómo sobrellevarla enfermedad una vez estando la persona ya infectada. Debido a ello, manifiesta que sus todas y todos veían el VIH-sida con miedo; no obstante, confiesa que él no prestó gran interés al

tema pues pensó que nunca se iba a contagiar y, que la enfermedad ni siquiera existía en Costa Rica.

- *Vivencia con el VIH*

Ahora bien, propiamente lo que ha sido su vivencia como portador de VIH, tal como ya se describió previamente, la manera en que se dio su contagio fue un acontecimiento inusual, el cual verdaderamente ha sido una tragedia para 'B'. Como consecuencia del contagio, emocionalmente su vida dio un giro considerable a partir del diagnóstico: entró en depresión y hasta un poco antes de realizar la entrevistas es que nuevamente se ha sentido con ganas de vivir. El muchacho cuenta que se aisló mucho, y por ende, ya casi no sale con sus amistades, relata que prefiere quedarse en su casa, pues le da pereza salir.

Actualmente, ha asimilado mejor el diagnóstico; menciona que siente que ya pasó esa etapa. La atención recibida con profesionales en psicología y con la enfermera del hospital le ha ayudado mucho, ya que ha cambiado la perspectiva que tenía respecto a la enfermedad y la idea de que iba a morir pronto. Asimismo, agrega que el próximo año va a retomar su estudio; inclusive, ya ha hecho averiguaciones para obtener el bachillerato por madurez. También, ahora se encuentra buscando trabajo.

Unido a lo anterior, tanto su familia como sus amigos más cercanos han tenido una reacción positiva frente al diagnóstico de 'B', en tanto le han brindado total apoyo y lo han alentado para que no esté deprimido, sino que siga adelante con su vida. Por parte de su familia, quienes conocen su condición son su mamá, sus abuelos, sus hermanas y su madrina. Entre su grupo de pares, quienes saben al respecto son sus tres amigos más allegados, de los cuales uno fue su segundo novio.

Desde la perspectiva médica, desde febrero del presente año toma tratamiento antirretroviral: AZT, 3TC y EFV. Revisando su expediente en el hospital, se descubrió que dos meses después del diagnóstico (en noviembre del 2007) presentó pérdida de peso y un fuerte cuadro diarreico. No obstante, en la actualidad, ha obtenido buenos resultados en los exámenes que le han realizado más recientemente; señala que la doctora indica que ahora se encuentra bien de salud.

## 2. Análisis de los Resultados

El análisis de resultados que se presenta a continuación se desarrolla por categorías, que constituyen los factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales asociados a la infección por VIH del y la joven del estudio, los cuales, al mismo tiempo, corresponden con los objetivos de la investigación.

Precisamente, dichos factores asociados a la infección por VIH son considerados en este estudio factores precipitantes de la adquisición del virus, en tanto incidieron en el contagio del y la participante. Es decir, los 'factores precipitantes' son todos aquellos factores asociados a la infección, los cuales incluyen factores de riesgo para el contagio con el VIH.

Retomando el concepto de 'riesgo', éste se entiende como la probabilidad de que suceda un acontecimiento no deseado, el cual perjudica la salud integral de una persona (Donas, 1998). Así por ejemplo, un factor de riesgo directamente vinculado con la infección con el VIH, es la práctica de relaciones sexuales sin protección, mientras que un factor de riesgo indirectamente relacionado con la adquisición del virus, es el consumo de psicotrópicos; como se verá más adelante, ambos factores estuvieron presentes en los casos del estudio.

### 2.1. Factores Ambientales

Se entienden como factores ambientales aquellos elementos de la situación de vida de él y la adolescente, que incidieron en los factores de riesgo vividos por ambos participantes, previo a adquirir la infección con el VIH. Se incluyen dentro de estos factores, diversas categorías como condiciones familiares, educativas, recreativas y del grupo de pares.

Primeramente, se sintetizan los datos sociodemográficos de 'A' y 'B'.

**Tabla 8.**
**Datos Sociodemográficos**

| | A | B |
|---|---|---|
| Sexo | Femenino | Masculino |
| Edad | 15 años | 17 años |
| Estado civil | Unión libre | Soltero |
| Ocupación | Estudiante, Ama de casa | Desocupado por el momento |
| Lugar de residencia | Heredia | Palmares |
| Lugar de procedencia | Nicaragua | Palmares |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Es posible notar que la situación de vida en ambos casos es muy diferente y, por ende, la manera en la cual se dio en contagio con el VIH también difiere en cada participante.

**a) Familia**

De modo general, mientras que 'A' ha llevado una vida de mujer adulta, pues desde los 14 años convive con un hombre mucho mayor que ella, 'B' ha tenido un estilo de vida más acorde con su edad, como estudiante y viviendo con su familia.

**Tabla 9.**
**Factores Ambientales: Información Familiar**

| | A | B |
|---|---|---|
| Miembros del grupo familiar | Papá, hermano menor, abuela paterna | Mamá, dos hermanas menores, padrastro |
| Relaciones con la familia | Buenas relaciones con su papá, su hermano y su abuela paterna.<br><br>No se relaciona con su madre, ni con su familia materna | Anteriormente, no tenía una buena relación con su mamá.<br><br>Actualmente, se dan buenas relaciones con todos los miembros de su familia. |
| Otra información familiar | 7 hermanos y hermanas por parte de su madre, todos de padres diferentes.<br>Abandono de la madre donde unos tíos, a la edad de 1 año.<br>Regreso de la madre, vivió con ella y con su padre (de crianza) durante 6 años.<br>Abandono de la madre otra vez. | 2 hermanas (de 16 y 13 años); 1 medio hermano por parte de su padre (3 años).<br>Divorcio de los padres hace 5 años; el padre formó otra familia. |
| Vivir con otros familiares | | |
| Edad | 14 años | 12 años |
| Cuánto tiempo | 2 años | 5 años |
| Dónde vive/vivió | Heredia | Palmares |
| Con quién | Compañero sentimental | Abuelos paternos |
| Motivo de la salida del hogar | Vida de pareja en unión libre | Divorcio de los padres |
| Motivo del regreso al hogar | No Aplica | Darle una oportunidad a su madre.<br>Su abuela lo sobreprotegía. |
| Estilo de vida | Abandono a sus amigas.<br>Seria, casera.<br>Estudiante y ama de casa.<br>Más cuidadosa con su salud. | Igual que en su casa:<br>asistir al colegio,<br>salir con sus amigos. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Dos diferencias importantes que se encuentran para los casos, son el tipo de núcleo familiar al que pertenecen 'A' y 'B', así como la estabilidad en la vivencia con sus familias. En el caso de 'A', pese a que posee una familia extensa, el núcleo familiar en cual ha vivido es pequeño. Su situación familiar ha sido muy inestable, en tanto la adolescente ha sido criada por familiares distintos a lo largo de su vida, pues ha vivido con diferentes personas durante periodos determinados.

En el caso de 'B', su núcleo familiar es pequeño y ha permanecido estable a lo largo del tiempo, pues aunque con el divorcio de sus padres él fue a vivir donde sus abuelos paternos, siempre se mantuvo dentro de su grupo primario, regresando posteriormente al hogar con su madre.

Sin embargo, también es posible notar dos similitudes. En ambos casos ha habido una mala relación con la madre, hecho acentuado en el caso de 'A' por el abandono de su progenitora, teniendo como consecuencia que la relación entre ellas ha sido casi nula, pues cuando era niña 'A' vivió con su madre sólo durante seis años aproximadamente. Para 'B', el deterioro en la relación con su madre se dio de manera temporal, producto del divorcio de sus padres.

En estrecha vinculación con lo anterior, otro aspecto en común es la ausencia de relación con la familia materna, así como una falta de interés para establecer conexiones con sus parientes por parte de sus madres, presente tanto en 'A' como en 'B'.

Papalia, Wendkos y Duskin (2001) establecen que la negligencia de los padres o las madres es un factor que influye en la injerencia temprana en actividades sexuales. Siguiendo este planteamiento, en el caso de 'A' es posible señalar el abandono de su madre y la inestabilidad familiar (es decir, los múltiples cambios de hogar para vivir con diferentes familiares) como factores asociados al comienzo de su vida sexual a una edad temprana, a saber, a los 13 años. En el caso de 'B', no es posible establecer una relación similar puesto que si bien el muchacho tuvo una mala relación con su madre en determinado momento de su vida, no se ha presentado negligencia por parte de ella ni de su padre; con este último, 'B' ha mantenido una buena relación a pesar de que luego del divorcio su padre se fue a vivir a otra zona y se encuentra geográficamente lejos de él y sus hermanas.

Por otra parte, con la realidad mostrada en los casos, es posible reflejar que existen diferencias, según el género y la cultura, respecto a las aceleraciones en el involucramiento de

adolescentes en responsabilidades adultas, como lo señalaba Krauskopf (en Rojas y Donas, 1995). En ese sentido, es más común que sean las mujeres quienes asuman roles de personas adultas, relegando con ello actividades propias de su edad.

Además, se debe considerar que en nuestro país la transición temprana de la niñez o la adolescencia hacia la ejecución de tareas adultas, responde en reiteradas ocasiones a una falta de oportunidades que vive la población adolescente (Rojas y Donas, 1995). Precisamente, debido a las diferencias genéricas, las mujeres tienen menos oportunidades que los hombres (Rojas y Donas, 1995). Un ejemplo claro de esto es el establecimiento de relaciones de pareja con hombres mucho mayores, como se da en el caso de 'A'.

La información obtenida con los casos de 'A' y 'B' no permite afirmar que ésta sea la realidad para sus situaciones de vida; no obstante, éste es un aspecto en el cual se podría profundizar y analizar en futuras investigaciones que busquen similitudes con otros casos.

**b) Grupo de pares**

**Tabla 10.**
**Factores Ambientales: Grupo de Pares**

| | A | B |
|---|---|---|
| Amigos/amigas | Antes: tenía amigas en el barrio.<br><br>Ahora: tiene 1 amiga en la escuela<br>Nunca ha sido de tener amigos. | Tiene varios amigos, dentro de los cuales 2 son sus mejores amigos (sus amigos de confianza). |
| Relación con ellos/ellas | Antes: se relacionaba con amigas del barrio, salía con ellas.<br><br>Ahora: a su amiga de la escuela la ve solamente durante clases, nunca salen fuera de lecciones. | Le gustaba salir con sus amigos, aún sale con ellos pero menos frecuentemente. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

En materia de las amistades, se denota que el y la participante han tenido un grupo de pares pequeño, el cual ha estado conformado fundamentalmente por amigos o amigas de su mismo barrio, con quienes realizaban distintas actividades. Dicho grupo se ha mantenido en el caso de 'B', mientras que en el caso de 'A' la joven ha perdido los vínculos con sus amigas.

Papalia, Wendkos y Duskin (2001) establecen que, en ocasiones, el grupo de pares es "una fuente de presión para el comportamiento que los padres no desean aceptar" (p. 470). Sin embargo, en estos casos estudiados no es posible determinar si las relaciones con sus

coetáneos les han influido en alguna manera; por ende, no es posible aseverar lo señalado por las autoras.

**c) Educación**

**Tabla 11.**
**Factores Ambientales: Educación**

| | A | B |
|---|---|---|
| Nivel educativo | Sexto año, actualmente | Décimo año aprobado |
| Modalidad de estudio | Sistema regular, escuela diurna<br>Aula Abierta<br>Escuela nocturna | Sistema regular, diurno<br>Deserción en quinto año |
| Otros estudios | Ninguno | Turismo |
| Expectativa sobre el estudio | Continuar estudios secundarios.<br>Incorporarse a educación técnica en el INA: Costura, Computación e Inglés. | Reingresar al sistema regular y concluir estudios secundarios.<br>Estudios posteriores en Turismo y Cocina. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Como es posible deducir, tanto 'A' como 'B' permanecieron dentro del sistema educativo formal, teniendo acceso a educación e información. Sin embargo, se hallan diferencias en torno a la permanencia dentro de él: en el caso de 'A', la joven ha presentado inestabilidad respecto a la modalidad de estudio, inclusive abandonando la educación durante un año; en el caso de 'B', el muchacho se mantuvo estable hasta terminar décimo año, pero desertó luego de finalizar el año lectivo, porque en dos materias no obtuvo buenas calificaciones y simplemente decidió abandonar el estudio.

Respecto a otros tipos de formación, 'B' ha cursado estudios en Turismo, mientras que 'A' no ha realizado ningún curso de naturaleza distinta a la educación formal. Comparando ambos casos, se evidencia que B ha tenido mayores oportunidades de estudio y de acceso a información.

El desempeño educativo deficiente es uno de los factores asociados al inicio de la vida sexual en edades tempranas (Papalia et al., 2001). Como se mencionó previamente, 'A' ha presentado irregularidad en el sistema educativo, pues cambió la modalidad de estudio en dos ocasiones: de la escuela diurna regular pasó al sistema Aula Abierta, y luego a la escuela nocturna; sin embargo, la participante indica que en la actualidad tiene buenas notas incluso con posibilidad de eximirse. 'B', por el contrario, siempre ha permanecido dentro del sistema

diurno regular, pero presentando una desmejora en su último año como estudiante (pues debió presentar en dos materias) y llegar, incluso, a desertar de la educación.

Por ende, no es posible afirmar para ninguno de los casos que realmente haya habido un desempeño educativo deficiente, pero sí se puede establecer que ni 'A' ni 'B' han tenido dificultades e irregularidades como estudiantes. Fundamentándose en el señalamiento de Papalia et al. (2001) respeto a la relación entre las deficiencias en la educación y las relaciones sexuales a edades tempranas, se podrían considerar dichas fallas estudiantiles como un factor precipitante de los contagios con el VIH, debido a que 'A' y 'B' iniciaron sus vidas sexuales tempranamente y contrajeron el virus por vía sexual.

**d) Recreación**

**Tabla 12.**
**Factores Ambientales: Recreación**

| | A | B |
|---|---|---|
| **a) con sus amistades** | | |
| Actividades | Ir a piscinas, fiestas, la playa | Ir al cine, a bailar, a fiestas, salir a comer, a tomar |
| Frecuencia | Antes, ocasionalmente<br>Ahora, No Aplica* | Antes, frecuentemente<br>Ahora, ocasionalmente |
| **b) con su familia** | | |
| Actividades | Visitas del padre | Paseos, visitas a su abuela |
| Frecuencia | Casi todas las semanas | Casi todos los fines de semana |
| **c) con su pareja** | | |
| Actividades | Salir a comer (pollo, helados)<br>Ver televisión | NA* |
| Frecuencia | Casi siempre | NA* |

* En adelante: NA = No Aplica. Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Dos actividades en común que 'A' y 'B' realizaban antes de su diagnóstico eran:

- ir a fiestas con sus amistades
- visitas familiares semanales

En cuanto a las fiestas y salidas con amistades, se encuentran diferentes frecuencias para ambos casos: 'B' casi siempre salía con sus amigos, pero 'A' salía ocasionalmente. No obstante, pese a la diferencia en la periodicidad de las actividades con sus amistades, cabe rescatar que tanto 'A' como 'B' realizaban actividades con su grupo de pares, el cual es

considerado el lugar para la experimentación durante la adolescencia (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

## 2.2. Factores Conductuales

Se definen los factores conductuales como aquellos comportamientos del muchacho y la muchacha que estuvieron relacionados con factores de riesgo precipitantes del contagio. A su vez, siguiendo lo definido en el Marco Teórico, los factores de riesgo se entienden como las características y conductas que aumentan la posibilidad de que se presente una situación no deseada y dañina para la persona (por ejemplo, una enfermedad) (Donas, 1998; Molina, Durán, Donas y Rocabado, 1999; Rojas y Donas, 1995).

Para el caso del VIH-sida, se han definido tres tipos principales de conductas de riesgo: prácticas sexuales de riesgo, consumo de sustancias psicoactivas, uso de agujas e instrumentación no desinfectada o esterilizada que penetra la piel y las mucosas (PAIA, 2005).

Haciendo una síntesis general de los factores conductuales en los casos analizados, se tiene lo siguiente:

- el principal factor de riesgo fue la práctica de relaciones sexuales;
- un factor de riesgo indirectamente relacionado con el contagio, fue el consumo de alcohol;
- no se encontraron otras situaciones de riesgo como utilizar objetos punzo-cortantes o huir del hogar, pues si bien tanto 'B' como 'A' dejaron su hogar en algún momento, fue para ir a vivir con otros familiares o en pareja.

### a) Prácticas sexuales

Practicar conductas sexuales de riesgo significa tener relaciones genitales sin hacer uso de algún medio de protección contra embarazos e ITS (es decir, un preservativo).

**Tabla 13.**
**Factores Conductuales: Prácticas Sexuales**

| | A | B |
|---|---|---|
| Primera relación sexual<br>Edad | 13 años | 15 años |
| Relación con la persona | Noviazgo | Noviazgo |
| Motivo | Relación de pareja, deseos de ambos | Relación de pareja, pero no se llevaban muy bien |
| Usó preservativo | No | Sí |
| Siguientes relaciones<br>Número de parejas sexuales | 4 | 3 (2) |
| Relación con la persona | Noviazgo | 2 Noviazgo<br>1 Encuentro fortuito |
| Quién tuvo la iniciativa | Ambos | Ambos, excepto en el encuentro fortuito |
| Uso de preservativo<br>Frecuencia de utilización | 0 | Alta, en casi todas las relaciones sexuales |
| Estado | NA | Adecuado |
| Conductas sexuales de riesgo<br>Relaciones sexuales sin protección | Sí | Sí, con una pareja, pero había fidelidad mutua |
| Múltiples parejas sexuales | No | No |
| Combinación sexo-sustancias | No | No |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Tanto 'A' como 'B' confirman planteamientos de diversos autores en materia de sexualidad adolescente y su relación con condiciones de riesgo frente al VIH y otras ITS (Grant, Sánchez y Ureña, 2006; Morrison-Beedy, Nelson y Volpe, 2005; Papalia, Wendkos y Duskin, 2001; Vega y Alvarado, 2005). Se desglosan a continuación.

En primer lugar, se tiene que el comienzo de la vida sexual se da en la adolescencia, para la mayoría de las personas (Papalia et al., 2001). El contexto costarricense no es la excepción, en tanto las y los jóvenes tienen relaciones genitales a edades tempranas y, no han recibido formación que genere el uso de medidas de protección (Grant et al., 2006). Estas dos declaraciones se corroboran en los casos de 'A' y 'B', pues la primera dio inicio a su sexualidad genital a los 13 años y el segundo a los 15 años; es decir, en la adolescencia temprana y la adolescencia media respectivamente (Díaz, Garita, Monge, Muñoz, Sequeira,

Terwes et al., 2005). (El aspecto de la poca formación sobre el uso de medidas preventivas, se abordará en el apartado de Factores Cognitivos.)

Uno de los factores que inciden en el involucramiento en actividades sexuales a edades tempranas, es la entrada precoz en la pubertad (Papalia et al., 2001). Esto efectivamente ocurrió con 'A', ya que ella desde niña físicamente aparenta tener mayor edad; además, menciona que ella menstruó a los 9 años, hecho que confirma un desarrollo puberal precoz.

A lo anterior se une que, para el caso particular de las mujeres, algunas comienzan su vida sexual de forma prematura con hombres mayores, lo cual responde a factores culturales dentro de un marco de valores patriarcales que propician diferencias de edad, en parejas formadas entre muchachas adolescentes y hombres adultos (AGI, 1994 y Children's Defense Fund, 1998 en Papalia et al., 2001; Rojas y Donas, 1995). Para el caso de la muchacha del estudio, aunque A no fue obligada por nadie a tener relaciones sexuales, sí es cierto que sus experiencias se dieron con hombres mayores que ella, quienes la aventajaban en edad por mínimo 5 años.

Ahora bien, los contagios con el VIH en jóvenes se relacionan directamente con el inicio temprano de la vida sexual (Meza y Vargas, 2007; Papalia et al., 2001); aspecto que se presentó en ambos casos del estudio, considerando que tanto 'A' como 'B' adquirieron el virus por transmisión sexual.

En estrecha relación con lo anterior, quienes tienen mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, son adolescentes que tienen múltiples parejas sexuales, no utilizan medidas de protección o no cuentan con información adecuada y veraz sobre el sexo y las mismas ITS (Papalia et al., 2001). Todos estos factores de riesgo estuvieron presentes en los dos casos.

De tal manera, como ya se indicó, se halla en la y el participante un inicio temprano de la sexualidad genital, pero especialmente en el caso de 'A'. Respecto a las múltiples parejas sexuales, este factor de riesgo no se dio en ningún participante, pues ni 'A' ni 'B' tuvieron varios compañeros sexuales de manera simultánea.

No obstante, un factor similar al precedente es la 'monogamia en serie', la cual sí es posible encontrarla en los casos. Se entiende con esto la práctica de tener una y otra pareja sexual consecutivamente, hecho que aumentado entre las y los adolescentes (Vega y Alvarado, 2005). En ese sentido, 'B' tuvo dos compañeros (sin considerar el tercer caso, pues

hubo una situación de abuso), mientras que 'A' tuvo el doble: cuatro parejas sexuales consecutivas. Por lo tanto, la historia de la adolescente confirma que la monogamia en serie es un factor precipitante de la infección con el VIH y, sobre todo, cuando no se utilizan profilácticos; pues esta práctica se presentó tal cual en su caso, dado que ella siempre fue monógama, pero estuvo con un total de cuatro parejas en un rango de uno a dos años.

Por otra parte, uno de las principales conductas de riesgo para adquirir el VIH es el no uso de métodos anticonceptivos de barrera, a saber, los preservativos. Yendo a la realidad de 'B', el muchacho sí recurrió a dicha forma de protección, excepto cuando hubo confianza y fidelidad mutua con uno de sus novios. Por el contrario, 'A' nunca utilizó preservativos, y ello, a pesar que su padre la alertaba constantemente sobre el sida.

De modo general, en materia de las prácticas sexuales, Meza y Vargas (2007) afirman que los contagios con el VIH han tendido a ir en aumento entre las y los jóvenes, lo cual está relacionado fundamentalmente con el involucramiento temprano en actividades sexuales y la escasa o nula utilización de profilácticos. Ambos factores incidieron en los casos del estudio, lo cual confirma lo señalado por las autoras.

**b) Uso de sustancias**

El uso de sustancias como factor de riesgo conductual, precipitante del contagio con el VIH, se puede presentar de dos maneras: por consumo de sustancias psicoactivas y, por uso de agujas u objetos punzo-cortantes que no hayan sido desinfectados o esterilizados en el consumo de drogas (PAIA, 2005). Como se verá en la tablas 14 y 15, la utilización de psicoactivos sí estuvo presente en los casos, mientras que el uso de instrumentos que penetran la piel y las mucosas para el consumo de drogas no.

**Tabla 14.**
**Factores Conductuales: Uso de Alcohol**

| | A | B |
|---|---|---|
| **Alcohol** | | |
| Edad del primer consumo | 13 años | 14 años |
| Motivo del primer consumo | Fiesta con una amiga | Salida con amigos, específicamente a tomar |
| Consumo actual | Consumo esporádico<br>Uso moderado (1 cerveza) | Consumo esporádico<br>Uso moderado (1-2 cervezas) |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

**Tabla 15.**
**Factores Conductuales: Uso de Tabaco**

| | A | B |
|---|---|---|
| **Tabaco** | | |
| Edad del primer consumo | 13 años | NA, nunca ha fumado |
| Motivo del primer consumo | Fiesta con una amiga | NA |
| Consumo actual | NA | NA |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

A partir de lo anterior, es posible hallar la similitud de que ni 'A' ni 'B' usaron drogas nunca; por consiguiente, la probabilidad de riesgo respecto al comportamiento de uso de sustancias se ve reducida.

No obstante, se encuentra también que consumieron alcohol, con lo cual sí se puede establecer un factor de riesgo. El uso de psicoactivos (como el licor) es definido como comportamiento de riesgo en tanto dichas sustancias pueden afectar la concentración y la memoria, con lo cual se incrementa la probabilidad de involucrarse en actividades sexuales de alto riesgo, tales como relaciones sexuales sin protección, sin consentimiento compartido o con personas desconocidas (PAIA, 2005).

En el caso de 'B', precisamente el uso de sustancias fue el desencadenante de su contagio, pues posibilitó que él participara en una actividad sexual de alto riesgo. De acuerdo con lo relatado por el joven, en una salida con unos muchachos que recién estaba conociendo, uno de ellos tomó ventaja de que 'B' estaba injiriendo alcohol para tener relaciones sexuales con él. Pese a que el muchacho refiere no recordar nada de lo acontecido, él tiene la sospecha que en su bebida depositaron alguna sustancia que le hizo perder la memoria. Por ende, ese uso de sustancias no se dio de forma voluntaria, sino que se trató de una situación en que al adolescente lo drogaron.

Por otra parte, vale apuntar que generalmente el consumo de drogas empieza cuando se pasa de la escuela al colegio, pues ahí se conocen nuevas amistades y la población adolescente se torna más vulnerable a la presión del grupo de pares, puesto que dicho grupo es un lugar para la experimentación (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001). Tanto en 'B' como en 'A', su primer uso del alcohol tuvo lugar en una actividad con sus amigos o amigas, lo cual afirma estos señalamientos.

## 2.3. Factores Cognitivos

Se establecen los factores cognitivos como los pensamientos y las expectativas frente a la posibilidad de contagio con el VIH, así como respecto a los factores asociados este.

### a) Posibilidad de contagio

En general, ambos participantes sabían de la existencia del virus y de las formas de transmisión; sin embargo, tenían algunas ideas incorrectas respecto al tema.

*- Conocimiento sobre la existencia del virus*

**Tabla 16.**
**Factores Cognitivos: Conocimiento previo sobre la existencia del virus**

| | A | | B | |
|---|---|---|---|---|
| | Pensamientos | Creencias | Pensamientos | Creencias |
| Existencia del virus | Sabía de la existencia del sida. | Creía que era una enfermedad normal, como cualquier otra. | Sabía del VIH, pero no sabía que existía en Costa Rica. | Creía que la enfermedad era algo muy trágico, que la persona muere rápido. |
| Fuente de información | Su padre; siempre le hablaba del sida y le decía que se cuidara. | | El colegio, en la materia Biología y en charlas de Sexualidad que recibió. | |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Partiendo de lo anterior, se denota que en cuanto a pensamientos, tanto 'A' como 'B' conocían que el VIH y el sida existen, aunque 'B' refiere que desconocía la existencia del virus en nuestro país.

Respecto a las creencias, se encuentran ideas opuestas entre el y la participantes, ya que 'A' veía al sida como una enfermedad común, mientras que 'B' la percibía como una enfermedad trágica.

Las fuentes de información también son diferentes para ambos casos: 'A' supo del sida en su medio familiar, pues fue su padre (de crianza) quien la informó al respecto; 'B' adquirió los conocimientos en su medio educativo, específicamente en clases de Biología y en charlas de sexualidad impartidas en su colegio.

*- Conocimiento previo sobre el VIH*

**Tabla 17.**
**Factores Cognitivos: Información sobre el VIH, previa al contagio**

| | A | B |
|---|---|---|
| Formas de transmisión | Vía sanguínea (por ejemplo, por transfusiones de sangre).<br>Por relaciones sexuales. | Por tener relaciones sexuales sin protección con una persona contagiada. |
| VIH en sus parejas sexuales | Previo al diagnóstico, no sabía si sus novios (con quienes tuvo relaciones sexuales) estaban infectados o no; actualmente, todavía desconoce si alguno es portador del VIH.<br><br>Posterior al diagnóstico, el único que sabe que está infectado es D, su compañero. | Previo al diagnóstico, pensaba que sus dos ex-novios no estaban infectados.<br><br>Posterior al diagnóstico, les recomendó realizarse la prueba y ambos resultaron negativos. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

En relación con las formas de transmisión cabe destacar la similitud de que 'A' y 'B' conocían que el virus se transmite mediante relaciones sexuales. Sin embargo, ambos casos difieren en cuanto a la información sobre el VIH en sus parejas, pues 'A' tiene total desconocimiento si quienes fueron sus novios son portadores del virus o no, mientras que 'B' tiene total certeza que sus ex-parejas son seronegativos.

Para complementar lo anterior, 'A' y 'B' mencionan otros pensamientos:

- 'A', sobre las prácticas sexuales de riesgo, refiere que para ella era normal tener relaciones sexuales, retomando sus propias palabras "yo lo veía totalmente normal".
- 'B', sobre su vida en general antes del diagnóstico, indica que desde su percepción él llevaba una vida normal, pero su familia piensa que 'corrió mucho' en el sentido que se apresuró a tener pareja (y a tener relaciones sexuales).

Retomando de manera general los factores cognitivos asociados al VIH, Vega y Alvarado (2005) apuntan que pese a que las y los jóvenes tienen conocimientos sobre cómo se transmite el VIH, cómo se pueden prevenir contagios y cuáles son prácticas sexuales de riesgo, ello no ha logrado generar actitudes y prácticas saludables. Asimismo, Morrison-Beedy, Nelson y Volpe (2005) indican que ya se ha comprobado que los profilácticos son

efectivos para evitar contagios con el VIH; sin embargo, la población adolescente no está haciendo uso de ellos y practica conductas que ponen en riesgo de ser infectada.

Los planteamientos anteriores coinciden con lo revelado en los casos del estudio, en tanto 'A' y 'B' sabían sobre la existencia del VIH-sida y sobre la vía sexual como forma de contagio. En el caso específico de 'A', la participante no puso en práctica sus conocimientos puesto que nunca tomó precauciones para evitar adquirir el virus; por ende, la situación expuesta con su caso permite comprobar lo planteado por los autores (Morrison-Beedy et al., 2005; Vega y Alvarado, 2005). Por el contrario, en el caso de B, el joven sí tomó en consideración los conocimientos que poseía, pues hizo uso del preservativo como medio de prevención.

Ahora bien, siguiendo a Grant, Sánchez y Ureña (2006), vale indicar que en Costa Rica la población joven no ha sido formada adecuadamente para desarrollar prácticas que prevengan embarazos e ITS (es decir, la utilización de preservativos); y esto a pesar de que desde edades tempranas las y los jóvenes tienen relaciones sexuales. Conjuntamente, Rodríguez (1991, en Grant et al., 2006) afirma que la educación sexual brindada por las instituciones educativas es impartida bajo un enfoque biologista.

El señalamiento anterior podría estar vinculado con el caso de 'A' explicando la ausencia de medidas preventivas en la muchacha; ello considerando que la participante sí conocía sobre el sida pues su padre siempre le hablaba al respecto, pero por otra parte, no menciona el sistema educativo como medio de información.

En el caso de 'B', es posible notar que el joven sí recibió educación sexual pero desde una perspectiva biologista, con lo cual se confirma lo referido por Rodríguez (1991, en Grant et al., 2006).

De modo general, tanto 'A' como 'B' muestran conocimientos previos deficientes en lo relativo al VIH y su prevención, con lo cual es posible exponer carencias que existen en la educación proporcionada por el sistema formal (es decir, desde las instituciones educativas).

**b) Expectativas sobre el contagio**

Respecto al VIH-sida y la posibilidad de contagiarse, 'A' expresa que tenía curiosidad sobre qué era la enfermedad; 'B' manifiesta que 'ni por la mente le pasó' la idea de resultar infectado, pues incluso creía que la enfermedad no existía en Costa Rica. Por consiguiente,

pese a que tanto 'A' como 'B' sabían de la existencia del virus, no imaginaron que pudieran adquirirlo.

Se podría señalar que el no tener expectativas sobre el contagio, es decir, no esperar ni contemplar la posibilidad de infectarse con el VIH, puede estar unido a carencias en la información sobre el tema y, al hecho que los conocimientos en la materia no se han transformado en prácticas seguras.

Por otra parte, cabe considerar que la curiosidad característica de la etapa adolescente, influye en el inicio de la actividad sexual (Råssjö, Mirembe y Darj, 2006). Esa curiosidad está claramente presente en el caso de A, pues incluso la joven expresó haber tenido interés hacia el sida, debido a que su padre le hablaba sobre la enfermedad; sin embargo, esto no quiere decir que la muchacha quisiera resultar adrede, infectada.

## 2.4. Factores Emocionales

Los factores emocionales son los sentimientos que estuvieron asociados con la práctica de conductas de riesgo, que incidieron en la infección por VIH en el y la adolescente.

*- Sentimientos respecto a las relaciones sexuales*

En estos casos, ambos participantes relatan que se sentían bien teniendo relaciones sexuales y que se sentían bien con las parejas que tuvieron; 'A' expresa que disfrutaba estar con sus novios y 'B' refiere que se distraía.

Un factor emocional que torna vulnerable a una persona respecto a adquirir el VIH (y otras ITS), es el sentimiento de amor que se tiene hacia la pareja, pues éste hace que se releven las medidas de protección (es decir, las prácticas de sexo seguro). De esa forma, cuando se establece una relación de pareja, se deja de lado la prevención, en tanto es sustituida por la confianza y el amor (Bastidas, en Betances, 2000).

Dichos factores emocionales que exponen a las personas frente a las ITS estuvieron presentes en ambos casos, pero es necesario hacer una salvedad puesto que se dieron de formas diferentes. En el caso de 'B', si bien es cierto que con uno de sus novios se suspendió el uso del preservativo cuando llegó a existir mayor confianza entre los muchachos, se sabe que no fue esa pareja quien lo infectó, sino que el contagio se dio en un encuentro fortuito donde medió el uso de sustancias para tener ventaja sobre el joven (como ya se ha explicado previamente). En el caso de 'A', existía confianza y sentimientos de cariño o amor hacia sus

novios; unido esto al hecho de que la participante nunca utilizó medidas de protección, es posible afirmar que esos aspectos emocionales vulnerabilizaron a la joven y la dejaron expuesta a la adquisición del virus, lo cual efectivamente sucedió.

Un señalamiento importante es que tanto 'A' como 'B' poseían conocimientos sobre la existencia del VIH y sus formas de contagio (es decir, sabían que el virus se puede transmitir mediante relaciones sexuales); no obstante, esa información probablemente fue obviada debido a los sentimientos existentes hacia la pareja.

## 3. Factores emocionales de la vivencia con el diagnóstico

Seguidamente se expone un análisis de ambas vivencias, realizado a partir de lo que ha sido tanto para 'A' como para 'B' el impacto de la enfermedad en su estructura integral como personas. Luego, se examina la intervención que han recibido a nivel farmacológico y psicológico, proponiendo también algunas pautas de trabajo para cada caso.

### 3.1. Impacto del VIH

En este primer apartado, se plantea un análisis del impacto que ha tenido el diagnóstico de VIH positivo, de forma integral en la vida de las dos personas entrevistadas. Se incluyen entonces los ejes biológico, cognitivo, conductual, emocional e interpersonal, como parte de dicho análisis integral.

#### ❖ Caso 'A'

De manera general, en el caso de 'A', si se sigue lo relatado por ella, aparentemente el VIH no ha tenido un gran impacto en su vida; pero al desarrollar el análisis en las diferentes áreas recién citadas, se puede descubrir lo contrario.

Área Biológica

En el nivel médico (es decir, en materia de salud física), el VIH no he tenido grandes repercusiones en 'A'. Si bien es cierto cuando estaba recién diagnosticada sufrió una baja en sus defensas, al punto de que casi debió iniciar el tratamiento antirretroviral, posteriormente aumentó la cantidad de ellas, gracias a anticonceptivos que estuvo tomando. Unido a ello, a

pesar de que 'A' manifiesta sentir debilidad actualmente, su doctor le he señalado que en los últimos exámenes realizados ha obtenidos buenos resultados.

Previo a tener conocimiento de que era portadora del VIH, estuvo recibiendo atención ginecológica para una displasia leve, la cual podría estar asociada al virus; sin embargo, no es posible establecer con certeza una relación directa entre ambos.

Área Cognitiva

Antes de reconocerse como una persona seropositiva, 'A' sí sabía que el sida existía y que el VIH se transmite por relaciones sexuales, dado que su padre le hablaba sobre el tema. No obstante, ella tenía la creencia de que se trata de 'una enfermedad normal', como 'cualquier otra'. Dicha creencia se ha mantenido aún después de la revelación del diagnóstico. Por ende, cognitivamente no ha habido un mayor impacto en ella, puesto que no percibe el VIH ni el sida como condiciones médicas graves, sino como una enfermedad común.

Es posible notar que 'A' no le atribuye la gravedad correspondiente a esta infección. Esto en el sentido de que se trata de una enfermedad crónica, frente a la cual se deben tener cuidados especiales en diferentes niveles (médicos, sociales y psicológicos), lo cual nos haría suponer que con el paso del tiempo su salud física se podría ir deteriorando progresivamente.

Área Conductual

En torno al comportamiento de 'A', la muchacha comenta que, en la actualidad, ya no sale con las amigas que tenía antes; sin embargo, explica que ello se ha dado no debido al diagnóstico sino a la vida de 'mujer comprometida' que ha asumido desde que inició su vida de pareja con su compañero 'D' (en otras palabras, a partir de que se fue a vivir con él).

Los únicos cambios que 'A' cita son tener cuidado de no mojarse y de no asolearme; asimismo, alude que aproximadamente desde hace un año ya no va a la playa ni a piscinas, actividades que realizaba con sus amigas. También, cuenta que le prohibieron consumir alcohol y, por lo tanto, únicamente toma para su cumpleaños, pero en pequeñas cantidades. De tal manera, la joven declara que, en general, producto de esta nueva condición no ha tenido grandes cambios en su vida.

Justamente, esta ausencia de cambios conductuales que 'A' señala podría evidenciar que la adolescente no asume adecuadamente su diagnóstico, o bien, no sabe cómo hacer frente a esta situación de vida; todo lo cual se asocia al impacto emocional que el VIH ha significado para ella.

Área Emocional

Siguiendo la misma línea de lo planteado sobre el aspecto cognitivo, 'A' afirma que ha tomado el diagnóstico como algo 'normal'; asimismo, expresa no encontrarse afectada o golpeada emocionalmente con esta enfermedad.

No obstante, ella misma entra en una contradicción puesto que, por un lado, refiere que ha tomado el diagnóstico como algo normal, pero por otra parte narra dos situaciones de discriminación que ha vivido (una en la familia de 'D' y otra en una clínica de Heredia), así como comentarios que en la escuela han realizado su maestra y compañeros sobre el tema. De esto se puede extraer que, en realidad, 'A' no percibe sus sentimientos y emociones en torno a su condición de persona que vive con el VIH.

Pese a lo anterior, 'A' sí reconoce que le han afectado dos hechos vinculados al diagnóstico: la noticia de no poder tener hijos y, la demanda legal contra su compañero 'D' (ambas cuestiones se explicaron previamente, en la Presentación de los casos).

De modo general, en cuanto al aspecto afectivo, se considera que el VIH ha representado un golpe emocional tan fuerte, que la muchacha no lo asume como tal, en el sentido que no reconoce qué siente frente a esta condición de vida y, que tampoco sabe cómo afrontarla emocionalmente. La única respuesta de 'A' es trata de restarle importancia a la enfermedad, pues indica que es 'normal', de modo que minimiza la magnitud y trascendencia del virus adquirido.

Área Interpersonal

En lo concerniente a las relaciones con otras personas, los vínculos que se han afectado a partir del diagnóstico de 'A', son aquellos con la familia de su compañero, ya que tanto él como ella han sido víctimas de situaciones de rechazo y discriminación por parte de familiares de 'D'. Sin embargo, como se mostrará en breve, ha sido ella quien ha sufrido mayormente dichos malos tratos.

*- Grupo familiar de su compañero*

Una situación evidente que ha impactado la vida de la chica es el rechazo de la familia de su compañero hacia ella, pero pese a esto, 'A' dice que quien le importa es 'D', no la familia de él.

'A' relata que las tías de su pareja no los visitan en su casa, ni permiten acercarse a ellos, pues piensan que las podrían infectar con el virus solamente con tocarlas. Además, menciona que en la familia de 'D' la señalan como la culpable de que él sea portador; es decir, afirman que fue ella quien le transmitió el VIH a él.

*- Familia*

Las relaciones con su propia familia no han cambiado, ya que su padre la continúa visitando constantemente. Sin embargo, la muchacha cuenta que su papá ha sufrido el diagnóstico más que ella misma, pues cuando se enteró, se deprimió mucho, se enojó y se puso triste a la vez.

*- Grupo de pares*

Sobre su grupo de pares, como ya se mencionó, 'A' afirma que no tiene amigas. Por tanto, ninguna persona fuera de su familia o del grupo familiar de 'D', tiene conocimiento de su condición de portadora del VIH; claro está, con la excepción de las y los profesionales de la salud que la han atendido.

*- Pareja*

De parte de 'D', su compañero, 'A' ha recibido un gran apoyo. Él se ha mostrado preocupado por ella y con él la relación se ha mantenido igual que antes del diagnóstico de ambos. Vale recordar que 'A' desconoce quién la habrá infectado, pero 'D' es una de las posibles fuentes.

❖ **Caso 'B'**

'B' expresa que el VIH ha sido algo 'trágico' en su vida, lo cual es posible confirmar cuando se analizan las áreas donde el diagnóstico ha impactado. De modo general, la

vivencia que el joven ha tenido respecto a su nueva condición de vida, en realidad ha sido una experiencia de 'enfermedad' en el sentido que lo ha alterado significativamente.

Área Biológica

Al realizar las entrevistas con 'B', él indica que desde febrero del 2008 toma tratamiento, pero no brinda más detalles sobre ello ni sobre su salud física. Con la revisión de su expediente médico (facilitado por el mismo hospital), fue posible confirmar que efectivamente el 25 de febrero del 2008 el participante inició tratamiento antirretroviral, específicamente, AZT, 3TC y EFV (efavirenz).

Conjuntamente, se halló que tuvo un cuadro de diarrea que le duró un mes y medio, lo cual aconteció cuando su diagnóstico era reciente (tenía más o menos un mes de saberse portador del VIH). A los dos meses del diagnóstico, presentó pérdida de peso.

En la actualidad, ha tenido una mejoría en su estado físico, pues señala que en la última cita con la doctora, ella refirió que se encuentra muy bien y que los exámenes han salido bien.

Área Cognitiva

Previo a ser infectado, 'B' tenía algunos conocimientos acerca del VIH y el sida, pues en su colegio les habían hablado del tema en la materia de Biología y en unas charlas sobre sexualidad. El joven especifica que sabía cuestiones muy básicas de la enfermedad, por ejemplo, que se contagia por tener relaciones sin protección con una persona infectada. Sin embargo, explica que él pensaba que el VIH no existía en Costa Rica. Por lo tanto, comenta que la posibilidad de ser infectado 'ni por la mente le pasó'. Al mismo tiempo, tenía una creencia de esta enfermedad como 'algo muy trágico', en el sentido que cuando una persona la adquiere, se muere rápidamente. Dicha creencia es la que más impacto le ha causado al saberse portador del virus.

Aunado a lo anterior, él reporta la presencia de ideas suicidas que tuvo en un primer momento luego de la revelación. El joven menciona que 'lo único que le pasaba por la mente era quitarse la vida'.

Fue hasta que estuvo en un proceso de comunicación terapéutica en la Clínica de VIH de su hospital, con la enfermera especializada en atención integral, que modificó dichos pensamientos distorsionados en torno a la vivencia del diagnóstico. En ese sentido, 'B' señala

que le han hecho ver que su vida aún no ha terminado, gracias a lo cual decidió empezar nuevamente a estudiar el próximo año y, llevar una vida lo más normal posible. Igualmente, reconoce que en esta nueva situación de vida se trata sólo de tener varios cuidados y seguir al pie de la letra el tratamiento.

Área Conductual

La principal respuesta conductual que ha presentado el joven ha sido el aislamiento: él mismo refiere que durante un tiempo 'se encerró mucho', lo cual varió luego de recibir la supracitada atención con la enfermera.

En la misma línea, 'B' comenta que antes salía mucho con sus amigos y ello ha cambiado bastante 'después de la enfermedad'. Esto se debió particularmente tanto a su aislamiento, como a la depresión que vivenció (de la cual se hablará en el próximo punto).

Recientemente, en los últimos meses en que ya ha retomado un poco la recreación con sus amigos, sus salidas son ir a comer. Asimismo, como él lo menciona, se cuida de no salir frecuentemente y de no salir tarde, para así evitar enfermarse de cualquier manera. Además, aclara que disminuyó la frecuencia de uso de alcohol, pues, en la actualidad, únicamente toma en fiestas, las cuales se dan de manera muy ocasional.

Área Emocional

Las ideas erróneas que 'B' tenía respecto al VIH marcaron en gran medida el significado emocional que ha tenido para él la enfermedad.

Producto del diagnóstico, el muchacho entró en una depresión durante varios meses, de la cual él mismo hace referencia, pues al preguntársele cómo ha sido vivir con el VIH, indica que en un inicio 'tenía depresión'. Recurriendo a sus propias palabras, 'B' expresa que 'al principio fue trágico'. Asimismo, menciona que debido a los nervios, la tensión y la preocupación que tenía, en ocasiones llegaba a su casa llorando o bien tal vez estaba tranquilo, pero de repente lloraba; todo ello producto del diagnóstico.

Para ampliar lo anterior, se alude a algunas frases que dijo el joven. Así por ejemplo, manifiesta que sentía que su vida se había acabado; inclusive, confiesa un sentimiento de que él 'no era nadie'; también, refiere que 'no quería hacer nada'. Reconoce que vivía muy amargado. Como es posible notar en dichas frases, realmente se puede observar la presencia de sentimientos y emociones negativas muy fuertes, lo cual se mantuvo durante varios

meses, pero ello fue variando con el proceso de atención que el muchacho recibió en el hospital. Aparte de lo recién citado, se encuentran también deseos de no existir, los cuales evidentemente están ligados a los pensamientos suicidas que tuvo 'B' (por ejemplo, indica que 'quería desaparecer').

El participante afirma que posterior a la atención recibida en el hospital, actualmente se siente un poco más tranquilo, lo cual es reforzado por el hecho de que ya inició el tratamiento antirretroviral. Agrega que citas con psicólogos han sido de gran ayuda para él, pues le han permitido ver que su vida no se ha terminado y que tener VIH no significa que morirá pronto. Gracias a ello, reconoce que 'no tenía sentido' aislarse ni deprimirse; asimismo, indica que se identifica como una persona 'sana y normal'. Por ende, decidió retomar sus estudios a partir del próximo año y buscar un empleo, para de esa manera llevar una vida 'lo más normal que se pueda'.

En el momento de realizar las entrevistas, 'B' presentaba una mejoría respecto a los aspectos señalados previamente. No obstante, cabe destacar que el VIH-sida verdaderamente ha tenido un sentido de enfermedad en su vida, no solamente a nivel médico en tanto es una alteración de su salud, sino también en diferentes áreas que integran la vida de una persona: cognitivo, conductual, emocional e interpersonal. Retomando las propias palabras del muchacho, esta enfermedad ha representado una 'tragedia' en su vida.

Área Interpersonal

En general, el diagnóstico de 'B' ha tenido un efecto positivo en materia de las relaciones interpersonales, puesto que él ha recibido un gran apoyo por parte de su familia y de su grupo de pares, como se explica a continuación.

- *Familia*

La reacción de su familia fue brindarle total apoyo para lidiar con su nueva condición de vida. Y, ello particularmente debido a la depresión que el muchacho tuvo durante cierto tiempo. De hecho, el mismo joven reconoce que su familia se mostró preocupada por la depresión, pues veían que él se encontraba bien pero de pronto comenzaba a llorar. Sin embargo, señala que, actualmente, han asimilado mejor la situación (de su diagnóstico) pues notan que él se encuentra mejor.

Por otra parte, vale hacer notar que el regreso de 'B' a su hogar se dio a los 17 años, edad que coincide con la revelación del diagnóstico. Al preguntarle al joven cuál fue el motivo por el cual volvió donde su madre, responde que decidió darle una oportunidad a ella. Se rescata dicho acontecimiento ya que esa oportunidad que 'B' le dio a su madre podría estar ligada al hecho de saberse VIH positivo, considerando que para enfrentar esa nueva situación necesita también el apoyo de ella. Si fuera acertada dicha hipótesis, entonces sería posible decir que una consecuencia favorable del diagnóstico de 'B', es que contribuyó a mejorar la relación entre él y su madre.

*- Grupo de pares*

Al igual que su familia, los amigos más cercanos de 'B' (es decir, quienes sí tienen conocimiento del contagio) le han brindado su apoyo ante la situación que ha debido encarar; asimismo, lo han intentado animar para que cambie la actitud, los pensamientos y los sentimientos que tenía.

En ese sentido, 'B' comenta que ellos le decían que el VIH no es algo por lo cual vaya a morirse pronto y que, además, en la actualidad, existe mucha tecnología (en otras palabras, se han realizado grandes avances en el tema). Conjuntamente, le han recalcado que debe estar tranquilo y que cuenta con todo el apoyo por parte de ellos. Cabe aclarar que son solamente dos amigos a quienes realmente les tiene confianza y, por ende, los únicos a quienes les ha contado de la infección (además de sus dos ex-novios).

Ahora bien, un cambio que sí se ha dado en las relaciones con sus pares, es que previo al contagio salía frecuentemente con sus amigos (por ejemplo, a bailar); no obstante, 'B' declara que posterior al diagnóstico se cuida de no salir con tanta frecuencia y de no salir tarde.

*- Pareja*

Tal como se indicó en la presentación de los casos, en este momento 'B' no tiene pareja. Posterior al diagnóstico, conoció a un muchacho con quien estuvo saliendo y quien tenía intenciones de ser su novio; 'B' le contó que es VIH positivo y le dijo que 'no se le ocurriera' enamorarse de él. Ante esto, en un primer momento el muchacho reaccionó llorando, pero luego le respondió que ese no era motivo para alejarse de él. De hecho, 'B'

señala que este joven también ha sido un gran apoyo y, que en los últimos tiempos es con quien más contacto ha tenido.

La historia con este muchacho permite ver que 'B' pudo haber establecido una relación de pareja; sin embargo, ésta no se dio debido a que el entrevistado es una PVVS y, por ese motivo, rechazó al joven que lo pretendía. Esto significa que el VIH ha hecho a 'B' pensar y sentir que no debería estar con nadie, es decir, como si las relaciones de pareja ahora estuvieran vedadas para él.

## 3.2. Intervención Terapéutica

Seguidamente, se presenta el análisis en materia de intervenciones terapéuticas, en los ámbitos médico-farmacológico y psicológico.

De manera general, 'B' ha recibido tratamiento farmacéutico, pero no intervención psicoterapéutica. Por el contrario, 'A' no ha recibido tratamiento alguno, psicológico ni farmacológico.

### a) Intervención Farmacológica

Previo a exponer la circunstancia actual de 'A' y 'B' en materia de la intervención farmacológica, es necesario referirse a algunos aspectos médicos sobre el tratamiento antirretroviral.

En el caso de 'A', cuando ella fue diagnosticada con el VIH, el conteo de CD4 se encontraba en 500 aproximadamente (esto según los datos que ella misma brinda). La muchacha menciona que para recibir el tratamiento antirretroviral, el nivel debe estar alrededor de 400 mm³; entonces, ella estuvo cerca de iniciar tratamiento. Sin embargo, luego aumentó la cantidad de defensas y por ello, aún no está en terapia farmacológica. (Cabe aclarar que ella no hace referencia a la carga viral y, tampoco se encontraron datos al respecto cuando se revisó su expediente hospitalario.)

La situación de 'B' es diferente. Según la información obtenida de su expediente, a los dos meses de haber sido infectado (en noviembre del 2007), el conteo de CD4 estaba en 456 mm³ y, tenía en ese momento una carga viral de aproximadamente 1.178.000 copias. Por lo tanto, a partir de febrero del 2008 el muchacho comenzó la terapia antirretroviral, con la combinación de tres medicamentos: AZT, 3TC y EFV (efavirenz). Como se evidencia, 'B'

presentaba dos condiciones para la terapia, a saber: bajos niveles de CD4 y una cantidad muy elevada de carga viral.

El estado actual respecto al tratamiento farmacológico en ambas PVVS se resume de la siguiente manera:

- 'A', todavía no recibe tratamiento alguno.
- 'B', toma tratamiento antirretroviral (AZT, 3TC y EFV) desde febrero del 2008

## b) Intervención Psicológica

En referencia a la atención psicológica, en ningún caso se ha recibido tratamiento psicoterapéutico.

Partiendo del análisis vivencial ya realizado, se resume el status respecto a la intervención psicológica para ambos casos de la siguiente forma:

- 'A', no ha recibido apoyo de ningún tipo.
- 'B', no ha recibido atención psicológica, pero ha estado en sesiones de seguimiento con la enfermera del hospital.

Por consiguiente, se establecen algunas pautas que se recomienda seguir en un proceso psicoterapéutico con cada persona, como áreas que se sugiere trabajar a manera de propuesta para un proceso de atención psicológica, orientado a la rehabilitación y a la disminución del impacto que ha generado el VIH en las vidas de 'A' y 'B'.

Vale aclarar que las pautas de intervención que se plantean para ambos casos, se presentan como puntos específicos; sin embargo, todos los aspectos se encuentran estrechamente interrelacionados y, no se deben ver como áreas separadas pues todas están vinculadas y se complementan entre sí.

**Tabla 18.**
**Pautas de intervención psicológica sugeridas para los casos**

| | A | B |
|---|---|---|
| **Pautas de intervención** | Asumir la enfermedad<br>Proyecto de vida<br>Actividades acordes con su edad<br>Maternidad<br>Grupo de pares<br>Redes de apoyo | Proyecto de vida<br>Abuso sexual<br>Depresión<br>Relaciones de pareja<br>Revisar lo ya trabajado: ideas falsas acerca del VIH |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Seguidamente, se describe cada pauta de intervención según el caso específico del o la participante.

❖ **Caso 'A'**

'A' no ha estado en ningún proceso de psicoterapia, lo cual se considera que es de gran necesidad para ella debido a todos los aspectos ya planteados, referentes al impacto que ha tenido el VIH en su vida.

*Pautas de intervención*

◆ Asumir la enfermedad. Ante esta condición de vida como portadora del VIH, 'A' no reconoce sus emociones, ni lo que representa la enfermedad. Para mantener el estilo de vida que ha asumido y para aprender a llevar la infección, es necesario que, en primer lugar, ella reconozca verdaderamente qué significa ser seropositiva, con todas las implicaciones que conlleva.

En esta línea, es recomendable que 'A' tenga una comprensión global de la enfermedad, con los objetivos de reforzar el cambio en su estilo de vida y de prepararse para lo que le traerá en el futuro; claro está, cuidando que no se den reacciones negativas en los niveles emocional, cognitivo, conductual e interpersonal. Todo esto se plantea, pues pareciera que 'A' no posee una comprensión integral sobre el virus, en el sentido de que se trata de una condición especial, en tanto ella refiere que lo ve como una 'enfermedad normal'.

De tal modo, algunos temas importantes que se sugiere abarcar son:

- el proceso del VIH y lo que hace fisiológicamente en el cuerpo humano (esto cuidando de no brindar detalles técnicos, sino permitiendo una comprensión básica)
- qué situaciones podrían ocurrirle médicamente (es decir, qué podría sucederle en el nivel físico, qué se puede esperar respecto a su salud); también es importante saber qué cuestiones es poco probable que se presenten (qué cosas no van a suceder con su estado físico)
- profundizar sobre cuáles actividades puede realizar y cuáles no, fundamentando con razones por qué ella debe evitar ciertas actividades y llevar a cabo otras
- qué implica encontrarse en etapa sida, y qué se puede esperar que ocurra a largo plazo
- en qué consiste el tratamiento antirretroviral y cuándo se inicia su uso

◆ Proyecto de vida. Luego de lograr una mejor comprensión en torno a las consecuencias del virus en el nivel general, es posible analizar su caso en específico y así,

pensar particularmente en su situación de vida. De tal manera, es necesario examinar con 'A' qué proyectos y expectativas tiene para su vida, conciliando sus deseos e ideas con las verdaderas posibilidades en cuanto a qué será posible realizar y qué no, pero buscando, a la vez, alternativas para aquello que no vaya a poder cumplir (es decir, analizando opciones mediante las cuales en alguna medida sean posibles sus expectativas y proyectos).

◆ Actividades acordes con su edad. 'A' es una adolescente, tiene 15 años; sin embargo, la vida que lleva es la de una mujer adulta, casada y ama de casa, quizá la única actividad conforme con su edad, es ser estudiante. Si bien es cierto en la adolescencia se comienzan a adquirir y llevar a cabo responsabilidades adultas, ello debe darse en cierto grado, pues a cada etapa de la vida le corresponden roles y tareas específicas. Según lo señalan otros autores, en cada sociedad, se dan aceleraciones en cuanto al involucramiento de adolescentes en actividades de personas adultas y, el caso de Costa Rica no es la excepción (Rojas y Donas, 1995).

No obstante, es necesario ajustar el estilo de vida a la edad poseída y a su correspondiente etapa del desarrollo humano, así como procurar no adelantarse en las tareas y roles que se esperan según cada período; lo cual es lo que ha ocurrido en el caso de 'A', en tanto ella vive como mujer adulta siendo todavía una adolescente y una persona menor de edad. Por lo tanto, a esa vida de estudiante y de mujer adulta que 'A' lleva, es necesario incorporarle actividades propias de personas jóvenes, haciendo énfasis en la integración de ella a un grupo de pares (lo cual es otro aspecto que se sugiere trabajar con la muchacha). Y, por supuesto, sin olvidar los cuidados necesarios que debe tener siempre para mantener su salud física y su calidad de vida, pues no se debe relegar el hecho que 'A' es portadora del VIH.

◆ Grupo de pares. 'A' expresa que se ha tornado una persona muy casera, que ya no siente deseos de salir (como lo hacía previo a convivir con 'D') y, que nunca ha sido de tener amigas o amigos. Sin embargo, una parte importante en la vida de cualquier individuo son las relaciones interpersonales y, de modo especial, las relaciones con personas dentro de su mismo rango etáreo. Pese a que la joven manifiesta que no es de tener amistades, al mismo tiempo entra en una contradicción, pues menciona que antes de su vida en pareja, salía frecuentemente con amigas que tenía en el barrio donde vivía.

Entonces, se recomienda retomar la relación con las amistades que 'A' tenía, así como establecer nuevas conexiones con otras personas de su misma edad o de edades similares.

Igualmente, es conveniente fomentar un acercamiento entre 'A' y su compañera de estudio (de la escuela nocturna), ampliando la relación fuera del ámbito educativo, es decir, promoviendo que las muchachas compartan otras actividades además del tiempo de lecciones. Con este involucramiento de 'A' en un grupo de pares, se complementa y facilita lo mencionado previamente sobre desarrollar actividades acordes con su edad.

◆ Redes de apoyo. En estrecha relación con lo anterior, sería también beneficioso fomentar el establecimiento de relaciones con personas pertenecientes a otros ámbitos, como por ejemplo: otras PVVS, organizaciones juveniles, organizaciones que trabajan con el tema del VIH. Aunque posiblemente 'A' no vaya a estar en constante comunicación con todas las personas, es necesario promover nuevas conexiones que le puedan servir de ayuda en momentos cuando lo requiriera.

Conjuntamente, un aspecto provechoso es que la muchacha ha contado con el apoyo de su familia (especialmente de su padre), lo cual se aconseja reforzar. Es decir, propiciar que se mantengan fuertes los lazos familiares, dado el apoyo recibido por parte de su padre.

◆ Maternidad. Un asunto que angustia a la joven es no poder cumplir su deseo de ser madre. Frente a esto, sería prudente analizar junto a ella el panorama completo de un embarazo en una mujer portadora del virus, recurriendo a números, probabilidades y casos reales de otras mujeres que han tenido hijos e hijas. De tal modo, es necesario contemplar los siguientes:

- la posibilidad de contagio al/la bebé,
- la calidad de vida que tendría su bebé si naciera con el virus,
- la calidad de vida que tendría ella después del embarazo,
- la expectativa de vida para ella,
- qué pasaría con su bebé si ella enfermera gravemente o si muriera.

En este aspecto, la decisión final de ser madre o no, la debe tomar ella, pues no se le puede negar su derecho a ejercer la maternidad; el papel del o la profesional en psicología sería el de facilitar y colaborar en esa decisión. En caso que la muchacha decidiera por su propia voluntad no ser madre, es preciso buscar alternativas mediante las cuales ella pueda cumplir en alguna forma su deseo de ser madre, ya que para ella constituye una parte de suma importancia en su vida.

❖ **Caso "B"**

Es preciso resaltar el beneficio que ha obtenido 'B' con la atención recibida en el hospital por parte de la enfermera de atención integral, encargada de dar seguimiento a las y los pacientes con VIH o sida. Ese proceso le generó un cambio en la perspectiva respecto a la enfermedad y la muerte (modificando la idea fatalista y trágica que tenía sobre el sida, especialmente, en torno a la relación inmediata entre sida y muerte); asimismo, logró una modificación de falsas creencias en materia de formas de contagio y de no contagio del VIH.

Sin embargo, también vale señalar que si bien es cierto se han dado mejorías en los niveles cognitivo, conductual e interpersonal, aún quedan pendientes algunas áreas por trabajar. En otras palabras, se podría decir que el muchacho está en camino de 'rehabilitación', pero no se le puede dar de alta todavía.

*Pautas de intervención*

◆ Revisar el trabajo previo. Es necesario que 'B' efectivamente tenga una clara comprensión del VIH y en particular respecto a las ideas erróneas que tenía sobre este; para ello, se deberá consolidar lo que ya se ha trabajado en esa materia.

◆ Proyecto de vida. Actualmente, 'B' se encuentra buscando trabajo, para el próximo año planea retomar su estudio y, cuando obtenga el bachillerato, piensa realizar estudios superiores; estos proyectos deben ser impulsados para que el joven los lleve a cabo.

Por otra parte, se debe propiciar que el muchacho continúe saliendo del aislamiento en el cual él mismo se había sumido. Conjuntamente, es preciso reestablecer la comunicación con sus amigos cercanos, quienes le han brindado apoyo ante el diagnóstico.

Orientándose más a largo plazo, con 'B' también se recomienda revisar cuáles proyectos quisiera desarrollar en su vida y las expectativas que tiene, valorando las posibilidades reales de acuerdo con su condición como portador del VIH; sin dejar de lado la búsqueda de alternativas y opciones para lo que no vaya a poder ejecutar.

◆ Depresión. Tal como se mencionó, 'B' se encuentra en proceso de recuperación emocional y cognitiva ante el impacto de lo que le sucedió. Por consiguiente, un paso fundamental para contrarrestar el estado depresivo, es asegurar que ya no existan ideas suicidas y que no permanezcan falsas creencias en torno al virus ni respecto a la idea de una muerte pronta. Asimismo, con la elaboración y revisión de su proyecto de vida, es posible colaborar con una mejoría respecto a la depresión.

◆ Abuso sexual. El contagio de 'B' se dio en una situación de abuso sexual, en tanto él no estuvo consciente de qué le sucedió y, aparentemente, medió el uso de sustancias para hacerle perder sus capacidades y así tener relaciones sexuales con él. En ese sentido, se deben trabajar diversos aspectos en materia de abuso sexual y, específicamente, en este caso de abuso sexual en citas. Vale señalar que este abuso en citas, conocido en inglés como "date rape", es una práctica que cada día se vuelve más común, debido al fácil acceso y diseño de fármacos que permiten la pérdida de consciencia y de memoria (T. Ramellini, 2008, comunicación personal).

En caso de que no se posea la preparación necesaria, se recomienda revisar cómo se debe dar la intervención psicológica respecto a ese tema, así como en torno a Terapia de Sobrevivencia y modelos de intervención terapéutica especialmente diseñados para víctimas. Si fuera el caso, se sugiere remitir al joven a otro u otra profesional que tenga experiencia en con este tipo de casos, dado que es un tema sumamente delicado en el cual hay mucho que elaborar. En todo momento, se le debe brindar muchísimo apoyo y contención emocional.

◆ Relaciones de pareja. Posterior a trabajar su proyecto de vida y el tema del abuso sexual, es posible abordar el aspecto de las relaciones de pareja. En ese sentido, es preciso propiciar que 'B' se convenza que tiene la posibilidad de establecer una relación con alguna persona, en tanto el VIH no es ningún impedimento para ello. Cabe aclarar que con esto no se quiere decir que se vaya a forzar al muchacho a buscar novio, sino simplemente que se permita tener pareja cuando sienta deseos de hacerlo.

Igualmente, se sugiere también contemplar la posibilidad futura de compartir o establecer un proyecto de vida junto con otra persona. Para ello, se requiere reflexionar en lo relativo a situaciones implicadas en una relación de pareja en vinculación con el VIH, por ejemplo: cómo comunicar su diagnóstico, el involucramiento afectivo y la sexualidad en pareja, entre otras.

## 4. Recomendaciones de la población participante

A partir de su propia experiencia como portadores del VIH, así como de lo que han aprendido sobre el tema, antes y después de sus diagnósticos, ambos participantes proponen acciones por realizar respecto al tópico, las cuales van dirigidas tanto a otros y otras jóvenes,

como a personas que viven con el VIH-sida. En este apartado se exponen dichas sugerencias que ambos participantes brindaron tomando como base su vivencia negativa personal.

## 4.1. Reflexiones en torno al problema

En las entrevistas, al y la participantes se les preguntó si existe suficiente información respecto al VIH, especialmente pensando en la prevención de nuevas infecciones. Las respuestas fueron brindadas tomando como base el conocimiento que tenían previo a adquirir el virus, así como lo que han observado desde su propia experiencia. Las reflexiones en torno a la problemática del VIH se sintetizan en la siguiente tabla.

**Tabla 19.**
**Reflexiones sobre la situación actual del VIH**

| A | B |
|---|---|
| No hay suficiente información, las personas son ignorantes sobre el tema.<br><br>Existen ideas erróneas respecto a cómo se contagia el virus y, se crece con esas ideas.<br><br>A las personas les preocupa sólo cómo se contagia la enfermedad, no los problemas que conlleva. | No hay suficiente información, tampoco se prepara a las personas menores.<br><br>En los colegios se explica lo biológico de la enfermedad (qué es y cómo se contagia), pero no la vida después del diagnóstico (cómo sobrellevarlo).<br><br>Cuando se habla del tema, los y las jóvenes no le brindan importancia. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Uniendo las reflexiones anteriores, es posible resumir la problemática del VIH -según lo planteado por 'A' y 'B'- en tres ideas principales:

- La información sobre el tema es insuficiente.
- Las explicaciones que se brindan giran en torno a aspectos biológicos de cómo se transmite el virus; pero dentro de estas, prevalecen falsas creencias e ideas erróneas.
- Nunca se hace referencia, ni se le da importancia a la vida después del diagnóstico o los problemas que conlleva la enfermedad.

## 4.2. Propuestas dirigidas a jóvenes

En unión con las reflexiones recién mencionadas, 'A' y 'B' proporcionan algunas sugerencias, concernientes a acciones que se podrían realizar para prevenir nuevos contagios en jóvenes. Se presentan en la tabla a continuación.

**Tabla 20.**
**Sugerencias para la Prevención del VIH en Jóvenes**

| A | B |
|---|---|
| Brindar información real sobre qué es la enfermedad y cómo se contagia.<br><br>Recurrir a personas que verdaderamente conozcan el tema, para que eduquen a la población.<br><br>Llevar la información a instituciones educativas primarias y preescolares. | Recomienda no pensar que por ser joven no se puede adquirir el VIH.<br><br>Hablar sobre lo que es vivir con el VIH.<br><br>Educar para que las personas menores se realicen el examen del VIH. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Una vez más, las anteriores se pueden resumir de la siguiente manera:

- Educar a la población con información auténtica, brindada por personas que tengan un verdadero manejo sobre el tema.
- Incentivar a las personas jóvenes para que se realicen la prueba ELISA, haciendo énfasis en que ser joven no les libra de adquirir el virus.
- Incluir comentarios respecto a la vivencia con el VIH propiamente, cuando se eduque sobre el tema.

## 4.3. Propuestas dirigidas a las PVVS

Finalmente, considerando su experiencia personal en torno a lo que ha sido su vida posterior al diagnóstico, sin tener que pedírselo, 'A' y 'B' también quisieron brindar algunos consejos hacia otras PVVS, a saber:

**Tabla 21.**
**Consejos para otras PVVS**

| A | B |
|---|---|
| Recomienda no deprimirse, pues no van a morir en poco tiempo.<br><br>Sugiere cuidarse. | Orientarlas respecto al tema, para que no tengan dudas ni miedos.<br><br>Motivarles a cambiar la visión sobre la enfermedad. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008

Subyacente en las anteriores, se encuentra una idea fundamental bajo la cual se señala la necesidad de modificar y de eliminar en las PVVS el pensamiento de que morirán pronto, junto con las subsiguientes ideas asociadas, así como las dudas y los miedos existentes respecto al virus y la enfermedad.

# VII. Conclusiones

A partir de lo obtenido con la presente investigación, es posible anotar varias conclusiones, las cuales giran en torno a diversos aspectos hallados o que fueron parte del estudio: los factores precipitantes de la infección por VIH encontrados, el análisis de la vivencia con el diagnóstico, la intervención psicológica en VIH-sida, acciones necesarias en otros ámbitos en torno a la materia y, finalmente, las limitaciones tenidas. Por ende, se presentan por apartados.

### *a) Sobre los factores precipitantes de la infección por VIH*

*- Factores cognitivos*

◆ Ambos participantes sabían de la existencia del VIH-sida y de las formas de transmisión; sin embargo, se identifican algunas creencias erróneas, así como escasez en la información que poseían previo a adquirir el virus.

◆ La educación en materia de sexualidad y VIH-sida brindada desde una perspectiva biologista, parece no estar generando conductas adecuadas de autocuidado y prevención. Esto coincide con otros planteamientos respecto a que, en nuestro país, la población joven no ha sido formada de modo tal que ejerza prácticas para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos (Grant, Sánchez y Ureña, 2006; Morrison-Beedy et al., 2005; Vega y Alvarado, 2005).

◆ Se encontró una ausencia de expectativas respecto al contagio, en el sentido que 'A' y 'B' conocían sobre el VIH-sida, pero no se imaginaron que pudieran adquirirlo (es decir, no esperaban resultar con un diagnóstico seropositivo). Este no tener expectativas sobre el contagio, puede estar unido a carencias en la información sobre el tema y, al hecho que los conocimientos en la materia no se han transformado en prácticas seguras.

*- Factores conductuales*

◆ Se determinan como prácticas o conductas sexuales de riesgo, cualquier relación sexual sin uso de medidas de protección, en específico, métodos de barrera (preservativos).

◆ Los dos comportamientos precipitantes de los contagios con el VIH son el inicio de la vida sexual a edades tempranas y la falta de uso de profilácticos.

◆ Algunos aspectos que influyen en los dos anteriores son: la entrada precoz en la pubertad, el comienzo de la vida sexual prematuramente, debido al establecimiento de relaciones con hombres mayores, la monogamia en serie, la ausencia de formación en torno a medidas de protección, e información inadecuada sobre el VIH-sida.

◆ El consumo de alcohol fue el desencadenante del contagio en uno de los casos, puesto que permitió que una persona colocara alguna sustancia en la bebida del joven y así tener relaciones sexuales con él.

◆ No se encontraron otras situaciones de riesgo que pudieran incidir en la adquisición del virus, tales como, el uso de psicoactivos, la utilización de objetos punzo-cortantes o la huida del hogar.

*- Factores emocionales*

◆ Considerando que los sentimientos hacia la pareja sustituyen la práctica de conductas de autocuidado orientadas a la prevención del VIH, es posible establecer que la información poseída previo al contagio probablemente fue obviada debido a los sentimientos existentes hacia la pareja.

*- Factores ambientales*

◆ Aspectos familiares que pueden estar vinculados con un comienzo de la vida sexual a tempranas edades y con la consecuente adquisición del VIH, son la inestabilidad dentro del núcleo familiar, el abandono de la madre y, el involucramiento precoz en actividades adultas por parte de adolescentes mujeres (como fue ejemplificado con la realidad de 'A').

◆ Para el y la adolescente, el grupo de pares promovió la experimentación con drogas lícitas (alcohol y cigarro), en tanto fue dentro de ese núcleo donde se inició y continuó el uso de licor. Pese a que no es posible establecer con certeza que 'A' y 'B' hayan sentido presión por parte de sus amistades para involucrarse en dichos comportamientos, considerando que el consumo de sustancias afecta las capacidades psico-orgánicas y la conducta, se determina que el grupo de pares como lugar de experimentación es un factor precipitante de los contagios con el VIH.

◆ En torno al aspecto educativo, en ambos casos se tuvo acceso a educación e información, no obstante, también se presentaron fallas estudiantiles que reflejan un

desempeño deficiente, el cual está relacionado con la práctica de relaciones sexuales precoces y, por ende, con la adquisición del virus mediante contagio sexual.

◆ Sin embargo, es importante señalar que el participante 'B', quien tuvo mejores oportunidades de estudio y presentó mayor estabilidad dentro del sistema educativo, fue quien sí tomó medidas de protección ante el VIH y otras ITS, pues utilizó profilácticos en la mayoría de sus encuentros sexuales.

◆ Sobre la recreación, las actividades realizadas por el y la adolescente con sus respectivos grupos de pares les condujeron a experimentar con alcohol. Por consiguiente, se plantea que existen carencias respecto a opciones de recreación para las personas adolescentes. Es decir, alternativas sanas que no impliquen conductas de riesgo, son inexistentes o no están siendo accedidas por la población joven.

*- Vinculación entre algunos factores*

◆ La poca o nula utilización de medidas de protección, además de estar vinculada con deficiencias en los conocimientos y la formación sobre el VIH-sida, también puede relacionarse con la ausencia de expectativas respecto al contagio.

◆ La información que tanto 'A' como 'B' poseían sobre el VIH y sus formas de contagio (y particularmente que el virus se transmite por medio de relaciones sexuales), probablemente fue obviada debido a los sentimientos existentes hacia la pareja.

◆ Al mismo tiempo, con lo anterior se podría concluir que los factores emocionales tienen mayor peso que los factores cognitivos y los factores conductuales, en los momentos cuando se debe hacer uso de los conocimientos y las prácticas seguras.

### *b) Sobre adolescencia y VIH-sida en general*

◆ El tema del VIH y el sida continúa teniendo asociadas muchas creencias falsas, especialmente en lo relativo a las formas de transmisión y a la vinculación entre el sida y la muerte; esto a pesar de que médicamente ya se tienen grandes conocimientos en la materia.

◆ La carencia de datos estadísticos que muestren la incidencia real del VIH en nuestro país, revela la necesidad de realizar un perfil epidemiológico actualizado.

◆ La ausencia de identificación de casos de adolescentes que viven con el VIH, sea porque no tienen conocimiento de su diagnóstico o porque no se han involucrado

comprometidamente con el sistema de salud, pone en evidencia la falta de formación e interés hacia la temática que tiene la población joven. (Se aclara que en esto se excluye a quienes adquirieron el virus por las vías parenteral o vertical, en tanto la naturaleza de dichas formas de contagio representa situaciones muy diferentes a la estudiada.)

- Se encuentra un vacío general acerca de la temática; por una parte, en lo referente a la información, así como a la atención psicoterapéutica de las PVVS; por otro lado, respecto a técnicas de detección de la población contagiada con el virus y, en especial, cuando se trata de personas jóvenes y adolescentes.

- Se considera relevante y prioritario identificar la población afectada con el VIH y el sida, respecto al número y al tipo de casos, pues ello posibilitaría una mejor atención a las PVVS y una mejor prevención de nuevos contagios.

### *c) Sobre el análisis de los factores emocionales de la vivencia con el diagnóstico*

- El VIH-sida es una infección que verdaderamente representa un cambio en la vida de cualquier persona, debido a las múltiples consecuencias negativas asociadas, las cuales atraviesan todos los aspectos que integran un individuo. Sin embargo, vale aclarar que en esta investigación no se pretende brindar, ni mucho menos fomentar, una visión fatalista sobre el tema.

- La ausencia de cambios conductuales ante la nueva condición de vida con el VIH (que se dio en el caso de 'A'), podría interpretarse de alguna manera como pasividad frente al diagnóstico. Al mismo tiempo, esto podría evidenciar que la adolescente no asume adecuadamente su diagnóstico o bien, no sabe cómo hacer frente a esta situación de vida; todo lo cual se asocia al impacto emocional que el VIH ha significado para ella.

- La manera según la cual el VIH impacta la vida de una persona y particularmente su estado emocional, está en estrecha conexión con las estrategias de afrontamiento que posee cada individuo, así como las falsas creencias en materia de VIH-sida.

- Resulta interesante que las entrevistas realizadas se centraron principalmente en cómo se dio el contagio con el VIH y en cómo el diagnóstico les ha cambiado la vida, lo cual lleva a reflexionar sobre si ello responde a una necesidad de atención emocional que tienen las y los adolescentes que viven con el VIH. A la vez, esto podría manifestar también la realidad de las PVVS en general, respecto a la necesidad e importancia de un proceso psicoterapéutico.

### *d) Sobre la intervención psicológica en VIH-sida*

◆ El papel de la psicología es de suma importancia en dos grandes áreas: la prevención de nuevos contagios y, el apoyo terapéutico a las personas afectadas, incluyendo tanto a las PVVS, como a sus familiares y otros seres cercanos.

◆ A pesar de que se reconoce lo necesaria y fundamental que es la intervención psicológica para las personas portadoras del VIH o que viven con sida, esta población no está recibiendo el apoyo requerido. Por ende, es preciso establecer acciones para atender las necesidades involucradas en cada etapa del diagnóstico y la evolución con el VIH y el sida, acciones que deben ser llevadas a cabo desde diversos ámbitos.

◆ Siguiendo lo anterior y tomando como referencia planteamientos de otros y otras profesionales, la asistencia dirigida específicamente a las PVVS seguirá diferentes objetivos de acuerdo con el momento del proceso de enfermedad en el cual se encuentre la persona. A continuación, se resumen dichas tareas.

**Tabla 22.**
**Intervención psicológica en los diferentes momentos del proceso de enfermedad**

| Etapa | Objetivos de la intervención |
|---|---|
| Crisis inicial | Explicar aspectos básicos de la infección y la enfermedad.<br>Reestructurar creencias erróneas en torno a la relación sida-muerte.<br>Impulsar la vinculación con el proceso de atención médica.<br>Orientar en la comunicación del diagnóstico a las personas de su medio social (familia, pareja, amistades). |
| Adherencia al proceso médico | Promover el involucramiento en el proceso médico.<br>Fomentar la práctica de conductas de autocuidado, señaladas por quienes brindan la atención y el seguimiento en salud.<br>Cooperar con la adherencia al tratamiento antirretroviral, cuando eventualmente sea necesario. |
| Ajuste y adaptación al proceso de enfermedad | Guiar en la (re)elaboración del proyecto de vida.<br>Incorporar cambios en el estilo de vida que promuevan la salud integral.<br>Trabajar respecto a estrategias de afrontamiento.<br>Establecer o reactivar redes de apoyo social.<br>Instruir sobre los derechos humanos de las PVVS.<br>Prevenir o rehabilitar respuestas cognitivas, conductuales y emocionales que afectan a la persona (como depresión, enojo, aislamiento, entre otras).<br>Entrenar en el manejo del estrés. |

| | |
|---|---|
| | Promover el ejercicio de una sexualidad responsable, que tome en cuenta las medias de protección necesarias.<br>Analizar creencias, sentimientos y prácticas sobre el tema de la convivencia en pareja. |
| Etapa sida | Preparar para la aparición de síntomas.<br>Elaborar el duelo anticipado respecto a la propia muerte. |

Fuente: María del Carmen Acuña Rodríguez, 2008. Información sintetizada por la autora de la investigación, teniendo como base los planteamientos de Correa, 2006 y Machado, 2007.

### *e) Sobre acciones en otros ámbitos*

◆ Para lograr que efectivamente se reduzca el número de nuevas infecciones con el VIH (u otras ITS), es necesario que se dé un cambio estructural en la sociedad costarricense en cuanto a aspectos de género y de la vivencia de la sexualidad. Sin embargo, esto requiere un proceso largo y de esfuerzos conjuntos desde múltiples instituciones.

◆ En ese sentido, es urgente plantear políticas de diversa índole, entre las cuales se incluyan políticas educativas y comunitarias, que sean parte de una gran Política Nacional, orientada a la promoción de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, que enfatice en la prevención de ITS y embarazos en la adolescencia.

◆ Las acciones por plantear dentro de dicha política nacional deben enmarcarse dentro de una programación más general, que apunte hacia la salud y el desarrollo integral de la población adolescente.

◆ Lo anterior debido a que orientarse solamente hacia la prevención de nuevos contagios no es suficiente, sino que también se requiere fomentar las potencialidades de las y los jóvenes.

◆ Se considera que a la hora de sugerir las mencionadas políticas, así como una programación más general sobre adolescencia (y juventud), sería altamente beneficioso incluir la participación de jóvenes. Es decir, es necesario que las acciones que se vayan a proponer surjan no sólo desde instancias profesionales, sino también desde el mismo grupo al cual irán dirigidas, para que, de ese modo, la población juvenil y adolescente sea protagonista activa y no sólo receptora pasiva.

### *f) Sobre las limitaciones en el estudio*

◆ El presente trabajo constituyó un largo proceso desde que se elaboró y propuso el proyecto de investigación, hasta la etapa final de análisis de los resultados. En el recorrido realizado, se debió pasar por varias instituciones tanto para lograr obtener los permisos correspondientes y llevar a cabo el estudio, como para encontrar y enrolar participantes que cumplieran con los requisitos deseados; proceso que, al mismo tiempo, ocasionó que se debieran enfrentar múltiples dificultades.

◆ Como parte de dicho desarrollo, se requirieron modificaciones respecto al anteproyecto de investigación, las cuales estuvieron orientadas hacia dos objetivos: por una parte, proteger a la población que se pretendía entrevistar, debido a que es un grupo vulnerable; y por otra, lograr identificar, localizar y reclutar adolescentes que accedieran voluntariamente a participar en el estudio. Todo esto se realizó mediante variaciones en la selección de sujetos, tanto en los criterios de inclusión y exclusión, como en el número de participantes (lo cual ya fue explicado en el punto 10 de la Metodología).

◆ Los hechos de que se enfrentaran múltiples obstáculos y, que el planteamiento inicial del estudio tuviera un interés diferente a lo obtenido luego de llevar a cabo la investigación, reflejan precisamente la realidad en torno a la población con VIH y, en especial, cuando se trata de adolescentes.

◆ Cuando se plantea un trabajo de investigación de tipo exploratorio, se debe tener en cuenta que se trata de un acercamiento a la materia, lo cual, en casos como éste, puede ser inclusive la primera aproximación al tema en específico. Por ende, puede ser necesario realizar modificaciones a la propuesta planteada inicialmente; en ese sentido, es indispensable tener flexibilidad y perseverancia, de modo que se llegue a una satisfactoria culminación del estudio, recurriendo a los elementos que lo permitan.

◆ A manera de autocrítica constructiva, luego de haber realizado este estudio, se observan algunas cuestiones que pudieron haber complementado los resultados obtenidos:

↳Ahondar en los conocimientos poseídos previo a adquirir el contagio en materia de sexualidad y de VIH-sida, así como en las fuentes de información al respecto.

↳Profundizar en los factores emocionales precipitantes del contagio, tales como, sentimientos sobre otros aspectos que integran la vida de las personas: la familia, el grupo de pares, el desempeño en el sistema educativo y las actividades recreativas.

# VIII. Recomendaciones

**A la Escuela de Psicología**

- Incorporar la temática del VIH en los cursos de la carrera que lo permitan (por ejemplo, Sistemas de Psicoterapia, los Módulos de Salud, el Módulo de Sexualidad y Placer).
- Fomentar prácticas profesionalizantes centradas en la atención a las personas afectadas por el VIH y el sida, directa o indirectamente.
- Propiciar una mayor atención específicamente para las PVVS, orientada hacia dos sentidos: el impacto de la enfermedad en la persona y, la prevención de nuevas infecciones buscando un control de la epidemia.
- Impulsar prácticas que busquen la promoción del desarrollo y la salud integral de la adolescencia, las cuales estén dirigidas tanto hacia poblaciones adolescentes como a sus padres y madres.
- Promover investigaciones acerca de la falta de oportunidades que vive la población adolescente, y su relación con el involucramiento en conductas de riesgo, las cuales estén orientadas tanto a diagnosticar la realidad como a plantear alternativas y soluciones.

**Al proyecto de Trabajo Comunal Universitario 'Derechos humanos de la persona que vive con VIH-sida' (TC-142) de la Universidad de Costa Rica**

- Continuar realizando esfuerzos en la prevención de nuevas infecciones y en el acompañamiento a las PVVS.
- Profundizar en la vivencia del diagnóstico con el VIH (es decir, el impacto que genera el VIH-sida en la persona) tanto en la capacitación de la población participante del TCU, como en los talleres que la población del proyecto vaya a impartir.
- Promover futuros trabajos finales de graduación respecto a la temática del VIH-sida.

**A la Comisión Institucional para la Prevención del VIH-sida, de la Universidad de Costa Rica**

- Continuar realizando de forma gratuita y voluntaria la prueba para detectar el VIH.
- Impulsar el examen para VIH en la población vinculada a la universidad: estudiantes, docentes y personal en general (funcionario y administrativo).

**A la Universidad de Costa Rica**

- Apoyar la publicación de artículos sobre el tema del VIH-sida, dentro y fuera de sus diversas instancias.
- Propiciar que se brinde continuidad y reconocimiento verdadero a los trabajos finales de graduación.

**Al Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social**

- Plantear políticas públicas de prevención de nuevas infecciones, que sean efectivas.
- Ejecutar las acciones que se propongan para prevenir nuevos contagios.
- Impulsar la realización de la prueba ELISA para VIH en la población general; o bien, alguna estrategia de detección temprana de estudiantes en condiciones de riesgo.
- Desarrollar estudios epidemiológicos sobre la incidencia del VIH y el sida en nuestro país, donde se posean estadísticas reales y congruentes.
- Proponer tareas conjuntas orientadas al desarrollo y la salud integral de la población juvenil y adolescente.

**Al Ministerio de Educación Pública**

- Verificar que los temas VIH-sida y sexualidad en general efectivamente constituyan ejes transversales en la educación.
- Planear un programa de educación sexual en los colegios desde un enfoque de la sexualidad que sea laico, integral y orientado a la prevención (de embarazos e ITS en adolescentes), el cual se enmarque en una perspectiva integral y de derechos humanos, donde se incluyan los derechos sexuales y reproductivos.
- Realizar las acciones necesarias para que se lleve a cabo dicho programa.
- Preparar al personal docente y administrativo en las materias de adolescencia, sexualidad integral, VIH-sida y derechos humanos.

**Al Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes**

- Fomentar en diversos ámbitos el desarrollo de potencialidades de las personas adolescentes, tales como, colegios, comunidades, grupos y organizaciones sociales, políticas, comunitarias.
- Promover mayores opciones de recreación para la población juvenil y adolescente.

- Estimular el involucramiento de jóvenes y adolescentes en actividades culturales, deportivas y recreativas.

**A las instituciones públicas y gubernamentales en general**

- Integrar la participación y el aporte de jóvenes y adolescentes en el planteamiento de programas, talleres u otras formas de educación que vayan a estar dirigidos a dichas poblaciones.
- Apoyar iniciativas de organizaciones comunales, sociales, políticas, culturales y deportivas, que integren adolescentes para así darles una participación activa dentro de la sociedad.
- Impulsar acciones y actividades alternativas que involucren la población adolescente.

**A las municipalidades y organizaciones comunitarias**

- Promover en las comunidades programas de educación sexual dirigidos a jóvenes.
- Organizar actividades recreativas, deportivas y culturales para la juventud en general (o en su defecto, continuar con la realización de actividades ya organizadas).

**A las Oficinas de la Mujer**

- Continuar realizando esfuerzos por lograr cambios en materia de género.
- Proponer programas de apoyo, atención y formación dirigidos a poblaciones específicas: adolescentes madres, adolescentes con VIH y adolescentes mujeres.

# IX. Referencias

Abadía-Barrero, C. E. & LaRusso, M. D. (2006). The Disclosure Model versus a Developmental Illness Experience Model for Children and Adolescents Living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. [El Modelo de Revelación versus el Modelo de desarrollo de la experiencia de enfermedad para niños y adolescentes que viven con VIH/SIDA en São Paulo, Brasil]. *AIDS Patient Care and STDs, 20*(1), 36-43. Recuperado el 1 de Noviembre del 2007 de la Academic Search Premier database.

Arranz, P. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada, 47*(2), 183-191.

Axion Humana (2006). *Tratamiento Antirretroviral*. Chile: autor. Recuperado el 1 de julio del 2008, de http://www.vihsida.cl/paginas/tratamiento/tratamiento_antirretroviral.html

Badilla, A. E. (2006). *Marco jurídico para la prevención del VIH y el sida con personas jóvenes y adolescentes en Costa Rica.* (1a. ed.) San José: UNFPA, OPEC FUND.

Bartlett, J. G. & Finkbeiner, A. K. (1996). *Guía para Vivir con VIH y SIDA.* (3a ed.). México: Editorial Diana.

Betances, B. (2000). SIDA: más femenino, más joven, más pobre. *Revista Mujer y Salud, 4*, 36-43.

Brown, L. K. & Lourie, K. J. (2000). Children and Adolescents Living with HIV and AIDS: A Review [Infantes y Adolescentes que viven con VIH y sida: una revisiòn]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 81-96. Recuperado el 3 de junio del 2007 de la Academic Search Premier database.

Buceta, J. M. & Bueno, A. M. (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Caballo, V. (1991). (Ed.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (1a. ed.) Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Carmona, S. & Víquez, C. (2002). *Propuesta de un manual para la sensibilización y capacitación del personal docente de una institución escolar en el manejo de estudiantes que viven con VIH.* Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.

Carvalho, J. A. (1999). Intervención Psicológica en el área de la infección por el VIH/SIDA. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

CDC, Centres for Disease Control and Prevention (2007). HIV/AIDS Among Hispanics - United States, 2001-2005 [VIH/Sida entre Latinos – Estados Unidos, 2001-2005]. *Morbidity & Mortality Weekly Report, 56*(40), 1052-1057. Recuperado el 1 de Noviembre del 2007 de la Academic Search Premier database.

Comulada, W. S., Weiss, R. E., Cumberland, W. & Rotheram-Borus, M. J. (2007). Reductions in Drug Use Among Young People Living with HIV. [Disminución en el uso de drogas en personas jóvenes que viven con VIH]. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33*, 493-501. Recuperado el 1 de Noviembre del 2007 de la Academic Search Premier database.

Correa, D. (2006). *Asistencia psicológica en VIH-sida: un acompañamiento esencial.* Colombia: Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Recuperado el 1 de setiembre del 2008, de http://www.universia.net.co/vih-sida/psicologica/asistencia-psicologica-en-vih-sida-un-acompanamiento-esencial.html

Díaz, M., Garita, C., Monge, E., Muñoz, P., Sequeira, M., Terwes, G., et al. (2005). *Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH/SIDA.* (2a. ed.) San José: PAIA.

Donas, S. (1998). *Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes.* San José: OPS-OPMS.

Durán, A. L. (2004). *Conocer el impacto del contagio sexual y colateral del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), en el plan de vida y en la autopercepción (cognitiva y emocional) de varones homosexuales y mujeres heterosexuales en pareja.* Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Moravia: Universidad Católica de Costa Rica.

Flores, T. & Porras, H. (1996). *Condiciones sociofamiliares intervinientes en el proceso de adicción al crack en varones adolescentes.* Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. San José: Universidad de Costa Rica.

Garita, C. & Villalobos, M. G. (2000). *Factores psicosociales asociados a la percepción que tienen las personas que viven con VIH/SIDA sobre sus derechos humanos*. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones Psicológicas-Fundación Vida.

Granados, R. M. (1993). *Atención de enfermería en salud mental a adolescentes hemofílicos portadores de SIDA. Asociación Costarricense de Hemofilia.* Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. San José: Universidad de Costa Rica.

Grant, K., Sánchez, L. & Ureña, M. (2006). *Mano a mano: módulo socio-educativo para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes.* (1a. ed.) San José, Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación.* (3a. ed.) México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Jennings, C. (1994). *Qué es el SIDA y cómo prevenirlo*. Bogotá: Editorial Norma S. A.

Kadivar, H., Garvie, P. A., Sinnock, C., Heston, J. D. & Flynn, P. M. (2006). Psychosocial profile of HIV-infected adolescents in a Southern US urban cohort. [Perfil psicosocial de adolescentes infectados con VIH en una cohorte urbana del sur de Estados Unidos]. *AIDS Care, 18*(6), 544- 549. Recuperado el 3 de junio del 2007 de la Academic Search Premier database.

Machado, I. (2007). *Rol del Psicólogo Clínico: VIH/SIDA*. Panamá. Recuperado el 13 de Julio Del 2007, de http://vihpositivo.blogspot.com/2007/02/el-psicologo-frente-al-vihsida.html

Martín, M. & Lorenzo, P. (2003). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza & I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias*. Madrid: Panamericana.

Meza, Y. & Vargas, A. (2007). *Mujeres y VIH/SIDA. Un estudio de casos de la experiencia de mujeres que viven con VIH/SIDA adquirido a través de su pareja.* Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.

Ministerio de Salud (2007). *Boletín estadístico de VIH y SIDA, Costa Rica 2002-2006*. San José: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Información Estadística.

Miranda, A. E., Gadelha, A. & Szwarcwald, C. (2005). Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. [Patrones de comportamiento relacionados con prácticas sexuales y con uso de drogas en adolescentes de sexo femenino residentes en Victoria, Espíritu Santo, Brasil, 2002]. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(1), 207-216. Recuperado el 5 de Mayo del 2006 de la Academic Search Premier database.

Molina, M., Duran, V., Donas, S. & Rocabado, T. (1999). *Conductas de Riesgo en adolescentes de 12 a 19 años en Costa Rica.* (1a. ed.) San José: Ediciones Perro Azul.

Moreira, L. (2005) *Informe de respuesta de país a los compromisos asumidos en UNGASS. Informe Final Costa Rica.* San José: CONASIDA. Recuperado el 6 de Mayo del 2006, de http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_costa_rica_es.pdf

Morojele, N., Brook, J. & Kachieng'a, M. (2006). Perceptions of sexual risk behaviours and substance abuse among adolescents in South Africa: A qualitative investigation. [Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo y abuso de sustancias entre adolescentes en Sudáfrica: una investigación cualitativa]. *AIDS Care, 18*(3), 215-219. Recuperado el 6 de mayo del 2006 de la Academic Search Premier database.

Morrison-Beedy, D., Nelson, L. E. & Volpe, E. (2005). HIV Risk Behaviors and Testing Rates in Adolescent Girls: Evidence to Guide Clinical Practice. [Conductas de riesgo e índices de prueba para VIH en muchachas adolescentes: evidencia para guiar la práctica clínica]. *Pediatric Nursing, 31*(6), 508-512. Recuperado el 6 de mayo del 2006 de la Academic Search Premier database.

NAM (2005). *Recuentos de CD4.* Reino Unido. Recuperado el 25 de mayo del 2008, de http://www.aidsmap.com/es/docs/12A238F7-D452-4D08-91CD-117D8C09BFBF.asp

Olivier, V. (2003, 27 de noviembre). Un vaccin pour soigner? [¿Una vacuna para sanar?]. *L´ Express*. s.p. Francia.

ONUSIDA (2000). *El SIDA y la infección por el VIH. Información para el personal de las Naciones Unidas y sus familias.* Ginebra: Autor.

Panos Institute (1995). *Triple riesgo: mujeres y sida.* Barcelona: Icaria S. A.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. (8a ed.) Bogotá: McGraw-Hill.

PulsoMed (2008). *Los comportamientos sexuales más seguros*. Recuperado el 8 de abril del 2008, de http://www.tuotromedico.com/temas/sexo_seguro_comportamiento.htm

Radcliffe, J., Landau, C., Hawkins, L. A., Tanney, M, Kassam-Adams, N., Ambrose, C. & Rudy, B. J. (2007). Posttraumatic Stress and Trauma History in Adolescents and Young Adults with HIV. [Estrés postraumático y trauma en adolescentes y adultos jóvenes que viven con VIH]. *AIDS Patient Care and STDs, 21*(7), 501-508. Recuperado el 1 de Noviembre del 2007 de la Academic Search Premier database.

Rao, D., Kekwaletswe, T. C., Hosek, S., Martínez, J. & Rodríguez, F. (2007). Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. [Estigma y barreras sociales para la adherencia al tratamiento en jóvenes urbanos que viven con VIH]. *AIDS Care, 19*(1), 28-33. Recuperado el 1 de Noviembre del 2007 de la Academic Search Premier database.

Råssjö, E. B., Mirembe, F. M. & Darj, E. (2006, octubre). Vulnerability and risk factors for sexually transmitted infections and HIV among adolescents in Kampala, Uganda. [Vulnerabilidad y factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual y VIH en adolescentes en Kampala, Uganda]. *AIDS Care, 18*(7), 710-716. Recuperado el 3 de junio del 2007 de la Academic Search Premier database.

Rodríguez, C. (1999). La entrevista psicológica. En J.M. Delgado & J. Gutiérrez (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. (3a. reimpr.) Madrid: Síntesis.

Rojas, A. L. & Donas, S. (eds.) (1995). *Adolescencia y Juventud: Aportes para una discusión*. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud.

Safyer, A., Thompson, S., Maccio, E., Zittel-Palamara, K. & Forehand, G. (2004). Adolescents' and Parents' Perceptions of Runaway Behavior: Problems and Solutions.

[Percepciones de adolescentes y padres sobre la conducta de huida: problemas y soluciones]. *Child & Adolescent Social Work Journal, 21*(5), 495-512. Recuperado el 6 de Mayo del 2006 de la Academic Search Premier database.

Sandí, L. & Díaz, A. (1995). Síntomas de rebeldía, depresión y aislamiento asociados al consumo de drogas en adolescentes costarricenses. *Acta Pediátrica Costarricense 1995,* 9, 99-102. Recuperado el 5 de mayo del 2006, de http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/artsintomas.htm

Sejenovich, G., Valín, J., Rodríguez, A. & Trujillo, J. A. (2000). *Guía de información básica sobre VIH/SIDA para el personal de farmacias y estéticas.* México: CONASIDA.

Smith, K. D. (1997). *Factores protectores y de riesgo en las condiciones de vida de estudiantes de segundo ciclo de la Escuela Balvanero Vargas Molina: estrategia metodológica para su identificación desde el punto de vista de las y los estudiantes*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. San José: Universidad de Costa Rica.

Taquette, S.R., Ruzany, M.H., Meirelles, Z. & Ricardo, I. (2003). Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. [Relaciones violentas en la adolescencia y riesgo de ITS/SIDA]. *Cadernos de Saúde Pública, 19*(5), 1437-1444. Recuperado el 5 de Mayo del 2006, de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500022&lng=es&nrm=iso

Tyler, K., Whitbeck, L., Hoyt, D. & Yoder, K. (2000). Predictors of Self-reported Sexually Transmitted Diseases Among Homeless and Runaway Adolescents. [Predictores de infecciones de transmisión sexual auto-reportadas en adolescentes sin hogar y adolescentes fugitivos]. *Journal of Sex Research, 37*(4), 369-377. Recuperado el 6 de Mayo del 2006 de la Academic Search Premier database.

Valverde, O., Vega, M., Rigioni, M. E., Solano, A. C. & Solano, E. (2002). *Toques para estar en todas: módulo socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes.* (1a. ed.) San José: PAIA.

Vega, M. & Alvarado, C. (2005). *La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/SIDA: módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud.* San José: PAIA.

Wikipedia (2008). *Antirretroviral.* Fundación Wikimedia. Recuperado el 1 de julio del 2008, de http://es.wikipedia.org/wiki/Antirretroviral.

# Anexos

# Anexo Nº 1
# Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfonos: (506) 2207-5006 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

## FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Para ser sujeto de investigación)

**Proyecto:** ***Factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes infectados***

Investigadora Principal: María del Carmen Acuña Rodríguez, Bachiller en Psicología

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Esta investigación está a cargo de la Bachiller María del Carmen Acuña Rodríguez, como trabajo final de graduación para obtener el título de Licenciatura de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. El propósito de la investigación es determinar los factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes. Con esto lo que se busca es entender qué situaciones estuvieron relacionadas con que adolescentes estuvieran expuestos(as) a situaciones de riesgo, las cuales tuvieron como consecuencia que resultaran infectados(as) con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se espera que la participación que se le solicita sea solamente de unas horas a lo largo de uno o dos días.

Vale aclarar que los "factores cognitivos" son los pensamientos, ideas y creencias respecto a algo; los "factores conductuales" refiere a las conductas, al comportamiento de las personas; los "factores emocionales" son los sentimientos y emociones y, los "factores ambientales" se refiere a las situaciones de vida en general.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** si acepto participar en este estudio, se me realizará lo siguiente:

- Se me hará una entrevista de preguntas abiertas y cerradas, para indagar los factores asociados con mi contagio de VIH, en la cual se hablará sobre mis datos demográficos, datos sobre mi infección por VIH, información familiar, información sobre mi comportamiento sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas, conocimiento de factores de riesgo, actividades recreativas, así como mis pensamientos y emociones respecto al VIH y situaciones relacionadas con él.

**C. RIESGOS:**

1. La participación en este estudio puede significar cierta molestia para mí porque se hablará de aspectos muy personales, que incluso podrían ser confidenciales. No existe ningún riesgo previsto para mi salud física o psicológica.
2. Si sufriera algún daño psicológico como consecuencia de los procedimientos a que seré sometido(a) para la realización de este estudio, la investigadora me brindará el tratamiento necesario para mi total recuperación o me contactará con los(as) profesionales o servicios respectivos.

**D. BENEFICIOS:** como resultado de mi participación en este estudio, no obtendré ningún beneficio directo. Sin embargo, es posible que la investigadora aprenda más acerca de las situaciones relacionadas con que adolescentes se infectaran con el VIH y, este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.

**E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con María del Carmen Acuña Rodríguez, investigadora principal, teléfonos 8399-8430/2272-1843, sobre este estudio y debe haberle contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la Escuela de Psicología al teléfono número 2207-5561 (horario: 8 a.m. - 4 p.m.) Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS), teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2207-4201 ó 2207-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

**G.** Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo el derecho de negarme a participar o discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte de ninguna manera la atención de cualquier índole que requiero. Si decido discontinuar mi participación, esto **no** traerá ninguna consecuencia en mi atención médica dentro de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

**H.** Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. La información obtenida se utilizará sólo para los fines y propósitos de la investigación.

**I.** No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

**CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre y firma del/la participante fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal fecha

Nombre, cédula y firma de un o una testigo fecha

# Anexo Nº 2
# Guía de Entrevista

Te voy a ir haciendo preguntas acerca de varios temas que son importantes para la investigación que estoy haciendo.

Te recuerdo que todo lo que hablemos se va a quedar entre nosotras(os) dos, no te preocupés porque la gente se vaya a enterar de algo porque todo va a ser totalmente confidencial.

También quiero que sepás que todo lo que vos me digás es muy importante, así que por favor contestá las preguntas sinceramente.

**Datos sociodemográficos**

- Sexo: _____
- Edad: _____
- Estado civil: _____
- Nivel educativo: _____
- Ocupación: _____
- Lugar de residencia: _____
- Lugar de procedencia: _____
- Área de salud: _____

**Información sobre la recreación**

- Hablando de tu tiempo libre, ¿qué cosas hacés? ⇒ ¿vos solo(a)? ¿con tu novio(a)/pareja? ¿con tus amigos/as? ¿con tu familia?
- ¿Ha cambiado la forma en que pasás tu tiempo libre después de saber de la infección?

¿Cómo ha cambiado? ¿Qué cosas hacías? ⇒ ¿vos solo(a)? ¿con tu novio(a)/pareja? ¿con tus amigos/as? ¿con tu familia?

- ¿Qué pensabas de eso que hacías?
- ¿Cómo te sentías haciendo esas cosas?
- ¿Qué cosas te gustaría hacer que serían importantes para vos?

**Información familiar**

Ahora quiero que me contés sobre tu familia:

- ¿Con quién o quiénes vivís actualmente?
- ¿Cómo te llevás con los miembros de tu familia? (papá, mamá, hermanos/as u otros/as)
- ¿Siempre ha sido así o, antes las relaciones con ellos/as eran diferentes? ¿Cómo eran?
- ¿Has dejado de vivir con tu familia en algún momento? (¿Cuántas veces? ¿Cuál fue la(s) razón(es)?)
- ¿Qué pensás de tu familia? ¿Siempre has pensado así? ¿Cómo pensabas antes de ellos/as?
- ¿Cómo te sentís en tu familia? ¿Siempre te has sentido así? ¿Cómo te sentías antes?

**Información sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas**

Ahora quiero que me contés si has usado drogas alguna vez. ¿Cuáles?

□ (Algunos ejemplos de drogas ilícitas: marihuana, cocaína, crack, heroína, éxtasis, anfetaminas, LSD, polvo de ángel, hongos alucinógenos, inhalantes. Mencionarlos en caso que no recuerde.)

□ (Usar el siguiente formato para todas las drogas que mencione que ha utilizado.)

- ¿Cuándo fue la primera vez que usaste _____ (nombre de la droga)?
- ¿La/lo usás actualmente? Sí No
- ¿La/lo seguiste usando después o fue sólo esa vez? ¿Cuándo la/lo dejaste de usar? ¿Cuál fue la razón?
- ¿Cada cuanto la/lo consumís/consumías?
- ¿Dónde?

- ¿Con quién?
- ¿Cómo la/lo consumís/consumías?
- ¿La/lo usabas antes de tener relaciones sexuales? ¿Durante? ¿Después?

*Alcohol*
- ¿Alguna vez has tomado?
- ¿Cuándo fue la primera vez que tomaste?
- ¿Tomás actualmente? Sí No
- ¿Seguiste tomando después o fue sólo esa vez? ¿Cuándo dejaste de tomar?
- ¿Cada cuánto tomás/tomabas?
- ¿Dónde?
- ¿Con quién?
- ¿Cómo tomás/tomabas?
- ¿Tomás/tomabas antes de tener relaciones sexuales? ¿Durante? ¿Después?

*Tabaco*
- ¿Has fumado (alguna vez)?
- ¿Cuándo fue la primera vez que fumaste?
- ¿Fumás actualmente? Sí No
- ¿Seguiste fumando después o fue sólo esa vez? ¿Cuándo dejaste de fumar?
- ¿Cada cuanto lo consumís/consumías?
- ¿Dónde?
- ¿Con quién?
- ¿Cómo lo consumís/consumías?
- ¿Lo usabas antes de tener relaciones sexuales? ¿Durante? ¿Después?

- ¿Has usado drogas inyectables? ¿Cuáles?
- ¿Cómo las usaste? ¿Tenías tu(s) propia(s) jeringa(s)? ¿Compartías jeringas?

- Y en general, ¿qué te llevó a usar esas sustancias? (alcohol, cigarro, drogas)
- ¿Qué pensabas de eso (es decir, de usar drogas, alcohol, cigarro)?
- ¿Qué esperabas obtener al usar esas sustancias?
- ¿Cómo te sentías usándolas?
- ¿Qué te hacían sentir?

**Información sobre el comportamiento sexual**
Ahora hablemos un poquito sobre tu vida sexual…
- ¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual?
- ¿Qué te llevó a tener esa primera relación? (Por ejemplo: amor, cariño; excitación, deseo físico; curiosidad; deseo de ser como sus amigos/as o de experimentar lo mismo que ellos/as)

- En general, ¿cómo han sido tus relaciones sexuales? Es decir: ¿cada cuánto las tenés o tenías? ¿de qué tipo son/eran (coitales, orales y/o anales)?
- ¿Quién ha tenido la iniciativa? Vos - Tu compañero(a) – Los dos
- ¿Dónde han sido las relaciones sexuales? (En tu casa, en la casa de tu pareja, en la casa de amigos/as, en un motel, en un carro, etc.)
- Aproximadamente, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?
- ¿Has usado preservativo?

Siempre (100%) Casi siempre (75%) Algunas veces (50%) Pocas veces (25%) Nunca (100%)

- ¿Te pasó alguna vez que quisiste usar preservativo y tu pareja no quiso? ¿Qué paso al final? (Usaron el preservativo, tuvieron relaciones sin preservativo, no tuvieron relaciones, tuvieron relaciones sin penetración)
- (¿Cuántas veces ha pasado eso?)
- Cuando usaste preservativo, ¿revisaste el estado? Es decir, la fecha de vencimiento, si tenía aire,
- ¿Cómo lo usaste o cómo lo usó tu pareja? Es decir, cómo fue abierto, como se puso
- Vos o tu pareja, ¿usaron el mismo condón varias veces?
- ¿Has tenido relaciones sexuales con varias personas al mismo tiempo? Es decir, ¿has tenido varios/as compañeros/as sexuales en un mismo momento?
- ¿Has tenido relaciones sexuales con alguien que desconocías o no conocías bien?
- ¿Con alguien que tenía varios/as compañeros/as sexuales?
- ¿Con alguien que se inyecta/ba drogas?
- Cuando has tenido relaciones sexuales, ¿has usado sustancias? (como alcohol, drogas) ¿cuáles?

- ¿Qué pensabas sobre el mantener relaciones sexuales?
- ¿Qué sentías respecto a estar teniendo relaciones sexuales?
- ¿Cómo te sentías durante ese tiempo? ¿Antes? ¿Después?

**Información relativa al conocimiento sobre factores de riesgo**

- Cuando tenías relaciones sexuales, ¿sabías algo sobre el VIH-sida? ¿Qué sabías?
- ¿Qué pensabas del VIH?
- ¿Y respecto a la posibilidad de contagiarte?
- ¿Qué sentías respecto a la posibilidad de contagiarte?

**Datos sobre la infección por VIH**

- ¿Cómo te diste cuenta que tenías VIH?
- ¿Cuándo fue eso?
- ¿Tenés alguna idea sobre cómo te contagiaste?
- (¿Qué pensabas cuando hacías eso? ¿Qué esperabas al realizar esas acciones?)
  (¿Cómo te sentías? ¿Qué sentías?)

**Información sobre las cogniciones y emociones respecto al contagio por VIH**

Quisiera que me contaras cómo ha sido para vos vivir con el VIH, es decir, ¿ha cambiado tu vida?, ¿cómo ha cambiado tu estilo de vida?, ¿qué ha significado?

- ¿Qué pensás?
- ¿Cómo te sentís?

**Propuesta(s) de prevención**

- Ya para ir terminando, ¿vos creés que hay suficiente información para prevenir este tipo de situaciones? ¿Qué se podría hacer? ¿Qué harías diferente?
- ¿Qué le dirías vos a la gente, especialmente a las y los jóvenes?
- ¿Qué te gustaría que te hubieran dicho a vos?