

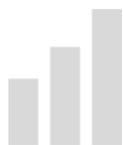
# Población y Salud en Mesoamérica

# PSM



**Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/Sida: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses**

**Itahisa Pérez-Pérez, Juan Agustín Morón-Marchena y David Cobos-Sanchiz**



Revista electrónica semestral  
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista  
Universidad de Costa Rica





## Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/Sida: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses

Patterns of behavior and youth cultural prejudice of HIV: a study with Nicaraguan college students

Itahisa Pérez-Pérez<sup>1</sup>, Juan Agustín Morón-Marchena<sup>2</sup> y David Cobos-Sanchiz<sup>3</sup>

- **RESUMEN:** Objetivos: determinar conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de los jóvenes universitarios nicaragüenses con respecto al VIH para desarrollar propuestas de mejora socio-educativa que permitan contribuir a controlar la pandemia en este contexto. Métodos: se trata de un estudio cualitativo desarrollado en la Facultad Regional Multidisciplinar de Chontales (Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua). Se realizaron dos grupos de discusión con estudiantes, entrevistas a informantes clave del mismo centro, así como un grupo de discusión con expertos de la Comisión Nicaragüense contra el SIDA. Resultados: las expectativas sociales del machismo suponen un obstáculo en materia de educación sexual. Existe una clara diferenciación de género en el discurso explícito sobre el sexo en general y sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en particular. Se dan diferencias significativas de percepción y conocimientos entre el mundo rural y urbano. Persisten gran cantidad de prejuicios, estereotipos y fobia al contagio. Interpretación y conclusiones: el machismo influye en las relaciones sexuales en cuanto a la utilización de métodos de protección. La cultura tradicional dificulta hablar abiertamente de la sexualidad en las familias y entre iguales. Las prácticas de riesgo no se producen tanto por falta de información como sí por la escasa concienciación entre los jóvenes.
- **Palabras Clave:** VIH, educación para la salud, percepción social, género, estigma social, jóvenes universitarios, conocimientos, Nicaragua
- **ABSTRACT:** Objectives: Determine the knowledge, attitudes and risk behaviours of the Nicaraguan college students in respect to HIV in order to develop proposals for the socio-educative improvement that allow controlling the pandemics in this context. Methods: This is a qualitative study developed in the Multidisciplinary Regional Faculty of Chontales (Autonomous University of Nicaragua-Managua). Two focal groups with students, interviews to key informants from the same faculty, and a focal group with experts from the Nicaraguan commission against HIV were conducted. Results: the social expectations of sexism represent a burden in terms of sex education. There is a clear gender differentiation in the explicit discourse about sex in general and about STD in particular. There are significant differences in the perception and knowledge between the rural and urban world. A big amount of prejudices, stereotypes and phobia of infection persists. Interpretation and conclusions: Sexism (machismo) influences sexual relations, particularly in the use of protection. The traditional culture makes it difficult to talk openly about sexuality with the family or between peers. Risk behaviours are not due to the lack of information but rather due to poor self-awareness.
- **Keywords:** HIV, health education, social perception, gender, social stigma, young colleague, knowledge, Nicaragua

Recibido: 09 nov, 2014 | Corregido: 09 feb, 2015 | Aprobado: 20 mar, 2015

<sup>1</sup> Universidad Pablo de Olavide. ESPAÑA. [iperper@upo.es](mailto:iperper@upo.es)

<sup>2</sup> Universidad Pablo de Olavide. Departamento de Educación y Psicología Social. ESPAÑA. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. NICARAGUA. [jamormar1@upo.es](mailto:jamormar1@upo.es)

<sup>3</sup> Universidad Pablo de Olavide. Departamento de Educación y Psicología Social. ESPAÑA. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. NICARAGUA. [dcobos@upo.es](mailto:dcobos@upo.es)



## 1. Introducción

Desde el año 2000 diferentes organismos, entidades e instituciones vienen trabajando en el desarrollo y consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que plantean el camino que debemos seguir para alcanzar el tan ansiado desarrollo y bienestar mundial antes de 2015 (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2014). La Declaración del Milenio consta de ocho grandes objetivos que representan las necesidades y derechos básicos de los individuos a nivel mundial, adoptados como marco de acción tanto de las políticas de desarrollo de los países menos avanzados, como de las políticas de cooperación internacional para el desarrollo, agencias de cooperación, organizaciones no gubernamentales y organismos multilaterales. Estos objetivos son: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años, mejorar la salud materna y, por último, combatir el VIH, paludismo y otras enfermedades. La citada declaración ha supuesto un gran avance en la sociedad mundial al convertirse en punto de partida para la implementación de estrategias, políticas y programas de intervención en pro de los derechos humanos.

Sin embargo, a punto de cumplirse ya la fecha prevista para la consecución de dichos objetivos, somos conscientes del largo camino que queda aún para alcanzarlos. Centrándonos concretamente en el objetivo número 6, que es “combatir el VIH, paludismo y otras enfermedades”, y más concretamente en el VIH, cabe destacar que se constata una disminución de los casos de VIH como resultado de los esfuerzos de gobiernos de todo el mundo para cumplir con dicho ODM. Si bien la cantidad de nuevas infecciones ya alcanzó su máximo, la cantidad de personas infectadas sigue aumentando, debido en gran parte al efecto «alarga-vidas» de la terapia antirretroviral (Carvalho-Dantas y Carvalho-Dantas, 2014).

Por esto, el proyecto de investigación-intervención expuesto aquí se centra en el SIDA y VIH desde una perspectiva socio-educativa como base para la cooperación y la educación para el desarrollo. Concretamente, está enfocado en el análisis de los conocimientos y prácticas de riesgo del VIH de los estudiantes universitarios de la Facultad Regional Multidisciplinar de Chontales (FAREM-Chontales) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua (UNAN-Managua), con sede en Juigalpa. Hay que resaltar que en este país existe, según fuentes del propio Gobierno, un gran número de jóvenes de 15 a 24 años que vive con VIH y que adquirió la infección a través de prácticas sexuales desprotegidas. Así, la juventud es particularmente vulnerable a la infección por VIH, siendo más vulnerable por: comportamiento sexual, uso de sustancias ilícitas, falta de acceso a información sobre el VIH y a los servicios de salud, o por razones económicas y sociales.

Según ONUSIDA (2008), en América Latina el total estimado de nuevas infecciones por VIH en 2008 fue de 170.000 y, en consecuencia, el número de personas que

viven con el virus asciende a dos millones. Según las estimaciones, aproximadamente 77.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida durante el último año. Los datos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina (Morón, López y Cobos, 2011a; Cobos, Morón, López y Reyes, 2013). A pesar de que actualmente existe más información sobre VIH, sobre todo en cuanto a sus métodos de prevención y formas de contagio, siguen existiendo aún zonas donde abundan el silencio, los tabúes y los prejuicios. En el caso de los jóvenes, que son el principal objeto de estudio, son más vulnerables cuando (ONUSIDA, 2011):

- El acceso a una información clara e imparcial acerca de las enfermedades de transmisión sexual es difícil y limitado.
- Para saber si son seropositivos no disponen de prueba y orientación confidenciales y apropiadas para VIH.
- En ocasiones, no tienen la posibilidad de negarse a relaciones sexuales no deseadas o sin protección, dentro o fuera del matrimonio.
- Las tendencias o las prácticas sexuales se ocultan debido a las prohibiciones sociales, culturales, religiosas o jurídicas (por ejemplo, si son homosexuales).
- Las comunidades locales rechazan a los infectados por VIH y, en consecuencia, el secreto es de rigor.

Según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007 (Gobierno de Nicaragua, 2010), en el comportamiento de la epidemia en Nicaragua se identifican dos poblaciones claves que requieren intervenciones adecuadas para lograr cambios importantes: la población más expuesta debido a prácticas de mayor riesgo y la población vulnerable a la epidemia debido a factores externos a su control.

La primera, la población más expuesta debido a prácticas de mayor riesgo, son hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, uniformados (policías y militares), poblaciones móviles, privados de libertad y usuarios de drogas intravenosas. Entre ellos, la mayor prevalencia de VIH se encuentra entre hombres que tienen sexo con hombres (7,2%). Sin embargo, dado que más del 40% de estos son en realidad bisexuales, este grupo constituye un puente epidemiológico que explica la acelerada feminización de la epidemia en el país. Este es el grupo poblacional que tiene menor acceso a los servicios de salud debido al estigma (Cf. Manji, Peña y Dubrow, 2007).

La segunda es la población vulnerable a la epidemia debido a factores externos a su control. En este grupo se encuentran niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Condiciones sociales como la pobreza, la inequidad de género, la falta de acceso a información, la alta proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, y las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones rurales y étnicas explican el aumento de la vulnerabilidad a la epidemia en este grupo poblacional.

Más allá del contexto geográfico nicaragüense, diversas investigaciones desarrolladas a lo largo de todo el mundo han puesto de manifiesto que, efectivamente, la mayoría



de adolescentes y jóvenes presentan déficits en el nivel de autoeficacia y susceptibilidad frente al VIH lo que, sumado a las características propias de su edad, desencadenan comportamientos de riesgo que los hacen especialmente vulnerables a la infección (Uribe, Vergara y Barona, 2009). En este sentido, para la prevención del VIH entre adolescentes y jóvenes, se considera fundamental un trabajo de promoción de la salud sobre la percepción del riesgo que permita implantar un comportamiento deseado y generar la motivación que se requiere para lograr mantenerlo (Noboa y Serrano, 2006).

En julio de 2010, el Ministerio de Salud hace pública la situación de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH. Desde 1987 hasta 2010 se ha producido un aumento en el número de casos. Sin embargo, hubo menos casos de personas que desarrollaron la enfermedad del SIDA y se redujeron considerablemente los fallecidos. No obstante, en la comparación 1987-2008 y 1987-2010 se aprecia que aumentó el porcentaje en todos los casos, lo que obliga a seguir trabajando en la prevención y atención. Según la variable género, los nuevos casos detectados de VIH tuvieron lugar mayoritariamente en hombres (52%), con respecto al 34% de mujeres. Relacionándolo con la edad, los grupos en los que se detectaron mayores casos de VIH tenían entre los 30-34 años. Sin embargo, hay un margen de edad donde se acumulan la mayoría de los casos, que son los que están comprendidos entre los 15 y 39 años. Al cruzar las variables de edad y sexo, observamos que los mayores casos se dan en hombres con edades comprendidas entre los 20 y 39 años. Mientras que en las mujeres, hay más casos en edades más tempranas, de 15 a 34 años. Esto indica que se producen relaciones sexuales tempranas y sin protección (Gobierno de Nicaragua, 2010).

El objetivo del estudio es ofrecer una panorámica cualitativa sobre la situación de la juventud chontaleña con respecto al VIH, en cuanto a su conocimiento y prácticas de riesgo, centrada en una primera fase en la FAREM-Chontales que tiene su sede en Juigalpa. Hay que hacer notar que esta información primaria nos acerca a la realidad de la juventud nicaragüense, ya que los estudiantes de la Facultad provienen de diversos municipios de todo el Departamento de Chontales, tanto de zonas urbanas como rurales. Con este proyecto se ofrece una aproximación a la situación actual de esta población universitaria joven con relación al VIH, sus conocimientos y prácticas de riesgo, que ha permitido diseñar intervenciones socio-educativas dirigidas a mejorar estas situaciones. A partir de ahí, se pretende trabajar en pro de concienciar a la comunidad de la educación para la salud y, concretamente, la sexualidad, derribar mitos y prejuicios e implicar a los diferentes colectivos en un trabajo comunitario con el fin de lograr un mayor desarrollo de la ciudadanía.



## 2. Materiales y Métodos

De los 2.610 alumnos matriculados en la FAREM-Chontales durante el curso 2011/2012, se realizaron dos grupos de discusión de estudiantes, uno correspondió al turno matutino y otro, a la modalidad “encuentro” (clases en fines de semana); en ellos participaron 16 estudiantes. El sistema de muestreo que utilizamos para los grupos de discusión de estudiantes fue el de azar simple, es decir, elegimos mediante un sorteo riguroso una serie de unidades de un universo hasta completar el tamaño de la muestra que se fijó en 8-10 estudiantes por cada grupo (teniendo en cuenta que hubiese representación de diferentes titulaciones dentro de cada turno; género; y, lugar de procedencia, rural o urbano). Dado que este estudio trata de elaborar un diagnóstico sobre la situación en la FAREM-Chontales de la UNAN-Managua de Nicaragua, tratamos de seguir una distribución que representase, grosso modo, el panorama de la actividad académica del centro. La distribución final fue la siguiente (tabla 1 y 2):

**Tabla 1**

Grupo de discusión turno matutino [GD1]

<b>Carrera</b>	<b>Curso</b>	<b>Lugar de procedencia</b>	<b>Sexo</b>
Administración de Empresas	1°	San Pedro	Mujer
Contaduría Pública	2°	Juigalpa	Mujer
Ingeniería Agronómica	1°	Acoyapa	Hombre
Ingeniería Agroindustrial	2°	Juigalpa	Hombre
Enfermería con Orientación materno-infantil	1°	Juigalpa	Mujer
Contaduría Pública	1°	Santo Tomás	Hombre
Ingeniería Agroindustrial	2°	Cuapa	Mujer
Bioanálisis	2°	Juigalpa	Hombre

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2**

Grupo de discusión turno encuentro [GD2]

Carrera	Curso	Lugar de procedencia	Sexo
Ciencias Sociales	1°	Juigalpa	Mujer
Matemáticas	1°	Juigalpa	Hombre
Ciencias Naturales	2°	Villa Sandino	Mujer
Inglés	1°	Camoapa	Mujer
Enfermería	2°	Juigalpa	Hombre
Banca y Finanzas	1°	La Libertad	Mujer
Contaduría Pública	2°	Acoyapa	Hombre

**Fuente:** elaboración propia.

Con respecto a las entrevistas [EIC], se seleccionaron diferentes informantes claves, con la participación y asesoramiento de un grupo de expertos de la FAREM-Chontales, según las siguientes variables:

- Que tuviesen conocimientos sobre VIH en Juigalpa-Chontales: un docente que imparte en Enfermería y también es médico ginecólogo en el Hospital de Juigalpa.
- Que fuesen profesores jóvenes y, por tanto, más cercanos a las vivencias cotidianas y extra-académicas de los jóvenes universitarios: dos profesores (hombre y mujer) con edades comprendidas entre los 20 y 26 años.
- Que fuesen cercanos a los estudiantes, pero con cierta edad, con objeto de facilitar otra visión distinta de la que podía ofrecer un profesor recién egresado: dos profesoras (una más liberal y otra más conservadora).

Para contrastar toda esta información, también se realizó un tercer grupo de discusión con expertos en el ámbito del VIH que trabajan cotidianamente atendiendo a personas en riesgo o que ya han sido contagiadas [GD3]. Teniendo en cuenta que durante las diferentes estancias de investigación desarrolladas en Nicaragua tuvimos la oportunidad de participar en las reuniones de la Comisión Nicaragüense contra el Sida (CONISIDA), les consultamos la posibilidad de que participasen en esta investigación. De todos los participantes de CONISIDA, representantes de diversas instituciones públicas y privadas, seleccionamos, conjuntamente con la coordinadora de CONISIDA-Chontales, a las personas más cercanas a la problemática y que por cuestiones operativas podían participar. En esta ocasión, el grupo lo componían cuatro mujeres:

- Enfermera, docente de la FAREM-Chontales y responsable de proyectos comunitarios en salud.
- Enfermera y coordinadora del componente VIH del SILAIS-Chontales y coordinadora de CONISIDA en Chontales.
- Representante de Cáritas, coordinadora y facilitadora de proyectos.
- Enfermera del Seguro Social.



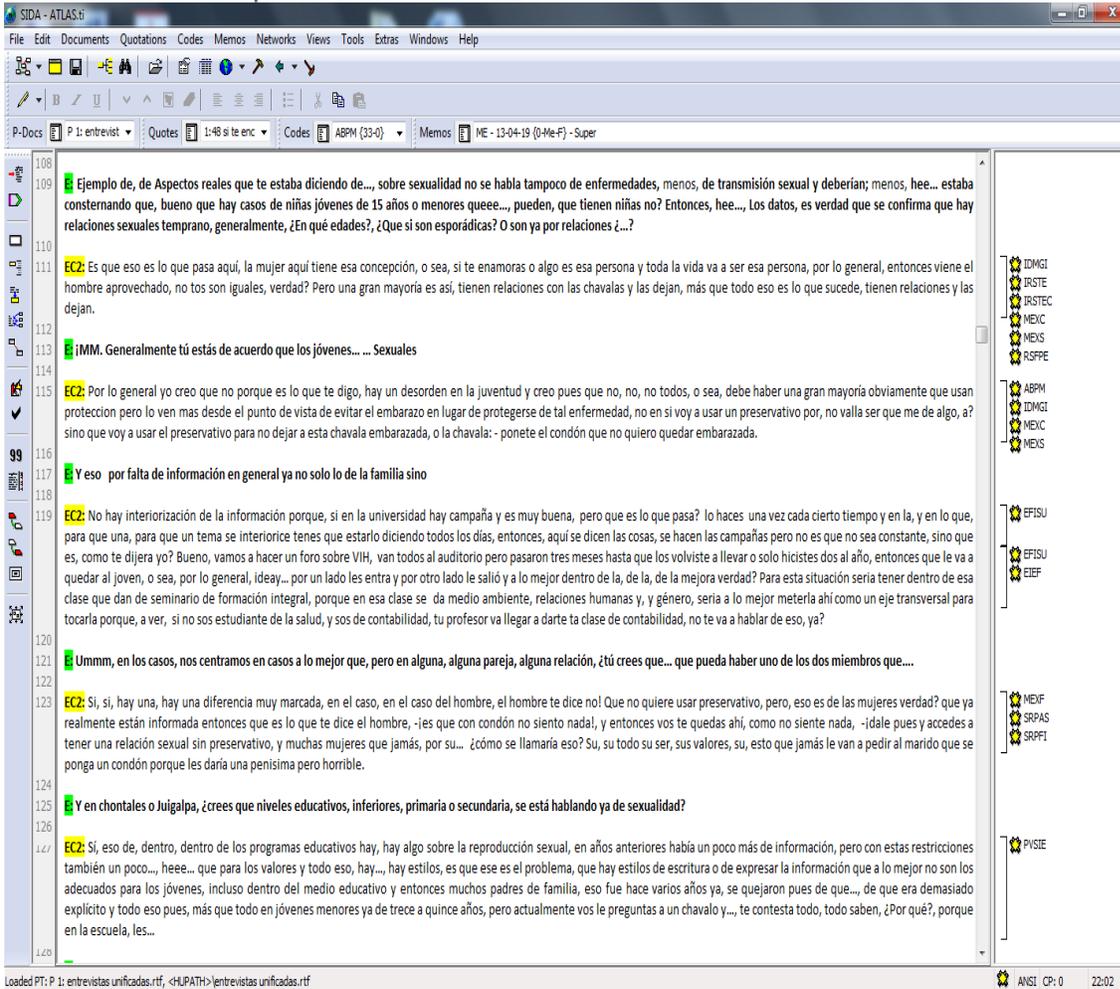
Para el análisis de los datos, procedimos en primer lugar a la categorización del contenido cualitativo. Esta categorización consiste en asignar “categorías” a medida que se revisa el material y va emergiendo el significado de cada párrafo, hecho o dato. A partir de ahí, diseñamos unos esquemas sobre las relaciones que se daban en cada uno de ellos. En este caso, hicimos una primera categorización manual, para observar las interrelaciones con la información que se había obtenido y, a partir de ahí, procedimos a formar familias de códigos que representan las categorías.

El análisis y tratamiento de los datos cualitativos lo realizamos mediante el software Atlas-ti, versión 5, cuyo objetivo es brindar recursos tecnológicos para el análisis cualitativo, entre otros, de datos textuales (Chrobak, Barraza y Rodríguez, 2014). Una vez cargados al programa los documentos primarios, es decir, los datos brutos, establecimos los códigos; estos códigos definidos son fundamentales para proceder al análisis en el programa. A partir de ahí, vinculamos ciertos fragmentos de las entrevistas con los códigos. El sistema de categorías se encuentra dividido en trece marcos globales que concuerdan en número y orden con el guión de la entrevista. Los códigos generales dan nombre a la categoría a la que cada texto va a ser referido. Son los sub-códigos los encargados de delimitar el núcleo de las unidades de análisis (transcripciones) que, junto con los códigos generales, dan nombre a los cincuenta códigos finales.

La codificación en investigación cualitativa es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos (Taylor y Bogdan, 1986). Este proceso incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones. La parte de codificación de las transcripciones (entrevistas y grupos de discusión) se ha realizado adjudicando exhaustivamente los códigos finales a cada unidad de análisis. Se ha empleado un nivel analítico y de abstracción altos, orientados al detalle en cada una de dichas unidades. Una muestra del tratamiento de los datos en Atlas.ti aparece en la siguiente figura (figura 1):

## Figura 1

### Modelo de procesamiento cualitativo de los datos mediante Atlas.ti



Fuente: elaboración propia.

Asimismo, en la siguiente tabla aparece todo el sistema de categorías, con los códigos de análisis de contenido y las correspondientes frecuencias (tabla 3):



**Tabla 3**  
Códigos de análisis y frecuencias obtenidas

Denominación/ Especificación	Código	Sub-código	Código final	Frecuencia
<b>Problemática VIH/sida</b> (Carencia cultural o ignorancia de conocimiento) (Fobia al contagio) (La universidad como agente de difusión sobre Educación Sexual)	<b>PVS</b>	<b>ICS</b> (De índole cultural y social)	<b>PVSICS</b>	<b>29</b>
		<b>SNL</b> (De salud nacional/local)	<b>PVSSNL</b>	<b>24</b>
		<b>IE</b> (De índole educativa)	<b>PVSIE</b>	<b>41</b>
<b>Información y/o comunicación sobre el sexo-VIH</b>	<b>IDR</b> (Discurso tradicional centrado en motivos religiosos)	<b>F</b> (Procedente de la familia)	<b>IDRF</b>	<b>5</b>
		<b>E</b> (Procedente de la escuela)	<b>IDRE</b>	<b>6</b>
		<b>GI</b> (Procedente del grupo de iguales)	<b>IDRGI</b>	<b>2</b>
		<b>U</b> (procedente de la universidad)	<b>IDRU</b>	<b>1</b>
	<b>IDM</b> (Discurso tradicional centrado en el machismo)	<b>F</b> (Procedente de la familia)	<b>IDMF</b>	<b>30</b>
		<b>E</b> (Procedente de la escuela)	<b>IDME</b>	<b>9</b>
		<b>GI</b> (Procedente del grupo de iguales)	<b>IDMGI</b>	<b>19</b>
		<b>U</b> (procedente de la universidad)	<b>IDMU</b>	<b>4</b>
<b>Cifras sobre conocimiento del VIH-sida</b> (ITS en general)	<b>CCS</b> (Cifras conocimiento sida)	<b>FR</b> (Fieles a la realidad)	<b>CCSFR</b>	<b>1</b>
		<b>ES</b> (Existencia subregistro)	<b>CCSES</b>	<b>6</b>
<b>Iniciación relaciones sexuales</b>	<b>IRS</b> (Iniciación relaciones sexuales)	<b>TA</b> Tardías en chicas (desde 15 años)	<b>IRSTA</b>	<b>8</b>
		<b>TEC</b> Tempranas en chicas (desde los 13 años)	<b>IRSTEC</b>	<b>26</b>
		<b>TE</b> Tempranas en chicos (desde los 12 años)	<b>IRSTE</b>	<b>13</b>
<b>Frecuencia relaciones sexuales</b>	<b>RS</b> (Relaciones sexuales)	<b>EPE</b> (Esporádicas con pareja estable)	<b>RSEPE</b>	<b>0</b>
		<b>EPNE</b> (Esporádicas con parejas no estable)	<b>RSEPNE</b>	<b>8</b>
		<b>FPE</b> (Frecuentes con pareja estable)	<b>RSFPE</b>	<b>9</b>

Continúa...



...Continuación tabla 3

		<b>FPNE</b> (Frecuentes con parejas no estable)	<b>RSFPNE</b>	<b>11</b>
<b>Embarazos no deseados</b>	<b>ED</b> (Por desconocimiento)	<b>PS</b> (Parejas estable)	<b>EDPS</b>	<b>13</b>
		<b>PE</b> (Pareja esporádica)	<b>EDPE</b>	<b>15</b>
	<b>EPRI</b> (No percepción del riesgo)	<b>PS</b> (Parejas estable)	<b>EPRIPS</b>	<b>12</b>
		<b>PE</b> (Pareja esporádica)	<b>EPRIFE</b>	<b>18</b>
<b>Machismo</b>	<b>M</b> (Machismo)	<b>EXS</b> (Expectativas sociales)	<b>MEXS</b>	<b>17</b>
		<b>EXF</b> (Expectativas familiares)	<b>MEXF</b>	<b>16</b>
		<b>EXC</b> (Expectativas culturales)	<b>MEXC</b>	<b>19</b>
<b>Diferencias ámbito rural – urbano</b> (ETS, VIH-sida, relaciones sexuales)	<b>DP</b> (Procedencia)	<b>RU</b> (Rural)	<b>DPRU</b>	<b>19</b>
		<b>UR</b> (Urbana)	<b>DPUR</b>	<b>7</b>
<b>Prácticas sexuales de riesgo</b> (para transmisión de enfermedades o embarazos no deseados)	<b>SRP</b> (Sin protección de barrera: el preservativo)	<b>FI</b> (Falta Información)	<b>SRPFI</b>	<b>31</b>
		<b>I</b> (Impunidad)	<b>SRPI</b>	<b>22</b>
		<b>P</b> (Pudor)	<b>SRPP</b>	<b>1</b>
		<b>AS</b> (Ausencia de estimulación)	<b>SRPAS</b>	<b>5</b>
		<b>DA</b> (Dificultad de adquisición)	<b>SRPDA</b>	<b>4</b>
		<b>MCM</b> (Medios de comunicación de masas: Internet, TV...)	<b>SRPMCM</b>	<b>2</b>
		<b>D</b> (Combinación con drogas: alcohol, marihuana...)	<b>SRPD</b>	<b>1</b>
<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>AB</b> (Anticonceptivo de barrera)	<b>PM</b> (Preservativo Masculino)	<b>ABPM</b>	<b>33</b>
	<b>AE</b> (Anticonceptivo de Emergencia)	<b>PDD</b> (Píldora del día después)	<b>AEPDD</b>	<b>10</b>
<b>Propuestas prevención VIH/sida</b>	<b>PEL</b> (Propuesta Educación del Líder)	<b>GI</b> (Grupo de iguales)	<b>PELGI</b>	<b>9</b>
	<b>EI</b> (Educación e influencia)	<b>EF</b> (Educación formal)	<b>EIEF</b>	<b>39</b>
	<b>EP</b> (Educación primaria)	<b>F</b> (Familia)	<b>EPF</b>	<b>23</b>
	<b>ED</b> (Educación divulgada)	<b>MCM</b> (Medios de comunicación de masas)	<b>EDMCM</b>	<b>14</b>
	<b>PLP</b> (Propuesta)	<b>EC</b> (Ética del contagio)	<b>PLPEC</b>	<b>13</b>

Continúa...

...Continuación tabla 3

	legal Prosidia)			
	<b>E</b> (Educación general)	<b>EIG</b> (Educación e igualdad de Género)	<b>EEIG</b>	<b>7</b>
<b>Rechazo/Discriminación hacia personas con VIH/sida</b>	<b>RS</b> (Rechazo Social)	<b>D</b> (Desinformación)	<b>RSD</b>	<b>24</b>
		<b>INC</b> (Información no canalizada)	<b>RSINC</b>	<b>5</b>
		<b>IH</b> (Influencia homofobia)	<b>RSIH</b>	<b>8</b>
		<b>IR</b> (Influencia religión)	<b>RSIR</b>	<b>4</b>
<b>Educación para la salud en la Universidad</b>	<b>EFIS</b> (Educación Formal Integral en Salud Sexual)	<b>U</b> (Universidad)	<b>EFISU</b>	<b>30</b>
	<b>EISS</b> (Educación Informal en Salud Sexual)	<b>I</b> (Iglesia)	<b>EISSI</b>	<b>8</b>

Fuente: elaboración propia.

Esta investigación contempló escrupulosamente los aspectos éticos; la FAREM-Chontales de la UNAN-Managua aprobó las entrevistas y grupos de discusión desarrollados y revisó el consentimiento informado. Las identidades fueron resguardadas.

### 3. Resultados

#### 3.1. La problemática del VIH

La problemática del VIH es considerada en la sociedad chontaleña como un eslabón no resuelto de índole cultural y social, una lacra social que no evoluciona a medida que evoluciona la sociedad en su conjunto. En el análisis de las pruebas cualitativas realizadas hemos determinado un nivel de confianza cero por parte de los entrevistados hacia el sistema, en general, como órgano social y como generador de cambio cultural. Desde la opinión de los entrevistados, la población adolece de un nivel educativo adecuado, considerándola vulnerable y/o sujeta a riesgos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS):

*“El tema del VIH aunque ahora se hable mucho más de él, se sepa más de él, sigue siendo un tema con problemas culturales, todavía hay mucha gente que mira el VIH como algo de otro mundo, de otro planeta, y es complicado a veces hablar de eso”* (Entrevista Informante Clave –EIC-).

De la misma manera, la influencia de una sociedad machista crea desconfianza hacia los valores culturales transmitidos de generación en generación; esto propicia que los jóvenes no terminen de adquirir una base sólida respecto al VIH e ITS. La juventud nicaragüense va avanzando, generando un cambio cultural en educación teórica-profesional, pero no se acerca a la educación sexual, en el sentido más amplio de la palabra:

*“Los arraigos del poder patriarcal son enormes y no se pueden quitar de la noche a la mañana entonces la mujer a veces nos ha limitado desde los estudios de primaria secundaria a no hablar de sexualidad en los colegios hasta cuando ya entras en la universidad [...] en un sector de los estudiantes encontramos deficientes conocimientos del sexo y planificación familiar dentro de la universidad.” (EIC)*

En opinión de las personas participantes, se manifiesta la cuestión del VIH desde un problema de salud a nivel local/nacional. El escaso nivel educativo, ligado con una cultura en su mayoría basada en el patriarcado, hace que la salud sexual de la población aparezca sin valor real por parte de la sociedad en su conjunto. En este sentido, los participantes reconocen que existe un alto factor de riesgo en la población y admiten el VIH como un problema a tratar con urgencia social llevado desde la problemática de la Salud.

El VIH, el sida y las ITS se consideran, además de una problemática cultural y de salud, un problema educativo tanto a nivel formal como no formal. En tanto que aspecto formal de la educación, en los análisis observamos cómo el discurso subyacente de los entrevistados llega a entender a la universidad como el motor generador del conocimiento en sí, por lo que existe una confianza ciega en ella misma, aunque esta función no llegue a materializarse. Otro de los aspectos observados es que existe una preocupación real por cómo los docentes se forman y por el hecho de que desde los niveles educativos más bajos existe cierto ocultismo sobre la educación sexual y sobre enfermedades de transmisión sexual, lo cual repercute en una menor conciencia sobre dicho tema.

### **3.2. Procedencia, problemática y factores implicados en la naturaleza de la información que reciben los jóvenes**

Los análisis de las respuestas dadas por las personas entrevistadas ponen en tela de juicio el papel que las iglesias y las religiones poseen como comunicadoras y educadoras de valores en educación sexual, principalmente en las ideas acerca del VIH. Las familias con un fuerte arraigo al pensamiento cristiano terminan usando como escudo los pilares de dicha religión como transmisores de aquellos valores que quieren transferir a sus hijos e hijas en cuanto a las relaciones sexuales y al uso de preservativo como método anticonceptivo o como método para prevenir enfermedades venéreas. Los jóvenes que se inician o se han iniciado en prácticas sexuales perciben la negativa de sus familias hacia dichas prácticas y por ello las ocultan. La consecuencia más directamente ocasionada por los valores religiosos

viene a ser la existencia de jóvenes con deseos de experimentar su sexualidad y las relaciones sexuales, pero con prácticas de riesgo de contagio de enfermedades, de VIH, y de embarazos no planificados o no deseados:

*“Entonces, ... la iglesia, no sé de qué corriente, de qué razón evangélica o apostólica, de cualquier corriente que sea, que nos ayuden a hablar, porque hay que modernizar ese tema, y hablar de ello, porque son temas prohibidos, igual que las relaciones sexuales, asimismo está prohibido el tema del VIH. Como si no conectaran, integrados en una iglesia, estos adolescentes.... [GD3]*

La enseñanza de la educación sexual (en su concepción más amplia, incluido el tema del VIH) en las aulas escolares con orientación religiosa presenta muchas carencias. Desde la perspectiva religiosa, y de acuerdo con lo expresado en el apartado anterior, existe una tendencia a valorar y juzgar como inapropiado todo lo perteneciente a la educación sexual. Por este motivo, sexualidad (e incluso reproducción) y prevención de enfermedades de transmisión sexual quedan excluidas del currículum académico tanto en centros escolares de primaria como secundaria: *“En los colegios sí, sí se da cierta apertura pero no por completo para hablar del tema. Principalmente en los colegios que son de tendencia religiosa, casi no permiten que se hable de estos temas”.* [GD3]

El grupo de iguales es considerado como un factor influyente en las relaciones que los jóvenes establecen entre sí y, por ende, en las relaciones sexuales que pueden darse entre ellos. Son los propios círculos amistosos los que en numerosas ocasiones empujan a la juventud a llevar prácticas sexuales de riesgo, ya sea de contagio de VIH o de otras enfermedades venéreas: *“Es que incluso a veces tu amigo o tu grupo con el que estás te motiva a que tengas relaciones para que des el paso de niño a hombre”.* [EIC]

Respecto al discurso empleado por las familias para informar a los jóvenes sobre VIH y sida, se puede decir que viene marcado por un fuerte carácter machista, tal y como se discute en el siguiente apartado de análisis.

### **3.3. El machismo como sesgo cultural, familiar y social**

Antes de ahondar en estos resultados, brevemente se aborda el concepto machismo para aclarar esta terminología. La organización United Nations Children's Fund (UNICEF, s.f.), define el machismo como un factor social y cultural de vulnerabilidad:

ya que la mujer está sujeta a la voluntad de su pareja en cuándo y cómo tener relaciones sexuales, poca o escasa capacidad para negociar el uso del preservativo o condón, aún y cuando se reconozca que el compañero o esposo tiene otras parejas sexuales. (p.12)

En la sociedad chontaleña, las expectativas sociales del machismo acarrear un lastre social a todos los ciudadanos en materia de educación sexual y en conocimiento sobre el VIH y sida en particular. Existe una clara diferenciación de género en el discurso dado sobre el sexo en su conjunto y sobre las ITS. Como datos relevantes para esta investigación, hemos observado cómo las mujeres, influenciadas por una cultura y sociedad básicamente fundada en el machismo, actúan de forma recatada, inhibida y selectiva a la hora de mantener relaciones sexuales. Por el contrario, a los hombres se les permite socialmente elegir cuándo y cómo quieren tener relaciones sexuales.

Como patrón social y culturalmente establecido, encontramos la figura del hombre cuyo número de relaciones sexuales significa mayor poder entre el grupo de iguales, un mayor prestigio social y una identidad de género mucho más segura, aunque ello suponga poseer un mayor riesgo al contagio al VIH y otras ITS. En cambio, desde la perspectiva machista para la mujer, la virginidad se considera como signo de reputación social y como valía personal. Dentro de dicho mundo, sólo en el caso de que la mujer comience una relación con una pareja con estatus de “novio” se le permite socialmente tener –hasta cierto nivel- relaciones sexuales. Ante el panorama observado en los análisis, una gran parte de la población nicaragüense se ve influenciada por el machismo y, es más, es la misma población la que perpetúa que dichos valores se sigan transmitiendo:

*“Claro que sí, hay una gran diferencia. Las mujeres chontaleñas y juigalpinas por excelencia, son súper-reservadas sólo para el hecho de tener relaciones, el hombre no, el chavalito anda buscando con mujeres, sabe que puede contraer, lo sabe y puede estar claro de eso, pero su meta es tener relaciones con mujeres y va a seguir ahí, y si no lo puede con ella va a intentarlo con otra. Mientras que las mujeres no. Es lo que te digo, la parte machista influye mucho, es la parte cultural, las mujeres son... por la misma fuerza de la familia o inducción de la familia en que no lo debe hacer.” [EIC]*

*“El grado cultural defecto que tiene esta población... hay un oscurantismo y más que todo en la mujer y por el machismo del 90% que tiene esta población, es alta, el machismo es alto en esta población”. [EIC]*

Existe un obvio matiz de diferenciación del machismo según hablemos de entornos rurales o urbanos. Como una consecuencia más del machismo social en el contexto rural, el grado de emancipación alcanzado por parte de las adolescentes es alto, considerándose una conducta normalizada que desde los 12–13 años de edad comience a permitirse socialmente la unión matrimonial de hombre y mujer. El trasfondo social y cultural de dichas uniones radica en un deseo de independencia de la mujer, cuyo núcleo familiar basado en el machismo crea y potencia el deseo de independencia tanto de actividad vital como de sexualidad. La problemática emerge cuando dichas jóvenes encuentran en el nuevo núcleo familiar creado más signos machistas, en ocasiones con motivos y valores más severos que los de la familia de procedencia. Junto a la nueva vida matrimonial, los valores y comportamientos

machistas se reproducen crudamente, pues es el esposo quien, en lugar del padre, tiene sujeta a voluntad y disposición a la joven:

*“En el campo eso sucede. Las muchachas, este, de matrimonio, de unión libre a los doce o trece años y eso es normal. Súper normal. Pero es por el medio de allí, porque las jovencitas quieren salir, de ese hermetismo que la tienen los padres, quieren sentirse un poco liberadas. Pero qué es lo que sucede, que se equivocan, porque después se van a meter con un hombre que va con esa misma concepción y la mantiene de la misma manera. Entonces qué sucede, allí es donde vienen a verle aquellos que le llaman, cuando el hombre atenta contra la mujer, [...] ¡ay ay ay!, cuando el hombre ejerce la violencia. Cuando la mujer no encontró lo que ella esperaba. Ella quería liberarse y se encuentra con un hombre, que de igual manera la quiere tener encerrada y sometida a todo lo que él dice. Entonces empieza el maltrato, viene la violencia intrafamiliar.” [EIC]*

El machismo, enfocado desde el punto de vista de la familia como institución transmisora de conocimientos, valores y actitudes es el elemento responsable de la herencia cultural transmitida de generación en generación. Hemos observado una tendencia a considerar la familia como encargada de enseñar a los descendientes todo lo relacionado sobre las enfermedades de transmisión sexual, sobre las relaciones sexuales en general y sobre los riesgos que entrañan. Los análisis han destacado la importancia de dicha comunicación en la familia, ya que cuando se presenta como una carencia, la juventud es más proclive a la promiscuidad y a poner en práctica relaciones sexuales de alto riesgo de contagio de VIH e ITS. Se hace hincapié en la importancia de la demostración del afecto entre padres y madres recíprocamente, y también de estos hacia los hijos e hijas. Dicha demostración de afecto permite tratar de forma natural el fondo amoroso de las relaciones sentimentales y los lazos de unión paterno-filial en la familia, además, es desde el propio núcleo familiar donde se potencia una mayor apertura al entendimiento y comunicación de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH. Desde este punto de vista, el clima familiar se aleja de posturas machistas basadas en el arraigo cultural y permiten progresar hacia la evolución de dichos conceptos:

*“Mi familia igual, me criaron de esa manera ya, que si tienes un novio, que si tienes otro novio, pero nada de relaciones que eso es hasta el matrimonio, entonces, te crían de una manera pero vos vas aprendiendo [...] lo que te dice tu madre, andas con uno, andas con otro, andas jugado de Cegua<sup>4</sup>, o sea que una mano paso sobre vos, otra mano paso sobre vos y eso tiene que ver sobre los valores que tu familia te inculca, pero si tu familia no te inculca eso y vos te dejás influenciar por el resto del mundo, vos vas a hacer lo que el resto del mundo hace y en ese sentido, pues, las mujeres más que todo, cometemos el error de a lo mejor andar o tener relaciones sexuales”. [EIC]*

<sup>4</sup> Expresión regional que significa andar alelado o distraído.

La forma en que la cultura invade nuestro alrededor se aprecia en todo lo que vivimos. En este sentido, la cultura es otro elemento más de transmisión de valores machistas hacia la sociedad respecto a las enfermedades de transmisión sexual como el VIH; cómo nos enfrentamos ante las relaciones sexuales desde sus inicios depende en gran medida de ello. Durante el análisis de los datos, nos llamó especialmente la atención la percepción que tienen las personas entrevistadas sobre la cultura, entendida como elemento inamovible de la evolución de la sociedad chontaleña.

En las zonas rurales existe poca o nula protección ante los riesgos de infecciones y las enfermedades de transmisión sexual, mientras que los embarazos no deseados llegan a estar un poco más controlados que este tipo de enfermedades. Es decir, cuando las personas jóvenes se protegen con un preservativo en sus relaciones sexuales lo hacen pensando más en evitar un embarazo no deseado que en evitar el contagio de una enfermedad venérea. En todo caso, los estudiantes y las estudiantes -aun habiendo recibido educación básica sobre ITS y concretamente sobre VIH- siguen mostrándose reacios en cuanto al uso del preservativo. Estos resultados son congruentes con los datos aportados por numerosas investigaciones desarrolladas a lo largo de todo el mundo (Buhi y Goodson, 2007; Fergus, Zimmerman y Caldwell, 2007; Moreno et al, 2008; Vinaccia et al, 2007). Nuestros análisis han evidenciado que aún sigue existiendo una sociedad machista en Chontales, aunque se aprecia cierto atisbo de cambio de roles. Las jóvenes comienzan a ser un poco más libres en los grupos de iguales y a comportarse de manera similar que los jóvenes ante las relaciones sexuales, camuflándose en una falsa igualdad de género:

*“En el campo no se usa mucha protección porque eso va en contra del macho. Y hablar de condones o hablar de algún tipo de sistemas de protección contra enfermedades pues no es muy usual. Entonces qué pasa, se traslada esa información cultural del campo a la ciudad. [...] Y aunque tengan influencia de centros universitarios, de medios de comunicación y todo eso, pero todavía prevalece en nuestros hogares de Juigalpa y de Chontales, urbanos, ese tipo de elemento rural, de que no se debe usar protección porque qué es eso, que no va dentro de las costumbres”. [EIC]*

### 3.4. Diferencias educativas entre el mundo rural y urbano

Las diferencias educativas entre entornos rurales y urbanos respecto al conocimiento general de sexualidad, VIH, sida, ITS, y otros aspectos son muy destacadas. La sociedad rural desconoce mucha de la información que poseen los jóvenes de la urbe, dándose un desfase cuando tienen lugar los movimientos migratorios del pueblo a la ciudad. En el momento en que la juventud pasa a estudiar a la universidad (ciudad) las diferencias se hacen más notorias.

Si bien debería tomarse como un motivo para aprender más sobre el tema, los jóvenes que migran de la zona rural caen en una dinámica de prácticas sexuales de riesgo debido a su ignorancia. De forma contraria, cuando el movimiento se da desde

la urbe hacia el pueblo, lo que se entiende como conocimiento en métodos anticonceptivos, VIH, sida, enfermedades venéreas y otros queda en entredicho por el escepticismo que los habitantes del pueblo tienen sobre ello. Es el escepticismo en educación sexual en dichos ambientes lo que viene a justificar la necesidad de formación.

En las entrevistas observamos el papel destacado que ocupan los medios de comunicación en los entornos urbanos, en especial el acceso a Internet. Dicho medio permite que los jóvenes puedan tener acceso a la información sobre sexo e ITS. Es un recurso que según los participantes se emplea en menor proporción en las zonas rurales, ya que el acceso a Internet es deficiente o no se tiene conocimiento apropiado de su uso. El manejo de los medios de comunicación con cierto nivel de soltura se relaciona con la educación desde la escuela. Incluso, desde las escuelas de las ciudades, se comienza a hablar de reproducción sexual en humanos, pero en el medio rural dicha información se omite o no se explica con naturalidad:

*“El joven del campo conoce una octava parte de lo que conoce el joven de la ciudad. La mujer del campo conoce una dieciseisava parte de lo que conoce alguien de la ciudad. En el campo que hay mucha gente que no terminó la primaria o la secundaria, el tema se vuelve todavía más extraordinario, es hablar de extraterrestres, de fantasmas, de cosas que no existen, cómo le llaman, leyendas, leyendas urbanas y cosas por el estilo. Sí hay una diferencia enorme [...] Alguien que ha vivido en Juigalpa tiene mejores oportunidades de escuchar a alguien hablar del tema, quiera o no, estudie donde estudie, ha hablado con sus amigas y tiene más conocimientos sobre el tema que ha encontrado, por ejemplo, en Internet”. [EIC]*

*“En las comarcas de las fiestas patronales....a las personas y....con la misma ideología que tienen de machista, yo soy muy hombre, y cuántas más mujeres soy más hombre”. [GD2]*

*“Me he dado cuenta que en ciertas comunidades rurales, los maestros o las maestras omiten las unidades de programación del Ministerio, todo lo que tiene que ver con la sexualidad, eso no se puede dar, y se tienen cohibidos, qué van a decir de mí...” [GD2]*

### 3.5. Prejuicios, sesgo cultural, desinformación y fobia al contagio

Durante los análisis, hemos observado el papel predominante que ejerce la desinformación en torno a la temática del VIH y sida en la sociedad chontaleña como barrera para la aceptación de las personas que sufren dicha enfermedad. Los prejuicios, el rechazo, la discriminación y el miedo al contagio se deben en gran parte al escaso conocimiento que la población (en opinión de las personas entrevistadas) posee sobre la enfermedad. Existen dudas respecto a los medios de contagio de la enfermedad, creando una especie de barrera para no entrar en contacto, ni siquiera

verbalmente, con personas que puedan padecer el virus, de ahí también que muchas personas oculten su estado para evitar ser rechazadas; estamos hablando incluso de familias que rechazan a sus propios hijos e hijas cuando la noticia del contagio por VIH se hace pública entre sus miembros. Se siguen perpetuando mitos sobre las personas y también sobre las formas de contagio, existiendo, en este sentido, una alta correlación percibida con el nivel de conocimiento y formación que posee la persona. Los estereotipos asociados tradicionalmente al VIH continúan jugando un importante papel en la justificación, desarrollo y mantenimiento de la estigmatización hacia las personas seropositivas como han señalado ya otros autores (Brooks, Martín, Ortiz y Veniegas, 2004; Dijker, Kok y Koomen, 1996; Carrasco-Aldunate et al., 2013). Por ello, los casos conocidos entre comunidades crean un estigma social encasillado en personas que han abusado de las relaciones sexuales indiscriminadamente, sin protección e, incluso, relacionándolas con el mundo de la prostitución y con la homosexualidad masculina:

*“Comúnmente la gente cree que solo se acerca a alguien que tiene sida... si hace lo contrario, que tal vez que porque estornude cerca, ahí ya, entonces ahí se confunde VIH con sida y de ahí sale el miedo de que no quieren hacerse la prueba, porque se van a sentir discriminadas si alguien se da cuenta que es seropositiva, comienza la discriminación por la falta de información”. [GD2]*

La información mal canalizada se refiere a la existencia de algún tipo de información respecto al VIH y al sida, pero que no ha sido asimilada correspondientemente. Se pone de manifiesto el rechazo existente especialmente en áreas rurales, donde la información además de ser mucho más escasa que en la ciudad, se malinterpreta o no se asimila. En este punto, entendemos que la educación en estos entornos ocupa un papel importante: la información mal conducida lleva a las personas a desvalorar el VIH hasta su extremo más bajo, pues en lugar de prestar empatía y comprensión hacia quien se ha contagiado, se limita a encasillar e indagar cómo ocurrió dicho contagio: *“Sí, sí, la información está, pero está mal manejada, mal canalizada, en esas áreas rurales, ¿verdad? Si hay cantidad, de clichés, hay cantidad de... pero sí, sí genera rechazo”. [EIC]*



## 4. Análisis y Discusión

En este apartado se explotan y ponen en valor los resultados obtenidos del estudio cualitativo. Se trata de ofrecer una panorámica amplia sobre los comportamientos y prejuicios de los jóvenes chontaleños con relación al sida. Saldrán a relucir aspectos como machismo, inequidad de género, el papel de la familia, la universidad o el grupo de iguales. El análisis y discusión generan evidencia científica, sin duda, útil para el posterior diseño de estrategias de intervención adecuadas al contexto de estudio.

Según Ramonda (2005, p. 20):

la inequidad de género que se acentúa culturalmente reproduciendo el modelo machista al que los jóvenes “deben” responder sin atreverse a preguntar ni a evacuar sus dudas, pone en riesgo tanto a las niñas como a los niños y adolescentes de ambos sexos.

En este sentido, y aunque anteriormente definimos el machismo según UNICEF, recogemos también la definición del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA, 2010) al considerarlo como un “estilo de vida autoritario, individualista, preocupado de sí mismo, generalmente atribuido a ciertos hombres” (p.8). Este estilo de vida puede ser, de hecho, un factor importante para la propagación del VIH/SIDA. Así se señala en el Plan estratégico nacional de lucha contra las ETS/VIH/SIDA de Nicaragua, que señala la: “fuerte influencia que ejerce una práctica sexual influida fundamentalmente por una cultura de tipo patriarcal” (Proyecto Acción SIDA de Centro América [PASCA], 2000, p. 27). De esta manera, dicho informe subraya que:

las características de la sociedad nicaragüense hace que algunas situaciones se conviertan en factores asociados al VIH/SIDA, entre los que se destaca una cultura patriarcal, donde impera la actitud machista y ejerce total control sobre la sexualidad y las capacidades reproductivas de la mujer; sin obviar la influencia del sexismo y la violencia generalizada que afecta cada vez más a las mujeres (PASCA, 2000, p. 29).

En este sentido, el tratamiento para la mejora de la prevención del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual debe estar integrado en acciones conjuntas, desde un giro cultural que aleje del machismo y desde una mejora de la educación sexual, promoviéndose en primer lugar desde el sistema educativo. Según los datos analizados, salud, cultura y educación son, por tanto, tres puntos imprescindibles para que pueda darse un cambio local en la salud:

*“En los jóvenes, por así decirlo, mis amigos, con las personas más cercanas a mí, pues hablamos del tema siempre con miedo, de que te lo puedan transmitir, de que lo puedas contraer, pero a la vez las prácticas sexuales suelen no ser las que deberían de ser ¿no? Y muchos de los muchachos, sobre todo en los varones, comenten errores fundamentales, sabiendo las necesidades e importancia del uso del preservativo pues muchas veces no lo hacen, y después andan con el problema de qué va a pasar”. [EIC]*

Se entiende, por ello, la universidad como agente social y educativo con derecho y deber de llegar a todo el público a través de sus medios y fuentes de difusión. La educación sexual, por ello mismo, no debería ser una temática ajena a esta, sino que debería generalizarse en todos sus departamentos y niveles. Se entiende que aún hay mucho camino por recorrer en la universidad, sobre todo por la lacra cultural y el tabú existente tanto en las aulas como en la vida cotidiana:

*“La universidad se ha preocupado por las charlas, por la información, sobre todo el departamento de salud, es algo que yo siempre he destacado en ello, que estén preocupados por esa parte, pero falta, falta mucho trabajo, falta hacer entender a la gente muchas cosas. Los tabúes son muy fuertes y muy arraigados en nuestra cultura”. [EIC]*

El conocimiento no llega a los destinatarios como información objetiva, asimilable y procesable, sino todo lo contrario: llega de forma sesgada y llena de tabúes, con lo que la población joven se encuentra vulnerable y puede presentar riesgo de contagio. La cuestión de la educación sexual requiere una mejor preparación de los equipos docentes en todos los niveles de educación formal, que lleguen a entender la educación como un motor de avance social en beneficio de la comunidad. Se trata de una apertura hacia la comunicación acerca del VIH y hacia la eliminación de barreras culturales e ideológicas que marcan a la sociedad chontaleña como una comunidad con escaso nivel educativo en educación sexual:

*“Nunca la educación es demasiada. Siempre falta. Y ése ha sido un factor muy importante y determinante para que nuestros hijos, los hijos de nuestros hijos, puedan en el futuro tratar de ir disminuyendo eso, ese potencial que es prevenir o evitar las enfermedades de transmisión sexual”. [EIC]*

Tal como más adelante se explicará, el machismo es una lacra en la sociedad chontaleña, anclada tan fuertemente a su idiosincrasia que es imposible que sus ciudadanos conciban una sociedad libre de ello. Este hecho impide que la comunicación sea fluida dentro de la unidad familiar sobre temas relacionados con el VIH, el sida, las relaciones sexuales, los medios de anticoncepción y las formas de evitar riesgos al contagio de enfermedades. Los padres y madres de familia no conceden valor alguno a tratar abiertamente los temas sobre sexualidad, sexo y riesgo, provocando que sea la juventud la más afectada en esta cadena de omisiones de educación.

En este sentido, cuando la familia no ejerce íntegramente el papel socializador que le corresponde, otras instituciones o factores vienen a ocupar su lugar, ya sean los medios de comunicación o el grupo de iguales. Según los datos recogidos en las entrevistas, las familias se excusan en que dicha carencia comunicativa viene arrastrada por la idea de que al hablar abiertamente y sin tabúes sobre estos temas, en lugar de inculcar valores de prevención, estarían promoviendo o alimentando la curiosidad de los jóvenes sobre el sexo: *“En la familia hay cierto temor de preguntar porque los padres no, no son abiertos, a conversar sobre este tema, principalmente con adolescentes. Hay mucho tabú en las familias”. [GD3]*

Los análisis evidencian la posición de las personas entrevistadas respecto a la información de índole machista que, desde la propia escuela y educación, se transmite a la sociedad. Las familias en numerosas ocasiones no aprueban que los temas de educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, medios anticonceptivos y otros semejantes sean tratados como currículum académico. En

relación con el párrafo anterior, existe un miedo latente a que se despierten deseos de libertinaje sexual en la juventud. Se ha encontrado cierto cuestionamiento a la propia labor docente, pues es el mismo profesorado el que, en ocasiones, no se encuentra preparado para desarrollar una temática de dicha índole y aunque existen ciertos cursos sobre promoción de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, aún queda un amplio camino por recorrer:

*“Los padres, en alguna medida, autorizan para que se hablen esas temáticas con nuestros jóvenes; igual censuran lo que los docentes dicen en las escuelas, que no se sienten con la responsabilidad de tocar esas temáticas con sus hijos o con los miembros de su familia. No se habla lo suficiente y me atrevo a decir de que lo poco que se habla no es con el nivel de responsabilidad que se requiere”. [EIC]*

La influencia que el grupo de iguales ejerce en la juventud nicaragüense respecto a los ideales y las concepciones en temas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, VIH y otros temas relacionados es tan fuerte que en muchas ocasiones se presta mayor atención a este grupo que a la familia o a la escuela-universidad. El grupo de iguales ejerce un poder dominante hacia todos los miembros que lo componen, por lo que si uno de sus miembros carece de información fiable y válida, la transmitirá al resto de compañeros y compañeras sin contrastarla. En el momento en el que alguno comparte alguna experiencia o algún riesgo de contagio de VIH, lo hará saber al resto; lo cual puede ser beneficioso o contraproducente: *“Sí te digo que influyen, los grupos influyen en la parte sexual incluso más de lo que deberían, sobre todo cuando eres de las personas que acostumbras a andar con bastantes amigos”. [EIC]*

*“En mi grupo sí somos de seis a siete que nos ponemos hablar de cosas así, entonces las personas que han tenido experiencia nos empiezan a decir cosas y nos empiezan a aconsejar, entre los mismos jóvenes claro, porque ya con adultos es diferente” [GD1]*



## 5. Conclusiones

### 5.1. El machismo influye en las relaciones sexuales en cuanto a la utilización de métodos de protección.

En el caso de los hombres, se argumenta la ausencia de placer, el poder de los medios de comunicación, la influencia del grupo de iguales y la impunidad como algunos de los factores responsables de las conductas de riesgo frente a la utilización de métodos de protección. En el caso de la mujer, son el miedo y el pudor ante la familia los factores más destacados que ponen en entredicho la protección en salud sexual. La forma en que hombres y mujeres se expresan ante las relaciones sexuales



son diferentes, cada uno siguiendo las expectativas sociales marcadas culturalmente bajo la sombra del machismo. Según esta idea, el hombre ocupa un papel de superioridad frente a la mujer, manteniendo relaciones sexuales sin ningún tipo de conciencia sobre la protección y siendo alabado entre el grupo de iguales. Las mujeres parecen tener más conciencia sobre la necesidad de utilizar métodos de protección, aunque más enfocado hacia la prevención de embarazos no deseados que hacia la protección frente a ITS.

La juventud femenina universitaria de Chontales maneja la información sobre los métodos anticonceptivos de manera extraordinariamente subjetiva. Por un lado, piensa que cuando se mantiene una relación estable con una única pareja no es necesario usar preservativos porque en cierta forma se “confía” en que la pareja no mantiene relaciones sexuales con otras personas. Por otro lado, cuando las relaciones se dan con parejas esporádicas siguen sin usarlo porque el compañero da razones basadas en la disminución del placer o porque sería una herida para su ego machista. Es decir, en todo caso y dentro del contexto social nicaragüense, la mujer pierde capacidad de decisión y no es libre de manipulaciones culturalmente aprehendidas. Por contrapartida, los jóvenes relacionan -en mayor medida que las jóvenes- el uso de preservativos en los casos de mantener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con parejas del mismo sexo.

## **5.2. La cultura tradicional dificulta hablar abiertamente de la sexualidad en las familias y entre iguales.**

La cultura hermética, machista, con diferencias educativas entre zonas rurales y urbanas, la escasa preparación del profesorado, los tabúes y el miedo a la comunicación son los elementos perturbadores de la educación sobre salud sexual. Las familias no hablan abiertamente de sexo, ITS ni VIH por miedo a provocar respuestas de curiosidad en los hijos más que de prevención. El grupo de iguales mantiene una cultura centrada en el machismo, a costa de poner en riesgo la salud. En la escuela, se encuentra escasa preparación docente respecto al tema y jóvenes con escasa concienciación sobre la problemática. La conclusión es, sucintamente, que existe: un entorno con una cultura fuertemente machista, una educación poco adecuada y un sistema de salud al que aún le queda por mejorar respecto a la prevención del VIH.

Dentro de este panorama, también cobra especial importancia la religión, cuyo papel modifica las percepciones y conductas de los padres y madres de familia, de docentes y de jóvenes para evitar las relaciones sexuales antes del matrimonio. Al respecto, encontramos que existe un deseo por parte de la comunidad a que las iglesias se impliquen más abiertamente en este dilema social, pero no todas las confesiones religiosas están de acuerdo.

### 5.3. Las prácticas de riesgo no se producen por la falta de información sino por falta de concienciación entre la juventud.

Entendiendo, desde la Psicología Social, la concienciación como la expresión más compleja y sintética de lo real (Covarrubias, 1995), podemos decir que los jóvenes no son sensibles a las prácticas de riesgo porque, en gran medida, las han “naturalizado”, considerándolas un problema inevitable sobre el que han dejado de reflexionar. Digamos que, a pesar de ser una sociedad con marcadas tendencias machistas y muy religiosas, la información que se trasmite en las universidades y escuelas es de cierta relevancia: cursos, jornadas, programas, debates, son algunas de las actividades que se realizan asiduamente; entre las cuales realmente, una de las propuestas más significativas fue la idea de mantener en el tiempo las actividades en forma de asignatura dentro de la universidad y no tratarlas como actividades esporádicas ni únicamente realizarlas con motivo del Día Internacional del Sida.

Con todo, la concienciación -a pesar de la información que se ofrece- es muy escasa, pues los jóvenes reciben información no sólo de la escuela, sino también de múltiples vías como las amistades, Internet, la escuela, y la familia, lo que ocurre es que no toda esa información es verídica, ni fiable, ni puesta en común. Cada una de dichas fuentes posee sus propias ideas y, entre tanta explicación sin acuerdo, los jóvenes deciden seguir haciendo lo que aprendieron por imitación e inercia.



## 6. Referencias

- Brito, J. (2008). *Estado actual de conocimiento sobre VIH/SIDA, de lo/as niño/as, adolescentes y jóvenes en los centros locales de la red MDB. Informe final*. Santo Domingo, República Dominicana: Don Bosco.
- Brooks, R.A., Martín, D.J., Ortiz, D.J. y Veniegas, R.C. (2004). Perceived barriers to employment among persons living with HIV/AIDS. *Aids Care*, 16, 756-766
- Buhi, E.R. y Goodson, P. (2007). Predictors of adolescence sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescence Health*, 40, 4-21.
- Carrasco-Aldunate, P., Araya-Gutiérrez, A., Loayza-Godoy, C., Ferrer-Lagunas, L., Trujillo-Guarda, C., Fernández-Sarmiento, A., Lasso-Barreto, M. y Pérez-Cortés, X. (2013). Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *Aquichán*, 13(3), 387-395.
- Carvalho-Dantas, F. de y Carvalho-Dantas, C. de. (2014). Valores intervinientes no cuidado do enfermeiro ao cliente com HIV/Aids. *Aquichán*, 14(1), 32-40.



- Chrobak, E., Barraza, P. y Rodríguez, G. (2014). *El uso del software Atlas.ti como aporte al proceso de investigación cualitativo colaborativo*. Recuperado de <http://seadiuncoma.files.wordpress.com/2012/06/031-el-uso-del-software-atlas-ti-como-aporte-al-proceso-de-investigacion-cualitativo-colaborativo.pdf>
- Cobos, D., Morón, J.A., López, E.J. y Reyes, E. M<sup>a</sup>. (2013). A propósito del SIDA: un estudio cualitativo sobre percepción y actitudes de estudiantes y profesorado universitario en Chontales, Nicaragua. *Población y Salud en Mesoamérica*, 10(2). doi: 10.15517/psm.v10i2.8517
- Covarrubias, F. (1995). *Herramientas de la razón*. México D.F.: Universidad Pedagógica Nacional.
- Dijker, A.J., Kok, G. y Koomen, W. (1996). Emotional reactions to people with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 731-748.
- Fergus, S., Zimmerman, M.A. y Caldwell, C.H. (2007). Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *American Journal of Public Health*, 97, 1096-1101.
- Gobierno de Nicaragua. (2010). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Nicaragua 2008-2009*. Managua: Comisión nicaragüense del SIDA.
- Manji, A., Peña, R. y Dubrow, R. (2007). Sex, condoms, gender roles, and VIH transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: Implications for VIH prevention. *AIDS Care*, 19(8), 989-995.
- Ministerio de Salud de Nicaragua [MINSa]. (2010). *Documento de consulta rápida sobre el VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)*. Managua: MINSa.
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías; B. y Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso inconsistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18, 207-225.
- Morón, J.A., López, F. y Cobos, D. (2011a). *La problemática del SIDA. Una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y Universidad Pablo de Olavide.
- Morón, J.A., López, F. y Cobos, D. (2011b). El Observatorio de Calidad de Vida, Desarrollo y Educación para la Salud de la UNAN-Managua. En: *V Congreso de Universidad y Cooperación al Desarrollo*. Cadiz, España: Red Andaluza de Cooperación Universitaria para el Desarrollo.



- Noboa, P. y Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/Sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 21-43.
- ONUSIDA. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2011). *Informe de ONUSIDA para el Día mundial del SIDA*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA.
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio* [sitio web]. Recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- Proyecto Acción SIDA de Centro América [PASCA]. (2000). *Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ETS/VIH/SIDA en Nicaragua*. Nicaragua: Autor.
- Ramonda, A. V. (2005). *Conocimientos sobre VIH/SIDA, uso de preservativo y realización del test de VIH en alumnos de 4º año de la Universidad Abierta Interamericana*. Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (s.f.). *Guía rápida de consulta sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS)*. Managua, Nicaragua: Autor.
- Uribe, A., Vergara, T. y Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 1513-1533.
- Vinaccia, S., Quinceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Gil, M. D. y Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 25, 39-50.



## 7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo, España (AACID) por haber financiado algunos de los trabajos cuyos resultados se recogen en este artículo, mediante el proyecto “Reforzamiento de las capacidades docentes e investigadoras en las áreas de Educación y Promoción de la Salud del profesorado de la UNAN-Managua-FAREM Chontales de Nicaragua” (Resolución 04/06/2012 de la AACID, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía de 28/06/2012). Muy especialmente, por su implicación personal, respaldo y constante apoyo, le agradecemos al equipo decanal, claustro de profesores y estudiantes de la FAREM-Chontales de la UNAN-Managua de Nicaragua. También, queremos agradecer a la Comisión Nicaragüense contra el SIDA (CONISIDA) y al SILAIS (Sistema Local de Atención Integral en Salud) de Chontales por su enorme predisposición y facilidades para la realización de este estudio.



PSM

**Población y Salud  
 en Mesoamérica**

¿Desea publicar en Revista PSM?  
 Ingrese **aquí**  
 O escribanos [revista@ccp.ucr.ac.cr](mailto:revista@ccp.ucr.ac.cr)



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que **cambió el paradigma** en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la **primera en obtener sello editorial** la posicionan como una de las más visionarias.

**Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.**

Indizada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese **aquí**



Universidad de Costa Rica



Pérez