

PG 9
4030942



**ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS
SEXUALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA, EN LOS ESTUDIANTES DE
LA CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN
BOLÍVAR DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EN EL AÑO 1999 RESPECTO
AL AÑO 2003**

**ENRIQUE RENIEL DÍAZ NOGUERA
MILENA JUDITH GIRÓN CEPEDA
SHEILA LUCÍA RESTREPO NIETO
LUISA PAOLA ROMERO ROCHA**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2004

**ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS
SEXUALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA, EN LOS ESTUDIANTES DE
LA CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN
BOLÍVAR DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EN EL AÑO 1999 RESPECTO
AL AÑO 2003**

**ENRIQUE RENIEL DÍAZ NOGUERA
MILENA JUDITH GIRÓN CEPEDA
SHEILA LUCÍA RESTREPO NIETO
LUISA PAOLA ROMERO ROCHA**

**Informe Final de Investigación
presentado como Coinvestigadores del respectivo proyecto del grupo de
Investigación “Salud, Cultura y Sociedad”, reconocido por Colciencias. Con
los investigadores:**

**JOSE MANUEL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ y
LILIANA PINILLA**

**Tutor
JOSE MANUEL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2004

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Barranquilla, Agosto de 2004

Al momento de dedicar un triunfo de la magnitud que tiene un título profesional, se vienen a la mente muchos nombres y personas que has visto durante todo este recorrer, claro está que existen personas que aunque no estén de cuerpo presente te motivan para continuar trabajando en alcanzar la meta, es por tal razón que este triunfo se lo dedico a la memoria de mis abuelos **Manuel Duarte y Auris Noguera** quienes siempre estuvieron orgullosos de la carrera que escogí y contribuyeron a ser de mí la persona que hoy día soy.

Otra persona clave en el desarrollo mío como estudiante fue mi Madre, **Soledad Noguera Ebrath** a quien le dedico este logro obtenido y quien debe considerarlo como suyo, por el empeño que colocó durante toda la vida hasta lograr ver realizado como un profesional a su hijo. A mi padre **Enrique Díaz**, mis hermanos **Edilberto, Estiven, Kriss, Wilson y Enrique Antonio**, para que sigan el sendero y sientan este triunfo de forma familiar.

También dedico este logro a alguien que gracias a esta profesión conocí y pienso que fue unos de mis triunfos anticipados

ya que desde el momento en que nos conocimos siempre fue mi guía, mi apoyo y mi motivación para seguir en los momentos difíciles, a mi novia y compañera **Milena Girón Cepeda**.

Al doctor **José Manuel González**, la persona que iluminó mi camino y el de mis compañeros, nos enseñó mucho en tan poco tiempo y nos dedicó su tiempo sin ningún interés. A él le dedico este triunfo.

Enrique Díaz Noguera

He llegado al gran día, que hace un tiempo veía muy lejano. Estar a punto de recibir mi título profesional como Psicóloga, me llena de regocijo y orgullo. Es en este momento que llegan a mi mente todas aquellas personas que me ayudaron en este duro proceso y largo camino que hoy casi termino de recorrer.

Es por esto que quiero dedicar este triunfo a mis padres, hermanos, profesores y demás amigos, que directa o indirectamente ayudaron en la consecución de este logro.

A ellos mil gracias.

Milena Girón Cepeda

Dios, quien ha permitido que tenga vida y ha sido siempre mi luz en este camino que recorro.

A ti Madre, a mi Juani, a Trivi y a Chiqui. Gracias por todo su esfuerzo y dedicación, para que yo pueda obtener este logro que dedico a ustedes.

Gracias a ti, por que con tu experiencia, paciencia, cariño y comprensión me has enseñado muchas cosas y has estado en los momentos claves de mi vida apoyándome siempre. No te olvidaré nunca y agradezco todo tu tiempo y tu Amor.

A quien, hace que en este momento mi vida esté llena de alegría y felicidad, Piojo: Gracias por brindarme siempre tu apoyo, tu comprensión y Gracias también por tanto Amor incondicional.

A todos y cada uno de mis amigos quienes siempre tuvieron una palabra de apoyo cuando yo más lo necesitaba, Muchas Gracias.

Sheila Lucia Restrepo Nieto

Al sumo creador, quien ha sido mi luz en el camino y el inspirador de mi vida. Supremo bien y hacedor de todos mis triunfos.

A mi madre, quien me ha brindado sus enseñanzas, amor, apoyo y colaboración en todo momento.

A mi padre, (que en paz descanse) por todo su amor y comprensión.

A mis tíos, abuelos, mi novio y amigos que incondicionalmente me acompañaron y contribuyeron para alcanzar este éxito.

Luisa Paola.

Agradecimientos

En la vida de toda persona existen metas y propósitos que hacen de ésta todo un reto, en el caso nuestro esas metas eran comunes y fue así como juntos conformamos este grupo de trabajo, el cual inició el camino que conduce hacia dicho fin. Es por tal motivo que hoy día cuando nos encontramos a un paso de cristalizar todos nuestros sueños y cumplir con nuestros objetivos evocamos recuerdos de todo ese transcurrir lleno de momentos alegres y difíciles, que gracias a la orientación de personas que nos acompañaron durante este recorrido facilitaron nuestro camino.

Unas personas trascendentales en nuestra formación profesional, las cuales nos brindaron apoyo en todo momento y sabiduría, merecedoras de todo el agradecimiento son nuestros padres: Enrique Díaz y Soledad Noguera, Alirio Girón y Judith Cepeda, Juanita Nieto y, Cecilia Rocha.

Agradecemos también a la institución que abrió sus puertas y permitió formarnos como profesionales, brindándonos las facilidades para desarrollar toda nuestra capacidad y muchas veces convirtiéndose en

nuestro segundo hogar: gracias Universidad Simón Bolívar. Así mismo agradecemos a todas aquellas personas que nos regalaron un poco de su conocimientos y soportaron nuestra forma de ser hasta llegar a convertirse en más que unos docentes, en nuestros amigos y colegas, a todos nuestros profesores Gracias y que Dios los bendiga en tan bonita profesión.

Al Doctor José Manuel González por haber sido el tripulante de una embarcación que había perdido el rumbo y que gracias a su profesionalismo y su forma especial de minimizar los problemas más grandes nos guío hasta donde nos encontramos hoy día, mil gracias Dr. González.

Estas son unas de las muchas personas que nos encontramos en nuestro andar y que tienen influencia en nuestras vidas. Para aquellas personas que no alcanzamos a nombrar mil gracias.

A Dios, quien fue el que nos colocó a todos estos ángeles para que cuidaran nuestro recorrido y facilitó las formas de continuar estudiando.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
TÍTULO	19
INTRODUCCIÓN	20
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	23
3. JUSTIFICACIÓN	25
4. OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GENERAL	29
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5. PROPÓSITOS	30
6. MARCO TEÓRICO	31
6.1 DE UN COMPORTAMIENTO INFORMADO Y RESPONSABLE DEPENDE QUE SE PUEDA DETENER EL SIDA.	34
6.1.1 ¿Cómo actúa el Virus de la Inmunodeficiencia Humana?	35
6.1.2 ¿Cómo evoluciona la enfermedad?	35
6.1.3 ¿Cómo se detecta la infección?	35
6.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES	36
6.2.1 Fase inicial	37
6.2.2 Fase crónica	37
6.2.3 Fase final	38
6.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA FASE AGUDA	39
6.4 EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN	39
6.4.1 ¿Qué significa ser portador?	39
6.4.2 ¿Cómo ataca el virus al sistema inmunológico?	40
6.5 SIDA	40

6.5.1 ¿Cómo se transmite el VIH?	41
6.5.2 Condiciones para que se transmita la infección	44
6.5.3 ¿Cuáles son las medidas de prevención?	46
6.5.4 Practicar el sexo de forma segura, evita la transmisión del VIH	47
6.6 ALGUNAS SITUACIONES DE RIESGO	47
6.6.1 Comportamiento del riesgo de la pareja sexual	47
6.6.2 Haber nacido de una madre seropositiva	48
6.6.3 Recibir sangre o sus derivados	48
6.6.4 Personal sanitario	48
6.6.5 ¿Cómo no se transmite el VIH?	49
6.6.6 Aislar a las personas afectadas no soluciona el problema	50
6.6.7 La confianza, el respeto y la solidaridad contribuyen a prevenir la enfermedad.	50
6.7 TODOS PUEDEN PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH	51
6.8 CARACTERÍSTICAS DEL VIH	54
6.8.1 Diagnóstico de la infección por VIH	54
6.8.2 Cuando el resultado es negativo	56
6.8.3 Cuando el resultado es positivo	56
6.8.4 La infección aguda	57
6.8.5 Los niños recién nacidos de madres infectadas por el VIH	57
6.9 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SIDA	58
6.9.1 ¿Cuándo se considera que un paciente infectado por el VIH padece SIDA?	58
6.9.2 ¿Existe o no existe infección por el VIH?	59
6.10 LA ENFERMEDAD POR VIH	60
6.11 REPLICACIÓN VIRAL	61
6.11.1 Infección aguda	62
6.11.2 Réplica crónica	65
6.11.3 Fase de replicación acelerada	67
6.12 RESERVORIOS, DIANAS. ÓRGANOS LINFOIDES	69

6.13 RESPUESTA INMUNE FRENTE AL VIH	71
6.14 COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA: "LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS"	75
6.15 OTRAS INFECCIONES	89
6.16 PROCESO Y FASES DE LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN PERSONAS INFECTADAS CON VIH/SIDA	92
6.16.1 Fase de precontemplación	92
6.16.2 Fase de contemplación	92
6.16.3 Fase de preparación	93
6.16.4 Fase de acción	93
6.16.5 Fase de mantenimiento	94
6.17 ESTRATEGIAS DE AUTOCONTROL EN PERSONAS INFECTADAS CON VIH / SIDA Y QUIÉNES VELAN POR SU CUIDADO	96
6.17.1 Personas portadoras del VIH / y enfermos de SIDA	97
6.17.2 Profesionales que atienden a portadores del VIH o enfermos de SIDA.	101
6.18 SIDA EN COLOMBIA	105
6.19 CONDUCTA SEXUAL EN UNIVERSITARIOS	106
6.19.1 Comportamiento sexual universitario	107
6.19.2 Evolución del comportamiento sexual universitario. Incidencia de relaciones coitales.	108
6.20 PERSPECTIVA DEL GÉNERO Y RIESGO PARA VIH/SIDA	108
6.21 EDUCACIÓN PARA UNA SEXUALIDAD SIN SIDA	112
7. DEFINICIÓN DE VARIABLES	115
7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	115
7.1.1 Conocimientos sobre SIDA	115
7.1.2 Comportamiento sexual	117
7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	118
8. CONTROL DE VARIABLES	121
8.1 VARIABLES CONTROLADAS	121

8.2 VARIABLES NO CONTROLADAS	122
9. METODOLOGÍA	123
9.1 PARADIGMA	123
9.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	124
9.3 DISEÑO	124
9.4 POBLACIÓN	125
9.5 MUESTRA	125
9.6 MUESTREO	126
9.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	126
9.8 PROCEDIMIENTO	130
10. RESULTADOS	132
10.1 SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN	132
10.1.1 Sexo de las muestras	132
10.1.2 Edad	133
10.1.3 Nivel académico	134
10.1.4 Religión	134
10.1.5 Estado civil	135
10.1.6 Preferencia sexual	136
10.2 CONOCIMIENTOS	136
10.2.1 Fuentes de información sobre VIH/SIDA	136
10.2.2 Nivel de conocimientos reales	137
10.2.3 Nivel de conocimientos reportados	142
10.3 CONCIENCIA DEL NIVEL DE RIESGO	145
10.3.1 Prueba del VIH/SIDA	146
10.3.2 Razones por las que se realizó la prueba de VIH/SIDA	146
10.3.3 Razones por las que no se han aplicado la prueba	147
10.4 PAREJA	149
10.4.1 Parejas totales	149
10.4.2 Pareja regular en la actualidad	150

10.5 RELACIONES SEXUALES	151
10.5.1 Incidencia y tipo de pareja	151
10.5.2 Coito vaginal	152
10.5.3 Edad de la primera experiencia	152
10.5.4 Compañero (a) de la primera relación coital	153
10.5.5 Planeación del primer coito vaginal	153
10.5.6 Inicio de las relaciones antes de ingresar a la universidad	153
10.6 COITO ANAL	154
10.6.1 Incidencia	154
10.6.2 Edad de inicio	154
10.6.3 Planeación del primer coito anal	154
10.6.4 Compañero (a) de la primera relación coital anal	155
10.7 USO DEL CONDÓN	155
10.7.1 Uso del condón en las últimas tres parejas regulares durante el coito vaginal.	156
10.8 FORMA EN QUE SE COMUNICAN LOS ESTUDIANTES	163
10.9 ALCOHOL Y DROGAS	165
11. CONCLUSIONES	173
12. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	177
BIBLIOGRAFÍA	179
ANEXOS	182

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.1 : Sexo de las muestras de investigación	132
Tabla 1.2 : Religión	134
Tabla 1.3 : Estado civil	135
Tabla 1.4 : Preferencia sexual	136
Tabla 1.5 : Fuentes de información sobre VIH/SIDA	137
Tabla 1.6 : Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA reportados	142
Tabla 1.7 : Nivel de conocimiento real	143
Tabla 1.8 : Creencias respecto al riesgo de diferentes actividades Sexuales.	144
Tabla 1.9 : Creencias nivel de riesgo para adquisición del VIH/SIDA	145
Tabla 2.1 : Aplicación de prueba para detectar el VIH/SIDA	146
Tabla 2.2 : Razones por las que se realizó la prueba de VIH/SIDA	146
Tabla 2.3 : Razones por las que no se han aplicado la prueba. Razón 1: Por miedo	147
Tabla 2.4 : Razón 2: No ha sabido cómo y dónde realizarla	147
Tabla 2.5 : Razón 3: No he tenido cómo pagarla	148
Tabla 2.6 : Razón 4: No lo he considerado necesario	148
Tabla 2.7 : Razón 5: No creo que yo sea portador del virus del VIH/SIDA	148
Tabla 2.8 : Razón 6: Si tengo el virus prefiero no saberlo	149
Tabla 2.9 : Razón 7: No he tenido nunca relaciones sexuales penetrativas.	149
Tabla 3.1 : Pareja regular en la actualidad	150
Tabla 3.2 : Uso del condón en una eventual relación sexual ocasional	156
Tabla 3.3 : Uso del condón en las últimas tres parejas regulares durante el coito vaginal.	156

	159
Tabla 3.4 : Lleva usted consigo a la mano condones	
Tabla 3.5 : Colocación del condón	161
Tabla 3.6 : Uso del mismo condón en más de un coito	161
Tabla 3.7 : Penetra o penetrado	161
Tabla 3.8 : Retiro del pene después de la eyaculación	162
Tabla 3.9 : Uso de lubricantes	162
Tabla 4.1 : Verifica la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo	162
Tabla 4.2 : Guarda el condón en el bolsillo trasero del pantalón	163
Tabla 4.3 : Acuerdo de protección con la pareja	163
Tabla 4.4 : Ha deseado usar el condón y no lo ha expresado	164
Tabla 4.5 : Ha deseado usar el condón, lo expresa y tiene relaciones sin condón.	164
Tabla 4.6 : Ha deseado usar el condón, lo expresa y tiene relaciones con condón.	165
Tabla 4.7 : Ha deseado tener relaciones sexuales sin condón y convence a su pareja.	165
Tabla 4.8 : Cómo se considera con respecto al uso de bebidas alcohólicas.	166
Tabla 4.9 : Ha tenido relaciones sexuales bajo efectos del alcohol	166
Tabla 5.1 : Relaciones sexuales sin importar con quién, bajo los efectos del alcohol.	167
Tabla 5.2 : Relación sexual penetrativa vaginal sin condón.	167
Tabla 5.3 : Relación sexual penetrativa anal.	168
Tabla 5.4 : Relaciones sexuales sin haber pensado tenerla	168
Tabla 5.5 : Intercambio de parejas sexuales	168
Tabla 5.6 : Experiencias sexuales con personas del mismo sexo	169
Tabla 5.7 : Relaciones sexuales con persona desconocida	169
Tabla 5.8 : Relaciones sexuales con persona diferente a mi pareja regular	169
Tabla 5.9 : Relaciones sexuales bajo efectos de drogas	170

Tabla 6.1 : Relaciones sexuales bajo efectos de drogas, sin importar con quién.	170
Tabla 6.2 : Relaciones sexuales penetrativas sin condón	170
Tabla 6.3 : Relaciones sexuales con penetración anal	171
Tabla 6.4 : Relación sexual sin haber pensado tenerla	171
Tabla 6.5 : Intercambio de parejas sexuales en relaciones sexuales penetrativas sin condón	171
Tabla 6.6 : Relaciones sexuales con desconocidos	172
Tabla 6.7 . Relaciones sexuales con persona diferente de mi pareja regular	172

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1.1 : Edad promedio de la muestra de investigación (Sexo)	133
Gráfica 1.2 : Porcentaje edad promedio de la muestra	133
Gráfica 1.3 : Semestre académico	134
Gráfica 1.4 : Nivel de práctica de la religión	135
Gráfica 1.5 : Porcentaje de sujetos en cada nivel de conocimiento	138
Gráfica 1.6 : Porcentaje de sujetos que contestan correctamente	138
Gráfica 1.7 : Promedio de preguntas respondidas correctamente por sexo en 1999 y 2003.	139
Gráfica 1.8 : Promedio en conocimiento por sexo y año	140
Gráfica 1.9 : Promedio en conocimiento en los diferentes semestres, por sexo, y año	141
Gráfica 2.1 : Nivel percibido de conocimiento sobre VIH/SIDA	143
Gráfica 2.2 : Edad de la primera experiencia.	153

**ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS
SEXUALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA, EN LOS ESTUDIANTES DE
LA CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN
BOLÍVAR DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EN EL AÑO 1999 RESPECTO
AL AÑO 2003**

INTRODUCCIÓN

La humanidad a lo largo de su historia ha afrontado episodios trascendentales, pero esta misma historia indica el abandono que tiene el hombre por llevar estilos de vida saludables, en esta sociedad tan convulsionada; prueba de ello es el VIH/SIDA, un virus y un síndrome que preocupa a toda una comunidad científica en busca de una cura; pero para el común de las personas tan sólo es un mal que ataca a un selecto grupo de alto riesgo y bajo este esquema mental, que ha prevalecido desde su aparición, aún continúa la diseminación en grados alarmantes.

Algunas estadísticas arrojan que el VIH/SIDA provocará hacia el año 2010 en América Latina más muertes de personas que oscilan entre 15 y 44 años de edad, que las que podría producirse en accidentes de tránsito, afirman los representantes del programa de la ONU sobre el VIH/SIDA. La enfermedad está concentrada en 40 países en vías de desarrollo entre los que figuran gran parte de los latinoamericanos: Argentina, Brasil, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú Uruguay y Venezuela.

Colombia, y en especial la Costa Caribe, no son ajenas a esta situación, la cual se ve fuertemente agravada con los otros problemas que se viven a diario en nuestro medio, tales como la violencia intrafamiliar, las discriminaciones de la

clase social, sexo, raza u orientación sexual, los niños / as trabajadores / as del sexo, los fracasos matrimoniales, el abandono del hogar y de los hijos / as, el inicio prematuro de las relaciones sexuales, el embarazo en adolescentes, los abusos y violaciones sexuales, la creciente demanda de abortos ilegales y en especial las infecciones de VIH/SIDA.

A nivel de la Costa del Caribe Colombiano se han realizado un sinnúmero de investigaciones cuyo objetivo en la mayoría de los casos es conocer sobre la sexualidad en la población universitaria. Los resultados de estas investigaciones han permitido concluir que los estudiantes de pregrado tienen bajo nivel de conocimientos sobre SIDA, mientras que el nivel de prácticas sexuales denominadas como “riesgosas” es bastante alto.

Uno de estos estudios fue el realizado en el año de 1999, a través del cual se investigó el nivel de conocimientos acerca del SIDA en los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar y se identificaron al mismo tiempo las prácticas sexuales de riesgo más frecuentes en esta población. Es este mismo estudio, el que hoy en día da origen al presente trabajo de investigación, en el que se pretende comparar los resultados de los años 1999 y 2003, sobre el estado del conocimiento y los comportamientos riesgosos para la adquisición de esta enfermedad.

Este estudio tiene sus bases teóricas en la investigación realizada en el año 1999 sobre los conocimientos del SIDA y los comportamientos de riesgo asociados a ésta, liderada por el Dr. José Manuel González y su grupo de coinvestigadores, así como en las recientes publicaciones acerca de este tema. Es un estudio de corte cuantitativo, el cual tendrá como población los estudiantes de la Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, con una muestra conformada por un total de diez cursos de pregrado pertenecientes a los semestres I, V, y X de las jornadas diurna y nocturna de las diferentes facultades que conforman la Universidad.

El instrumento a utilizar en esta investigación es un cuestionario que ha sido diseñado específicamente para medir conocimientos sobre VIH/SIDA y comportamientos de riesgo asociados a esta enfermedad, el cual fue el mismo que se utilizó en el año 1999 para la realización de este estudio.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El adulto colombiano ha sido formado con una inadecuada educación sexual y una incorrecta forma de asumir la sexualidad; a esto se le suma la irresponsabilidad, el desconocimiento sobre el VIH/SIDA, sus consecuencias, y la no participación en programas de prevención y conocimiento del mismo, ya sea porque dichos programas no existen, por ignorancia, porque consideran que es una simple acumulación de conocimientos o porque creen dominar o saber lo suficiente sobre el tema. Además pretendiendo asumir una actitud de no estar dentro del grupo de riesgo y que lo probable según ellos es que nunca tengan contacto o relaciones con una persona que padece el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Esto es considerado como un estado de vulnerabilidad, en donde su condición económica, rol social, y nivel educativo pueden incidir en una falta o inadecuada percepción del riesgo.

De igual forma, en la mayoría de los casos, el tener una pareja sexual estable y confiar en la protección que le pueda brindar el amor de la pareja, es un supuesto que prevalece sobre todo en la mujer, siendo ésta en la mayoría de los casos víctima de un contagio por parte de su compañero.

Siendo el VIH/SIDA una enfermedad que tanto aqueja a nuestra sociedad y teniendo en cuenta estas consideraciones, se dio origen en el año 1999 a un

estudio sobre los conocimientos acerca del SIDA y los comportamientos sexuales de riesgo para su adquisición en los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla.

La información obtenida en este estudio fue la que dio origen al desarrollo actual del presente trabajo de investigación, en el que se pretende comparar los resultados obtenidos en ese entonces con los que resulten en esta ocasión (año 2003), con el fin de conocer si se han presentado cambios en el nivel de conocimientos sobre SIDA y comportamientos sexuales de riesgo para su adquisición en la población universitaria de la misma institución educativa.

Basados en lo anterior surge esta investigación, al plantear el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos y comportamientos sexuales relacionados con el VIH/SIDA en los estudiantes de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla en el año 1999 con respecto al año 2003?

3. JUSTIFICACIÓN

El VIH/SIDA es una enfermedad que en menos de 20 años ha matado cerca de 19 millones de personas. Este virus es un elemento perturbador muy importante en el desarrollo personal y social. Desde la perspectiva individual sus efectos son drásticos ya que se trata de una enfermedad mortal, de la cual no existe hasta el momento ni vacuna, ni curación. Esta enfermedad impide la satisfacción de la necesidad básica de salud y deteriora enormemente la calidad de vida de los individuos contaminados y de sus familiares y allegados.

En el área de la salud, el SIDA se conoce como un conjunto de enfermedades originadas por un virus que ataca las defensas de las personas. Al ingresar al organismo, el virus ataca el sistema inmunológico, que es el que le permite defenderse de las infecciones. Luego de un proceso callado y lento, el sistema inmunológico va dando paso gradualmente a muchas infecciones graves hasta que el enfermo muere. El fallecimiento puede producirse hasta 10 años después de haber ingresado el virus al organismo. Los síntomas del SIDA sólo aparecen al final, ya que el virus demora bastante tiempo en reproducirse e invadir todo el organismo.

El virus del VIH/SIDA es una de las enfermedades que más ha azotado a la humanidad en este último siglo, y aún en la nueva era, la que ha iniciado con el

entrante siglo XXI, no se ha encontrado cura alguna para este terrible y temido mal. Es por esto que la solución más inmediata para contrarrestarlo, es la prevención, la cual se da en la medida en que las personas tengan conocimientos profundos acerca de esta enfermedad, y los pongan en práctica.

Este fenómeno ha dado origen a la realización de varias investigaciones tendientes a fomentar la prevención, entre las que se encuentra este trabajo investigativo, el cual pretende comparar en los años 1999 y 2003 el nivel de conocimientos acerca del SIDA que tienen los estudiantes de pregrado de las diferentes facultades de la Universidad Simón Bolívar, así como los comportamientos sexuales de riesgo para su adquisición.

Para llevar a cabo este estudio, se ha escogido mediante un muestreo de “Azar Estratificado” a los estudiantes de pregrado de la Universidad Simón Bolívar, en los grados I, V, y X, quienes han sido sometidos a la aplicación de un cuestionario, cuyo objetivo es evaluar sus conocimientos y comportamientos acerca del SIDA. Los resultados de la aplicación de este cuestionario permitirán comparar la situación actual de cara al SIDA, frente al obtenido en el año 1999, en esta misma población universitaria.

El grupo de investigadores ha logrado identificar, después de haber revisado la teoría de diferentes autores en referencia al VIH/SIDA, a Ramón Bayés como su autor guía, ya que a través de sus planteamientos de orientación conductual –

cognitivo da respuesta al objeto del presente estudio con respecto a los conocimientos y comportamientos de riesgo acerca del VIH/SIDA en estudiantes universitarios.

^ Las razones que impulsaron el desarrollo de este trabajo investigativo fueron en primera instancia el haber conocido los resultados que sobre conocimientos del SIDA y prácticas de riesgo para su adquisición se obtuvieron en la investigación realizada en la Universidad Simón Bolívar en el año 1999. Así mismo este grupo de investigación tiene un gran interés en fomentar la prevención de esta enfermedad desde su quehacer profesional en esta institución educativa en la cual ha recibido su formación profesional.

Igualmente, será una gran oportunidad para conocer de manera más profunda esta enfermedad, con la finalidad de enriquecer los conocimientos profesionales y el campo de acción como expertos en el área de la Psicología y fortalecer al mismo tiempo la formación personal de cada uno de los investigadores. Los resultados que se pretenden alcanzar con este estudio, ofrecen la posibilidad de visionar una importancia a nivel institucional y científico.

⌞ En el área institucional resulta significativo, debido a que los estudios realizados sobre los conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con el VIH/SIDA en estudiantes de pregrado de las diferentes universidades de la ciudad de Barranquilla, arrojaron un bajo dominio de información acerca del VIH/SIDA

por parte de los estudiantes universitarios, así como que la universidad es el medio que menos información brinda a los estudiantes acerca de la enfermedad.

Es así como, a partir del presente estudio, la Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, podrá evaluar la efectividad de los programas de prevención que se manejan en la actualidad y que se están transmitiendo a los estudiantes.

A nivel científico, se logrará la construcción de nueva teoría acerca de lo ya investigado sobre esta enfermedad, permitiendo que esto se difunda a la sociedad, y el resto de las universidades, consiguiendo así que el porcentaje de infectados disminuya en un futuro.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar los conocimientos y comportamientos sexuales relacionados con el VIH/SIDA en los estudiantes de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla en el año 1999 con respecto al año 2003.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla en el año 2003 sobre el VIH/SIDA, en cuanto a los medios a través de los cuales se recibe información sobre la enfermedad, a quiénes afecta, formas de transmisión, método diagnóstico y características generales de la evolución de la infección.
- Describir los comportamientos sexuales riesgosos para la adquisición del VIH/SIDA en los estudiantes, teniendo en cuenta el uso del condón, número y tipo de parejas, relaciones bajo el efecto del alcohol y otras drogas, evaluación diagnóstica para determinar si se es portador o no, comportamientos preventivos, y establecimiento de acuerdos para protegerse.

5. PROPOSITOS

- Crear una cultura preventiva en los estudiantes de la Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, con el fin de que éstos puedan tener un amplio conocimiento acerca de la sexualidad y así mismo obtengan un mejor manejo en su comportamiento y de esta forma eviten la adquisición del VIH/SIDA.
- Lograr que a partir de los resultados obtenidos en la investigación realizada en el año 2003, la Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar trabaje activamente en la creación de esta cultura preventiva para los estudiantes a través de más campañas, talleres, seminarios, encuentros universitarios, que manejen tópicos sexuales, tales como, la enfermedad VIH/SIDA y su forma de prevención.
- Publicar un libro con los resultados obtenidos en esta investigación, con el fin que puedan estar al alcance no sólo de la población universitaria, sino también de cualquier persona que desee saber acerca de los riesgos de adquisición de esta enfermedad y su desarrollo.

6. MARCO TEORICO

Ningún individuo, ni país está exento del alcance de VIH/SIDA. Sin embargo, la pobreza, la situación de inferioridad de la mujer y otros factores sociales estimulan la propagación del virus*.

En 1959, en Zaire (África) se recolectaron muestras de sangre (congeladas para realizar estudios posteriores) que resultaron positivas a investigaciones para detectar infección por el virus del SIDA realizadas a partir de 1985.

Hacia el año 1979 investigadores médicos de los Estados Unidos diagnosticaron 12 casos de infecciones por gérmenes oportunistas en homosexuales masculinos. Se observaba que los virus, bacterias, hongos y protozoos, que normalmente no son capaces de afectar gravemente al ser humano, provocaban graves infecciones como neumonías, meningitis, gastroenteritis, que podían acabar con la vida del paciente. A la vez se detectaba en esta clase de enfermos la aparición de tumores en la piel, conocidos como sarcoma de Kaposi, muy poco frecuente en las poblaciones occidentales. Tanto las infecciones como los

* GONZALEZ, José Manuel. (1993) SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En: Serenidad. Revista del Programa de Alcoholismo y Drogadicción. Vol. 1, No 3, p. 8-10.

tumores son la manifestación de un estado de deficiencia inmunitaria, es decir, de falta de defensas.

En junio de 1981, los médicos que estaban tratando a esos pacientes, se reunieron en el centro de control de enfermedades (CDC) en Atlanta, Estados Unidos y deciden “bautizar” a esta nueva enfermedad con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida con las siglas de AIDS en inglés y SIDA en español.

A fines de este año no se sabía que el contagio era por relaciones sexuales y se creía que esta enfermedad era exclusiva de los homosexuales. Decían que era la “peste gay” y estaba muy relacionada con quienes tenían múltiples parejas sexuales.

Poco después, en 1982, empezaron a aparecer síntomas similares en drogadictos que usaban la vía intravenosa, y en hemofílicos a los que se le administraba a menudo derivados del plasma para suplir su carencia de factores de la coagulación. También se presentan los primeros pacientes adictos a drogas inyectables que contrajeron el virus compartiendo jeringas contaminadas.

Ese año la Organización Mundial de la Salud (OMS) empieza a registrar notificaciones procedentes de diversos países. Se registraron 1,834 casos en todo el mundo. Es el año en que se presentan las primeras mujeres víctimas de la enfermedad, hasta ese entonces se creía que las mismas tenían un mecanismo, tal vez hormonal, que no permitía desarrollar el SIDA. Ellas eran esposas de hemofílicos, de adictos a drogas inyectables y de hombres bisexuales. Con este hecho, la creencia de que el SIDA era exclusividad de los homosexuales toma otro rumbo y el drama crece. Como consecuencia de las primeras mujeres infectadas sucede otro hecho muy importante: el registro de los primeros bebés enfermos de SIDA, hijos de madres afectadas.

En el instituto Pasteur de París, Francia, el equipo del Dr. Luc Montegnier descubre que es un virus el causante del SIDA. Es denominado LAV o virus, asociado a la linfadenopatía que en otras palabras quería decir: virus asociado a los ganglios hinchados que presentan los pacientes. También es el año en que se manifiesta con intensidad la agresión y rechazo social hacia los pacientes y familiares en todas las latitudes.

En la década de los 90 son muchas las vidas que ha cobrado esta terrible enfermedad, y muchas las poblaciones que ha alcanzado. Se calcula que a finales del año 2000 había en el mundo aproximadamente 35 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA. Ese número ascendió a 40 millones (de los

cuales 2,5 son menores de 15 años) en diciembre del 2003. Se cree que durante el año 2000 murieron cerca de 2,3 millones de personas. En el 2003 fallecieron aproximadamente 3 millones (de los cuales 0,5 millones eran menores de 15 años). Durante el año 2003 se infectaron 5 millones de personas, de las cuales 0,7 millones eran menores de 15 años (ONUSIDA, 2003).

Acerca de este tema se ha escrito y hablado mucho, pues, son diversos los autores que han abordado esta problemática social que aqueja cada vez más a nuestra sociedad. El grupo de investigadores ha logrado identificar, después de haber revisado la teoría de diferentes autores en referencia al VIH/SIDA, a Ramón Bayés como su autor guía, ya que a través de sus planteamientos de orientación conductual – cognitivo da respuesta al objeto del presente estudio con respecto a los conocimientos y comportamientos de riesgo acerca del VIH/SIDA en estudiantes universitarios. Es por esta razón, que a lo largo de la presente investigación sus aportes teóricos se harán presentes, apoyando los planteamientos que dan soporte al objeto de este estudio.

6.1 DE UN COMPORTAMIENTO INFORMADO Y RESPONSABLE DEPENDE QUE SE PUEDA DETENER EL SIDA

El SIDA es una enfermedad causada por la destrucción del sistema inmunitario, por un virus llamado VIH.

6.1.1 ¿Cómo actúa el Virus de la Inmunodeficiencia Humana? El VIH es un virus que ataca preferentemente al sistema de defensas del organismo. El VIH altera y destruye lentamente el sistema inmunitario y muy especialmente a los llamados linfocitos T4 o linfocitos CD4. Al debilitarse las defensas del organismo aparecen los síntomas del SIDA*.

6.1.2 ¿Cómo evoluciona la Infección? A las pocas semanas de la entrada del virus en el organismo, éste comienza a fabricar anticuerpos, que se hacen detectables de tres a seis meses después de la infección. Tras la infección por VIH y la fabricación de anticuerpos, suele haber un período de varios años sin síntomas. En esta fase, las personas infectadas reciben el nombre de "portadores" o "seropositivos".

6.1.3 ¿Cómo se detecta la infección? Mediante un sencillo análisis de sangre que permite detectar los anticuerpos que el sistema inmunitario produce como respuesta al VIH. Dicho análisis debe realizarse transcurridos al menos tres meses desde la última práctica de riesgo. Si resulta positivo, la persona está infectada (es "seropositiva"). Si por el contrario resulta negativo, deberá ser

* MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. ETS/VIH/SIDA. Bogotá, Colombia: Enlace, 1995, p. 19

valorada por el médico la conveniencia de repetirlo de nuevo meses después, para asegurarse de que la persona no está infectada.

6.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Desde el momento en que el VIH penetra en el organismo empieza a proliferar de forma continua. Se podrían distinguir al menos **tres fases evolutivas** de la infección:

- Fase inicial, precoz o aguda.
- Fase intermedia o crónica.
- Fase final, de crisis o de SIDA.

La destrucción de los linfocitos CD4 producirá una inmunosupresión severa que favorece la aparición de la mayoría de las infecciones oportunistas y neoplasias características del SIDA.

El tratamiento con antirretrovirales y la profilaxis de las infecciones oportunistas han modificado la evolución del SIDA. Por lo tanto es posible que no se conozca la evolución que seguirá la infección por VIH hasta dentro de algunos años*.

* ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SIDA: Perfil de una epidemia. Washington D.C., EUA. 1989.

6.2.1 Fase Inicial. Independientemente de su mecanismo de transmisión las manifestaciones que aparecen tras la penetración del VIH en el organismo pueden guardar relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa de VIH y la capacidad de respuesta del sujeto infectado.

El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el tejido linfoide y los ganglios linfáticos. El paciente infectado puede o no presentar sintomatología; por lo general existe un cuadro de síndrome mononucleósico, consistente en la presencia de abundantes monocitos en la sangre debido a la infección por VIH, al que no se le suele prestar demasiada atención. Estos monocitos son leucocitos que poseen un solo núcleo.

A las 2-6 semanas del contagio se detecta antígeno del VIH (antígeno p24), el cultivo viral se positiviza y existen muchos linfocitos CD4 infectados; progresivamente van apareciendo los anticuerpos circulantes (4-12 semanas) y la inmunidad celular y el antígeno p24 desaparece y descienden las células infectadas. En este período puede existir una inmunodepresión pasajera que puede facilitar la aparición o reactivación de algunas infecciones oportunistas.

6.2.2 Fase Crónica. Esta fase tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. Se estima que uno de cada 10000 linfocitos CD4 circulantes estaría infectado, pero sólo en el 10% de ellos existiría replicación viral.

Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, cifra baja de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos puestos de manifiesto por pruebas electrofisiológicas.

Aunque existen amplias variaciones individuales, se estima que en 10 años el 50% de los adultos y el 80% de los niños habrán evolucionado a estadios más avanzados, aunque la progresión de la enfermedad puede verse influida por numerosos factores.

6.2.3 Fase Final. Se caracteriza por un aumento de la replicación del VIH (que podría producirse en 1 de cada 10 linfocitos CD4) y coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (wasting syndrome, síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA.

El pronóstico es variable en cuanto a supervivencia. La edad, el mecanismo de contagio, la forma de presentación parecen influir en la supervivencia. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo: antes de ellos la supervivencia no era superior al 30-50% a los 2 años y menor del 10-20% a los 4 años.

6.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA FASE AGUDA

Los principales síntomas y signos son:

- Fiebre y/o sudoración, 97%
- Adenopatías, 77%
- Odinofagia (dolor al tragar), 73%
- Erupción cutánea, 70%
- Artralgias y mialgias (dolor de articulaciones y músculos), 58%
- Trombopenia, 51%
- Leucopenia, 38%
- Diarrea, 33%
- Cefalea (dolor de cabeza), 30%
- Elevación de las transaminasas, 23%
- Anorexia, náuseas o vómitos, 20%
- Hepato y/o esplenomegalia (aumento tamaño de hígado o bazo), 17%

6.4 EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN

6.4.1 ¿Qué significa ser Portador? Portador es aquel que tiene el VIH en sus células pero no presenta ni signos, ni síntomas de enfermedad. Las personas portadoras pueden transmitir el virus a los demás si no adoptan las medidas de

prevención adecuadas. Después de algunos años, las personas portadoras pueden llegar a desarrollar el SIDA*.

6.4.2 ¿Cómo ataca el Virus al Sistema Inmunitario? En una primera fase, el virus se multiplica activamente en las células infectadas. El sistema inmunitario responde consiguiendo disminuir drásticamente la presencia de virus en la sangre, aunque no impide que éstos sigan presentes y continúen su actividad en otros órganos.

Durante varios años el organismo permanece en esta situación de aparente equilibrio, pero el VIH se sigue multiplicando de forma activa en las células e infectando otras nuevas. Finalmente, los linfocitos CD4 disminuyen en sangre, produciéndose un debilitamiento paulatino de las defensas del organismo. Aparecen entonces los signos y síntomas que definen el SIDA.

6.5 SIDA

SIDA quiere decir Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y es la fase más grave de la infección por VIH. El sistema inmunitario o de defensas del organismo está muy deteriorado y aparecen infecciones graves producidas por

* MINISTERIO DE SALUD., Op Cit., p. 35

microorganismos oportunistas o algunas variedades de cáncer que en condiciones normales no se producirían. El SIDA es entonces la consecuencia a largo plazo del trabajo silencioso de destrucción de las defensas, que durante años ha realizado el VIH.

Tener el VIH no es lo mismo que tener SIDA. Entre la transmisión del VIH y el desarrollo del SIDA pueden transcurrir muchos años. Se puede estar infectado y no tener síntomas. Sin embargo, tanto los pacientes infectados asintomáticos como los que tienen síntomas llevan el virus en sus células y por tanto ambos pueden transmitir la infección*.

6.5.1 ¿Cómo se transmite el VIH? El VIH tiene dificultades para sobrevivir fuera del cuerpo humano. La transmisión únicamente se produce cuando la sangre, el semen o las secreciones vaginales de una persona infectada entran en contacto con la sangre o mucosas de una persona sana. Las vías de transmisión del VIH son:

- Las relaciones sexuales con penetración (anal, vaginal u oral) con una persona infectada.

* LANG, LS. KOPP, C. FEDERSPIEL, B. MINDER, CE. Factores Clínicos y Biológicos en Pacientes Asintomáticos no Progresores. Conferencia mundial del SIDA. Ginebra, Suiza. 1998.

- La utilización de jeringuillas, agujas, cuchillas de afeitar u otros instrumentos que hayan estado en contacto con sangre infectada.
- La transmisión de la madre infectada a su hijo/a durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Existen muchos autores que han realizado investigaciones acerca de esta enfermedad. Por ejemplo, Ramón Bayés afirma que existen tres formas concretas de transmisión del virus: a. penetración sexual, vaginal o anal, no protegida entre hombres y mujeres, o solo entre hombres; b. exposición a sangre infectada, hemoderivados, órganos o semen, exposición que tiene lugar debido a: 1) agujas u objetos cortantes previamente infectados que atraviesen la piel y entren en contacto con el torrente sanguíneo, tal como sucede habitualmente en las prácticas de muchos usuarios de drogas por vía parenteral o accidentalmente por inoculación en el ambiente sanitario; 2) transfusiones de sangre o administración de hemoderivados y, en menor medida, trasplantes de órganos o inseminación con semen procedentes de donantes infectados; y c) transmisión perinatal de madre infectada a su feto o hijo*.

* BAYÉS Ramón. SIDA y Psicología. Barcelona, España: Martínez Roca S.A., 1995, p. 26

Bayés también afirma que la probabilidad del VIH varia según la práctica sexual utilizada, siendo mayor - entre las prácticas más habituales – en el coito anal, homo o heterosexual, que en el vaginal; asimismo, aun cuando se admite, en general su menor peligrosidad, existen algunos casos atribuidos al sexo oral, tanto en lo que se refiere al mantenimiento de semen en la cavidad bucal como al contacto de la boca con secreciones vaginales*.

La proporción relativa de casos de infección en función de las formas de transmisión varía considerablemente entre las zonas geográficas. Así, en la década de los ochenta, en los países desarrollados, las principales formas de transmisión han sido: a) la relación sexual no protegida entre hombres homosexuales con múltiples parejas; y b) la exposición de usuarios de drogas por uso parenteral a sangre infectada con el VIH a través de la práctica de compartir el equipo de inyección, práctica de especial predominancia en el área mediterránea. En la misma época, en los países del tercer mundo, la principal forma de transmisión ha sido la relación heterosexual no protegida entre hombres y mujeres con múltiples parejas. En dichos países al infectarse a través de esta vía un gran número de mujeres fértiles se ha incrementado considerablemente el problema de la transmisión perinatal. Por todo ello el SIDA puede considerarse, esencialmente, una enfermedad conductual**.

* Ibid., p. 26

** Ibid., p. 26

6.5.2 Condiciones para que se transmita la infección

- **Una cantidad suficiente de virus.** Aunque se ha encontrado la presencia del VIH en las lágrimas o en la saliva del infectado, la concentración o cantidad de virus es insuficiente para provocar una infección. El VIH sólo se encuentra en suficiente cantidad para infectar en la sangre, el semen, las secreciones vaginales y, en menor medida, en la leche de la mujer infectada.

- **Una puerta de entrada al organismo.** Para producirse la infección, el virus debe penetrar en el organismo y entrar en contacto con la sangre o las mucosas del individuo.

- **Relaciones sexuales.** La vía más importante de transmisión del VIH en el mundo es la sexual, tanto homosexual como heterosexual. En general, el riesgo de transmisión sexual depende de la prevalencia de la infección en la población sexualmente activa.

Las prácticas homosexuales son las que se asocian con mayor riesgo de padecer la infección sobre todo las relaciones ano-genitales siendo el compañero receptivo el más expuesto. En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional pero la probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces mayor que la de transmisión mujer-hombre. En todos los casos el

riesgo se incrementa cuando se padece alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) y cuando existen múltiples parejas.

En la prostitución se suman estos factores y en muchos casos su relación con la drogodependencia. También son comportamientos de riesgo el turismo sexual y los 'ligues' de bares, discotecas, etc. El riesgo de transmisión sexual decrece cuando:

- Existen prácticas sexuales seguras o teóricamente seguras.
- Se evita la promiscuidad y las relaciones sexuales con desconocidos.
- Se utilizan preservativos de látex.
- **Uso compartido de jeringas.** La transmisión por la sangre es en la actualidad la vía de infección más importante del virus del SIDA a expensas de los sujetos que se drogan por vía intravenosa.

Pero no sólo el compartir las agujas o jeringuillas es un comportamiento de riesgo; el virus se puede transmitir por cualquier objeto que se utilice para preparar la droga.

A su vez los usuarios de drogas intravenosas son un factor muy importante en la transmisión heterosexual del SIDA. El uso de cualquier droga puede afectar la capacidad del individuo para tomar medidas de protección aumentando así el riesgo de infección.

6.5.3 ¿Cuáles son las medidas de prevención? Al igual que se conocen las vías de transmisión, también se conocen los medios para la prevención del VIH. Cada vía de transmisión del VIH tiene su correspondiente medida de prevención.

- **Sangre infectada.** No compartir ni utilizar utensilios o instrumentos que hayan estado en contacto con sangre, sobre todo las jeringuillas en el caso del uso de drogas por vía intravenosa, agujas de tatuar, cuchillas de afeitar, etc.

- **Vía madre-hijo/a.** Las madres portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana tienen, aproximadamente, en uno de cada cuatro o cinco casos, la probabilidad de que su hijo/a nazca con VIH. Las mujeres infectadas deben utilizar otros métodos anticonceptivos para evitar el embarazo, además del preservativo y las madres portadoras no deben de dar el pecho a su hijo/a.

- **Vía sexual.** Siempre que se tengan relaciones sexuales con penetración (anal, vaginal u oral) utilizar de forma adecuada el preservativo.

6.5.4 Practicar el Sexo de forma segura evita la transmisión del VIH

- Conservar el preservativo en su envase con depósito.
- Antes de empezar la relación desenrollar y colocar el preservativo sobre el pene en erección.
- Retirarse y retirar el preservativo tomándolo por la base antes de que finalice la erección, anudarlo y arrojarlo a un contenedor de basura.
- No compartir la jeringuilla. Utilizar siempre una nueva.

6.6 ALGUNAS SITUACIONES DE RIESGO

6.6.1 Comportamiento de riesgo de la pareja sexual. El compañero sexual del que se ignora su comportamiento sexual pasado o sus hábitos de drogodependencia puede suponer un riesgo de transmisión del VIH. Cuando el compañero sexual tiene o ha tenido comportamientos de riesgo se debería actuar como si fuese capaz de transmitir el virus del SIDA.

En ese sentido, Bayés afirma acerca de la importancia de tener en cuenta el comportamiento pasado sexual de cada pareja con la que se establecen relaciones sexuales, debido a que este riesgo se incrementa al aumentar también el número de parejas sexuales, ya que con ello se amplía la probabilidad de encontrar una pareja sexual previamente infectada.

6.6.2 Haber nacido de una madre seropositiva. Un porcentaje variable de niños nacidos de madres seropositivas está infectado por el virus del SIDA (20-50 %). El riesgo es mayor cuanto más deteriorada está la salud de la madre.

6.6.3 Recibir sangre o sus derivados. En esta situación el riesgo es despreciable ya que todas las donaciones son sometidas por ley a pruebas de detección muy fiables. Este riesgo que se sitúa en el orden de uno por cada 200.000 o 300.000 donaciones.

6.6.4 Personal sanitario. En caso de exposiciones accidentales el riesgo se puede situar entre el 0 y el 0,75%. Este riesgo es más bajo cuando se adoptan precauciones universales (todos los días, con todos los pacientes). Las medidas

^{*} Ibíd., p. 41

de higiene existentes en los centros sanitarios reducen el riesgo a cifras despreciables.

6.6.5 ¿Cómo NO se transmite el VIH?

El virus del SIDA no se transmite en ningún caso:

- Por darse la mano, abrazarse o besarse.
- Por lágrimas, sudor, tos, estornudos.
- Por la ropa, los muebles o por objetos de uso común.
- Por los alimentos, los vasos o los cubiertos.
- En las piscinas, en los juegos, en las instalaciones deportivas.
- Por compartir duchas, lavabos o baños.
- En los lugares de trabajo y los establecimientos públicos.
- En los colegios, en las aulas, en los juegos escolares.
- Por ninguno de los objetos de uso común en la vida escolar (tizas, lápices, cuadernos, juguetes).
- En los lugares de transporte (autobuses, trenes y aviones).
- Por donar sangre.

6.6.6 Aislar a las personas afectadas no soluciona el problema. Por el contrario, si se les excluye tenderán a alejarse del sistema sanitario y estarán menos informados y cuidados. El miedo a la exclusión y a la segregación puede inducirles a ocultar su condición de afectados por el VIH, lo que puede incrementar las probabilidades de transmisión del virus. Un clima de respeto, de comprensión y solidaridad son, por tanto, requisitos imprescindibles para poder adoptar las medidas de prevención necesarias para evitar la transmisión del VIH y detener el SIDA.

6.6.7 La confianza, el respeto y la solidaridad contribuyen a prevenir la enfermedad. Algunas personas con información incorrecta, consideran que la medida más segura para evitar la transmisión del VIH es apartar a las personas afectadas por el VIH de los colegios, de los hospitales, del barrio, de la vida cotidiana, etc. Esta idea no es sólo errónea sino contraproducente y puede volverse en contra de las mismas personas que discriminan o segregan, porque esta actitud, en lugar de atajar la enfermedad, facilita la transmisión del VIH de una forma más descontrolada*.

* PLATTS, Mark. SIDA: Aproximaciones éticas. México D.F. Prentice Hall, 2000.

6.7 TODOS PUEDEN PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Con actitudes responsables, activas y positivas se puede contribuir a prevenir la infección por VIH y el SIDA. El SIDA no es un problema de determinados grupos de riesgo: es un problema de todos. Su prevención depende del comportamiento de cada uno. La información es un arma contra el SIDA, al igual que la comprensión y la solidaridad con los afectados. Vencer la epidemia de SIDA depende sobre todo de la adopción de las medidas de prevención que evitan la transmisión del VIH:

- Utilizar siempre preservativos en las relaciones sexuales con las personas afectadas por el VIH, con profesionales del sexo, y siempre que se desconozca si la pareja sexual está o no infectada por el VIH.
- No compartir ni utilizar instrumentos que hayan estado en contacto con sangre.
- No compartir nunca jeringuillas ni otros materiales utilizados para preparar la inyección.

Acerca de la prevención para la transmisión del VIH, Bayés afirma que desde un punto de vista sexual, en la actualidad, existen varios tipos de estrategia que confieren diversos grados de garantía en la prevención de la infección por VIH:

- Garantía Absoluta: la abstinencia sexual, la masturbación y las relaciones sexuales sin penetración.
- Garantía Elevada: la monogamia y el uso sistemático del preservativo.
- Garantía Dudosa pero alentable: a) disminución del número de parejas; b) evitación de relaciones sexuales con personas desconocidas; c) no realización del coito durante la menstruación; d) eliminación del coito anal, incluso con preservativos; e) no realización del coito con personal que presentan signos de alguna enfermedad de transmisión sexual tradicional: sífilis, gonorrea; f) no realización del coito con personas que presenten signos que los identifiquen como usuarios de drogas por vía parenteral*.

El consumo de alcohol, marihuana u otras drogas, antes o durante las relaciones sexuales, incrementa la probabilidad de que no se lleven a cabo comportamientos preventivos eficaces. Por ello, un objetivo importante, en el aspecto de prevención sexual, debe consistir en evitar que se produzca la asociación sexo-drogas**.

Es importante señalar que las estrategias de prevención son sólo medios para alcanzar un objetivo, no fines. En el aspecto sexual, cada pareja debe considerar

* Ibid., p. 48

** Ibid., p. 51

las estrategias que desea utilizar en función de sus propias idiosincrasias, necesidades, expectativas, valores, deseos, y marco cultural^{***}.

Igualmente BAYES propone un modelo psicológico de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Considera que es importante actuar a diferentes niveles, ciertamente proporcionando información, pero también: a) cambiando actitudes y normas; b) atenuando las reacciones emocionales adversas; c) adiestrando habilidades; d) facilitando los elementos instrumentales y condiciones necesarios para la prevención; e) disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH; f) proporcionando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo; y g) reforzando los comportamientos de prevención.

El hecho de que una persona se mantenga sana o enferma depende, esencialmente, de dos cosas: ciertamente, de la frecuencia y grado de agresividad de las condiciones patógenas a las que su organismo se encuentre expuesto (exposición que, en el caso del SIDA, se encuentra directamente relacionada con los comportamientos de riesgo que dicha persona practique) pero también del grado de vulnerabilidad que presente su organismo ante ellas, ya que en condiciones similares de exposición al VIH, la transmisión algunas veces se produce y algunas no.

^{***} Ibid., p. 54

El modelo consta de tres fases: a) pasado, que incluye los factores históricos predisponentes susceptibles de influir en cada nueva situación interactiva concreta; b) presente, que comprende los factores que forman parte, momentáneamente, de una interacción de prevención o riesgo; y c) futuro, limitada a las consecuencias, a medio o largo plazo, que tiene dicha interacción para la salud*.

6.8 CARACTERÍSTICAS DEL VIH

6.8.1 Diagnóstico de la infección por VIH. El diagnóstico de la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) se realiza mediante un test de laboratorio. El test consiste en buscar anticuerpos frente al VIH en una muestra de sangre procedente de la persona que se está estudiando. La presencia de anticuerpos indica que existe infección**.

Los anticuerpos son sustancias que el sistema inmune fabrica para defenderse de cualquier elemento extraño (antígeno). Cuando un elemento penetra en el organismo y no es reconocido como propio se fabrican anticuerpos para defenderse de ese posible agresor. Por tanto, se pueden fabricar anticuerpos contra una gran cantidad de agentes infecciosos, pero también contra elementos

*Ibíd., p. 61

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op. Cit., p.36

no infecciosos sí son reconocidos como extraños. Así, por ejemplo, cuando un paciente con sangre Rh negativa recibe sangre Rh positiva, la reconoce como extraña y fabrica anticuerpos contra ella.

Otro dato muy importante es que los anticuerpos fabricados son específicos, es decir, que sólo sirven para luchar contra los agentes que han provocado su fabricación; así, por ejemplo, los anticuerpos fabricados contra el virus de la varicela sólo son eficaces contra este virus y no sirven para luchar contra los virus de la hepatitis. Por tanto, y en relación a los anticuerpos, deben quedar tres conceptos muy claros:

- Los anticuerpos son elementos fabricados para luchar contra cualquier elemento extraño.
- Se pueden fabricar anticuerpos contra agentes infecciosos y contra agentes no infecciosos.
- Los anticuerpos son específicos (sólo sirven contra el antígeno que provocó su síntesis).

Cuando en el organismo penetra el VIH, se fabrican anticuerpos para luchar contra diferentes partes del virus. Estos anticuerpos pueden ser detectados en el laboratorio, con lo que la presencia de anticuerpos frente al VIH indica infección por este virus.

Cuando se quiere saber si un paciente se encuentra infectado por el VIH, se buscan anticuerpos específicos en una muestra de sangre mediante una técnica de laboratorio denominada ELISA. No es necesario conocer el fundamento de esta técnica ni como se realiza en el laboratorio, pero sí es necesario saber dos aspectos importantes:

6.8.2 Cuando el resultado es negativo (no hay anticuerpos frente al VIH) debe excluirse la infección y no habrá que realizar ninguna prueba adicional. De hecho ésta es la técnica empleada en los bancos de sangre con los donantes.

6.8.3 Cuando el resultado es positivo. Debe realizarse un test para confirmar el resultado. Una falsa positividad es muy difícil, pero no imposible, por lo que un test de ELISA positivo precisa un posterior test de confirmación. El test de confirmación más ampliamente empleado es el Western-blot que detecta anticuerpos frente a diferentes antígenos del virus. Por tanto, se puede decir que un ELISA negativo indica que no existe infección, y un ELISA positivo junto con un test confirmatorio positivo indica infección por el VIH.

Existen dos situaciones que deben ser consideradas por separado:

6.8.4 La infección aguda: cuando una persona adquiere el VIH necesita unas semanas para desarrollar anticuerpos. Por tanto, tras la infección el paciente tendrá un test negativo (no ha tenido tiempo para fabricar anticuerpos) y, sin embargo, estará infectado por el VIH. Por este motivo, cuando una persona tiene una exposición al VIH, se le indica que el test deberá repetirse en más de una ocasión.

6.8.5 Los niños recién nacidos de madres infectadas por el VIH: los anticuerpos contra el VIH pueden atravesar la placenta y encontrarse en la sangre del recién nacido, aunque éste no se encuentre infectado. Lo mismo sucede con otros anticuerpos; por ejemplo, un niño puede nacer con anticuerpos frente al virus de la varicela adquirido de la madre a través de la placenta. Los anticuerpos que se adquieren de la madre permanecerán en la sangre durante un tiempo variable. En relación al VIH, y teniendo en cuenta este dato, un test de ELISA positivo no significa forzosamente la existencia de infección. En estos casos reseñados (infección aguda tras exposición y recién nacidos) pueden usarse técnicas de laboratorio que busquen el virus o partes del mismo, en lugar de buscar anticuerpos*.

* MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, Op. Cit. p. 19

Con estas técnicas que detectan el virus o fracciones del mismo no es necesario esperar semanas o meses para conocer si existe infección. Estas técnicas incluyen:

- **Cultivo viral:** en sangre u otros fluidos puede aislarse el virus realizando un cultivo.
- **Detección del virus mediante PCR:** es una técnica de amplificación. En el caso de que exista material genético del virus, se amplifica ("se fabrica más material genético") para poderlo detectar de forma más fácil. La técnica de detección (positiva o negativa) es una PCR cualitativa. La cuantificación del virus no es necesaria para el diagnóstico (se emplea en el manejo terapéutico de la enfermedad).
- **Detección de la proteína p24** (antígeno p24).

6.9 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SIDA

6.9.1 ¿Cuándo se considera que un paciente infectado por el VIH padece SIDA?: expresiones como "tener anticuerpos, pero no la enfermedad", "¿he desarrollado SIDA?" o "¿tengo la enfermedad?" son comunes y, generalmente, traducen que el paciente no conoce bien el proceso. Para intentar comprender lo mejor posible este proceso deben conocerse diversos aspectos. El virus de la

inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus capaz de infectar a las personas provocando una destrucción progresiva del sistema inmune*.

Este es un primer concepto muy importante. Se trata de responder a la pregunta:

6.9.2 ¿Existe o no existe infección por el VIH? No se habla de SIDA; solamente se plantea si un paciente está o no infectado por el VIH. Por tanto, y aunque parezca simple, se consideran dos posibilidades:

- NO existencia de infección por VIH (VIH negativo) o
- Existencia de infección por VIH (VIH positivo). En este caso el VIH destruirá progresivamente al sistema inmune en un período de tiempo variable. Un tratamiento adecuado en el momento oportuno frenará la evolución del proceso.

Otra cuestión diferente es ¿Cómo saber si un paciente está infectado por el VIH?. Respecto al diagnóstico de la infección por VIH algunas consideraciones deben ser repetidas. Cuando en el cuerpo de una persona penetra el VIH, se fabrican anticuerpos para luchar contra diferentes partes del virus. Estos anticuerpos pueden ser detectados en el laboratorio, con lo que la presencia de anticuerpos frente al VIH indica infección por este virus. Es decir, para saber si un paciente

* LEARMONT, J. Smith, G. RAYNES-Greenow. Cinco Pacientes no Progresores Infectados por Transfusión Sanguínea: Estado de salud después de 13 a 16 años de la infección. Conferencia mundial del SIDA. Ginebra, Suiza. 1998.

está infectado por el VIH se buscan anticuerpos, pero no se busca el VIH (buscar anticuerpos es rápido y fácil; buscar el VIH es lento, difícil y caro).

Un resultado positivo de anticuerpos indica tener la infección por el VIH. A partir de este concepto, puede entenderse por qué en numerosas ocasiones se oyen frases tales como "tener anticuerpos, pero no la enfermedad" o "ser seropositivo" (es decir, presencia de anticuerpos en el suero). Es conveniente olvidarse de esta terminología confusa; olvidarse también de la técnica usada en el laboratorio y volver a las dos posibilidades señaladas:

- VIH negativo
- VIH positivo

6.10 LA ENFERMEDAD POR VIH

La enfermedad por VIH provoca una marcada inmunodeficiencia que aparece de forma progresiva. Esta inmunodeficiencia se debe primariamente a una afectación cuantitativa y cualitativa de los linfocitos T helper o colaboradores. Esta subpoblación de linfocitos se define por la presencia en la superficie celular de la molécula CD4, que a su vez actúa como receptor primario o específico para el VIH (linfocitos CD4).

Se han descrito in vitro varios mecanismos para explicar la afectación de las células CD4 por el VIH, especialmente la destrucción directa. No está total y claramente establecido qué mecanismos o combinación de mecanismos actúan en vivo para provocar la disminución de las células CD4 y sus alteraciones funcionales. No obstante, se verá la importancia del efecto citopático directo relacionado con los niveles de carga viral. En cualquier caso, la depleción progresiva de los linfocitos CD4 termina alcanzando un nivel por debajo del cual el paciente está en riesgo de sufrir infecciones oportunistas.

Algunas complicaciones, como las alteraciones neurológicas asociadas a la infección VIH o la aparición de sarcoma de Kaposi, no pueden explicarse solamente por la depleción de linfocitos CD4.

6.11 REPLICACIÓN VIRAL

Mediante técnicas de biología molecular se ha podido demostrar el elevado índice de replicación del VIH. La cinética de replicación del VIH es especialmente elevada. En la actualidad es sabido que en un sujeto infectado se producen diariamente entre 1.000 y 10.000 millones de partículas virales, lo que transmite la elevada replicación viral constante, aunque clínicamente el paciente se encuentre en un período de latencia asintomático. Esta elevada formación de nuevas partículas vitales provoca la destrucción diaria de 10 a 100 millones de linfocitos

CD4. Una célula infectada elabora entre 10.000 y 100.000 partículas virales*. Se calcula que el 1% de los linfocitos CD4 son infectados diariamente por el VIH. Todos estos datos numéricos son la expresión de una replicación viral extraordinariamente elevada. Sin embargo, estas mismas cifras transmiten la enorme capacidad de regeneración que presenta el sistema inmune. La idea fundamental es que en un paciente infectado existe una replicación activa del VIH con la consiguiente destrucción continua del sistema inmune y la regeneración del mismo aunque clínicamente el individuo se encuentre asintomático. La replicación viral activa determina la posibilidad de cuantificar la viremia (carga viral) en un paciente. Cuando se estudia la carga viral se puede constatar, que al igual que sucede con la evolución clínica, existen **tres fases** o períodos delimitados en el tiempo:

6.11.1 Infección aguda (primoinfección): durante la infección aguda existe una elevada carga viral (>100.000 copias de ARN/ml). Este período, de máxima viremia se corresponde clínicamente con la fase inicial o infección aguda sintomática o asintomática. Esta viremia no sólo se correlaciona con un estadio clínico, sino que también lo hace con uno inmunológico, y así se sabe que durante la infección aguda se produce un descenso transitorio de la cifra de

*LANG, LS. Koop, C. FEDERSPIEL, B. Miinder. Op. Cit., p. 19

linfocitos CD4, lo que podría justificar que algunos pacientes se presentaran con infecciones oportunistas en el contexto de la infección aguda.

Durante esta fase la respuesta inmunológica del huésped contra el VIH no se ha establecido por lo que éste se replica "libremente" justificándose de este modo la elevada carga viral. Este hecho se pone claramente al no encontrar todavía anticuerpos contra el VIH (período ventana). Es decir, que se trata de un período en el que el virus puede replicarse libremente ya que todavía no se ha desarrollado una respuesta inmune; esta situación de "libertad" justifica la elevada carga viral y el descenso transitorio de los linfocitos CD4.

Posteriormente se establece un equilibrio, y la carga viral desciende entre 2-3 logaritmos hasta llegar a una cifra estable. Este descenso se debe a que el sistema inmune ha generado una respuesta que controla, al menos parcialmente, al virus por lo que éste pierde su "libertad" inicial.

Los fenómenos que ocurran durante esta fase aguda y como se desarrolle la misma son importantes para el futuro curso de la enfermedad VIH. De hecho la diseminación del virus a órganos linfoides es el principal factor a la hora de establecerse la infección como crónica y persistente. Inicialmente, en el momento

de la entrada del virus en el torrente sanguíneo, el bazo y órganos linfoides pueden capturar los virus circulantes, a partir, probablemente de células CD4 que se han infectado con la entrada del VIH en la sangre. Cuando el virus penetra a través de mucosas, como la vaginal, rectal o uretral, las células dendríticas juegan un papel primordial y serían las que llevarían a los órganos linfoides regionales el virus infectante. Por una u otra vía, la replicación viral en estos lugares conduce a la aparición de una importante viremia con la consecuente diseminación viral a otros órganos linfoides de forma generalizada, al cerebro y a otros tejidos.

Los pacientes que sufren síntomas durante la infección aguda presentan niveles más elevados de viremia. No está claro si el nivel de viremia alcanzado en esta fase se correlaciona con el pronóstico. Sin embargo, los niveles que se alcanzan al finalizar esta fase y entrar en la denominada de replicación crónica intervienen en el pronóstico (es decir, el nivel de viremia o "set point" donde se produce el equilibrio entre el VIH y el sistema inmune del individuo).

Cuando se produce la infección aguda hay una enorme diseminación viral con elevada carga viral y sin control inmunológico del virus; posteriormente, se desarrolla una respuesta inmune contra el VIH y estableciéndose una "lucha" entre el virus y el sistema inmune, a partir de la cual se llega a un equilibrio con

un descenso de la carga viral hasta un nivel ("set point") que varía de unos sujetos a otros en función de ese equilibrio alcanzado.

6.11.2 Replicación crónica: esta fase de replicación se produce tras la infección aguda. Se ha comentado que al finalizar esta infección aguda, la viremia desciende 2-3 logaritmos pudiendo llegar a niveles indetectables; el descenso de la viremia se produce hasta llegar a un nivel o punto diferente para cada paciente (denominado "set point") en el que la viremia queda estabilizado. Este nivel "set point" se estabiliza aproximadamente entre seis y doce meses después de la infección aguda.

El nivel de equilibrio y de estabilización de la carga viral ("set point") tiene aplicaciones pronósticas muy importantes y de hecho, puede decirse que el marcador pronóstico de progresión de enfermedad más importante es la carga viral. En esta fase de replicación crónica siempre va a existir actividad viral, que podrá demostrarse en sangre o en los ganglios linfáticos, a pesar de la potente respuesta inmune del organismo frente al virus. Esta replicación crónica en un contexto de latencia clínica termina abocando a los 8-10 años (valores medios) en los estadios avanzados de la enfermedad. Es evidente que el VIH escapa del sistema inmune; por tanto, el virus tiene que utilizar mecanismos para evadir la

respuesta inmune (mecanismos de escape viral). Se sabe que el virus tiene una enorme capacidad para mutar.

Un mecanismo de escape del VIH al sistema inmune, es que la principal eficacia de la respuesta inmune contra el VIH tiene lugar en la sangre, pero no en los tejidos linfoides. En este sentido es muy importante el pool ó población de linfocitos infectados pero que no replican los virus que se encuentran en los ganglios y que escapan del efecto citotóxico (se sabe que en los ganglios existen dos poblaciones linfocitarias: la mayoritaria con provirus que no replican, y la minoritaria con virus que se replican activamente generando nuevas partículas virales).

Se podría decir que los dos mecanismos fundamentales de escape son la variabilidad genética derivada de la alta tasa de error de la transcriptasa inversa (capacidad de mutar), y la capacidad de entrar en una fase de latencia en los reservorios infectados. Por tanto, esta fase virológica, también tiene su correspondencia con una fase clínica en la que el paciente se encuentra asintomático y que corresponde con la fase de latencia o intermedia. Durante esta fase, de duración muy variable, los linfocitos CD4 descienden de forma lenta pero progresiva. Por otra parte los ascensos transitorios de la carga viral determinan descensos de los linfocitos CD4, probablemente por un efecto

citopático directo; esto también explicaría el descenso importante de células CD4 durante la infección aguda, donde la viremia está especialmente elevada. El recuento de linfocitos CD4 junto con la carga viral permite predecir adecuadamente el pronóstico.

6.11.3 Fase de replicación acelerada: transcurrida una cifra de años variable, se acelera la replicación viral, incrementándose la viremia y comenzando una franca disminución de los linfocitos CD4. Esta fase de replicación acelerada, que puede ser más o menos prolongada, se correspondería con la fase terminal de la enfermedad VIH, donde aparecerán complicaciones definitorias de SIDA, y donde la cifra de linfocitos CD4 desciende por debajo de 200 células/ptl. Esta fase final se produciría porque la respuesta inmune del paciente no es lo suficientemente eficaz como para inhibir totalmente la replicación, por lo que finalmente el virus supera la respuesta inmunológica y termina provocando una declinación del número de linfocitos CD4.

La capacidad de regeneración del sistema inmune cae finalmente ante la enorme cinética de replicación viral. En las fases más avanzadas, con máxima inmunodepresión, el VIH se replica de forma muy activa con marcadas elevaciones de la carga viral y sin ningún tipo de control inmunológico. La mediana de tiempo transcurrido entre la infección aguda y el desarrollo de SIDA

es de aproximadamente 10 años. Sin embargo, existe un 10% aproximadamente de pacientes considerados como "long-term survivors".

Estos pacientes mantendrían una prolongada supervivencia, de hasta 20 años, aunque de forma paulatina su sistema inmune ha sido afectado. Este dato marca la diferencia con los pacientes no progresores ("long-term nonprogressor") en los que el sistema inmune no se ve afectado. Evidentemente todos los no progresores son long-term survivors, pero no al revés. Los pacientes no progresores presentan, generalmente, una fuerte respuesta inmune contra el VIH. No obstante, con técnicas ultrasensibles en muchos pacientes puede demostrarse viremia VIH. Con relación al virus, se ha visto que en algunos de estos pacientes existen virus defectivos.

El objetivo fundamental de los tratamientos actuales es que bajo un esquema terapéutico agresivo contra el virus, la replicación de éste se reduzca al máximo para que los pacientes se comporten como "long-term survivors" o "long-term nonprogressors".*

* LEARMONT, J. Smith, G. RAYNES-Greenow. Op. Cit., p. 22

6.12 RESERVORIOS. DIANAS. ÓRGANOS LINFOIDES

Se ha comentado previamente la enorme cantidad de células, especialmente in vitro, que pueden ser infectadas por el VIH. In vivo, hay dos dianas principales: -- Linfocitos CD4 -- Macrófagos tisulares. Del 1 al 10% de los linfocitos CD4 de sangre periférico se encuentran infectados. La disponibilidad de técnicas muy sensibles de PCR pueden demostrar que existe viremia plasmática, aunque sea a niveles muy bajos, en todos los estadios de la enfermedad. En los órganos linfoides, especialmente los ganglios linfáticos, se detecta una alta carga viral VIH.

Cuando se realizan técnicas para detectar ADN viral se ve que hasta un 40% de los linfocitos CD4 se encuentran infectados. Cuando las técnicas empleadas son para detectar ARN, se encuentran gran cantidad de partículas virales, fundamentalmente entre las células dendríticas en contacto con linfocitos. Por tanto, entre las células dendríticas se encuentran partículas virales, pero estas células no están infectadas.

Una proporción muy baja de linfocitos infectados (<1%) replican activamente el genoma del virus. Por tanto, en los órganos linfoides la mayoría de los linfocitos infectados no replican el virus y se encuentran en estado latente. Por tanto, podríamos hablar de dos poblaciones de linfocitos infectados en los ganglios linfáticos:

- **Población linfocitaria infectada que contiene un pro virus integrado en el genoma de forma latente.** Constituye la población mayoritaria.

- **Población linfocitaria infectada replicativa.** Constituye la población minoritaria. Aunque esta población es minoritaria es la que fabrica la gran cantidad de partículas virales nuevas por día, y que es aproximadamente de 10.000 millones partículas virales por día. Esta población linfocitaria moriría por efecto citopático (aproximadamente 100 millones de células). Las nuevas partículas virales volverían a infectar a un número similar de linfocitos CD4 (aproximadamente el 1%). Esta población de linfocitos infectada está constituida fundamentalmente por linfocitos activados, por lo que se produce una rápida replicación del VIH. De esta manera el ciclo volvería a repetirse (nueva destrucción de linfocitos, nueva progenie de viriones, nueva población de linfocitos CD4 que se infecta de novo)*

Esta situación produce un fenómeno complejo a nivel de los ganglios. Paralelamente se mantiene la población linfocitaria mayoritaria con virus integrado pero sin replicación; no se conoce bien qué factores determinan que las células

* KAISER, R. MATZ, B. BRACKMANN, HH. Niveles químicos y replicación viral de la población infectada con VIH. Conferencia mundial del SIDA. Ginebra, Suiza. 1998.

de esta población o pool se activen y pasen a formar parte del pool minoritario activado que replica virus.

La segunda diana principal son las células de estirpe macrofágica, aunque el porcentaje de macrófagos infectados es pequeño. Así, por ejemplo existe infección en 1 de 15.000 en órganos linfoides, 1 de 100.000 en macrófagos del bazo. En las células dendríticas submucosas, en las células de Langerhans y en la microglia se detecta infección. En cualquier caso, el papel de reservorio de la estirpe macrofágica es poco importante. La infección de los macrófagos podría jugar un papel más importante en aspectos como la transmisión por vía sexual.

Por otra parte, es posible que la población de macrófagos tisulares infectados constituya una población con una cinética de replicación viral muy lenta, pero que a la larga podría ser determinante en la perpetuación de la infección. La infección de macrófagos en diferentes localizaciones permite hablar de reservorios y de santuarios.

6.13 RESPUESTA INMUNE FRENTE AL VIH

En los pacientes infectados se va a observar una respuesta humoral y celular, tanto inespecífica como específica. La respuesta humoral específica se

caracteriza por la síntesis de anticuerpos frente a las diferentes proteínas del virus. El sistema inmune elabora anticuerpos frente a proteínas de la envoltura y frente a proteínas del core y de la matriz. La respuesta celular específica depende de los linfocitos T CD4+. Se produce una expansión clonal de estos linfocitos con actividad citotóxica (CTL). Esta intensa actividad citotóxica se desarrolla contra diferentes proteínas estructurales y reguladores del virus. La respuesta citotóxica es especialmente intensa frente a proteínas del core; no obstante, se desarrollan clones contra otras proteínas.

La respuesta frente al VIH desarrollada por el sistema inmune requiere un tiempo. La respuesta citotóxica aparece más precozmente que la respuesta humoral con síntesis de anticuerpos. La respuesta celular, no sólo es más precoz sino también más importante que la humoral en el control inicial de la infección.

La respuesta inmune del paciente y la replicación viral del VIH son los dos factores que intervienen en el desarrollo de un equilibrio entre virus y sistema inmune. Este equilibrio varía de unos pacientes a otros dependiendo de la agresividad del virus y de la intensidad de la respuesta inmune. La "medición de este equilibrio" puede realizarse midiendo la carga viral después de la fase de infección aguda; mientras mayor sea el control por parte del sistema inmune menor será la carga viral; en cualquier caso, y aunque la respuesta inmune sea

excelente, siempre quedará un mínimo nivel de replicación viral imposible de erradicar o anular.

Durante el período intermedio se mantiene la respuesta humoral y celular frente al VIH. En los estadios finales de la enfermedad, se produce un descenso de esta respuesta inmune. Este deterioro refleja una destrucción masiva del sistema inmune.

Así como muchos pacientes presentan una respuesta inmune frente al VIH, también se concibe que otros presentan una vulnerabilidad biológica frente al VIH que puede situarse a lo largo de un continuo que va desde un estado de vulnerabilidad mínimo, en el cual la posibilidad de infección, si este ya se encuentran en el organismo, es muy pequeña, aun estado de vulnerabilidad máximo en el que la probabilidad de infección, es muy elevada.

Respecto a este tema, Bayés afirma que es importante descubrir cuáles son los factores que incrementan la vulnerabilidad o la disminuyen con el fin de ayudar a mantener en cada momento, al organismo de las personas que practican comportamientos de riesgo, y enfermos de SIDA, en el nivel de vulnerabilidad más bajo posible. Según este autor existen cuatro tipos de estímulos capaces de

perturbar el funcionamiento del sistema inmunitario y, consiguientemente, de incrementar la vulnerabilidad del organismo:

- Estímulos capaces, intrínsecamente, de producir este efecto, tales como, por ejemplo, determinados medicamentos, drogas o vacunas.
- Estímulos capaces de alterar el sistema endocrino, tales como, por ejemplo, un embarazo, y afectar, indirectamente a través de aquél, al sistema inmunitario.
- Estímulos capaces, en función del marco cultural e historia personal de cada uno, de producir estrés psicológico o relajación y, a través suyo, alteraciones, negativas o positivas, a nivel inmunológico.
- Estímulos previamente neutros que se han visto asociados fortuitamente con los anteriores y que han adquirido propiedades estresantes o directamente perturbadoras o relajantes, de los sistemas endocrino, nervioso o inmunitario, a través de un proceso de condicionamiento clásico*.

* Ibíd., p. 75

6.14 COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN POR VIH / SIDA: "LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS"

La presencia de infecciones es una de las consecuencias del daño que produce el VIH en el sistema defensivo del organismo. Cuanto más daño ha producido (es decir, cuanto menos linfocitos CD4 haya en la sangre), mayor será el riesgo de desarrollar infecciones.

Al contrario de lo que mucha gente cree, la mayoría de las infecciones que presentan las personas infectadas por el VIH no se adquieren por el contacto con otras personas, sino que se deben a gérmenes que habitualmente llevamos en el organismo. Estos gérmenes no producen daño alguno habitualmente, pues el sistema inmunológico defensivo es capaz de mantenerlos frenados. Es precisamente cuando el sistema inmunológico se altera (por la acción del VIH), cuando estos gérmenes aprovechan su oportunidad para desarrollarse y producir enfermedades (motivo por el que se les denomina gérmenes "oportunistas" y a las infecciones que producen: "infecciones oportunistas").

Algunas infecciones son:

- **Candidiasis oral.** La presencia de este hongo en la boca de las personas es algo relativamente normal. Sin embargo, cuando las defensas disminuyen

(habitualmente cuando los CD4 son inferiores a 300) no se controla su crecimiento y se manifiesta como manchas blanquecinas, algodonosas en la boca y el paladar (a lo que se le llama "muguet"). Habitualmente no producen molestias, pero cuando se hacen muy intensas y afectan a la parte posterior de la garganta y al esófago ("candidiasis esofágica"), pueden producir dificultad para tragar, e incluso dolor.

Para su tratamiento se utilizan fármacos de aplicación local, como el jarabe de Nistatina o "Mycostatin®", que aplica mediante enjuagues bucales 3 ó 4 veces al día, tragando posteriormente el fármaco. Si con esto no es suficiente, se utilizan otros fármacos en cápsulas, como el Fluconazol (Diflucan®, Loitin®), durante 7-14 días. Si las defensas persisten bajas, lo habitual es que los episodios se repitan. Sin embargo, si el sistema inmunológico mejora con el tratamiento antirretroviral, la probabilidad de que reaparezcan disminuye mucho.

▪ **Tuberculosis.** Aunque la tuberculosis no es exactamente una infección oportunista, porque puede producirse en personas no infectadas por el VIH, el riesgo de desarrollarla aumenta cuando las defensas disminuyen. De hecho es la infección más frecuente entre las personas con infección por VIH de nuestro país. Suele afectar a los pulmones (con tos crónica, fiebre, sudores nocturnos,...), pero también puede afectar a cualquier otro órgano del cuerpo: ganglios linfáticos,

hígado, médula ósea, meninges... Cuando afecta los pulmones, puede contagiarse mediante la tos a las personas que conviven con el paciente, por lo que se recomienda que el paciente permanezca aislado (con mascarilla y en habitación ventilada) al menos hasta que lleve dos semanas con el tratamiento de la tuberculosis (que es el tiempo que se tarda en que el tratamiento consiga que se dejen de eliminar bacilos tuberculosos con la tos). También es necesario que las personas que hayan convivido con el paciente en las semanas previas al diagnóstico de tuberculosis acudan a su médico de cabecera, quien les realizará las pruebas adecuadas para conocer si ha habido contagio, y tratarlo de forma adecuada.

La tuberculosis (al contrario que otras infecciones oportunistas) tiene curación. Para ello es preciso tomar el tratamiento durante todo el tiempo prescrito (que consiste en una combinación de 3 o 4 fármacos durante 2 meses y luego 2 fármacos durante otros 4-7 meses más). Si el tratamiento no se toma correctamente (todas las dosis, todo el tiempo indicado), la tuberculosis no se curará, y podrá reaparecer al cabo de un tiempo produciendo una enfermedad más grave y de tratamiento más difícil (porque el bacilo tuberculoso se hace resistente al tratamiento).

En algunos casos es posible saber que se es portador del bacilo de la tuberculosis antes de que se desarrolle la enfermedad. Esto ocurre cuando la prueba de la tuberculina ("Mantoux") es positiva. En esos casos, el riesgo de desarrollar una tuberculosis en los meses o años siguientes es muy elevado (alrededor del 50%). Sin embargo, puede prevenirse si se toma correctamente un tratamiento consistente en 300 mg de Cemidón® durante 9-12 meses, o en la combinación de Rifaldín® 600 mg más Pirazinamida 1-2 gramos (según el peso) durante 2 meses.

▪ **Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.** Bajo este raro nombre se oculta un parásito (u hongo) microscópico muy común en la naturaleza, fundamentalmente en los mamíferos, que parece transmitirse por el aire (vía aérea). Habitualmente, los humanos entramos en contacto con él durante la infancia, y permanece en nuestro organismo durante toda la vida. Sin embargo, aunque es muy común y se encuentra en los pulmones de muchas personas, es muy raro que produzca enfermedades, porque el sistema defensivo del organismo es capaz de controlarlo sin dificultad. Cuando las defensas no son capaces de frenar la multiplicación del parásito, que suele localizarse en los pulmones, se empieza a producir una inflamación pulmonar (neumonía) progresiva.

Esta inflamación impide la correcta función del aparato respiratorio, que es la de oxigenar la sangre. Inicialmente se puede manifestar como tos seca, fiebre y falta de aire al realizar algún esfuerzo. Posteriormente, la falta de aire empieza a notarse incluso cuando se está en reposo, y la situación del enfermo empeora progresivamente y si no se trata, llega a ser mortal. Esta enfermedad, por tanto, no se produce en las personas sanas que convivan con un enfermo que la tenga, pues el problema no es tener el parásito, sino no tener defensas frente a él.

La sintomatología descrita anteriormente, la radiografía de los pulmones (que muestra inflamación generalizada), y el descenso del oxígeno en la sangre, ayudan a sospechar que se está ante ella. Sin embargo, la única manera de poder asegurar el diagnóstico es ver el parásito en las secreciones bronquiales, para lo que suele ser necesaria la realización de una broncoscopia. Los casos leves pueden responder al Septrim por boca (tomado en dosis mucho más altas que las que se usan para la prevención). Si la neumonía es más grave (es decir, dificulta más la respiración), será necesario ingresar al paciente para proporcionarle oxígeno y administrar la medicación por la vena. El tratamiento dura unos 21 días.

- **Toxoplasmosis cerebral.** El toxoplasma es otro de los parásitos con los que se convive frecuentemente y que pueden producir una enfermedad grave cuando

las defensas disminuyen (generalmente, cuando los CD4 bajan de 100). Es posible conocer si se tiene el parásito en el organismo mediante un análisis de sangre (serología de toxoplasma). Un resultado positivo indica que ya se ha estado en contacto con él. En ese caso, si las defensas bajan de 100 se debería realizar un tratamiento preventivo, consistente en un comprimido de Septrim Forte® diario. Si no se tolera el Septrim, el médico indicará el tratamiento preventivo más indicado para el caso.

Si el resultado de la serología es negativo, significa que aún no se ha adquirido el parásito, y el objetivo debería ser evitar entrar en contacto con él. Para ello es recomendable consumir la carne "muy hecha" (sin zonas rojas), lavar bien frutas y verduras que vayan a tomarse crudas, lavarse las manos siempre que se haya tocado carne cruda o tierra. En caso de tener un gato, las tareas de limpieza de excrementos debería ser realizada por otra persona o, en su defecto, con guantes, no siendo recomendable estar en contacto con gatos callejeros ni dejar que el gato salga a la calle.

Cuando se produce una toxoplasmosis cerebral, suele manifestarse por alteraciones cerebrales (pérdida de conciencia, crisis convulsivas, alteraciones del comportamiento o parálisis de alguna parte del cuerpo). Aunque tiene

tratamiento, a veces el daño que produce en el cerebro es irreversible y no se consiguen recuperar las capacidades que se tenían antes de la infección.

El tratamiento se realiza con Sulfadiazina®, Daraprim® y Lederfolín® durante unas seis semanas y luego se debe mantener el mismo tratamiento, aunque a unas dosis menores, de por vida. Si el tratamiento se interrumpe, es habitual que se produzca una recaída. Actualmente no se recomienda retirar el tratamiento aún cuando las defensas aumenten tras el tratamiento antirretroviral, aunque hay estudios que intentan saber si esto será posible.

- **Retinitis por Citomegalovirus (CMV).** El CMV o citomegalovirus es un virus de la familia de los virus herpes. Se trata de un virus muy común, con el que la mayoría de la población ha estado en contacto. Se transmite por las secreciones, por la sangre, mediante las relaciones sexuales o por transmisión de la madre al feto. El primer contacto con el virus suele ocurrir en la infancia, y en la edad adulta es frecuente presentar anticuerpos frente al CMV (señal de que se ha estado en contacto con este virus).

Si las defensas funcionan con normalidad, no suele producir ninguna sintomatología o es mínima, leve y transitoria, pero el virus permanece dentro del

organismo de forma "latente". Nuevamente, el problema surge cuando las defensas están muy deterioradas (generalmente con CD4 menores de 50), como ocurre en algunos pacientes con el virus del SIDA. En ese caso se puede producir el CMV se puede reactivar y lesionar diversos órganos y tejidos, provocando lo que se denomina "enfermedad por CMV".

El CMV se asienta con frecuencia en el ojo, concretamente en la retina (retinitis por CMV), que es la zona encargada de captar las imágenes. Produce inflamación y hemorragias en la retina, que si no se tratan eficazmente en poco tiempo, pueden llegar a destruirla, provocando pérdida del campo visual e incluso, ceguera.. Además de la retina, es frecuente observar daño del tubo digestivo (sobre todo del esófago, originando dificultad para tragar, y del intestino grueso, originando diarrea que puede ser sanguinolenta). También puede dañar el sistema nervioso provocando un enfermedad muy grave (encefalitis), el hígado o los pulmones.

Puesto que el riesgo se produce cuando los CD4 son menores de 50, la mejor manera para evitar esta enfermedad sería mejorar las defensas. Así se ha visto que los pacientes que mejoran sus defensas con el tratamiento para el VIH tienen menor riesgo de enfermedad por CMV. Si no es posible aumentar los CD4 por encima de 50, se podría utilizar Ganciclovir oral, pero la protección es pequeña, el

número de pastillas es elevado (4 cada 8 horas) y se trata de un fármaco muy caro, por lo que la conveniencia de realizar este tipo de prevención está muy discutida. Más importante puede ser la realización de revisiones oftalmológicas periódicas de las personas que tienen mayor riesgo de retinitis, como son los pacientes con menos de 100 linfocitos CD4.

El tratamiento de la enfermedad por CMV se realiza mediante fármacos antivirales. Se dispone en la actualidad de tres de ellos: Ganciclovir, Foscarnet y Cidofovir. Los tres fármacos tienen que ser administrados por vía intravenosa, aunque en el caso del Ganciclovir existe una preparación en cápsulas que puede utilizarse tras dos o tres semanas de tratamiento intravenoso. Por lo general, el tratamiento dura dos o tres semanas (tratamiento de la fase aguda), pero posteriormente se debe realizar un tratamiento crónico de mantenimiento con dosis más pequeñas.

Los tres fármacos tienen una eficacia frente al virus muy parecida, pero se diferencian fundamentalmente en los posibles efectos secundarios. En función de esto, el médico decidirá cuál es más adecuado para cada paciente. El Ganciclovir se administra dos veces al día durante las primeras 2-3 semanas, y su principal efecto adverso es la alteración en la producción de las células sanguíneas, debiéndose vigilar la posible producción de anemia (falta de glóbulos rojos),

neutropenia (falta de glóbulos blancos) o plaquetopenia (falta de plaquetas). Foscarnet se administra tres veces al día durante el tratamiento de inicio, y puede producir alteraciones de la función renal y alteraciones del calcio en la sangre. Cidofovir se administra de inicio una vez a la semana durante dos semanas. Aunque la administración es más cómoda, la tolerancia puede no ser buena, con posibilidad de alteraciones importantes de la función renal, lo que obliga a vigilar muy de cerca este problema.

En algunos casos especialmente graves, se ha probado también combinar dos de estos fármacos. En algunos casos en los que no se pueda utilizar el tratamiento intravenoso, los antivirales pueden administrarse directamente mediante inyección en el ojo (tratamiento intra vítreo). Hasta hace poco, se consideraba que el tratamiento debía mantenerse para siempre, pues si se dejaba de tomar, la enfermedad volvía a aparecer, e incluso con el tratamiento de mantenimiento la reactivación era casi inevitable. Esto se hace con pautas diarias (o de cinco días por semana) de Foscarnet o Ganciclovir intravenoso, con Cidofovir intravenoso quincenal o con Ganciclovir oral (cuatro comprimidos tres veces al día). Sin embargo, desde que se dispone de tratamientos antirretrovirales eficaces que logran producir una mejora del sistema inmunológico, se ha visto que el riesgo de recidivas ha disminuido mucho. Incluso, en algunos pacientes que recuperan unos linfocitos CD4 por encima de 200 y en los que la lesión inicial no afecta de forma importante a la visión, se está estudiando si sería posible suspender el

tratamiento sin riesgo de reaparición de la enfermedad, pero los datos son aún escasos y esta opción debería ser tomada teniendo muy en cuenta las peculiaridades de cada caso.

▪ **Infección por *Mycobacterium Avium* (MAI).** MAI o MAC, son formas habituales de denominar a un tipo de bacterias cuyo nombre completo es *Mycobacterium Avium* y *Mycobacterium Intracellulare*. Pertenecen al genero de las micobacterias, un grupo de bacterias al que también pertenece el bacilo de la tuberculosis. Sin embargo, aunque el MAI y el bacilo tuberculoso son bacterias parecidas, las enfermedades que producen son muy distintas.

El MAI es muy común en la naturaleza. Está prácticamente en todos los sitios: en el suelo, en el agua, en animales e insectos. Se convive a diario con el MAI, pero no produce enfermedad hasta que las defensas estén muy deterioradas (generalmente por debajo de 50). Al contrario que la tuberculosis, esta enfermedad no se produce en las personas sanas que convivan con un enfermo que la tenga, pues el problema no es estar en contacto con la bacteria, sino no tener defensas frente a ella.

Cuando las defensas no son capaces de evitar la infección por esta bacteria, el MAI, que se adquiere por vía respiratoria o por vía digestiva, pasa a la sangre y desde allí infecta muchos órganos distintos, como el hígado, el bazo, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el sistema digestivo, los pulmones...

Inicialmente se puede manifestar como fiebre, cansancio y dolor abdominal. La diarrea también es frecuente y se debe a la afectación del intestino delgado o grueso, y puede dar lugar a malnutrición, y más raramente a sangrado rectal. El crecimiento de la bacteria en la médula ósea (que es el lugar donde se producen las células de la sangre), produce anemia crónica, que puede ser muy intensa y requerir transfusiones.

Recientemente se ha descrito que algunos pacientes con muy pocas defensas (menos de 50 CD4), cuando empiezan un tratamiento potente que controla el VIH, pueden presentar en las primeras semanas síntomas como fiebre y aumento de los ganglios linfáticos debidos al MAI. Esto parece deberse a que en esos pacientes se estaba desarrollando una infección diseminada por MAI que aún no había producido síntomas, pero que al mejorar la capacidad de respuesta defensiva del organismo a consecuencia del tratamiento anti-VIH, originan una respuesta inflamatoria defensiva que es la que produce los síntomas. En estos

casos, los síntomas son un reflejo de la eficacia del tratamiento anti-VIH y no de su fracaso, como ocurre en otras ocasiones.

Puesto que se sabe que el riesgo se produce cuando los CD4 son menores de 50, es en estos pacientes en los que se debe intentar hacer algún tipo de prevención. Como no es posible evitar el contactar con la bacteria (ya se ha dicho que está en casi todos los sitios), la mejor manera de evitar la infección es mejorar las defensas.

Si no es posible aumentar los CD4 por encima de 50, se puede establecer un tratamiento preventivo con antibióticos. El más utilizado es la azitromicina (Zitromax®, Vinzan®) que se puede administrar por boca a dosis de 1200 mg cada semana (una vez a la semana). Otras pautas también eficaces pero menos cómodas y más caras son utilizar claritromicina (Bremón®, Klacid®; un comprimido de 500 mg dos veces al día, todos los días) o Rifabutina (Ansatisipín®; dos comprimidos al día, todos los días). El problema de la Rifabutina es que no se puede tomar junto con algunos fármacos como Ritonavir o Saquinavir. Si la Rifabutina se toma junto con Nelfinavir o Indinavir, su dosis se ha reducir a la mitad (un comprimido al día).

Como los síntomas que produce el MAI los pueden producir también otras muchas enfermedades, su diagnóstico es difícil. La única forma de saber con seguridad que un paciente tiene MAI es cultivar la bacteria. Lo más frecuente es cultivarla en muestras de sangre, pero en ocasiones es necesario realizar alguna biopsia, como la de la médula ósea, para encontrar la bacteria. El cultivo del MAI es lento y puede tardar en dar resultados entre dos y seis semanas. Para tratar la infección por MAI se requiere el uso de una combinación de al menos dos antibióticos, que son la Claritromicina (500 mg cada 12 horas) y el Etambutol (Myambutol®, 2-3 comprimidos al día). En algunos casos se añade también la Rifabutina al tratamiento. Los síntomas pueden tardar entre una y cuatro semanas en mejorar claramente. El tratamiento debe mantenerse para siempre, pues si se deja de tomar, la infección suele volver a aparecer. En la actualidad se está estudiando si sería posible suspender el tratamiento sin riesgo de reaparición de la infección en el caso de que con tratamiento anti-VIH se consigan mejorar las defensas, pero aún no hay datos suficientes para poder recomendarlo.

▪ **Criptococosis.** El criptococo es un parásito intestinal que produce diarrea. Aunque puede producir diarrea a personas con las defensas normales, en ellas se suele tratar de diarreas leves y de corta duración. Sin embargo, cuando las defensas son bajas (habitualmente menores de 100), la diarrea se cronifica, no existiendo ningún tratamiento que la controle de forma eficaz, conduciendo en ocasiones a la deshidratación y desnutrición del enfermo. Nuevamente, la mejora

en las defensas que se consigue muchas veces con el tratamiento del VIH se ha convertido en el mejor tratamiento existente, y logra controlar los síntomas. Se adquiere mediante el contacto con personas infectadas (adultos o bebés), animales infectados o bebiendo agua contaminada. Es recomendable evitar el contacto con heces de personas o animales.

6.15 OTRAS INFECCIONES

Existen otras infecciones oportunistas que se producen con menor frecuencia, como la **"Meningitis Criptocócica"**, que es una infección grave producida por un hongo, que afecta a pacientes con escasos CD4 (menos de 50) y que requiere tratamiento inicialmente intravenoso y luego por vía oral de por vida.

Otra infección cerebral grave que se produce en pacientes con menos de 50 CD4 es la **"Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva"**. Está producida por un virus (virus JK), y como su nombre indica, origina un deterioro progresivo de las funciones cerebrales. No existe tratamiento eficaz, y antes de disponer de tratamientos potentes frente al VIH, el pronóstico de esta infección era muy malo, falleciendo los enfermos en pocos meses. Sin embargo, con la mejoría inmunológica de muchos de los pacientes tratados con antirretrovirales, se ha visto cómo la enfermedad cerebral se detiene e incluso mejora con frecuencia, mejorando las expectativas de vida de las personas con LMP.

Complicaciones no infecciosas. Además de las infecciones oportunistas, las personas infectadas por el VIH pueden presentar a lo largo de su vida otras complicaciones derivadas de su deterioro inmunológico. Cabe destacar: **"Sarcoma de Kaposi"**: consiste en el crecimiento anómalo de las células que forman parte de los pequeños vasos sanguíneos. Habitualmente afecta a la piel, en forma de manchas violáceas, ligeramente abultadas, en número muy variable, pero también pueden afectar a otros órganos, como el tubo digestivo o los pulmones.

Su gravedad varía mucho en cada caso, habiendo personas en las que las lesiones son escasas y no aumentan en número o tamaño durante años, y otras en las que la progresión es rápida. En el primer caso, muchas veces no se requiere tratamiento y basta con observar periódicamente su evolución. En el caso de lesiones que progresan rápidamente, puede ser necesario instaurar un tratamiento con quimioterapia intravenosa. La utilización del tratamiento antirretroviral frente al VIH ha originado un descenso en la frecuencia de sarcoma de Kaposi, y ha facilitado su control.

- **"Demencia asociada al SIDA"**: El propio VIH es capaz de lesionar las células cerebrales, produciendo en algunos pacientes en fases avanzadas un cuadro de deterioro de las funciones cerebrales que conduce a la demencia.

La utilización de fármacos que son capaces de atacar al VIH en el cerebro, como la Zidovudina (Retrovir®) ha supuesto un descenso en la frecuencia de esta complicación. La utilización de otros fármacos que también actúan a nivel cerebral frente al virus como la Estavudina (D4T, Zerit®), Nevirapina (Viramune®) o Efavirenz (Sustiva®), probablemente permitirá controlar mejor la evolución de esta complicación.

- **"Síndrome Consuntivo" ("Wasting Syndrome"):** Consiste en la pérdida de peso progresiva con desnutrición que se produce en las fases avanzadas de la enfermedad. Aunque no tiene un tratamiento específico, algunas veces mejora con la utilización de fármacos que aumentan el apetito como el acetato de megestrol (Maygace®, Megefrén® o Borea®) o la testosterona. También mejora si se instaura un tratamiento potente frente al VIH.

No debe confundirse con el cuadro de pérdida de grasa en extremidades y cara que se produce en ocasiones en pacientes que reciben tratamiento antirretroviral (lipodistrofia).

6.16 PROCESO Y FASES DE LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN PERSONAS INFECTADAS CON VIH / SIDA

Según Bayés, una vez que las personas son informadas acerca de un diagnóstico positivo de VIH / SIDA, su comportamiento cambia pasando por cinco fases:

6.16.1 Fase de precontemplación. En ella no existe verdadera intención de cambio en el infectado. Cuando el precontemplador acude al profesional es a menudo bajo la presión de su pareja, familiares o amigos; a menudo, se siente coaccionado para que lleve a cabo el cambio; muestra resistencia a reconocer o modificar su comportamiento de riesgo, y, en algunos casos, puede llegar a conseguir cambiarlo en tanto las circunstancias coactivas se mantengan, pero, al cesar éstas, vuelve con rapidez a sus comportamientos de riesgo primitivos. Normalmente los Precontempladores no tienen una intención decidida e cambiar su conducta en los seis meses inmediatos.

6.16.2 Fase de contemplación. El afectado se da cuenta que el problema existe y piensa con seriedad en enfrentarse con él y superarlo pero todavía no se ha comprometido en pasar de los deseos a la acción. Los Contempladores saben hacia dónde quieren ir, pero no se sienten todavía preparados para emprender el camino. A menudo efectúan balances sopesando los pros y los contras, las ventajas y costes que supone cambiar la conducta problema, contraponiendo las consecuencias agradables que supone el mantenimiento del comportamiento de

riesgo a las pérdidas y costes que comportaría su eliminación. Normalmente, se consideran Contempladores aquellos que manifiestan que están considerando seriamente cambiar su conducta dentro de los próximos seis meses.

6.16.3 Fase de preparación. Incluye los individuos que se encuentran ya dispuestos a efectuar el cambio de forma inmediata. En la práctica, muestran algunos pequeños cambios observables de comportamiento como haber reducido el número de parejas sexuales, haber usado ocasionalmente un preservativo cuando antes no lo hacían, demorado en alguna ocasión la inyección de heroína para no compartir la jeringuilla. Los individuos que se encuentran en esta fase se muestran dispuestos a cambiar la conducta en el mes inmediato y con frecuencia han llevado ya a cabo algunos intentos de cambio sin éxito en los meses precedentes.

6.16.4 Fase de acción. Supone cambios observables de comportamiento y requiere una considerable inversión de tiempo y energía. Muchas veces incluso los mismos profesionales, confunden erróneamente esta fase con un verdadero cambio, y bajan la guardia, dando por conseguido algo que todavía requiere mucho esfuerzo para poderlo considerar como adquirido y consolidado. Pueden identificarse los individuos que se encuentran en esta fase si han sido capaces de

cambiar con éxito su conducta de riesgo durante un período inferior a seis meses*.

6.16.5 Fase de mantenimiento. En esta fase las personas se esfuerzan para prevenir la recaída y consolidar los cambios conseguidos en la fase anterior. Para las conductas adictivas este periodo empieza una vez han transcurrido los seis primeros meses desde que se inició la acción y posee una duración indefinida que, en el caso del establecimiento de comportamientos de prevención en las personas portadoras del VIH, debe abarcar ya toda la vida. Las marcas distintivas de esta fase de mantenimiento son la estabilización del cambio de conducta sin recaídas durante más de seis meses.

Las estrategias de cambio más utilizadas durante estas fases para conseguir modificaciones a nivel cognitivo y conductual, son las siguientes:

- Precontemplación y Contemplación: estrategias de Concienciación, **Dramatización y Valoración Ambiental.**
- Transición de la fase de Contemplación a la Preparación: **Autoevaluación.**
- Transición de la fase de Preparación a la de Acción: **Autoliberación.**
- Acción y Mantenimiento: **Reforzamiento, Relación de Ayuda y Contracondicionamiento.**

* Ibid., p. 81

Bayés define cada una de estas estrategias, así:

- **Concienciación.** Se proporciona información sobre el problema y cómo éste afecta a la persona.
- **Dramatización.** Se ayuda a las personas a experimentar y expresar sentimientos sobre sus propios problemas y soluciones a través de técnicas como el juego de roles.
- **Valoración Ambiental.** Se fomenta que las personas examinen cómo su problema es susceptible de afectar a los demás y al ambiente en general (se puede señalar, por ejemplo, el riesgo que representa para los niños abandonar jeringuillas usadas en los parques) adiestrándolas en mostrar empatía.
- **Autoevaluación.** Se ayuda a las personas a valorar cómo sienten y piensan respecto a un problema mediante técnicas tales como la clarificación de valores o la imaginación.
- **Autoliberación.** Se ayuda a que las personas elijan y se comprometan al cambio o que confíen en su habilidad para conseguir el cambio.

- **Reforzamiento.** Se trata de conseguir que otras personas nos refuercen o aprender a autoreforzarnos de forma visible o encubierta por practicar comportamientos de prevención y/o evitar los riesgos.
- **Relación de Ayuda.** Se trata de conseguir que las personas se muestren confiadas y compartan sus problemas con el cuidador o profesional sanitario, lo cual puede adoptar diversas formas, tales como llevar a cabo una alianza terapéutica con el profesional, obtener de él soporte emocional, participar en grupos de autoayuda.
- **Contracondicionamiento.** Facilitar alternativas a los problemas que se presentan en los tres niveles de respuesta a través del aprendizaje de relajación.

6.17 ESTRATEGIAS DE AUTOCONTROL EN PERSONAS INFECTADAS CON VIH / SIDA Y QUIÉNES VELAN POR SU CUIDADO

Bayés afirma que el hombre, ante los factores ambientales desencadenantes, presenta tres niveles de respuesta: el cognoscitivo (pensamientos, ideas, fantasías, recuerdos), fisiológico (sentimientos, emociones, pasiones), y motor (hablar, llevar a cabo alguna tarea, hacer algo).

De acuerdo con este modelo, los acontecimientos ambientales perturbadores suscitan pensamientos, emociones y acciones, en secuencias de aparición variadas, los cuales se influyen mutuamente en una especie de circuito cerrado retroalimentado que potencia e intensifica la reacción resultante, la cual en muchas ocasiones, puede ser desadaptativa y desproporcionada si el paciente o familiar o profesional, evalúa de forma exagerada la amenaza que puede representar para él el acontecimiento al que tiene que hacer frente o no sabe afrontarlo de forma adecuada.

A través de estos canales de respuesta, se dan estrategias de autocontrol, que pueden manifestarse en dos escenarios:

6.17.1 Personas portadoras del VIH y enfermos de SIDA

Nivel Cognoscitivo

- Anticipar consecuencias negativas, como, por ejemplo, tener pensamientos tales como: “Los calmantes no me harán efecto”, “Mi pareja me abandonará”, “Me despedirán del trabajo”, “Mi familia no querrá saber nada de mí”.
- Sacar conclusiones sin base suficiente para ello, por ejemplo, “La prueba de anticuerpos me ha salido positiva, luego tengo el SIDA”, “Tengo el virus porque soy homosexual”, “Mi pareja me ha abandonado; tras ella, todos me abandonarán”, “Pepe me rechaza; luego todos me rechazarán”, “Seguro que esta manchita nueva del cuello indica el principio del fin”.

- Magnificar los acontecimientos negativos, como, por ejemplo,: “Estar hospitalizado es lo peor que me podría pasar”, “Seguro que sólo me queda un mes de vida”, “He fracasado en todo”.
- Minusvalorar los acontecimientos positivos, como, por ejemplo,: “Aunque tengo las defensas altas, seguro que de este año no paso”, “Si mi pareja no me ha dejado es sólo por compasión”, “Si tolero bien la medicación es debido a que no debe hacerme efecto”.
- Elaborar sentimientos de culpa, como, por ejemplo,: “Tengo el virus porque, con mi mala vida me lo he buscado”, “A pesar de que conocí el peligro de compartir jeringuillas no fui capaz de esperar unos minutos”, “Todo me pasa por haber abandonado la práctica religiosa”.
- Elaborar ideas de indefensión basadas en considerar a las consecuencias de acontecimientos como fatalmente determinadas y sin posibilidad de cambio, como, por ejemplo: “Para que voy a dejar de consumir heroína si ya tengo el virus y me voy a morir”, “Para que voy a perder el tiempo yendo al tiempo si me voy a morir de todos modos”.

Nivel Fisiológico

- Incremento del ritmo cardíaco.
- Incremento de la sudoración.

- Incremento de la tensión muscular
- Incremento de la sensación de fatiga

Nivel Motor

- Llanto
- Conductual rituales de autoexamen de partes del organismo tales como ganglios y manchas de la piel.
- Incremento de las verbalizaciones relacionadas con síntomas físicos.
- Disminución del rendimiento laboral o de estudio.
- Disminución de las actividades lúdicas.
- Disminución de la actividad sexual.

Las estrategias de autocontrol utilizadas para este caso son:

Nivel cognoscitivo

- Eliminar errores de información, como, por ejemplo, dejar clara la diferencia entre portador asintomático y enfermo de SIDA; o señalar que tomar un medicamento antirretroviral en 1995, o en años posteriores, no representa lo mismo que en 1989 ya que antes administraba en fases avanzadas de la enfermedad y en dosis más elevadas y ahora se puede recomendar con carácter preventivo para retrasar la replicación vírica.

- Prevenir la aparición de respuestas indeseables, como, por ejemplo, cuando se anticipa como posible y normal la aparición de determinados síntomas o efectos secundarios de la medicación, o se advierte que determinados síntomas somáticos, como la diarrea, no son necesariamente signos de empeoramiento sino sólo producto de un estado de ansiedad.
- Incrementar su sensación de control, indicándole, por ejemplo, que, hasta cierto punto, puede terminar el curso de su enfermedad a través de unos hábitos de vida sana que disminuyan su vulnerabilidad.
- Mejorar su autoestima, haciéndole consciente de sus capacidades y valores, y la importancia de su vida para otras personas.
- Sugerir que se autoadministre mentalmente mensajes y refuerzos positivos, tales como: “¡Estoy vivo!”, “¡Soy un gran tipo”, “¡Soy una mujer maravillosa!”, “¡Que estupendo vivir este hermoso día!”, “Me han bajado un poco las defensas pero si me cuido y sigo los tratamientos podré mantenerme bien”.

Nivel fisiológico

Esencialmente, se trata de aprender y practicar técnicas de respiración y relajación con respecto al valor terapéutico de dichas prácticas.

Nivel motor

- Sugerir actividades gratificantes adecuadas a las características, gustos y posibilidades, así como la forma de acceder a ellas.
- Promover, si es necesario, cambios en los comportamientos que puedan producir reinfecciones en el propio individuo o infecciones en otras personas; producir inmunodepresión e incremento de la vulnerabilidad del organismo al VIH.
- Adiestrar en habilidades de comunicación que permitan al paciente llevar a cabo con eficacia tareas tales como: informar a su pareja o familia que se ha infectado con el VIH; negarse a una relación sexual imprevista sin uso del preservativo.

6.17.2 Profesionales que atienden a portadores del VIH o enfermos de SIDA:

Nivel cognoscitivo

- Entreteener pensamientos constantes sobre algún paciente en particular, los pacientes en general, o el SIDA, fuera del hospital o lugar de trabajo.
- Sentir temor a infectarse tanto por sus repercusiones sobre la propia persona como por sus posibles consecuencias en las relaciones con la pareja estable o los hijos.

- Sentirse dominado por las ideas de indefensión y sensación de impotencia ante la falta de vacunas para prevenir la transmisión del VIH y de tratamientos eficaces para destruir el VIH en las personas infectadas.
- Sentirse dominado por las ideas de indefensión y sensación de impotencia por no saber cómo ayudar psicológicamente a los pacientes.
- Sensación de soledad en la toma de decisiones en aquellos servicios en los que no exista un verdadero equipo de trabajo que funcione como tal.

Nivel fisiológico

- Incremento de la tensión muscular
- Incremento de la sensación de fatiga y cansancio
- Aparición o incremento de las cefaleas

Nivel motor

- Respuestas de evitación y escape ante los enfermos o personas susceptibles de ser portadoras del VIH.
- Cambios en los comportamientos laborales que se cree que pueden comportar algún riesgo.

Las estrategias de autocontrol utilizadas para este caso son:

Nivel cognoscitivo

- Eliminar errores de información, en especial respecto al peligro real de infección.
- Combatir la sensación de indefensión, señalando en especial, que no se es omnipotente y que, sobretudo en el caso de una enfermedad avanzada sin tratamiento disponible, el principal objetivo ya no es curar sino cuidar. Si se consigue acercarse al objetivo de bienestar y mejorar la calidad de vida del paciente se ha sido terapéuticamente útil y eficaz en las circunstancias que ha tocado vivir, y en ningún caso se deberá considerar a la muerte como un fracaso profesional.
- Mejorar su autoestima, haciéndole consciente de sus capacidades y valores, y la importancia de su labor profesional para la vida de los pacientes. Fomentar la autoadministración de refuerzos, valorando los resultados positivos en la labor profesional desarrollada.
- Sugerir que se autoadministre mentalmente mensajes y refuerzos positivos, tales como: “He conseguido que Raúl sonriera”, “Que estupendo poder ayudar a los demás”, “Acerté con la dosis adecuada”, “Estamos consiguiendo alargar la vida cada vez más”.

- Utilizar, si es necesario, el llamado (paraguas emocional), es decir, hay que tratar de empatizar con los pacientes pero sin sobreimplicarse ya que, en este caso, además de angustiarse, se dejaría de ser profesionalmente útil para ellos. En caso necesario, se pueden introducir pensamientos tales como “No soy un DIOS”, “Todo lo que razonablemente podía hacer lo he hecho ya”. Para alejar los pensamientos reiterativos sobre algún paciente en particular, los pacientes en general, o el SIDA, puede utilizarse la presentación automatizada de imágenes o pensamientos agradables sin relación con el SIDA.

Nivel fisiológico

Lo mismo que en el caso de los portadores asintomáticos y enfermos de SIDA, esencialmente, se trata de aprender y practicar técnicas de respiración y relajación.

Nivel motor

- Incrementar las actividades gratificantes fuera del horario laboral adecuadas a las características, gustos y posibilidades individuales, lo cual supone un complemento ineludible del “paraguas emocional” antes mencionado. Disminuir las verbalizaciones sobre los problemas de los pacientes fuera del contexto laboral.
- Promover, si es necesario, cambios en el comportamiento laboral, como, por ejemplo, dejar encapsular jeringuillas, y adoptar de forma estricta las precauciones universales.

- Entrenarse en habilidades de comunicación que permitan un mejor acercamiento e interacción con los pacientes. Mostrarse asertivo. Aprender a decir “No” cuando uno cree que tiene que decir “No” y ser capaz de aceptar críticas y de abordar con serenidad los problemas de hostilidad y agresividad.
- Buscar información adecuada y científica sobre los problemas y dudas que plantean los pacientes o los otros compañeros del equipo.
- Buscar información sobre los recursos materiales y profesionales disponibles en el entorno para solucionar los problemas de los pacientes*.

6.18 SIDA EN COLOMBIA

El desplazamiento interno provocado por el conflicto armado en Colombia provoca la expansión de la epidemia del VIH/SIDA en este país sudamericano, según el director nacional del programa Onusida. Al presentar un informe sobre la situación de la enfermedad en el país, el director del programa andino de Onusida, Ricardo García, indicó que entre 140 mil y 170 mil personas con edades entre 15 y 40 años viven con el virus en Colombia. El funcionario dijo que la ausencia de protección en las relaciones sexuales de los jóvenes desplazados está disparando la epidemia. Los departamentos de la Costa Atlántica y Norte de Santander, son las regiones con mayores casos de infectados. (ONUSIDA, 2003)

* Ibíd., p. 87

6.19 CONDUCTA SEXUAL EN UNIVERSITARIOS

Tres estudios de comportamiento sexual con universitarios en Barranquilla durante 1983, 1987 y 1993 revelaron una incidencia de coito vaginal para las mujeres de 23%, 21% y 22% y para los hombres de 89%, 88% y 74% en cada uno de estos años.

Otros estudios de 1999 con cuatro universidades Barranquilleras mostraron una incidencia de actividad coital en los hombres que oscilaba entre el 82.3% y el 94,3% y en las mujeres entre 33% y el 60,0%*. Lo cual indica un incremento gradual en la población femenina comparado con los estudios anteriores.

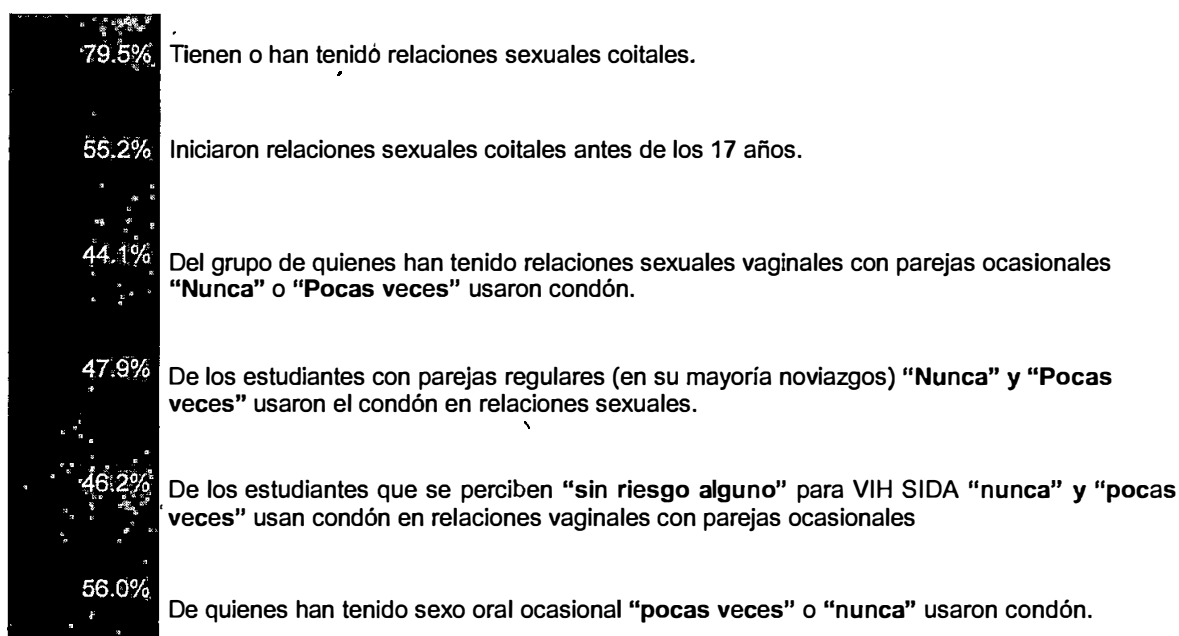
Respecto al uso del condón se encontró que el sólo un 24% de los hombres y un 28% lo usan con mayor frecuencia como consecuencia del SIDA, lo cual no significa necesariamente que lo usen todas las veces. La incidencia del uso sistemático del condón (en 100% de los coitos) es baja en las relaciones sexuales vaginales y anales, tanto con parejas ocasionales, como con regulares. El “muy poco” o “nulo” uso del condón es igualmente alto en el sexo con pareja ocasional o regular.

En las poblaciones jóvenes se piensa erróneamente que tener actividad coital con una pareja sexual conocida, sin tener en cuenta su estado de seropositividad, es

* PROYECTO INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE VIH, CAC; GONZÁLEZ y COLBS, 1999

de menor riesgo que con una pareja desconocida. Es algo así como si se practicara el lema: como te conozco, contigo me expongo, no eres de riesgo” y “como te desconozco, contigo me protejo, puedes ser de riesgo”. Parece ser que en los primeras coitos con la pareja de noviazgo se tienen precauciones con el condón, pero con el tiempo, a medida que la relación gana intimidad, confianza y conocimiento, se relajan las precauciones y se tiene prácticas penetrativas desprotegidas, aunque no se tenga una prueba de la seropositividad de la pareja regular, considerada sin saberlo pareja de “no riesgo”.

6.19.1 Comportamiento sexual universitario



Fuente: Estudio del comportamiento sexual de riesgo para VIH SIDA en Universitarios. Cartagena, 1999. Proyecto Interinstitucional de Prevención de VIH SIDA y CAC.

“Si piensas que el VIH SIDA es algo que sólo le ocurre a “los demás”, recuerda: para muchos otros tu también eres “los demás”

7.19.2 Evolución del comportamiento sexual universitario: Incidencia de relaciones coitales

		1983	1987	1993	1999
INCIDENCIA DE RELACIONES COITALES	MUJERES	23%	21%	22%	33 al 60%
	HOMBRES	89%	88%	74%	82 al 94.3%

Fuente: González y colbs., 1983; González y Pinto, 1993; Fuscaldo, Mercado y Rolong, 1987; Proyecto Interinstitucional de Prevención de VIH SIDA y Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla, 1999

6.20 PERSPECTIVA DE GÉNERO Y RIESGOS PARA VIH /SIDA

La Evolución de la epidemia y la incidencia de conductas sexuales de riesgo para VIH SIDA, están mediadas por la perspectiva de género (el concepto de ser hombre y ser mujer), es decir, por las expectativas socioculturales (por tanto arbitrarias) que se tienen respecto a cómo pensar, sentir y actuar en función del sexo a que se pertenezca: Hombre o Mujer.

Nuestra cultura ha condicionado socialmente a hombres y mujeres para vivir la sexualidad en forma diferente, opuesta e inequitativa. A manera de ejemplo se describirán algunos ejemplos relacionados con la sexualidad y sus riesgos para VIH SIDA:

- Los hombres han sido formados para tener sexo, las mujeres para no tenerlo.

- A los hombres se les refuerza, aprueba y tolera que tengan varias parejas sexuales, a las mujeres sólo se les acepta socialmente una pareja.
- Los hombres inician la vida coital a edades más tempranas que las mujeres.
- Mientras las mujeres inician coitalmente en el noviazgo, los hombres lo hacen con una amiga o una novia.
- Los hombres tienen un número promedio de parejas sexuales mayor que las mujeres. El porcentaje de relaciones sexuales ocasionales es mayor en hombres.
- El porcentaje de mujeres que compran, llevan consigo y ofrecen un condón en una relación sexual es mucho menor que el de los hombres. Socialmente no es valorado que la mujer lleve condones, si lo hace es catalogada como “fácil”, “libertina”, “relajada” o mujer de “mala conducta”, en cambio si lo hace un hombre su dignidad no queda para nada expuesta..
- Para prevenir el VIH SIDA en las mujeres jóvenes se promueve “la abstinencia” y la “postergación” sexual, mientras que en los hombres jóvenes se promueve el uso del condón o sencillamente no se les enseña como prevenir el VIH SIDA.
- Es más probable la transmisión del VIH SIDA del hombre a la mujer que de la mujer al hombre.

- Años atrás por cada 10-15 hombres con VIH SIDA había una mujer infectada, hoy en día esta proporción ha bajado a casi una mujer por cada tres hombres.

En los estudios mencionados con la población universitaria, se encontró que las mujeres exponen su salud sexual con hombres que han tenido múltiples experiencias sexuales desprotegidas; para los hombres es de protección tener relaciones sexuales con mujeres vírgenes y/o fieles, mientras que para ellas este no es el caso, se relacionan con hombres que tienen mayor historial sexual y en una mayor proporción de infidelidad sexual.

Conducta sexual universitaria según el género

CONDUCTA	Hombres	Mujeres
NO usa condón porque disminuye el placer	49.6%	39.7%
No usa condón porque interfiere en la relación sexual	20.5%	25.0%
Proporciona SIEMPRE el condón en la relación sexual	60.0%	3.5%
La pareja es quien proporciona el condón en "La mayoría de las veces" o Siempre	4.8%	62.8%
Relaciones sexuales de infidelidad con noviazgo actual.	32.4%	5.1%
Reporte de uso de condón "Pocas veces" o "nunca" en relaciones sexuales de infidelidad con noviazgo.	35.3%	40.0%

Fuente: Estudio del comportamiento sexual de riesgo para VIH SIDA en Universitarios. Cartagena, 1999. Proyecto Interinstitucional de Prevención de VIH SIDA y Centro de Asesoría y Consultoría, CAC.

Las mujeres en general no compran condones, no los llevan consigo, ni mucho menos contemplan la posibilidad de proponer su uso. Por su parte el sexismo masculino no tiene apertura para relacionarse con una mujer que sabe lo que quiere, que se cuida, que decide protegerse y sabe como hacerlo, mientras esto es censurado en la mujer, en los hombres es aplaudido.

La diferencia de los sexos se ha usado socialmente como pretexto para justificar desigualdad en la sexualidad de hombres y mujeres. Estas diferencias de género han afectado la salud sexual de ambos, pero en forma particular la de las mujeres. La tendencia epidemiológica del VIH SIDA para este nuevo siglo señala un continuo aumento de infección de VIH SIDA en las mujeres y por tanto un incremento en la transmisión vertical, madre a hijo*.

Estos hechos indican la urgente necesidad de incluir una reflexión desde la perspectiva de género en los procesos de prevención de VIH SIDA, es necesario modificar y transformar todas aquellas actitudes, creencias, valores y estereotipos sexistas que predisponen a hombres y mujeres a tener comportamientos sexuales de riesgo para su salud sexual.

* HERRERA PELÁEZ, Dorlys y RUIZ DE HERRERA, María. Conocimientos y Comportamientos sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA en los estudiantes de postgrado de la Universidad Simón Bolívar. (Tesis). Colombia, 2002. Citado por: BAYES, R PASTELLS, S. TULDRÁ, A. Percepción de Riesgo de Transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, en estudiantes universitarios. C. Med. Psicosom No.33 1996.

Basados en la equidad de género, el hombre y la mujer tienen derechos sexuales; hombres y mujeres pueden y deben ser responsables de la propia salud sexual; hombres y mujeres están en capacidad de desarrollar autoafirmación y autonomía para estructurar una vivencia sana y realizante de la sexualidad.

6.21 EDUCACION PARA UNA SEXUALIDAD SIN SIDA

Es posible vivir la sexualidad sin exponerse a las ETS y al VIH SIDA razón por la cual se hace necesario promocionar en la población la sexualidad como una maravillosa dimensión de la vida que merece ser vivida en forma responsable, autónoma y constructiva. Educar para una sexualidad responsable y constructiva implica una reestructuración de las concepciones, las creencias, los hábitos y estilos de vida sexual. La prevención del SIDA es un asunto estrechamente relacionado con la construcción de los proyectos de vida, la autoestima, el autocuidado y la toma de decisiones para una vida sexual saludable*.

Se sabe teóricamente que la educación sexual es “el arma fundamental en la lucha contra el VIH SIDA”, sin embargo aún es mucho lo que falta por hacer en este sentido. Si se desea prevenir el VIH SIDA habrá que educar para un sexo seguro al 100%, protegido siempre, que implique una alternativa sistemática de protección. La educación para una sexualidad libre de VIH SIDA tendría las siguientes metas:

* Ibíd., (tesis)

- Que la población comprenda que existe el SIDA, que es posible adquirirlo si se tienen prácticas riesgosas
- Que la población identifique la gama de posibilidades que existen para vivir una sexualidad constructiva y por supuesto libre de VIH SIDA
- Que se decida una forma concreta y efectiva de protección: la abstinencia, la monogamia bilateral, el uso adecuado del condón, la disminución del número de parejas, la postergación del inicio coital, la abstinencia de ciertas prácticas sexuales, la exploración y práctica de comportamientos no riesgosos, placenteros, saludables y no necesariamente penetrativos etc.

La escuela, el estado, la familia y la sociedad en general aún no tienen la suficiente conciencia de la importancia que tiene asumir activamente una educación sexual basada en la información, el desarrollo de valores y la promoción de conductas sexuales responsables. Predomina aún “la pedagogía del NO” y el “terrorismo sexual”^{*}.

Intimidar a jóvenes y adolescentes no los hace más hábiles para manejar su sexualidad coital en forma más responsable y segura. Los adultos dicen a los adolescentes y jóvenes que “*tengan mucho cuidado con lo que hacen*”, pero no les

^{*} Ibid., (tesis)

enseñan cómo hacerlo. En este sentido la educación sexual familiar y escolar se limita muchas veces a ofrecer “sermones”, “frases preventivas” y “terroristas”.

Desafortunadamente son muchos los temores y prevenciones con la educación sexual. El Dr. Ricardo García*, presentó una revisión de 53 experiencias con adolescentes que demuestran, por el contrario, efectos positivos de la educación sexual sobre la salud sexual adolescente. No existen pruebas para apoyar la afirmación de que la educación sexual promueve la promiscuidad sexual. La revisión efectuada confirma que hay una diversidad de enfoques en materia de educación sexual que tienen niveles de éxito también variables. No cabe duda que una buena educación de la sexualidad se reflejará en una mejor salud sexual de toda la población.

* Asesor ONUSIDA para Colombia en el marco del “V Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud”.
Cartagena: Marzo 29 del 2000.

Mensajes claves que deben posesionarse en la población

- La sexualidad es algo maravilloso.
- Es posible vivir la sexualidad libre de SIDA.
- Mi vida, la sexualidad y yo somos importantes.
- Yo puedo ejercer control sobre mi vida sexual.
- Yo soy el principal responsable de mi vida sexual.
- El SIDA no es algo ajeno a mí.
- El SIDA es prevenible, yo puedo hacerlo.

Considera tu sexualidad como algo maravilloso.

Ofrecer tu cuerpo sin protección te expone al SIDA.

Niégate a exponer tu vida, tu cuerpo y tu futuro.

Decide vivir tu sexualidad de manera responsable.

Oculto sin que lo sepas el VIH amenaza nuestras vidas.

No dejes de usar un condón para proteger la vida.

7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

7.1.1 Conocimientos sobre VIH/SIDA: El nivel de conocimiento con respecto al VIH/SIDA hace referencia a la información y los conceptos que poseen las personas respecto al VIH/SIDA y que son contruidos por éstas mismas en interacción con su medio social^{*}. Las categorías que miden estos conocimientos están conformadas por los siguientes criterios:

- Medios a través de los cuales las personas han recibido información sobre el VIH/SIDA.
- Percepción personal sobre el nivel de conocimientos.
- Formas de transmisión.
- Formas cómo no se transmite.
- Personas a quienes afecta el VIH/SIDA.
- Método diagnóstico del VIH/SIDA.
- Características generales de la evolución de la infección.
- Prácticas sexuales que son de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA.

^{*} HERRERA PELÁEZ, Dorlys y RUIZ DE HERRERA, María. Op. Cit. (Tesis).

7.1.2 Comportamiento sexual: actividad externa del individuo y ejercida sobre sí mismo, otro ser o el entorno, que muestra su identidad y su orientación sexual. Es objetivamente observable. Romero, plantea que el comportamiento sexual humano tiene diversas formas de expresión. La sexualidad es valorada y practicada de diferentes maneras según la época y la cultura*.

En la naturaleza humana se observan tres formas de orientación sexual: las personas heterosexuales, que conforman una preferencia exclusiva por personas del otro sexo; las homosexuales, con una atracción con el mismo sexo; y las bisexuales que expresan preferencia tanto del mismo sexo como por el otro.

Los comportamientos sexuales de riesgo para VIH/SIDA hacen referencia a todas aquellas prácticas sexuales vaginales, anales y orales que impliquen algún riesgo para la transmisión del VIH/SIDA. Las categorías que miden estos comportamientos sexuales están conformadas por los siguientes criterios:

- Percepción personal sobre el grado de exposición al riesgo para adquirir o transmitir el VIH/SIDA.
- Evaluación personal para determinar si es o no portador del VIH/SIDA a través de un medio diagnóstico.
- Número de parejas, tipo de parejas, y frecuencia del uso de condón.
- Comportamientos preventivos frente al VIH/SIDA.

* Ibid., p. 58

- Comportamientos sexuales bajo el efecto del alcohol y otras drogas.
- Sobre el condón: motivos por los cuales se usa o no se usa, si se porta, quién los proporciona en la relación.
- Comunicación con las parejas sexuales sobre formas de protección.

7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE
CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA	Medios a través de los cuales se recibe información sobre el VIH/SIDA.	Televisión, radio, revistas, prensa, Internet, colegio, universidad, familiares, amigos, medio laboral.	0 – 100%
	Percepción personal sobre el nivel de conocimientos.	Bueno, Medio, Bajo, Muy bajo.	0 – 100%
	Formas de transmisión.	Transfusión sanguínea, relaciones sexuales penetrativas y orales, uso compartido de jeringas, transmisión madre – hijo.	0 – 100%
	Formas cómo no se transmite.	Por compartir la piscina, picadura de mosquitos, usar ropa de personas con el virus, tocar, abrazar, o estar cerca de una persona con el virus del SIDA.	0 – 100%
	Personas a quienes afecta el VIH/SIDA.	Homosexuales, prostitutas, promiscuos sexuales, y cualquier persona que tenga comportamientos de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA.	0 – 100%
	Método diagnóstico del VIH/SIDA.	Prueba de sangre para VIH/SIDA (Elisa).	0 – 100%

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE
(Continuación) CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA	Características generales de la evolución de la infección.	Fase inicial, precoz o aguda; fase intermedia o crónica; y fase final de crisis o de SIDA.	0 – 100%
	Prácticas sexuales que son de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA.	Relaciones sexuales penetrativas vaginales, relaciones sexuales penetrativas anales, dar sexo oral, besos boca a boca, masturbar a una pareja femenina con penetración digital en la vagina, masturbar a una pareja masculina, sexo oral pareja masculina sin eyaculación, sexo oral pareja masculina con eyaculación, sexo oral a pareja femenina, relaciones sexuales penetrativas con pareja exclusiva, relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja desconocida, relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja conocida, relaciones sexuales ocasionales sin condón.	0 – 100%
COMPORTAMIENTO SEXUAL	Percepción personal sobre el grado de exposición al riesgo para adquirir o transmitir el VIH/SIDA.	Alto, Moderado, Bajo, Muy bajo, Ningún riesgo.	0 – 100%
	Evaluación personal para determinar si es o no portador del VIH/SIDA a través de un medio diagnóstico.	Aplicación de la prueba de sangre Elisa.	0 – 100%
	Número de parejas. Tipo de parejas. Frecuencia del uso de condón.	Una pareja, de dos a cuatro, de cinco a diez, de once a veinte y de veintiuno en adelante. Regular y ocasional. Todas las veces, más veces sí que no, unas sí otras no, más veces no que sí, nunca.	0 – 100%

--	--	--	--

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE
(Continuación) COMPORTAMIENTO SEXUAL	Comportamientos preventivos frente al VIH/SIDA.	Fidelidad, uso del condón o preservativo, uso exclusivo de objetos de higiene personal, uso de jeringas debidamente esterilizadas, no recibir transfusiones de sangre, plasma o glóbulos rojos sin previo examen Elisa, evitar la inseminación artificial sin examen de Elisa del donante.	0 – 100%
	Comportamientos sexuales bajo el efecto del alcohol y otras drogas.	Todas las prácticas sexuales, con cualquier tipo de pareja y sin el uso del preservativo.	0 – 100%
	Sobre el condón: motivos por los cuales se usa o no se usa. Si se porta. Quién los proporciona en la relación.	Costo, forma de adquisición, opinión de la pareja, grado de placer, información sobre el uso, reacción fisiológica a su uso (alergia). Nunca, pocas veces, unas sí otras no, casi siempre, siempre. Siempre yo, la mayoría de las veces yo, unas veces yo y otras mi pareja, siempre mi pareja.	0 – 100%
	Comunicación con las parejas sexuales sobre formas de protección.	Establecimiento de un acuerdo para protegerse	0 – 100%

8. CONTROL DE VARIABLES

8.1 VARIABLES CONTROLADAS

VARIABLES CONTROLADAS	QUÉ	CÓMO	POR QUÉ
SUJETO	Institución educativa actual	Sólo con individuos que estudien en la Universidad Simón Bolívar.	Sólo se quiere saber acerca de los conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA, en los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar.
	Nivel académico	Sólo con individuos que se encuentren cursando el programa de pregrado.	Sólo se requiere tener información acerca de los conocimientos y comportamientos de los estudiantes de pregrado y no de postgrado.
AMBIENTE	Influencia de otras personas	Ubicando a los estudiantes en un lugar donde se garantice la confidencialidad.	En presencia de otras personas pueden variar sus respuestas y sinceridad
	Ambiente adecuado	Respondiendo el cuestionario en un sitio cómodo y confortable	El ambiente influye en la disposición de los individuos al momento de responder el cuestionario.
INSTRUMENTO	Validez y confiabilidad del instrumento.	Con la utilización de un instrumento válido y confiable que ayude a obtener la información buscada.	Habrà mayor veracidad en los resultados obtenidos.
INVESTIGADORES	Utilización de un lenguaje sencillo.	Utilización de un vocabulario conocido por los estudiantes.	Los estudiantes deben comprender para poder responder adecuadamente.

8.2 VARIABLES NO CONTROLADAS

TIEMPO. No fue posible controlarlo debido a que las actividades académicas de los estudiantes impidieron la aplicación del instrumento de recolección de datos en las fechas programadas de acuerdo a cronograma de actividades definido con anterioridad.

SINCERIDAD DEL ESTUDIANTE. Esta variable se hizo presente al momento de la aplicación del instrumento de recolección de datos (cuestionario), pues, a pesar de haber impartido las instrucciones para responder, no siempre todos los estudiantes lo hicieron con la sinceridad esperada.

9. METODOLOGÍA

9.1 PARADIGMA

El presente estudio se encuentra apoyado en el paradigma Empírico - Analítico, cuya orientación básica está dirigida hacia el control y gestión del medio con el fin de hacer predicciones. Accede a los hechos a través de la experiencia y observación (experimentación), utilizando el método hipotético – deductivo, con el principal interés humano de explicar. Su principal ocupación consiste en identificar regularidades y formular reglas para la acción, fundamentándose en leyes, con la finalidad de controlar el ambiente mediante la acción de acuerdo con reglas basadas en leyes con fundamento empírico. Así mismo la confianza en este paradigma se encuentra determinada por los instrumentos formales que se utilicen dentro del proceso investigativo, y al ser aplicado reconoce el carácter verdadero de las teorías, mediante el alcance de objetivos*.

Es así como, este paradigma, permite que los resultados obtenidos sean explicados, de manera que se posibilite predecir de forma aproximada el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y comportamientos de riesgo asociados para su adquisición en los estudiantes de pregrado de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla.

* MATHESON, D.W., BRUCE, R.L. y BEAUCHAMP, K.L.. Psicología Experimental: Diseños y Análisis de Investigación. México: Compañía Editorial Continental, 1985.

9.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación es de tipo descriptivo, pues como lo expresa la teoría en este tipo de estudios, el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga^{*}.

Por lo anterior, se puede afirmar que los resultados arrojados por este estudio permiten describir los conocimientos sobre VIH/SIDA y comportamientos de riesgo asociados para su adquisición.

9.3 DISEÑO

El diseño es de tipo No Experimental, Descriptivo, pues tal como se encuentra definido teóricamente, tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o, generalmente, más variables y proporcionar su descripción. Son, por lo tanto, estudios puramente descriptivos.

^{*} HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw – Hill. 1999, p. 183 – 187.

Los estudios descriptivos nos presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento. En ciertas ocasiones, el investigador pretende hacer descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores*.

Teniendo en cuenta lo expuesto, este tipo de diseño ayuda a medir en el grupo de estudiantes de pregrado de la Universidad Simón Bolívar los conocimientos sobre VIH/SIDA y comportamientos sexuales de riesgo para su adquisición en el año 2003 con respecto al año 1999.

9.4 POBLACIÓN

La población utilizada en esta investigación está conformada por los estudiantes de pregrado de la Corporación Educativa Mayor de Desarrollo Simón Bolívar del segundo semestre del año 2003 en las jornadas diurna y nocturna.

9.5 MUESTRA

La muestra la conforman los estudiantes pertenecientes a los siguientes cursos de las diferentes facultades de la universidad:

- 1º A diurno de la facultad de Derecho.
- 10º B nocturno de la facultad de Derecho.

* Ibid., p. 36.

- 1º A diurno de la facultad de Psicología.
- 5ºA nocturno de la facultad de Administración de Empresas.
- 10ºB nocturno de la facultad de Contaduría Pública.
- 5ºA nocturno de la facultad de Ingeniería de Sistemas.
- 10ºA nocturna de la facultad de Ingeniería de Mercadeo y Ventas.
- 1ºA diurno de la facultad de Enfermería.
- 1ºA diurno de la facultad de Fisioterapia.
- 5ºB diurno de la facultad de Fisioterapia.

9.6 MUESTREO

El muestreo es del tipo “Azar Estratificado”, debido a que la muestra fue dividida en estratos a partir de los cuales se escogieron al azar los estudiantes que conformaron la muestra para aplicarles el instrumento de recolección de información.

9.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento de recolección de información, es el cuestionario oficial del Proyecto Hispanoamericano de Investigación sobre Conocimientos y Comportamientos relacionados con el VIH/SIDA. Este instrumento ha sido desarrollado con base en una amplia serie de investigaciones, y consta de tres partes:

- Identificación
- Parte I. (que explora conocimientos)

- Parte II. (para comportamientos)*.

En la Identificación se indagan los siguientes aspectos:

- Facultad
- Universidad
- Semestre
- Edad
- Sexo
- Lugar de procedencia
- Años viviendo en la ciudad de aplicación del cuestionario
- Religión
- Grado en que la practica
- Estado civil
- Orientación o preferencia sexual

La parte I del Cuestionario o test de conocimiento mide los siguientes aspectos:

- Medios a través de los cuales las personas han recibido información sobre el VIH/SIDA.
- Percepción personal sobre el nivel de conocimientos.
- Formas de transmisión.

* ROMERO, Leonardo. Conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo relacionados con VIH/SIDA. Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría, 1998.

- Formas cómo no se transmite.
- Personas a quiénes afecta el VIH/SIDA.
- Método diagnóstico del VIH/SIDA.
- Características generales de la evolución de la infección.
- Prácticas sexuales que son de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA.

La parte II del Cuestionario o comportamientos sexuales explora los siguientes aspectos:

- Percepción personal sobre el grado de exposición al riesgo para adquirir o transmitir el VIH/SIDA.
- Evaluación personal para determinar si es o no portador del VIH/SIDA a través de un medio diagnóstico.
- Número de parejas, tipo de parejas, y frecuencia del uso de condón.
- Comportamientos preventivos frente al VIH/SIDA.
- Comportamientos sexuales bajo el efecto del alcohol y otras drogas.
- Sobre el condón: motivos por los cuales se usa o no se usa, si se porta, quién los proporciona en la relación.
- Comunicación con las parejas sexuales sobre formas de protección.

La confiabilidad de este instrumento se estimó con la prueba test – retest con un grupo de diez (10) cadetes de la Armada Nacional con una correlación de 0,82 para conocimientos y 0,90 para comportamientos.

La confiabilidad por test - retest consiste en que un mismo instrumento de medición (o ítems o indicadores) es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable. Se trata de una especie de diseño Panel. Desde luego, el periodo de tiempo entre las mediciones es un factor a considerar. Si el periodo es largo y la variable susceptible de cambios, ello puede confundir la interpretación del coeficiente de confiabilidad obtenido por este procedimiento. Y si el periodo es corto las personas pueden recordar cómo contestaron en la primera aplicación del instrumento, para aparecer como más consistentes de lo que son en realidad*.

La validez de este instrumento es de contenido. Para calcular esta validez, primero, es necesario revisar cómo ha sido utilizada la variable por otros investigadores. Y con base en dicha revisión elaborar un universo de ítems posible medir la variable y sus dimensiones (el universo debe ser la más exhaustivo que sea factible). Posteriormente, se consulta con investigadores familiarizados con la variable para ver si el universo es exhaustivo. Se seleccionan los ítems bajo una cuidadosa evaluación. Y si la variable está compuesta por diversas dimensiones o facetas, se extrae una muestra probabilística de ítems, ya sea al azar o estratificado (cada dimensión constituiría un estrato). Se administran los ítems y se correlacionan las puntuaciones de los

* HERNÁNDEZ SAMPIERI., Op. Cit., p. 240-244

ítems entre sí (debe haber correlaciones altas, especialmente entre ítems que miden una misma dimensión), y se hacen estimaciones estadísticas para ver si la muestra es representativa. Para calcular la validez de contenido son necesarios varios coeficientes*.

9.8 PROCEDIMIENTO

La investigación se desarrolló en las siguientes etapas: Primeramente el grupo de investigadores fue asignado como “Coinvestigadores” del “Estudio comparativo de conocimientos y comportamientos sexuales relacionados con el VIH/SIDA en los estudiantes de la Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla en el año 1999 frente al año 2003”.

Seguidamente, se hizo una revisión bibliográfica al estudio realizado en el año 1999, lo cual permitió hacer el cuestionamiento acerca de los cambios que se pudieron haber producido en cuanto a los conocimientos y comportamientos de la población universitaria con respecto a la enfermedad de VIH/SIDA.

A partir de este momento se comenzaron a hacer investigaciones más profundas acerca de la enfermedad, en textos, revistas, Internet, artículos, tesis, lo que permitió la elaboración del marco teórico, y en general la construcción metodológica del “Informe Final de Investigación”.

* Ibíd., p. 240-244

Posteriormente se procedió con la aplicación del Instrumento de recolección de información, consistente en un cuestionario diseñado para medir conocimientos sobre el VIH/SIDA y comportamientos sexuales de riesgo para su adquisición. Luego se tabuló la información, permitiendo la elaboración de estadísticas descriptivas, análisis estadísticos e interpretaciones de éstos.

Finalmente se hizo la socialización de los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento, a partir de lo cual se sacaron conclusiones acerca de los conocimientos y comportamientos sobre VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar, dejando entre las sugerencias y recomendaciones la construcción de programas académicos que trabajen temáticas sexuales y en especial las relacionadas con el VIH/SIDA.

Los resultados de la investigación serán publicados en un libro que estará al alcance del público a nivel nacional.

10. RESULTADOS

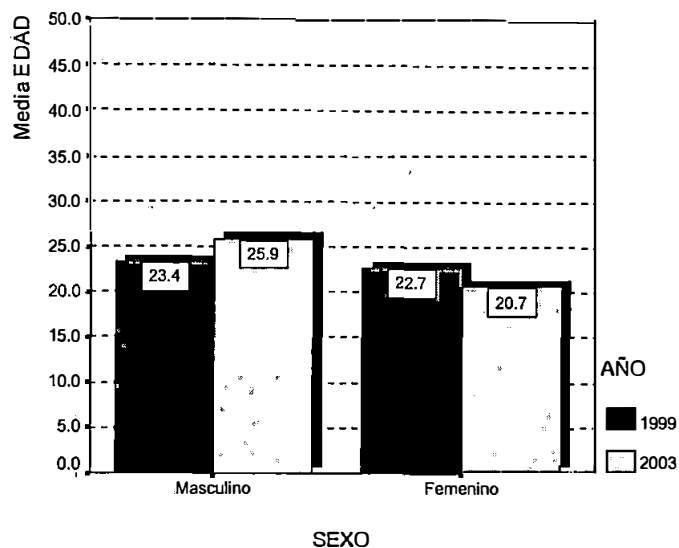
10.1 SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

10.1.1 Sexo de las muestras: la tabla 1.1 muestra los y las estudiantes que conformaron la muestra de investigación en 1999 y 2003. La proporción de mujeres/hombres encontrada es un reflejo de la actual relación hombres/mujeres de la institución.

		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
SEXO	Masculino	125	43.1%	80	30.7%
	Femenino	165	56.9%	181	69.3%
Total		290	100.0%	261	100.0%

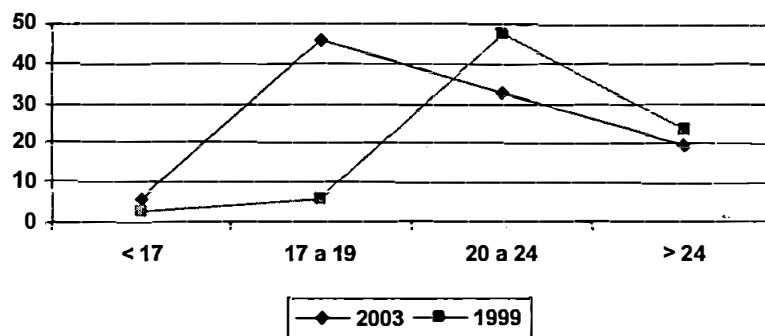
Tabla 1.1 Sexo de las muestras de investigación

Esta proporción, en la que se refleja un claro aumento en el número de mujeres encuestadas en el año 2003 frente a las del año 1999, se debe a que la muestra en su mayoría está conformada por población femenina, perteneciente al primer semestre de las Facultades de Enfermería, Fisioterapia y Psicología; razón por la cual también se presentó una clara disminución en la población masculina que diligenció el instrumento.



Gráfica 1.1 Sexo

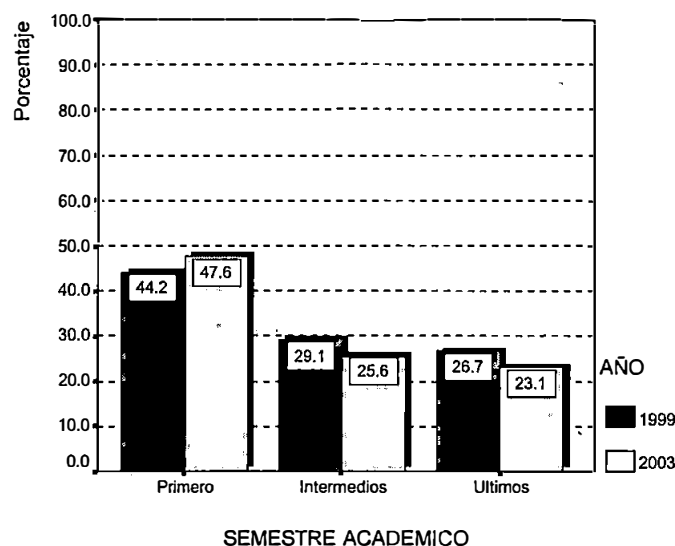
10.1.2 Edad: la gráfica presenta la edad promedio de los y las estudiantes que conformaron la muestra de investigación. No hay diferencias significativas entre las edades promedio de las muestras de 1999 y 2003 ($p>0,05$).



Gráfica 1.2 Edad

Al igual que en la tabla 1.1, la disminución en el promedio de la edad de las mujeres se debió a que la mayoría se encuentran en primer semestre de la jornada diurna, a la que principalmente ingresan estudiantes recién egresados del colegio.

10.1.3 Nivel académico: la gráfica 1.2 muestra el porcentaje de estudiantes en cada semestre de las muestras de 1999 y 2003. Los porcentajes reflejan la constitución de la población estudiantil.



Gráfica 1.3 Semestre Académico

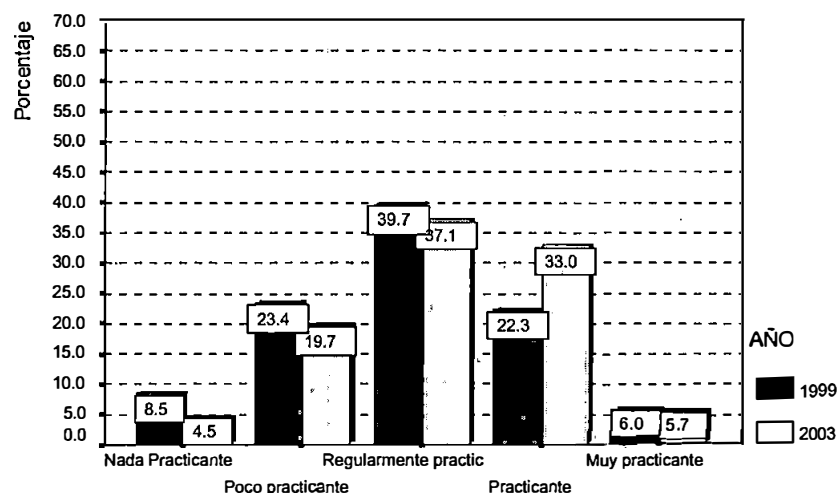
La mayoría de la muestra se encuentra conformada por estudiantes pertenecientes al primer semestre de las facultades de la Universidad Simón Bolívar.

10.1.4 Religión: como puede verse en la tabla 1.2 ha disminuido el porcentaje de católicos y ha aumentado el porcentaje de evangélicos.

		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
RELIGION	Católica	255	91.1%	213	79.2%
	T. de Jehová	1	.4%	4	1.5%
	Evangélica	15	5.4%	31	11.5%
	Adventista	2	.7%	1	.4%
	Otra	7	2.5%	20	7.4%
Total		280	100.0%	269	100.0%

Tabla 1.2 Religión

Se observa que hay aumento en el porcentaje de los practicantes y disminución de los nada practicantes.



Gráfica 1.4 Nivel de práctica de la religión

10.1.5 Estado civil: la tabla 1.3 presenta el estado civil de los sujetos que conforman la muestra de investigación.

		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
ESTADO CIVIL	Casado(a)	31	10.7%	44	16.2%
	En convivencia o unión libre	17	5.9%	15	5.5%
	Separado(a)	5	1.7%	7	2.6%
	Vuïdo(a)	2	.7%	1	.4%
	Soltero(a)	233	80.6%	203	74.6%
	Otro tipo de relación estable	1	.3%	2	.7%
Total		289	100.0%	272	100.0%

Tabla 1.3 Estado civil

Se observa que disminuyeron los solteros y aumentaron los casados.

10.1.6 Preferencia sexual

		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
PREFERENCIA SEXUAL	Heterosexual	266	97.4%	268	99.6%
	Homosexual	4	1.5%	1	.4%
	Bisexual	3	1.1%		
Total		273	100.0%	269	100.0%

Tabla 1.4 Preferencia sexual

Aumentaron los heterosexuales en el 2003 con respecto a 1999, lo cual se confirmará o refutará al hacer el análisis de las tablas que presentan las prácticas sexuales. Igualmente los homosexuales disminuyeron y en esta muestra no hubo bisexuales.

10.2 CONOCIMIENTOS

10.2.1 Fuentes de información sobre VIH/SIDA: la tabla 1.5 muestra las fuentes de información en 1999 – 2003, a través de las cuales los estudiantes han recibido información acerca del VIH/SIDA. Como puede verse los colegios han aumentado su información para llegar a ser la segunda fuente, después de los medios de comunicación. La universidad se mantiene baja, por lo que se hace necesario desarrollar más programas a nivel educativo que permitan llegar a colocar a la universidad entre los primeros lugares como fuente que posibilite obtener información sobre el VIH/SIDA.

Igualmente, el hecho de que los colegios se estén preocupando por enseñar a sus estudiantes acerca de este padecimiento ayuda a contrarrestar el suministro de información acerca de este mal en la universidad. Esto es significativo ya que ayuda a que la población estudiantil, futuro del país, conozca desde muy temprana edad los riesgos para la adquisición y así a partir de esto poder tener una actitud de prevención ante esta enfermedad.

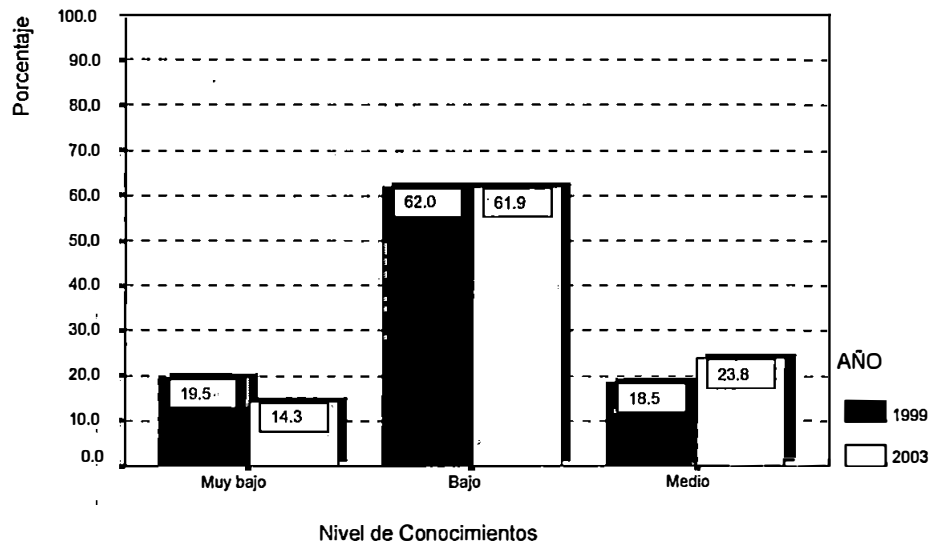
		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
DE QUIEN HAS RECIBIDO INFORMACION SOBRE SIDA	Medios	165	56.9%	119	43.8%
	Colegio	70	24.1%	99	36.4%
	Universidad	20	6.9%	21	7.7%
	Padre/madre	5	1.7%	7	2.6%
	Familiares	6	2.1%	4	1.5%
	Amigos	9	3.1%	3	1.1%
	Otra	15	5.2%	19	7.0%
Total		290	100.0%	272	100.0%

Tabla 1.5 Fuentes de información sobre VIH/SIDA

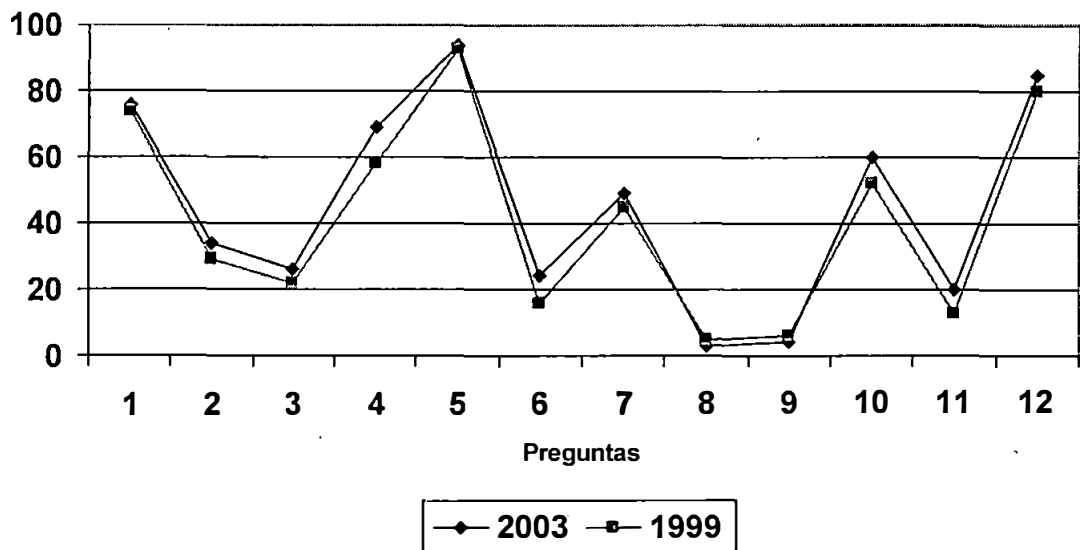
10.2.2 Nivel de conocimientos reales: la gráfica 1.4 muestra el porcentaje de sujetos en cada nivel de conocimientos. De 0 a 3 respuestas correctas se consideró muy bajo, bajo de 4 a 6 respuestas, medio de 7 a 9 y alto de 10 a 12. No se encontraron diferencias significativas entre los sexos, ni en los niveles educativos entre 1999 y 2003 ($p>0,05$).

El nivel de conocimientos en su mayoría está en rango bajo, notándose que ningún miembro de la muestra alcanzó un puntaje sobresaliente que permita

ubicarlo en un rango alto de conocimientos, lo cual muy probablemente puede influir en elevar el riesgo de adquisición y transmisión del VIH/SIDA.



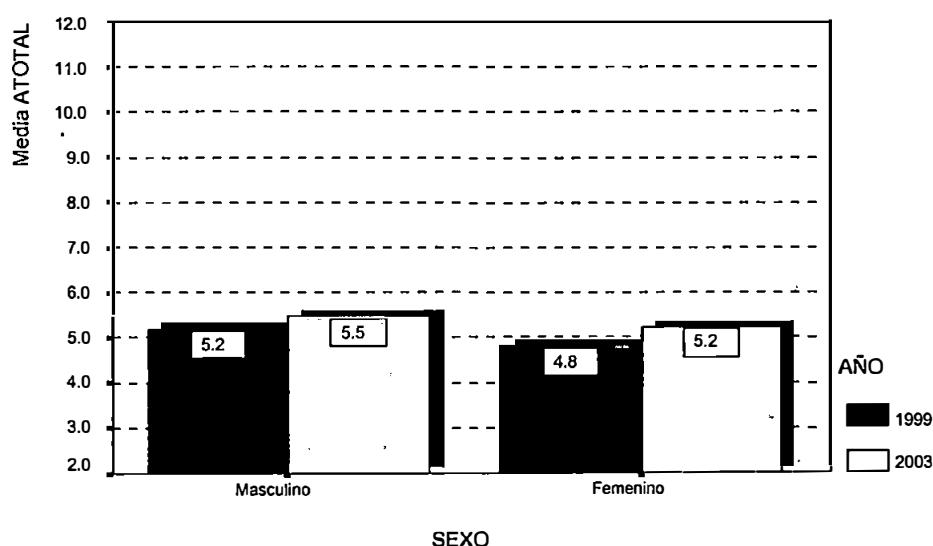
Gráfica 1.5 Porcentaje de sujetos en cada nivel de conocimientos



Gráfica 1.6 Porcentaje de sujetos que contestaron correctamente cada una de las 12 preguntas

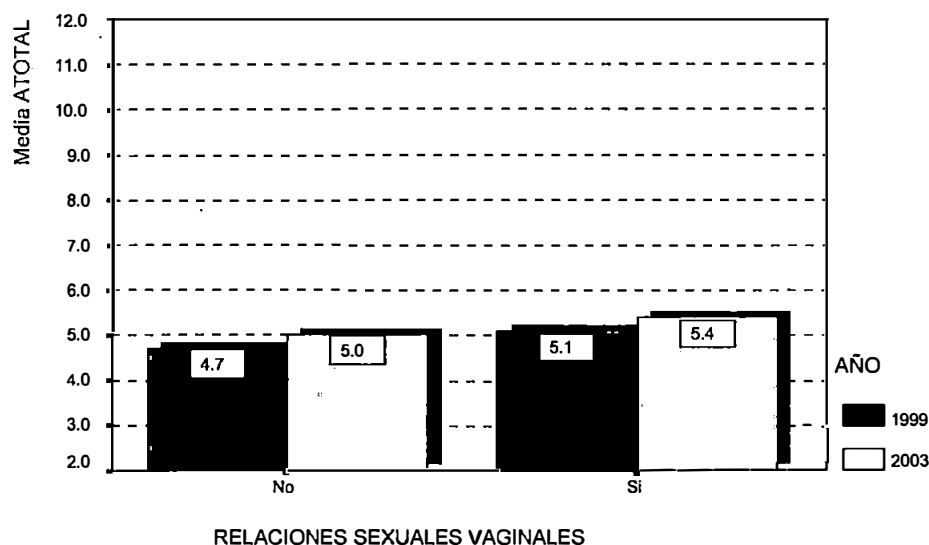
La gráfica 1.5 muestra que las preguntas 5 y 12 fueron respondidas en su mayoría de manera correcta, mientras que las 8 y 9 obtuvieron el menor porcentaje de respuestas acertadas. Estas preguntas hacen alusión a la finalidad que tienen las pruebas de sangre para el SIDA y las prácticas sexuales que tienen mayores probabilidades de riesgo para adquirir esta enfermedad, respectivamente, lo que permite concluir que existe la tendencia a que este padecimiento se propague.

Igualmente esto deja ver que la universidad Simón Bolívar no tomó los correctivos pertinentes a partir de la información obtenida en el año 1999.



Gráfica 1.7 Promedio de preguntas correctamente respondidas por sexo en 1999 y 2003

Esta gráfica muestra que se mantiene para ambos años que la población masculina tuvo un mayor porcentaje de preguntas respondidas correctamente sobre VIH/SIDA.



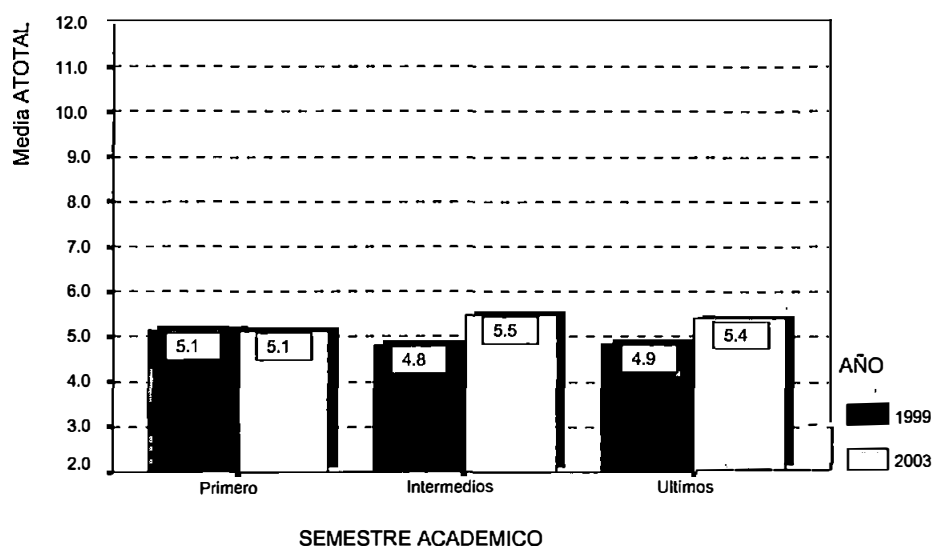
Gráfica 1.8 Promedio en conocimientos entre los que tienen experiencia sexual y los que no, por sexo y año

Se mantiene la tendencia de la relación en el promedio de conocimientos entre los que tienen experiencia sexual y los que no, por sexo y año, notándose que para ambos años es menor el grado de conocimientos sobre VIH/SIDA en la población de estudiantes que aún no ha tenido relaciones sexuales.

Esto corrobora el hecho de que el inicio de la práctica sexual es lo que motiva a la población estudiantil a comenzar a investigar acerca del VIH/SIDA, y esta información no es recibida por medio de fuentes como por ejemplo las

universidades, que deberían ser el medio a través del cual se transmitiera información más profunda.

De igual forma es importante anotar, que la calidad de la información recibida no es garantizada ni efectiva; pues en muchas ocasiones es transmitida por personas que tienen conocimientos errados acerca de esta problemática, aumentando así el riesgo de contagio de VIH/SIDA.



Gráfica 1.9 Promedio en conocimientos en los diferentes semestres, por sexo y por año

En esta gráfica se puede observar que para el año 1999 el promedio de conocimientos de primer semestre de las diferentes facultades alcanzó un mayor porcentaje que para los semestres intermedio y último. Mientras que para el año

2003, el promedio de conocimientos para primer semestre fue el más bajo, siendo superado por los intermedios y últimos semestres.

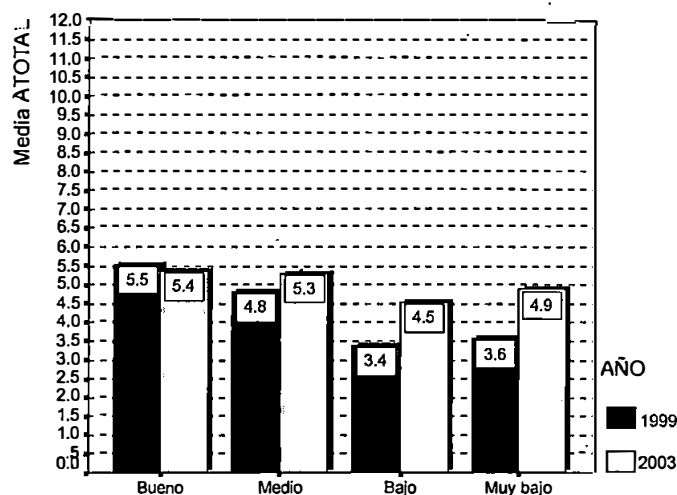
Estos resultados permiten suponer que la población estudiantil más joven (primer semestre) es la que puede estar más expuesta al contagio del VIH/SIDA, debido a que posee escasos conocimientos. Sin embargo, esto no garantiza que los semestres superiores estén libres de riesgo de adquisición de esta enfermedad, debido a que no se puede establecer la veracidad de los conocimientos que creen tener al respecto.

10.2.3 Nivel de conocimientos reportados: la mayoría cree que tiene buenos conocimientos, pero la realidad es todo lo contrario.

		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
NIVEL PERCIBIDO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA	Bueno	134	46.9%	141	53.2%
	Medio	119	41.6%	103	38.9%
	Bajo	26	9.1%	13	4.9%
	Muy bajo	7	2.4%	8	3.0%
Total		286	100.0%	265	100.0%

Tabla 1.6 Nivel percibido de conocimientos sobre VIH / SIDA

La tabla 1.6 muestra el puntaje promedio sobre las 12 preguntas de conocimientos que conforman el examen de las muestras de 1999 y 2003, según el nivel percibido. Como puede verse, ningún grupo llegó a responder 6 preguntas correctamente, aunque el 46,9% de 1999 y el 53,2% del 2003 creen tener un buen conocimiento sobre el VIH/SIDA.



NIVEL PERCIBIDO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA
Gráfica 2.1 Nivel percibido de conocimientos sobre VIH / SIDA

La tabla 1.7 muestra el nivel de conocimientos real que tienen los estudiantes a cerca del VIH/ SIDA. Tanto para 1999 como para el año 2003 la mayoría de estudiantes obtuvieron un puntaje que se ubica en el nivel de conocimientos bajo.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
Nivel de Conocimientos	Muy bajo	Recuento	19	37	56	8	27	35
		% col.	15.2%	22.4%	19.3%	10.0%	14.9%	13.4%
	Bajo	Recuento	82	99	181	50	112	162
		% col.	65.6%	60.0%	62.4%	62.5%	61.9%	62.1%
	Medio	Recuento	24	29	53	22	42	64
		% col.	19.2%	17.6%	18.3%	27.5%	23.2%	24.5%
Total de grupo	Recuento		125	165	290	80	181	261
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 1.7 Nivel de conocimientos real

Creencias con respecto al riesgo de diferentes actividades sexuales

		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
PENETRACION VAGINAL	Ninguno	10	3.5%	4	1.5%
	Menor	8	2.8%	4	1.5%
	Moderado	24	8.5%	25	9.3%
	Alto	232	82.0%	231	85.9%
	No sé	9	3.2%	5	1.9%
PENETRACION ANAL	Ninguno	11	3.9%	5	1.9%
	Menor	19	6.8%	18	6.7%
	Moderado	28	10.0%	26	9.7%
	Alto	200	71.4%	201	75.3%
	No sé	22	7.9%	17	6.4%
DAR SEXO ORAL	Ninguno	58	20.9%	28	10.5%
	Menor	61	22.0%	64	25.0%
	Moderado	50	18.1%	75	29.3%
	Alto	77	27.8%	62	24.2%
	No sé	31	11.2%	27	10.5%
BESO B-B	Ninguno	151	54.7%	158	60.1%
	Menor	78	28.3%	59	22.4%
	Moderado	30	10.9%	27	10.3%
	Alto	10	3.6%	14	5.3%
	No sé	7	2.5%	5	1.9%
ABRAZOS Y TOCARSE	Ninguno	244	88.1%	243	91.7%
	Menor	19	6.9%	11	4.2%
	Moderado	4	1.4%	5	1.9%
	Alto	6	2.2%	4	1.5%
	No sé	4	1.4%	2	.8%
MASTUBAR P.F.	Ninguno	160	57.1%	134	50.4%
	Menor	45	16.1%	62	23.3%
	Moderado	19	6.8%	23	8.6%
	Alto	18	5.7%	12	4.5%
	No sé	40	14.3%	35	13.2%
MASTURBAR P.M.	Ninguno	158	57.7%	128	49.2%
	Menor	46	16.8%	56	21.5%
	Moderado	16	5.8%	26	10.0%
	Alto	15	5.5%	14	5.4%
	No sé	39	14.2%	36	13.8%
SEXO ORAL SIN EYACULACION	Ninguno	100	37.0%	77	29.2%
	Menor	66	24.4%	66	25.0%
	Moderado	30	11.1%	49	18.6%
	Alto	25	9.3%	33	12.5%
	No sé	49	18.1%	39	14.8%
SEXO ORAL CON EYACULACION	Ninguno	48	17.2%	26	10.1%
	Menor	45	16.8%	39	15.1%
	Moderado	43	16.0%	54	20.9%
	Alto	85	31.7%	93	36.0%
	No sé	49	18.3%	46	17.8%
SEXO ORAL P.F.	Ninguno	59	22.7%	38	15.4%
	Menor	48	17.7%	56	22.7%
	Moderado	49	18.8%	40	16.2%
	Alto	55	21.2%	61	24.7%
	No sé	51	19.6%	52	21.1%
RELSEX PAREJA EXCLUSIVA	Ninguno	109	40.5%	92	35.2%
	Menor	93	34.6%	79	30.3%
	Moderado	17	6.3%	35	13.4%
	Alto	41	15.2%	42	16.1%
	No sé	9	3.3%	13	5.0%
RELSEX SIN CONDON P. DESCONOCIDA	Ninguno	14	5.1%	7	2.7%
	Menor	9	3.3%	10	3.8%
	Moderado	12	4.3%	13	5.0%
	Alto	235	85.1%	227	87.3%
	No sé	6	2.2%	3	1.2%
RELSEX SIN CONDON P. CONOCIDA	Ninguno	60	22.0%	34	13.0%
	Menor	89	32.6%	88	33.6%
	Moderado	72	26.4%	75	28.6%
	Alto	42	15.4%	61	23.3%
	No sé	10	3.7%	4	1.5%
ABSTINENCIA	Ninguno	164	60.7%	197	75.2%
	Menor	30	11.1%	16	6.1%
	Moderado	14	5.2%	7	2.7%
	Alto	9	3.3%	7	2.7%
	No sé	53	19.6%	35	13.4%
RELSEX OCASIONALES SIN CONDON	Ninguno	9	3.2%	7	2.7%
	Menor	33	11.7%	27	10.3%
	Moderado	51	18.1%	51	19.5%
	Alto	175	62.3%	168	64.4%
	No sé	13	4.6%	8	3.1%

Tabla 1.8 Creencias con respecto al riesgo de diferentes actividades sexuales

Los resultados manifiestan que la mayoría de los estudiantes consideran que las relaciones sexuales con penetración vaginal, anal, las relaciones sexuales sin condón, y con pareja desconocida, son las prácticas sexuales que más riesgo representan para la adquisición del SIDA.

10.3 CONCIENCIA DEL NIVEL DE RIESGO

En términos generales, al igual que en 1999, en el 2003 la gran mayoría de los y las alumnas creen que están en un muy bajo, o ningún riesgo, de adquirir el VIH/SIDA.

Esto es un agravante que incrementa las posibilidades de que los estudiantes se contagien, porque no son concientes del grado de exposición en el que se encuentran por falta de conocimientos.

		AÑO											
		1999						2003					
		SEXO				Total de grupo		SEXO				Total de grupo	
		Masculino		Femenino		Recuento	% col.	Masculino		Femenino		Recuento	% col.
		Recuento	% col.	Recuento	% col.			Recuento	% col.	Recuento	% col.		
NIVEL DE RIESGO PARA ADQUISICIÓN DEL SIDA	Alto	13	10.7%			13	4.5%	5	6.3%	5	3.0%	10	4.0%
	Moderado	15	12.3%	12	7.3%	27	9.4%	10	12.7%	11	6.5%	21	8.5%
	Bajo	29	23.8%	14	8.5%	43	15.0%	19	24.1%	19	11.2%	38	15.3%
	Muy bajo	20	16.4%	35	21.2%	55	19.2%	17	21.5%	38	22.5%	55	22.2%
	Ningún riesgo	45	36.9%	104	63.0%	149	51.9%	28	35.4%	96	56.8%	124	50.0%
Total de grupo		122	100.0%	165	100.0%	287	100.0%	79	100.0%	169	100.0%	248	100.0%

Tabla 1.9 Nivel de riesgo para adquisición del VIH/SIDA

10.3.1 Prueba del VIH/SIDA: siguen siendo mayoría los que no se han practicado la prueba del VIH/SIDA, lo que puede contribuir a la propagación de la enfermedad, pues si están infectados los estudiantes, no lo saben, y pueden estar multiplicando la enfermedad sin ser concientes de ello.

Esto también puede reducir los años de vida de una persona enferma, por no detectarse la enfermedad a tiempo.

				SE HA PRACTICADO LA PRUEBA DEL SIDA				Total de grupo	
				Si		No		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
AÑO	1999	SEXO	Masculino	19	16.2%	98	83.8%	117	100.0%
			Femenino	15	9.3%	146	90.7%	161	100.0%
		Total de grupo		34	12.2%	244	87.8%	278	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	16	20.5%	62	79.5%	78	100.0%
			Femenino	18	10.1%	161	89.9%	179	100.0%
		Total de grupo		34	13.2%	223	86.8%	257	100.0%

Tabla 2.1 Aplicación de prueba para detectar el VIH/SIDA

10.3.2 Razones por las que se realizó la prueba de VIH/SIDA

		AÑO			
		1999		2003	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
RAZONES POR LAS QUE SE APLICÓ PRUEBA DE SIDA	Tuvo que donar sangre	4	8.2%	7	11.5%
	Propia decisión	12	24.5%	13	21.3%
	Despejar dudas	4	8.2%	2	3.3%
	Acuerdo con su pareja	2	4.1%	1	1.6%
	Prescripción de alguien	2	4.1%	1	1.6%
	Prescripción de un profesional	1	2.0%	4	6.6%
	Oportunidad de una campaña	10	20.4%	12	19.7%
	Infidelidad de su pareja			1	1.6%
	Otra razón	14	28.6%	20	32.8%
Total		49	100.0%	61	100.0%

Tabla 2.2 Razones por las que se realizó la prueba de VIH/SIDA

Entre los pocos que se han aplicado la prueba, la mayoría coincide en habérsela realizado por propia decisión, o por oportunidades ofrecidas en una campaña. Esto es una clara muestra de que puede ser muy beneficioso seguir promoviendo las campañas, a lo cual deben unirse las universidades, colegios, etc.

10.3.3 Razones por las que no se han aplicado la prueba: las razones fundamentales por las cuales los estudiantes no se han aplicado la prueba son las siguientes:

				POR MIEDO				Total de grupo	
				No		Seleccionada		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
ANO	1999	SEXO	Masculino	114	91.2%	11	8.8%	125	100.0%
			Femenino	148	89.7%	17	10.3%	165	100.0%
		Total de grupo		262	90.3%	28	9.7%	290	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	75	97.4%	2	2.6%	77	100.0%
			Femenino	164	91.1%	16	8.9%	180	100.0%
		Total de grupo		239	93.0%	18	7.0%	257	100.0%

Tabla 2.3 Razón 1: "Por miedo"

Con respecto a los dos años, disminuyó la población masculina que no se hizo la prueba por miedo, mientras que la población femenina aumentó.

				NO HA SABIDO COMO Y DONDE REALIZARLA				Total de grupo	
				No		Seleccionada		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
ANO	1999	SEXO	Masculino	113	90.4%	12	9.6%	125	100.0%
			Femenino	151	91.5%	14	8.5%	165	100.0%
		Total de grupo		264	91.0%	26	9.0%	290	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	71	92.2%	6	7.8%	77	100.0%
			Femenino	169	93.9%	11	6.1%	180	100.0%
		Total de grupo		240	93.4%	17	6.6%	257	100.0%

Tabla 2.4 Razón 2: "No ha sabido cómo y dónde realizarla"

Se observa que en el año 2003 es mayor el porcentaje de la población femenina que no ha sabido cómo y dónde aplicarse la prueba, con relación a la población masculina la cual disminuyó en comparación con los dos años.

				NO HE TENIDO COMO PAGARLA				Total de grupo	
				No		Seleccionada		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
ANO	1999	SEXO	Masculino	118	94.4%	7	5.6%	125	100.0%
			Femenino	160	97.0%	5	3.0%	165	100.0%
		Total de grupo		278	95.9%	12	4.1%	290	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	72	93.5%	5	6.5%	77	100.0%
			Femenino	177	98.3%	3	1.7%	180	100.0%
		Total de grupo		249	96.9%	8	3.1%	257	100.0%

Tabla 2.5 Razón 3: "No he tenido como pagarla"

				NO LO HE CONSIDERADO NECESARIO				Total de grupo	
				No		Seleccionada		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
ANO	1999	SEXO	Masculino	75	60.0%	50	40.0%	125	100.0%
			Femenino	86	52.1%	79	47.9%	165	100.0%
		Total de grupo		161	55.5%	129	44.5%	290	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	40	51.9%	37	48.1%	77	100.0%
			Femenino	95	52.8%	85	47.2%	180	100.0%
		Total de grupo		135	52.5%	122	47.5%	257	100.0%

Tabla 2.6 Razón 4: "No lo he considerado necesario"

				NO CREO QUE YO SEA PORTADOR(A) DEL VIRUS DEL SIDA				Total de grupo	
				No		Seleccionada		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
ANO	1999	SEXO	Masculino	93	74.4%	32	25.6%	125	100.0%
			Femenino	128	77.6%	37	22.4%	165	100.0%
		Total de grupo		221	76.2%	69	23.8%	290	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	62	80.5%	15	19.5%	77	100.0%
			Femenino	149	82.8%	31	17.2%	180	100.0%
		Total de grupo		211	82.1%	46	17.9%	257	100.0%

Tabla 2.7 Razón 5: "No creo que yo sea portador del virus del VIH/SIDA"

				SI TENGO EL VIRUS PREFIERO NO SABERLO				Total de grupo	
				No		Seleccionada		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
ANO	1999	SEXO	Masculino	121	96.8%	4	3.2%	125	100.0%
			Femenino	162	98.2%	3	1.8%	165	100.0%
		Total de grupo		283	97.6%	7	2.4%	290	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	72	93.5%	5	6.5%	77	100.0%
			Femenino	176	97.8%	4	2.2%	180	100.0%
		Total de grupo		248	96.5%	9	3.5%	257	100.0%

Tabla 2.8 Razón 6: "Si tengo el virus prefiero no saberlo"

				NO HE TENIDO NUNCA RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS				Total de grupo	
				No		Seleccionada		Recuento	% fila
				Recuento	% fila	Recuento	% fila		
ANO	1999	SEXO	Masculino	121	96.8%	4	3.2%	125	100.0%
			Femenino	128	77.6%	37	22.4%	165	100.0%
		Total de grupo		249	85.9%	41	14.1%	290	100.0%
	2003	SEXO	Masculino	71	92.2%	6	7.8%	77	100.0%
			Femenino	130	72.2%	50	27.8%	180	100.0%
		Total de grupo		201	78.2%	56	21.8%	257	100.0%

Tabla 2.9 Razón 7: "No he tenido nunca relaciones sexuales penetrativas"

10.4 PAREJA

10.4.1 Parejas totales: los hombres pasaron, de 12 parejas totales en promedio en 1999, a 10 en el 2003. Las mujeres pasaron de 3 a 2. Al igual que en 1999, en el 2003 las diferencias entre hombres y mujeres son significativas ($p < 0,05$). La diferencia entre hombres de 1999 y 2003 no es significativa ($p > 0,05$). Lo mismo ocurre con la diferencia entre las mujeres de 1999 y 2003.

Entre los hombres, cuando se comparan por los diferentes semestres de 1999 y 2003, no se encuentran diferencias significativas ($p > 0,05$). Lo mismo ocurre con las mujeres entre sí.

Con respecto a las parejas regulares y ocasionales, no se encontraron diferencias significativas entre los hombres de 1999 y los del 2003. Lo mismo ocurre con las

mujeres de 1999 y del 2003. Entre los hombres, cuando se comparan por los diferentes semestres de 1999 y 2003, no se encuentran diferencias significativas ($p > 0,05$). Lo mismo ocurre con las mujeres entre sí.

Los hombres del 2003 han tenido en promedio 3 compañeras trabajadoras sexuales, lo que es estadísticamente significativo ($p < 0,05$) cuando se compara con lo que ocurrió en 1999, donde fueron 5 en promedio.

Aunque no hayan sido significativos los cambios en el número de parejas de hombres y mujeres entre los años 1999 y 2003, la cantidad de estas que se tengan es un factor importante para la transmisión de la enfermedad, ya que a mayor número de parejas, más alta será la probabilidad de adquisición.

10.4.2 Pareja regular en la actualidad

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
ACTUALMENTE TIENE ALGUNA PAREJA REGULAR	Si	Recuento	81	110	191	56	118	174
		% col.	69.2%	68.8%	69.0%	71.8%	66.7%	68.2%
	No	Recuento	36	50	86	22	59	81
		% col.	30.8%	31.3%	31.0%	28.2%	33.3%	31.8%
Total de grupo	Recuento		117	160	277	78	177	255
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3.1 Pareja regular en la actualidad

10.5 RELACIONES SEXUALES

10.5.1 Incidencia y tipo de pareja: entre los hombres del 2003 se encontró que el 9,0% no ha tenido relaciones sexuales. En 1999 no habían tenido relaciones sexuales el 5,6%, diferencia que no es significativa ($p>0,05$). En el 2003, el 65,4% de los hombres habían tenido relaciones sexuales solo con parejas regulares. Lo mismo ocurrió con el 63,2% de los hombres en 1999, diferencia que no es significativa ($p>0,05$).

En el 2003, el 6,4% de los hombres habían tenido relaciones sexuales solo con parejas ocasionales. Lo mismo ocurrió con el 11,5% de los hombres en 1999, diferencia que no es significativa ($p>0,05$).

Entre las mujeres del 2003 se encontró que el 42,8% no ha tenido relaciones sexuales. En 1999 no habían tenido relaciones sexuales el 35,8%, diferencia que no es significativa ($p>0,05$). En el 2003, el 49,7% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales solo con parejas regulares. Lo mismo ocurrió con el 51,5% de las mujeres en 1999, diferencia que no es significativa ($p>0,05$).

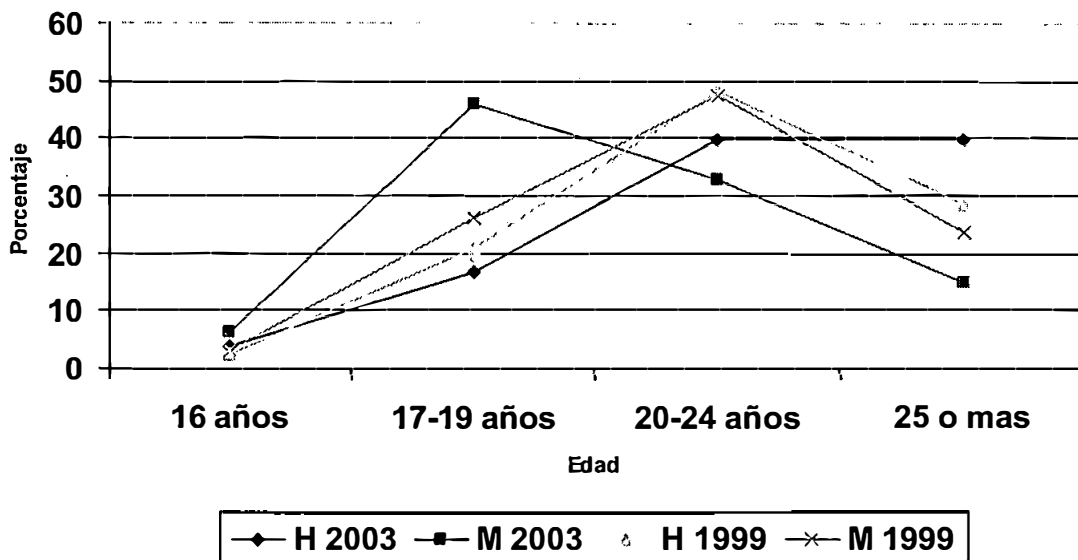
En el 2003, el 1,7% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales solo con parejas ocasionales. Lo mismo ocurrió con el 0,6% de las mujeres en 1999, diferencia que no es significativa ($p>0,05$).

10.5.2 Coito vaginal: entre los hombres del 2003 reconocieron tener relaciones coitales vaginales el 91,0%. Lo mismo ocurrió con el 94,3% de los hombres de 1999, diferencia que no es significativa ($p>0,05$).

Entre las mujeres del 2003 reconocieron tener relaciones coitales vaginales el 56,5%. Lo mismo ocurrió con el 64% de las mujeres de 1999, diferencia que no es significativa ($p>0,05$).

10.5.3 Edad de la primera experiencia: la gráfica 2.2 muestra los porcentajes de las personas que se iniciaron en los rangos de edad. La edad promedio de la iniciación sexual de los hombres del 2003 fue 16,35 años, similar a la de 1999 (diferencia no significativa: $p>0,05$).

La edad promedio de la iniciación sexual de las mujeres del 2003 fue 17,65 años, inferior a la de 1999 (diferencia significativa: $p<0,05$), lo que muestra que las estudiantes del 2003 se están iniciando sexualmente mas temprano que las de 1999.



Gráfica 2.2 Edad de la primera experiencia

10.5.4 Compañero(a) de la primera relación coital vaginal: entre los hombres, la primera experiencia coital vaginal fue con la novia, tanto en el 2003 como en 1999. Lo mismo ocurrió con las mujeres.

10.5.5 Planeación del primer coito vaginal: tanto hombres como mujeres que han tenido relaciones sexuales vaginales, la primera experiencia no fue planeada. Lo mismo ocurrió con los hombres y las mujeres de 1999.

10.5.6 Inicio de las relaciones antes de ingresar a la universidad: entre los hombres con experiencia sexual de 2003, el 87,7% inició sus relaciones sexuales antes de ingresar a la universidad. En 1999 eso ocurrió en el 90,4%, diferencia que no es significativa ($p > 0,05$).

Entre las mujeres con experiencia sexual de 2003, el 80,4% inició sus relaciones sexuales antes de ingresar a la universidad. En 1999 eso ocurrió en el 62,8%, diferencia que si es significativa ($p < 0,05$).

Entre los hombres y mujeres del 2003 que se iniciaron en la universidad, la mayoría lo hizo entre el segundo y el tercer semestre. En 1999, los hombres lo hicieron más en primer semestre y las mujeres mas entre segundo y tercer semestre.

10.6 COITO ANAL

10.6.1 Incidencia: entre los hombres del 2003, el 45% reconoció haber tenido coito anal. Lo mismo ocurrió con el 40% de los hombres de 1999, diferencia que no es significativa ($p > 0,05$). Entre las mujeres del 2003 reconocieron tener relaciones coitales anales el 16,6%. Lo mismo ocurrió con el 21% de las mujeres de 1999, diferencia que no es significativa ($p > 0,05$).

10.6.2 Edad de inicio: tanto hombres como mujeres que han tenido relaciones sexuales anales, reportaron haber tenido su primera experiencia entre los 18 y los 20 años. Lo mismo ocurrió con los hombres y las mujeres de 1999.

10.6.3 Planeación del primer coito anal: tanto hombres como mujeres que han tenido relaciones sexuales anales, la primera experiencia no fue planeada. Lo mismo ocurrió con las mujeres de 1999.

10.6.4 Compañero(a) de la primera relación coital anal: entre los hombres, la primera experiencia coital anal fue con la novia, tanto en el 2003 como en 1999. Lo mismo ocurrió con las mujeres.

10.7 USO DEL CONDÓN

Intención del uso del condón con su pareja regular, entre aquellos que actualmente no tienen relaciones sexuales en su noviazgo:

Lo usarían siempre, en 1999, el 19,1% de los hombres y el 24,1% de las mujeres. En el 2003 aumentó al 44,0% de los hombres y el 49,5% de las mujeres. Aunque este es un aumento significativo, todavía se mantiene esta intención por debajo del 50%.

Cuando se pregunta sobre la intención de utilizar condón como puede verse en la tabla 3.2, el porcentaje de hombres que siempre utilizaría condón en una relación sexual ocasional se mantuvo similar en 1999 y 2003 (72,3% y 71,4% respectivamente). En las mujeres sí se observa un incremento significativo del 46,3% al 61,1%. Esto es positivo y marca una tendencia para la prevención de la enfermedad, debido a que en la actualidad, la diferencia del porcentaje entre hombres y mujeres que se protegen es cada vez menor, significando que existe una mayor concientización de la enfermedad para su prevención entre la pareja.

			AÑO						
			1999			2003			
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo	
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		
USO DE CONDON EN UNA EVENTUAL RELACION SEXUAL OCASIONAL	Si	Recuento	86	75	161	55	107	162	
		% col.	72.3%	46.3%	57.3%	71.4%	61.1%	64.3%	
	Dependería de...	Recuento	18	2	20	7	3	10	
		% col.	15.1%	1.2%	7.1%	9.1%	1.7%	4.0%	
	No sé	Recuento	12	14	26	6	4	10	
		% col.	10.1%	8.6%	9.3%	7.6%	2.3%	4.0%	
	No tendría sexo ocasional	Recuento	3	71	74	9	61	70	
		% col.	2.5%	43.8%	26.3%	11.7%	34.9%	27.8%	
	Total de grupo	Recuento		119	162	281	77	175	252
		% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3.2 Uso del condón en una eventual relación sexual ocasional

10.7.1 Uso del condón en las últimas tres parejas regulares durante el coito vaginal: como puede verse en la tabla 3.3 en los hombres se pasó del 32,9% que nunca usaron condón al 23,0% en el 2003, y en las mujeres también se disminuyó del 52,9% al 31,0%. Esta es una modificación favorable, pero aún así uno de cada cuatro hombres y una de cada tres mujeres nunca utilizó condón en sus relaciones vaginales con sus últimas tres parejas regulares. Esto es indicador de que se hace necesario el implemento de más campañas preventivas hacia la enfermedad y acerca del uso de condones.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
FRECUENCIA USO DEL CONDON EN PENETRACION VAGINAL	Todas las veces	Recuento	10	6	16	20	16	36
		% col.	13.2%	8.6%	11.0%	32.8%	18.4%	24.3%
	Más veces Si que No	Recuento	7	4	11	12	18	30
		% col.	9.2%	5.7%	7.5%	19.7%	20.7%	20.3%
	Unas Si otras No	Recuento	19	13	32	13	18	31
		% col.	25.0%	18.6%	21.9%	21.3%	20.7%	20.6%
	Más veces no que Si	Recuento	15	10	25	2	8	10
		% col.	19.7%	14.3%	17.1%	3.3%	9.2%	6.8%
	Nunca	Recuento	25	37	62	14	27	41
		% col.	32.9%	52.9%	42.5%	23.0%	31.0%	27.7%
Total de grupo	Recuento		76	70	146	61	87	148
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3.3 Uso del condón en las últimas tres parejas regulares durante el coito vaginal.

En las relaciones coitales anales, se pasó del 46,9% al 33,3% de los hombres que nunca utilizaron condón para esta actividad con sus últimas tres parejas regulares. En las mujeres la diferencia es muy pequeña y no significativa. En 1999 el 69,2% de las mujeres nunca usaron condón en su coito anal con las últimas tres parejas regulares. En el año 2003 nunca usaron condón en su coito anal con las tres últimas parejas regulares el 66,7%. Esto significa que siguen siendo dos de cada tres mujeres que son penetradas analmente sin preservativo por sus compañeros regulares.

Con respecto a las razones por las cuales las personas no usan condón se encontró lo siguiente:

- El costo es señalado por un grupo muy pequeño, que no alcanza a sobrepasar el 1,6% de ninguno de los grupos de hombres y mujeres en 1999 ó 2003.
- La poca facilidad de adquisición presenta también porcentajes por debajo del 1,0%, con excepción de los hombres en el 2003 en donde el 3,9% señala esta razón para no utilizar condones.
- El temor al rechazo de la pareja disminuyó en forma intensa entre los hombres en donde pasó del 8,0% al 0,0%. En las mujeres esta razón de no uso se mantuvo baja y similar (1,2% en 1999 y 1,1% en el 2003).

- La disminución del placer sigue siendo la razón más aducida para no utilizar condón. Entre los hombres disminuyó en forma no significativa, del 37,6% al 33,8%. Entre las mujeres la diferencia fue también no significativa, subiendo del 13,9% al 16,1%. Esto significa que uno de cada tres hombres y una de cada seis mujeres cree que el uso del condón disminuye el placer sexual. Esto amerita una campaña.
- La interferencia en la relación sexual con la pareja pasó del 9,6% en los hombres al 11,7% en el 2003. En las mujeres disminuyó del 9,7% al 4,0%. Probablemente esto se relaciona con las campañas que tratan de enseñar a las mujeres cómo colocar el condón haciendo que esto forme parte del encuentro sexual.
- Alergia al látex: En los hombres bajó del 4,0% al 0,0%. En las mujeres se mantuvo similar (3,6% en 1999 y 3,4% en el 2003).
- La pena para proponer el uso del condón bajó en los hombres del 4,0% al 1,3% en el 2003. En las mujeres se mantuvo similar (1,2% en 1999 y 1,1% en el 2003).
- No saber usarlo estuvo por debajo del 1,0% en todos los grupos.

- Negación de la pareja: En los hombres bajó del 12,0% al 7,8%. En las mujeres pasó del 7,8% en 1999 al 8,0% en el 2003, lo cual no es un cambio desde el punto de vista estadístico.

Cuando se estudia quién proporciona el condón en la relación sexual se encontró que en la opción “siempre yo”, se pasó en los hombres del 55,3%, en 1999, al 44,8% en el 2003. En los hombres lo que aumentó fue la opción “unas veces yo y unas veces mi pareja”. En las mujeres esta opción pasó del 16,2% en las mujeres de 1999, al 5,3% en las mujeres del 2003. Lo que aumentó, en las mujeres fue la alternativa “la mayoría de veces mi pareja” y “siempre mi pareja”. Esto señala que la mujer sigue siendo todavía quien no proporciona el condón para la relación sexual, lo que la deja supeditada a que el compañero se preocupe por conseguirlo. Este hecho justifica la reciente campaña desarrollada por Profamilia denominada “EL CONDÓN LO CARGO YO”.

La tabla 3.4 que aparece a continuación muestra que solamente el 6,9% de los estudiantes cargan siempre consigo un condón. Esto pasó del 10,5% de los hombres en 1999 al 11,0% de los hombres en el 2003. En las mujeres pasó del 2,0% al 4,0% respectivamente.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
LLEVA USTED CONSIGO A LA MANO CONDONES	Nunca	Recuento	33	86	119	27	81	108
		% col.	34.7%	86.9%	61.3%	37.0%	81.0%	62.4%
	Pocas veces	Recuento	23	4	27	13	12	25
		% col.	24.2%	4.0%	13.9%	17.8%	12.0%	14.5%
	Unas Si otras No	Recuento	11	5	16	8	2	10
		% col.	11.6%	5.1%	8.2%	11.0%	2.0%	5.8%
	Casi siempre	Recuento	18	2	20	17	1	18
		% col.	18.9%	2.0%	10.3%	23.3%	1.0%	10.4%
	Siempre	Recuento	10	2	12	8	4	12
		% col.	10.5%	2.0%	6.2%	11.0%	4.0%	6.9%
	Total de grupo	Recuento	95	99	194	73	100	173
		% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3.4 lleva usted consigo a la mano condones.

Con respecto a la compra de condones para sus relaciones sexuales, se observa un ligero incremento en las mujeres que pasaron del 14,1% que habían comprado condones en el año 1999 al 23,4% que los compró en el año 2003. Entre los hombres la diferencia es mínima, pasó de 79,6% en 1999 a 80,3% en el 2003.

Con respecto a la pena, vergüenza, incomodidad para comprar condones, entre las mujeres permaneció similar. El 51,4% en 1999 y el 54,5% en el 2003, afirmaron que no sienten o sentirían pena para comprar condones. En los hombres el porcentaje pasó de 75,2% en 1999 a 81,3% en el 2003. Esto quiere decir que ahora hay un poco más de hombres y mujeres que pueden comprar condones tranquilamente si desearan usarlos en su relación sexual.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
COLOCA EL CONDON DE TAL FORMA QUE LLEGUE A LA BASE DEL PENE	Siempre	Recuento	58	28	86	48	50	98
		% col.	73.4%	56.0%	66.7%	77.4%	59.5%	67.1%
	Casi siempre	Recuento	12	1	13	2	1	3
		% col.	15.2%	2.0%	10.1%	3.2%	1.2%	2.1%
	Unas Si otras No	Recuento	2	1	3	2	1	3
		% col.	2.5%	2.0%	2.3%	3.2%	1.2%	2.1%
	Casi nunca	Recuento				3		3
		% col.				4.8%		2.1%
	Nunca	Recuento	7	20	27	7	32	39
		% col.	8.9%	40.0%	20.9%	11.3%	38.1%	26.7%
Total de grupo	Recuento	79	50	129	62	84	146	
	% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 3.5 Coloca el condón de tal forma que llegue a la base del pene

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
USA EL MISMO CONDON EN MAS DE UNA COITO	Siempre	Recuento	2	3	5		1	1
		% col.	2.6%	6.4%	4.0%		1.2%	.7%
	Casi siempre	Recuento	3		3		1	1
		% col.	3.9%		2.4%		1.2%	.7%
	Unas Si otras No	Recuento	3	1	4	1	1	2
		% col.	3.9%	2.1%	3.2%	1.6%	1.2%	1.4%
	Casi nunca	Recuento	2	3	5	5	3	8
		% col.	2.6%	6.4%	4.0%	8.1%	3.6%	5.5%
	Nunca	Recuento	67	40	107	56	77	133
		% col.	87.0%	85.1%	86.3%	90.3%	92.8%	91.7%
Total de grupo	Recuento	77	47	124	62	83	145	
	% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 3.6 Usa el mismo condón en más de un coito

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
PENETRA O ES PENETRADO(A) SIN CONDON POR UN MOMENTO Y LUEGO CON CONDON	Siempre	Recuento	1	4	5	3	4	7
		% col.	1.4%	8.7%	4.3%	5.3%	4.9%	5.0%
	Casi siempre	Recuento	6	5	11	2	6	8
		% col.	8.7%	10.9%	9.6%	3.5%	7.3%	5.8%
	Unas Si otras No	Recuento	12	5	17	11	4	15
		% col.	17.4%	10.9%	14.8%	19.3%	4.9%	10.8%
	Casi nunca	Recuento	6	3	9	8	10	18
		% col.	8.7%	6.5%	7.8%	14.0%	12.2%	12.9%
	Nunca	Recuento	44	29	73	33	58	91
		% col.	63.8%	63.0%	63.5%	57.9%	70.7%	65.5%
Total de grupo	Recuento		69	46	115	57	82	139
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3.7 Penetra o es penetrado(A) sin condón por un momento y luego con condón

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
DESPUES DE LA EYACULACION RETIRA EL PENE DE LA VAGINA ANTES DE QUE VUELVA A SU ESTADO DE FLACIDEZ	Siempre	Recuento	33	14	47	25	33	58
		% col.	47.1%	31.8%	41.2%	43.1%	41.3%	42.0%
	Casi siempre	Recuento	11	6	17	9	12	21
		% col.	15.7%	13.6%	14.9%	15.5%	15.0%	15.2%
	Unas Si otras No	Recuento	11	1	12	10	2	12
		% col.	15.7%	2.3%	10.5%	17.2%	2.5%	8.7%
	Casi nunca	Recuento	1	3	4	3	1	4
		% col.	1.4%	6.8%	3.5%	5.2%	1.3%	2.9%
	Nunca	Recuento	14	20	34	11	32	43
		% col.	20.0%	45.5%	29.8%	19.0%	40.0%	31.2%
Total de grupo	Recuento		70	44	114	58	80	138
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3.8 Después de la eyaculación retira el pene de la vagina antes de que vuelva a su estado de flacidez.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
UTILIZA CREMAS, VASELINAS U OTRAS SUSTANCIAS COMO LUBRICANTES	Siempre	Recuento	4	1	5	3	4	7
		% col.	5.8%	2.2%	4.3%	5.0%	4.9%	4.9%
	Casi siempre	Recuento	3	3	6	1		1
		% col.	4.3%	6.5%	5.2%	1.7%		7.7%
	Unas Si otras No	Recuento	6	2	8	5	1	6
		% col.	8.7%	4.3%	7.0%	8.3%	1.2%	4.2%
	Casi nunca	Recuento	5	2	7	5	5	10
		% col.	7.2%	4.3%	6.1%	8.3%	6.1%	7.0%
	Nunca	Recuento	51	38	89	46	72	118
		% col.	73.9%	82.6%	77.4%	76.7%	87.8%	83.1%
Total de grupo	Recuento		69	46	115	60	82	142
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3.9 Utiliza cremas, vaselina u otras sustancias como lubricantes

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
VERIFICA LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONDON ANTES DE USARLO	Siempre	Recuento	33	18	51	26	32	58
		% col.	47.1%	41.9%	45.1%	43.3%	39.0%	40.8%
	Casi siempre	Recuento	5	3	8	7	4	11
		% col.	7.1%	7.0%	7.1%	11.7%	4.9%	7.7%
	Unas Si otras No	Recuento	6	1	7	2	2	4
		% col.	8.6%	2.3%	6.2%	3.3%	2.4%	2.8%
	Casi nunca	Recuento	8	1	9	8	6	14
		% col.	11.4%	2.3%	8.0%	13.3%	7.3%	9.9%
	Nunca	Recuento	18	20	38	17	38	55
		% col.	25.7%	46.5%	33.6%	28.3%	46.3%	38.7%
Total de grupo	Recuento		70	43	113	60	82	142
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.1 Verifica la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
GUARDA EL CONDÓN EN EL BOLSILLO TRASERO DEL PANTALÓN Y/O EN LA BILLETERA QUE USA EN ESTE MISMO BOLSILLO	Siempre	Recuento	27	6	33	10	8	18
		% col.	37.0%	15.4%	29.5%	15.9%	10.1%	12.7%
	Casi siempre	Recuento	9	4	13	10	3	13
		% col.	12.3%	10.3%	11.6%	15.9%	3.8%	9.2%
	Unas Si otras No	Recuento	5	1	6	3	1	4
		% col.	6.8%	2.6%	5.4%	4.8%	1.3%	2.8%
	Casi nunca	Recuento	7	1	8	7	2	9
		% col.	9.6%	2.6%	7.1%	11.1%	2.5%	6.3%
	Nunca	Recuento	25	27	52	33	65	98
		% col.	34.2%	69.2%	46.4%	52.4%	82.3%	69.0%
Total de grupo	Recuento		73	39	112	63	79	142
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.2 Guarda el condón en el bolsillo trasero del pantalón y/o en la billetera que usa en este mismo bolsillo.

10.8 FORMA EN QUE SE COMUNICAN LOS ESTUDIANTES

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
ACUERDO DE PROTECCION CON LA PAREJA	Si y lo hemos cumplido	Recuento	35	36	71	22	52	74
		% col.	38.0%	33.3%	35.5%	36.7%	46.0%	42.8%
	Si pero no lo hemos cumplido	Recuento	12	5	17	8	9	17
		% col.	13.0%	4.6%	8.5%	13.3%	8.0%	9.8%
	No	Recuento	44	63	107	29	46	75
		% col.	47.8%	58.3%	53.5%	48.3%	40.7%	43.1%
	Otra respuesta	Recuento	1	4	5	1	6	7
		% col.	1.1%	3.7%	2.5%	1.7%	5.3%	4.0%
Total de grupo	Recuento	92		108	200	60	113	173
	% col.	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.3 Acuerdo de protección con la pareja

Como puede observarse en la tabla 4.3, entre los hombres, el porcentaje de los que no tiene ningún acuerdo es similar (47,8% y 48,3%). Entre las mujeres disminuyó de 58,3% en 1999 al 40,7% en el 2003. Esta diferencia significativa muestra que las mujeres ahora están comunicándose mejor con sus parejas sobre este tópico. También es importante observar, que entre las mujeres que tienen un acuerdo para protegerse con su pareja, y lo han cumplido, se pasó de 33,3% en 1999 a 46,0% en el 2003. Esta otra diferencia significativa muestra un aspecto

positivo, debido a que cada vez es mayor la participación de las mujeres en el manejo para la prevención de esta enfermedad.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
HA DESEADO USAR CONDON Y NO LO HA EXPRESADO	Siempre	Recuento	8	6	14	3	5	8
		% col.	10.4%	12.0%	11.0%	5.0%	6.0%	5.6%
	Casi siempre	Recuento	5	1	6	2	4	6
		% col.	6.5%	2.0%	4.7%	3.3%	4.8%	4.2%
	Unas Sí otras No	Recuento	17	9	26	16	10	26
		% col.	22.1%	18.0%	20.5%	26.7%	11.9%	18.1%
	Casi nunca	Recuento	8	2	10	5	5	10
		% col.	10.4%	4.0%	7.9%	8.3%	6.0%	6.9%
	Nunca	Recuento	39	32	71	34	60	94
		% col.	50.6%	64.0%	55.9%	56.7%	71.4%	65.3%
Total de grupo	Recuento		77	50	127	60	84	144
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.4 Ha deseado usar condón y no lo ha expresado.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
HA DESEADO USAR CONDON LO EXPRESA Y TIENE RELACIONES SIN CONDON	Siempre	Recuento	6	6	12	2	4	6
		% col.	8.1%	12.2%	9.8%	3.4%	4.9%	4.5%
	Casi siempre	Recuento	5	2	7	5	4	9
		% col.	6.8%	4.1%	5.7%	8.6%	4.9%	6.5%
	Unas Si otras No	Recuento	22	6	28	13	5	18
		% col.	29.7%	12.2%	22.8%	22.4%	6.2%	12.5%
	Casi nunca	Recuento	12	7	19	8	8	16
		% col.	16.2%	14.3%	15.4%	13.8%	9.9%	11.5%
	Nunca	Recuento	29	28	57	30	60	90
		% col.	39.2%	57.1%	46.3%	51.7%	74.1%	64.7%
Total de grupo	Recuento		74	49	123	58	81	139
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.5 Ha deseado usar condón lo expresa y tiene relaciones sin condón.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
HA DESEADO USAR CONDON, LO EXPRESA Y TIENE RELACIONES CON CONDON	Siempre	Recuento	28	14	42	20	23	43
		% col.	37.3%	31.8%	35.3%	33.3%	28.8%	30.7%
	Casi siempre	Recuento	12	5	17	7	9	16
		% col.	16.0%	11.4%	14.3%	11.7%	11.3%	11.4%
	Unas Si otras No	Recuento	17	4	21	17	7	24
		% col.	22.7%	9.1%	17.6%	28.3%	8.8%	17.1%
	Casi nunca	Recuento	10	1	11	7	2	9
		% col.	13.3%	2.3%	9.2%	11.7%	2.5%	6.4%
	Nunca	Recuento	8	20	28	9	39	48
		% col.	10.7%	45.5%	23.5%	15.0%	48.8%	34.5%
Total de grupo	Recuento		75	44	119	60	80	140
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.6 Ha deseado usar condón lo expresa y tiene relaciones con condón.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
HA DESEADO TENER RELACIONES SEXUALES SIN CONDON Y CONVINCE A SU PAREJA DE ELLO	Siempre	Recuento	10	8	18	6	9	15
		% col.	13.7%	19.0%	15.7%	10.0%	10.8%	10.5%
	Casi siempre	Recuento	14	4	18	6	6	12
		% col.	19.2%	9.5%	15.7%	10.0%	7.2%	8.4%
	Unas Si otras No	Recuento	16	2	18	13	6	19
		% col.	21.9%	4.8%	15.7%	21.7%	7.2%	13.3%
	Casi nunca	Recuento	9		9	8	7	15
		% col.	12.3%		7.8%	13.3%	8.4%	10.5%
	Nunca	Recuento	24	28	52	27	55	82
		% col.	32.9%	66.7%	45.2%	45.0%	66.3%	57.3%
Total de grupo	Recuento		73	42	115	60	83	143
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.7 Ha deseado tener relaciones sexuales sin condón y convence a su pareja de ello.

10.9 ALCOHOL Y DROGAS

La tabla 4.8 muestra que en el año 2003 hay un incremento en los grupos que afirman no beber o que casi nunca beben, aunque el aumento no es significativo.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
COMO SE CONSIDERA CON RESPECTO AL USO DE BEBIDAS ALCONOLICAS	No tomo/bebo	Recuento	11	22	33	8	37	45
		% col.	9.9%	13.8%	12.2%	10.1%	21.6%	18.0%
	Casi nunca bebo	Recuento	16	33	49	12	46	58
		% col.	14.4%	20.8%	18.1%	15.2%	26.9%	23.2%
	Tomo ocasionalmente	Recuento	52	93	145	38	74	112
		% col.	46.8%	58.5%	53.7%	48.1%	43.3%	44.8%
	Tomo los fines de semana	Recuento	30	10	40	20	14	34
		% col.	27.0%	6.3%	14.8%	25.3%	8.2%	13.6%
	Tomo más de dos veces por semana	Recuento	2	1	3	1		1
		% col.	1.8%	.6%	1.1%	1.3%		.4%
Total de grupo	Recuento		111	159	270	79	171	250
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4.8 Como se considera con respecto al uso de bebidas alcohólicas

La tabla 4.9 muestra que el porcentaje de los que nunca han tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol permanece muy similar (32,7% en 1999 y 32,6% en 2003).

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
HA TENIDO RELACIONES SEXUALES BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL	Muchas veces	Recuento	23	4	27	19	4	23
		% col.	22.3%	4.0%	13.4%	26.0%	4.0%	13.4%
	Unas Si otras No	Recuento	5	4	9	5	7	12
		% col.	4.9%	4.0%	4.5%	6.8%	7.1%	7.0%
	Algunas veces	Recuento	24	19	43	14	18	32
		% col.	23.3%	19.2%	21.3%	19.2%	18.2%	18.6%
	En alguna ocasión	Recuento	29	28	57	17	32	49
		% col.	28.2%	28.3%	28.2%	23.3%	32.3%	28.5%
	Nunca	Recuento	22	44	66	18	38	56
		% col.	21.4%	44.4%	32.7%	24.7%	38.4%	32.6%
Total de grupo	Recuento	103	99	202	73	99	172	
	% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 4.9 Ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de alcohol.

Se observa en la tabla 5.1 que el número de hombres que ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol sin importar con quien bajó de 29 en 1999 a 14 en el 2003, mientras que en la mujeres se presentó un aumento de 3 a 8. esto permite concluir que las mujeres se abstienen menos de tener relaciones sexuales sin importar con quien, aun bajo los efectos del alcohol.

			AÑO						
			1999			2003			
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo	
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		
RELACIONES SEXUALES SIN IMPORTAR CON QUIEN	1 vez	Recuento	11	2	13	8	5	13	
		% col.	37.9%	66.7%	40.6%	57.1%	62.5%	59.1%	
	Algunas veces	Recuento	15	1	16	5	3	8	
		% col.	51.7%	33.3%	50.0%	35.7%	37.5%	36.4%	
	Con cierta frecuencia	Recuento	2		2	1		1	
		% col.	6.9%		6.3%	7.1%		4.5%	
	Muchas veces	Recuento	1		1				
		% col.	3.4%		3.1%				
	Total de grupo	Recuento		29	3	32	14	8	22
		% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.1 Relaciones sexuales sin importar con quien bajo los efectos del alcohol.

Al igual que en la tabla anterior, en esta se mantiene un incremento para las mujeres (15 a 20) con respecto al establecimiento de relaciones sexuales penetrativas vaginales sin condón.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
RELACION SEXUAL PENETRATIVA VAGINAL SIN CONDON	1 vez	Recuento	12	7	19	8	8	16
		% col.	42.9%	46.7%	44.2%	38.1%	40.0%	39.0%
	Algunas veces	Recuento	12	4	16	12	9	21
		% col.	42.9%	26.7%	37.2%	57.1%	45.0%	51.2%
	Con cierta frecuencia	Recuento	2	1	3	1	2	3
		% col.	7.1%	6.7%	7.0%	4.8%	10.0%	7.3%
	Muchas veces	Recuento	2	3	5		1	1
		% col.	7.1%	20.0%	11.6%		5.0%	2.4%
Total de grupo	Recuento		28	15	43	21	20	41
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.2 Relación sexual penetrativa vaginal sin condón.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
RELACION SEXUAL PENETRATIVA ANAL, LO QUE SIN TRAGO NO ACOSTUMBRO	1 vez	Recuento	7	3	10	4	8	12
		% col.	38.9%	100.0%	47.6%	33.3%	88.9%	57.7%
	Algunas veces	Recuento	8		8	7	1	8
		% col.	44.4%		38.1%	58.3%	11.1%	38.7%
	Con cierta frecuencia	Recuento	2		2			
		% col.	11.1%		9.5%			
	Muchas veces	Recuento	1		1	1		1
		% col.	5.6%		4.8%	8.3%		4.8%
Total de grupo	Recuento	18	3	21	12	9	21	
	% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 5.3 Relación sexual penetrativa anal, lo que sin trago no acostumbro.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
RELACIONES SEXUALES SIN HABER PENSADO TENERLAS	1 vez	Recuento	10	7	17	9	12	21
		% col.	20.8%	31.8%	24.3%	23.7%	35.3%	29.2%
	Algunas veces	Recuento	30	11	41	22	13	35
		% col.	62.5%	50.0%	58.6%	57.9%	38.2%	48.6%
	Con cierta frecuencia	Recuento	4		4	1	4	5
		% col.	8.3%		5.7%	2.6%	11.8%	6.9%
	Muchas veces	Recuento	4	4	8	6	5	11
		% col.	8.3%	18.2%	11.4%	15.8%	14.7%	15.3%
	Total de grupo	Recuento	48	22	70	38	34	72
		% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.4 Relaciones sexuales sin haber pensado tenerlas.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
INTERCAMBIO DE PAREJAS SEXUALES CON RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS SIN CONDÓN	1 vez	Recuento	1	1	2	2		2
		% col.	11.1%	100.0%	20.0%	50.0%		33.3%
	Algunas veces	Recuento	8		8	1	2	3
		% col.	66.7%		60.0%	25.0%	100.0%	50.0%
	Con cierta frecuencia	Recuento	1		1			
		% col.	11.1%		10.0%			
	Muchas veces	Recuento	1		1	1		1
		% col.	11.1%		10.0%	25.0%		16.7%
Total de grupo	Recuento		9	1	10	4	2	8
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.5 Intercambio de parejas sexuales con relaciones sexuales penetrativas sin condón.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
EXPERIENCIAS SEXUALES CON PERSONAS DEL MISMO SEXO LO QUE SIN TRAGOS NO ACOSTUMBRO	1 vez	Recuento	2	1	3	1	1	2
		% col.	25.0%	100.0%	33.3%	100.0%	50.0%	66.7%
	Algunas veces	Recuento	4		4		1	1
		% col.	50.0%		44.4%		50.0%	33.3%
	Muchas veces	Recuento	2		2			
		% col.	25.0%		22.2%			
	Total de grupo	Recuento	8	1	9	1	2	3
		% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.6 Experiencias sexuales con personas del mismo sexo, lo que sin tragos no acostumbro.

			AÑO						
			1999			2003			
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo	
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		
RELACIONES SEXUALES CON PERSONA DESCONOCIDA	1 vez	Recuento	18	2	20	13	5	18	
		% col.	62.1%	100.0%	64.5%	76.5%	83.3%	78.3%	
	Algunas veces	Recuento	9		9	3	1	4	
		% col.	31.0%		29.0%	17.6%	16.7%	17.4%	
	Con cierta frecuencia	Recuento	2		2				
		% col.	6.9%		6.5%				
	Muchas veces	Recuento				1		1	
		% col.				5.9%		4.3%	
	Total de grupo	Recuento		29	2	31	17	6	23
		% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.7 Relaciones sexuales con persona desconocida.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
RELACIONES SEXUALES CON PERSONA DIFERENTE A PAREJA REGULAR,ESTE NO ES MI COMPORTAMIENTO HABITUAL	1 vez	Recuento	9	4	13	14	6	20
		% col.	23.1%	66.7%	28.9%	41.2%	85.7%	48.8%
	Algunas veces	Recuento	28	2	30	14	1	15
		% col.	71.8%	33.3%	66.7%	41.2%	14.3%	36.6%
	Con cierta frecuencia	Recuento				3		3
		% col.				8.8%		7.3%
	Muchas veces	Recuento	2		2	3		3
		% col.	5.1%		4.4%	8.8%		7.3%
	Total de grupo	Recuento	39	6	45	34	7	41
		% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.8 Relaciones sexuales con persona diferente mi pareja regular, sin ser este mi comportamiento habitual.

La tabla 5.9 muestra que el porcentaje de los que nunca han tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga permanece muy similar (94,0% en 1999 y 97,1% en 2003).

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
HA TENIDO RELACIONES SEXUALES BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA	Muchas veces	Recuento	3	2	5	2		2
		% col.	3.3%	2.1%	2.7%	2.9%		1.2%
	Unas Si otras No	Recuento	1		1	1		1
		% col.	1.1%		.5%	1.4%		.6%
	Algunas veces	Recuento	1		1			
		% col.	1.1%		.5%			
	En alguna ocasión	Recuento	3	1	4	2		2
		% col.	3.3%	1.1%	2.2%	2.9%		1.2%
	Nunca	Recuento	82	91	173	64	103	167
		% col.	91.1%	96.8%	94.0%	92.8%	100.0%	97.1%
Total de grupo	Recuento		90	94	184	69	103	172
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.9 Ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
RELACIONES SEXUALES SIN IMPORTAR CON QUIEN	1 vez	Recuento	2	1	3	4		4
		% col.	22.2%	100.0%	30.0%	66.7%		57.1%
	Algunas veces	Recuento	7		7	1	1	2
		% col.	77.8%		70.0%	16.7%	100.0%	28.6%
	Muchas veces	Recuento				1		1
		% col.				16.7%		14.3%
	Total de grupo	Recuento	9	1	10	6	1	7
		% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 6.1 Relaciones sexuales sin importar con quien, bajo efectos de drogas

			AÑO				
			1999		2003		
			SEXO	Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino		Masculino	Femenino	
RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS SIN CONDON	1 vez	Recuento	2	2	2		2
		% col.	25.0%	25.0%	50.0%		40.0%
	Algunas veces	Recuento	4	4	1		1
		% col.	50.0%	50.0%	25.0%		20.0%
	Muchas veces	Recuento	2	2	1	1	2
		% col.	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%	40.0%
Total de grupo	Recuento		8	8	4	1	5
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 6.2 Relaciones sexuales penetrativas sin condón.

			AÑO						
			1999			2003			
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo	
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		
RELACION SEXUAL CON PENETRACION ANAL	1 vez	Recuento	2	1	3	1	1	2	
		% col.	40.0%	100.0%	50.0%	100.0%	50.0%	66.7%	
	Algunas veces	Recuento	2		2				
		% col.	40.0%		33.3%				
	Con cierta frecuencia	Recuento	1		1				
		% col.	20.0%		16.7%				
	Muchas veces	Recuento					1	1	
		% col.					50.0%	33.3%	
	Total de grupo	Recuento		5	1	6	1	2	3
		% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 6.3 Relación sexual con penetración anal.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
TENER RELACIONES SEXUALES SIN HABER PENSADO TENERLAS	1 vez	Recuento	5	2	7	6	2	8
		% col.	38.5%	28.6%	35.0%	54.5%	22.2%	40.0%
	Algunas veces	Recuento	4	3	7	5	7	12
		% col.	30.8%	42.9%	35.0%	45.5%	77.8%	60.0%
	Con cierta frecuencia	Recuento	1		1			
		% col.	7.7%		5.0%			
	Muchas veces	Recuento	3	2	5			
		% col.	23.1%	28.6%	25.0%			
Total de grupo	Recuento		13	7	20	11	9	20
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 6.4 Relación sexual sin haber pensado tenerla.

			AÑO				
			1999			2003	
			SEXO		Total de grupo	SEXO	Total de grupo
			Masculino	Femenino		Femenino	
INTERCAMBIAR PAREJAS SEXUALES EN RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS SIN CONDON	1 vez	Recuento		1	1		
		% col.		100.0%	33.3%		
	Algunas veces	Recuento	2		2	1	1
		% col.	100.0%		66.7%	100.0%	100.0%
Total de grupo	Recuento	2	1	3	1	1	
	% col.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 6.5 Intercambiar parejas sexuales en relaciones sexuales penetrativas sin condón.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS DESCONOCIDAS	1 vez	Recuento	5	1	6	4		4
		% col.	62.5%	100.0%	66.7%	80.0%		66.7%
	Algunas veces	Recuento	1		1	1	1	2
		% col.	12.5%		11.1%	20.0%	100.0%	33.3%
	Con cierta frecuencia	Recuento	1		1			
		% col.	12.5%		11.1%			
	Muchas veces	Recuento	1		1			
		% col.	12.5%		11.1%			
Total de grupo	Recuento		8	1	9	5	1	6
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 6.6 Relaciones sexuales con desconocidos.

			AÑO					
			1999			2003		
			SEXO		Total de grupo	SEXO		Total de grupo
			Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
RELACIONES SEXUALES CON PERSONA DIFERENTE DE MI PAREJA REGULAR	1 vez	Recuento	1	2	3	6	1	7
		% col.	14.3%	100.0%	33.3%	66.7%	100.0%	70.0%
	Algunas veces	Recuento	5		5	3		3
		% col.	71.4%		55.6%	33.3%		30.0%
	Muchas veces	Recuento	1		1			
		% col.	14.3%		11.1%			
Total de grupo	Recuento		7	2	9	9	1	10
	% col.		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 6.7 Relaciones sexuales con persona diferente de mi pareja regular.

El análisis de la información anterior permite concluir que tanto el alcohol como las drogas son un predisponente efectivo para la transmisión del SIDA, debido a que bajo los efectos de estas, tanto hombres como mujeres tienen prácticas sexuales que en condiciones diferentes no tendrían. Este es un mensaje para que en el perímetro aledaño a la población universitaria no se permita la venta del alcohol.

11. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación muestran algunos indicadores de avance en la prevención del contagio del VIH/SIDA en los universitarios y universitarias del 2003, pero también es posible observar que proporciones preocupantes de esos estudiantes tienen un estilo de vida sexual poco saludable, que los coloca en un alto riesgo de infectarse.

Al comparar la situación en los años 1999 y 2003 se observa:

- La fuente de información más importante sobre el VIH/SIDA siguen siendo los medios de comunicación social, seguidos por los colegios. La universidad se mantiene baja, por lo que se hace necesario desarrollar más programas a nivel educativo sobre el VIH/SIDA.
- Los conocimientos acerca del VIH/SIDA y sus mecanismos de contagio siguen siendo deficientes (en promedio 5 respuestas correctas para las 12 preguntas), aunque el 46,9% de la muestra de 1999 y el 53,2% del 2003 creen tener un buen conocimiento al respecto. Esta situación aumenta el riesgo del contagio de aquellos que creen que saben, pero realmente desconocen información importante acerca del VIH/SIDA.

- Sólo se ha practicado la prueba uno de cada ocho estudiantes. Esta situación aumenta el riesgo del contagio porque a mayoría son sexualmente activos sin conocer su real situación con respecto al VIH/SIDA.
- Los hombres siguen siendo quienes tienen más parejas sexuales, probablemente por el machismo de la cultura caribe colombiana, lo que es un factor que aumenta el riesgo.
- Tanto hombres como mujeres, tienen más parejas sexuales regulares que ocasionales, lo que contradice la creencia de que hay gran promiscuidad en la universidad. Esta situación señala que la mayor intensidad de las campañas de prevención debería realizarse con las parejas regulares, como en el noviazgo, que en su mayoría tienen actividad coital sin la adecuada protección.
- Aunque el porcentaje de las personas con experiencia sexual se mantiene similar, entre las mujeres se observa que las del 2003 se inician mas jóvenes, por lo general antes de ingresar a la universidad. Esto sugiere que los programas de prevención se inicien desde el primer semestre académico.
- Tanto en hombres como en mujeres que no han tenido relaciones sexuales con su pareja regular actual, se observa una mayor intención de utilizar condón cuando tengan relaciones sexuales con su pareja regular. Aun así, esto todavía ocurre en menos del 50% de los casos.

- En los hombres se pasó, del 32,9% que nunca usaron condón durante el coito vaginal con sus ultimas tres parejas regulares en 1999, al 23,0% en el 2003. En las mujeres también se disminuyó del 52,9% en 1999, al 31,0% en el 2003. Esta es una modificación favorable, pero aún así uno de cada cuatro hombres y una de cada tres mujeres nunca utilizó condón en sus relaciones coitales vaginales con sus últimas tres parejas regulares.

- El coito anal sin condón, uno de los comportamientos sexuales de mas alto riesgo, sigue siendo parte del repertorio sexual. Las mujeres son las que más necesitan recibir información al respecto. En las relaciones coitales anales, se pasó del 46,9% al 33,3% de los hombres que nunca utilizaron condón para esta actividad con sus últimas tres parejas regulares. En las mujeres se pasó de 69% en 1999 a 67% en el 2003, lo que significa que dos de cada tres mujeres nunca utilizó condón en sus relaciones coitales anales con sus últimas tres parejas regulares.

- Entre los que reportaron relaciones sexuales con prostitutas, el 56,0% de los hombres del 2003 informaron que con todas utilizaron condón. Lo mismo ocurrió con el 53,3% en 1999. aproximadamente uno de cada dos estudiantes tienen relaciones sexuales con una prostituta sin protección, lo que es preocupante.

- Con respecto a quién proporciona el condón en la relación sexual se encontró que el hombre sigue siendo quien proporciona el condón para la relación sexual en la mayoría de los casos, lo que deja a la mujer supeditada a que el compañero se preocupe por conseguirlo.
- Uno de cada tres hombres y una de cada seis mujeres cree que el uso del condón disminuye el placer sexual. Esto amerita introducir aspectos lúdicos con respecto al uso de condón cuando se da información sobre este método de protección.
- Ahora hay un poco más de hombres y mujeres que pueden comprar condones tranquilamente si desearan usarlos en su relación sexual. Es conveniente reforzar este hecho haciendo énfasis en valores como la responsabilidad y el derecho a cuidar la propia salud.
- Entre los hombres, el porcentaje de los que no tiene ningún acuerdo es similar (47,8% en 1999 y 48,3% en el 2003). Entre las mujeres disminuyó de 58,3% en 1999 al 40,7% en el 2003. Esta diferencia significativa muestra que las mujeres ahora están comunicándose mejor con sus parejas sobre este tópico. También es importante observar, que entre las mujeres que tienen un acuerdo para protegerse con su pareja, y lo han cumplido, se pasó del 33,3% en 1999 al 46,0% en el 2003. Esta otra diferencia significativa muestra un aspecto positivo.

12. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Estos estilos de vida no saludables encontrados pueden explicarse por factores culturales, personales e institucionales.

Desde la perspectiva cultural es importante destacar la sexofobia y el machismo propios de nuestra cultura. En un reciente libro (González, 2000) se ha mostrado como el temor, la ansiedad y la culpabilidad que nuestra cultura caribe colombiana asocia al placer sexual impiden establecer diálogos adecuados al interno de la pareja para desarrollar acuerdos para protegerse del VIH/SIDA. La ignorancia general sobre la sexualidad también es facilitada por esta perspectiva cultural poco saludable que mira la sexualidad como algo sucio y pecaminoso. El machismo predominante lleva a que los hombres se involucren mucho mas fácilmente en comportamientos de riesgo y presionen para conseguir que sus compañeras también los asuman. El deficiente poder de decisión que tienen las mujeres para cuidar su salud sexual y reproductiva también es producto de las creencias machistas.

Desde la perspectiva personal es importante resaltar una serie de factores (como la desinformación, baja autoestima, deficientes habilidades para negociar los conflictos en la vida de pareja, escasas destrezas para tomar decisiones sexuales

adecuadas, poca conciencia de valores como la responsabilidad, la lealtad, etc.) que están facilitando el contagio del VIH/SIDA (Romero, 1998).

Desde el punto de vista institucional es claro que la principal falla se debe a la ausencia de programas permanentes de educación sexual, quizá porque la salud sexual y reproductiva hasta ahora no ha hecho parte de las políticas institucionales de las universidades.

Se sugiere a los equipos de bienestar universitario gestionar la curricularización de la educación sexual en la vida universitaria para asegurar que los estudiantes y las estudiantes tengan la oportunidad de confrontar, modificar o enriquecer sus conocimientos, creencias, actitudes, valores y comportamientos sexuales en procesos sistemáticos y permanentes.

Así mismo, es importante también recomendar hacer un seguimiento de los resultados encontrados en el presente estudio, con el fin de poder diagnosticar los cambios que se hayan presentado frente a la prevención y manejo del VIH/SIDA en futuros años.

BIBLIOGRAFÍA

BAYES, R PASTELLS, S. TULDRÁ, A. Percepción de Riesgo de Transmisión del Virus De Inmunodeficiencia Humana VIH, en estudiantes universitarios. C. Med. Psicosom No.33 1996.

BAYÉS, Ramón. Sida y Psicología. Barcelona, España: Martínez Roca S.A, 1995.

GONZALEZ, José Manuel. Investigaciones sobre salud sexual y familiar en el Caribe Colombiano. Colombia: Antillas. 2003, p. 55 – 60.

----- et al. (2000) Amor & Intimidad en el Caribe Colombiano. Barranquilla: Antillas.

----- et al. Juventud y VIH / SIDA. Colombia: Antillas, 1999.

----- SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En: Serenidad. Revista del Programa de Alcoholismo y Drogadicción. Vol. 1, No 3, p. 8-10.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw – Hill. 1999.

HERRERA PELÁEZ, Dorlys y RUIZ DE HERRERA, María. Conocimientos y Comportamientos sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA en los estudiantes de postgrado de la Universidad Simón Bolívar. (Tesis). Colombia, 2002.

KAISER, R. Matz, B. BRACKMANN, HH. Niveles Químicos y Replicación Viral de la Población Infectada con VIH. Conferencia Mundial del SIDA. Ginebra, Suiza. 1998.

LANG, LS. KOPP, C. FEDERSPIEL, B. MINDER, CE. Factores Clínicos y Biológicos en Pacientes Asintomáticos no Progresores. Conferencia Mundial del SIDA. Ginebra, Suiza. 1998.

LEARMONT, J. Smith, G. RAYNES-Greenow. Cinco Pacientes no Progresores Infectados por Transfusión Sanguínea: Estado de salud después de 13 a 16 años de la infección. Conferencia mundial del SIDA. Ginebra, Suiza. 1998)

MATHESON, D.W., BRUCE, R.L. y BEAUCHAMP, K.L. 1985. Psicología Experimental: Diseños y Análisis de Investigación. México: Compañía Editorial Continental.

MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.
ETS/VIH/SIDA. Bogotá, Colombia: Enlace Editores, 1995, p. 19

ONUSIDA. República de Colombia, Ministerio de Salud. Infección por VIH y SIDA en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santafé de Bogotá. 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SIDA: Perfil de una epidemia. Washington D.C., EUA.. 1989.

PALACIO, Martha Lucía; ROMERO, Leonardo y CABALLERO, María Claudia. Revista latinoamericana de sexología. Colombia: UIS. 2003, p. 72 – 80.

PLATTS, Mark. SIDA: Aproximaciones éticas. México D.F. Prentice Hall. 2000.

PROYECTO INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE VIH, CAC; GONZÁLEZ y COLBS, 1999.

ROMERO, Leonardo. (1998) Conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo relacionados con VIH/SIDA. Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría.

SABINO, Carlos. El proceso de investigación. Colombia: Cometa de Papel. 1996, p. 44 – 71.

ANEXOS

ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO PARA SU ADQUISICIÓN

Este cuestionario ha sido elaborado para conocer los conocimientos sobre SIDA y los comportamientos de riesgo para esta enfermedad en la población universitaria. Esta investigación nos permitirá identificar elementos de para reorientar programas y proyectos encaminados a enriquecer la educación sexual y la prevención del SIDA en las Universidades.

Es importante que tenga en cuenta que éste es un cuestionario anónimo, nadie sabrá su respuesta. en este estudio interesan las tendencias grupales y no las respuestas individuales. Le solicitamos responda con toda sinceridad, no deja respuestas en blanco. la falsedad de las respuestas perjudicarían este esfuerzo investigativo. Si no comprende alguna pregunta, pida clarificación al instructor(a). El cuestionario consta de tres partes. IDENTIFICACION, PARTE I (que explora conocimientos) y una PARTE II (para comportamientos).

IDENTIFICACIÓN

1. FACULTAD C	2. UNIVERSIDAD

I SEM	V SEM	ULTIMO
1	2	3

4. EDAD	5. SEXO
	1. MAS 2. FEM

6. LUGAR DE PROCEDENCIA	7. AÑOS VIVIENDO EN ESTA CIUDAD
Municipio : Departamento :	

8. RELIGION	9. QUE TAN PRACTICANTE SE CONSIDERA USTED DE SU RELIGIÓN ?
☐ 1. Católica ☐ 2. T. de Jehová ☐ 3. Evangélica ☐ 4. Adventista ☐ 5. Otra : _____	☐ 1. Nada practicante ☐ 2. Poco practicante ☐ 3. Regularmente practicante ☐ 4. Practicante ☐ 5. Muy practicante

10. ESTADO CIVIL	11. CUAL ES SU ORIENTACION O PREFERENCIA SEXUAL ?
☐ 1. Casado(a) ☐ 2. En convivencia o Unión libre ☐ 3. Separado(a) ☐ 4. Viudo(a) ☐ 5. Soltero(a) ☐ 6. Otro tipo de relación estable: 	☐ 1. Heterosexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas del otro sexo) ☐ 2. Homosexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas del mismo sexo) ☐ 3. Bisexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas de ambos sexos)

- ◆ Este cuestionario es una versión revisada del cuestionario elaborado por Leonardo Romero, Maria Claudia Caballero y Ana Mendoza.
- ◆ Utilizado con permiso escrito del primer autor.

12. La información que tiene sobre SIDA la ha recibido *principalmente* por (señale una sola respuesta):

- ☐ 1. Medios (TV, radio, revistas, prensa)
- ☐ 2. Colegio (Clases, conferencias etc.)
- ☐ 3. Universidad (Clases, charlas, seminarios, etc...)
- ☐ 4. Padre/Madre
- ☐ 5. Familiares (Hnos(as), primos, tíos etc...)
- ☐ 6. Amigos
- ☐ 7. Otra, cual: _____

13. Cómo evalúa el nivel de conocimientos que usted tiene sobre SIDA y su prevención?

- ☐ 1. Bueno ☐ 2. Medio ☐ 3. Bajo ☐ 4. Muy bajo

PARTE I:

Marque con una X la alternativa que considera la respuesta adecuada a la pregunta, si NO SABE la respuesta escoja la alternativa NO SE. Si se equivoca enciérrala en un círculo y vuelva a marcar su respuesta con una X.

1.Cuál es la relación entre el VIH y el SIDA

- ☐ 1. EL VIH es una prueba para detectar el SIDA
- ☐ 2. El VIH es una infección oportunista causada por el SIDA
- ☐ 3. El VIH es un tratamiento para el SIDA
- ☐ 4. El VIH es el virus que causa el SIDA
- ☐ 5. No sé

2. Cuánto tiempo tarda, en promedio, una persona para desarrollar el SIDA después de haber adquirido del Virus del SIDA?

- ☐ 1. Entre 2 y 3 semanas
- ☐ 2. Entre 5 y 10 semanas
- ☐ 3. Entre 5 y 10 años
- ☐ 4. Entre 1 y 2 años
- ☐ 5. No sé

3. Una vez infectada una persona con el virus del SIDA, cuánto tiempo después resultará positiva si se aplica la prueba para detectar la presencia del virus del SIDA?

- ☐ 1. Al día siguiente de la adquisición.
- ☐ 2. Al mes de la adquisición
- ☐ 3. 3 o más meses después de su adquisición
- ☐ 4. Al año después de la adquisición
- ☐ 5. No sé

4. En cuál de los siguientes fluidos corporales del organismo se presenta la más alta concentración del Virus del SIDA?

- ☐ 1. Orina
- ☐ 2. Saliva
- ☐ 3. Semen
- ☐ 4. Fluido vaginal
- ☐ 5. No sé

5. El virus del SIDA puede ser transmitido:

- ☐ 1. Por Transfusión sanguínea, relaciones sexuales penetrativas, uso compartido de jeringas, transmisión de la madre al hijo.
- ☐ 2. Por Compartir la piscina, picadura de mosquitos, usar ropa de personas con el Virus.
- ☐ 3. Sólo por transfusión sanguínea y relaciones sexuales penetrativas.
- ☐ 4. Por tocar, abrazar o estar cerca de una persona con el virus del SIDA.
- ☐ 5. No sé

6. **Cuál es la probabilidad de adquirir el virus del SIDA al donar sangre ?**
- 1 Existe una alta probabilidad
 - 2 Nadie sabe con seguridad si hay o no probabilidad de infectarse
 - 3 Existe una probabilidad, aunque muy baja
 - 4 No hay ninguna probabilidad de contraer el virus del SIDA
 - 5 No sé
7. **El SIDA es una enfermedad que ...**
1. Adquieren principalmente homosexuales y prostitutas
 2. Puede adquirir cualquier persona que tenga comportamientos de riesgo para el SIDA
 3. Afecta principalmente a personas con promiscuidad sexual
 4. Tanto 1 como 3
 5. No sé
8. **Lo que hacen las pruebas de sangre para SIDA (Por ejemplo la ELISA) es :**
1. Medir la cantidad de virus del SIDA que puede tener el organismo
 2. Medir y detectar los anticuerpos para el virus del SIDA
 3. Evaluar las posibilidades de desarrollar los Síntomas de la infección.
 4. Detectar directamente la presencia del Virus del SIDA
 5. No sé
9. **Cuál de las siguientes prácticas sexuales tiene mayor probabilidad de riesgo para adquirir el Virus del SIDA :**
1. Penetración anal
 2. Penetración Vaginal
 3. 1 y 2 tienen el mismo riesgo.
 4. Sexo oral
 5. No sé
10. **Las personas que tienen el Virus del SIDA, pueden transmitirlo a otras tan pronto como...**
- ☐ 1. Ellas lo hayan contraído
 - ☐ 2. A los 3 meses de la adquisición.
 - ☐ 3. Ellas tengan síntomas del SIDA
 - ☐ 4. La prueba de SIDA resulte positiva
 - ☐ 5. No sé
11. **Cuál de los siguientes tipos de condones es más adecuado usar para reducir el riesgo de adquisición del virus del SIDA?**
- ☐ 1. Condones de látex sin lubricación
 - ☐ 2. Condones naturales con lubricación
 - ☐ 3. Condones de látex con espermicida (como el nonoxinol-9)
 - ☐ 4. Condones de látex lubricados con vaselina
 - ☐ 5. No sé.
12. **Las personas enfermas de SIDA mueren porque...**
- ☐ 1. El Virus del SIDA las enferma
 - ☐ 2. El Virus del SIDA daña su Sistema defensivo (inmunológico) y desarrollan una variedad de enfermedades infecciosas
 - ☐ 3. El Virus del SIDA produce una infección severa que lleva a la muerte a la persona
 - ☐ 4. El Virus del SIDA causa una serie de enfermedades infecto contagiosas
 - ☐ 5. No sé

Cómo clasificaría las siguientes prácticas sexuales según el riesgo que presentan para la adquisición del Virus del SIDA.

#	PRACTICA	RIESGO			
		NINGUN	MENOR	MODERAD	ALTO - NO SE
1	Relaciones sexuales penetrativas vaginales				
2	Relaciones sexuales penetrativas anales				
3	Dar Sexo oral				
4	Besos boca a boca				
5	Abrazarse, tocarse y acanciarse				
6	Masturbar a una pareja femenina				
7	Masturbar una pareja masculina				
8	Sexo oral sin eyaculación				
9	Sexo oral con eyaculación				
10	Sexo oral a pareja femenina				
11	Relaciones sexuales penetrativas con pareja exclusiva				
12	Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja desconocida				
13	Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja conocida				
14	Abstinencia sexual				
15	Relaciones sexuales ocasionales sin condón				

PARTE II

Marque con una X en el recuadro que corresponda a su comportamiento o a la información que se le solicita. Algunas preguntas están abiertas para que responda con la información solicitada. En las preguntas que no hagan referencia a su situación responda la alternativa **NO A LUGAR**. Por ejemplo : si se pregunta cuántas parejas sexuales ocasionales ha tenido y usted nunca ha tenido relaciones sexuales ocasionales su respuesta será **NO HA LUGAR**.

1. Se ha practicado la prueba para el SIDA ?

☐ 1. SI ☐ 2. NO

2. En caso afirmativo, cuál ha sido la razón por la cual se aplicó la prueba para el SIDA ?

- ☐ 1. Tuvo que donar sangre
- ☐ 2. Propia decisión
- ☐ 3. Para despejar dudas ya que consideraba había estado en riesgo.
- ☐ 4. Por acuerdo con su pareja.
- ☐ 5. Por haber recibido un transfusión sanguínea
- ☐ 6. Por sugerencia de alguien (amigo, familiar, etc.)
- ☐ 7. Por prescripción de un profesional de la salud
- ☐ 8. Aprovechó la oportunidad en una campaña
- ☐ 9. Infidelidad de su pareja

☐ 10. Otra cual :

3. En caso negativo, cuáles han sido los motivos por los cuales NO se ha practicado la prueba para el SIDA ? (puede señalar varias alternativas)

- ☐ 1. Por miedo
- ☐ 2. No he sabido cómo y dónde realizarla
- ☐ 3. No he tenido cómo pagarla
- ☐ 4. No lo he considerado necesario
- ☐ 5. No creo que yo sea portador del virus del SIDA
- ☐ 6. Si tengo el virus prefiero no saberlo (Qué tal si me resulta positivo ?)
- ☐ 7. No he tenido nunca relaciones sexuales penetrativas

☐ 8. Otra cual :

A qué nivel de riesgo considera que ha estado expuesto(a) para adquirir el virus del SIDA ?

1. Alto
2. Moderado
3. Bajo
4. Muy bajo
5. Ningún riesgo

POR QUÉ :

Señale cuál de las siguientes frases lo definen con mayor exactitud :

1. No he tenido nunca relaciones sexuales PENETRATIVAS
2. He tenido relaciones sexuales penetrativas sólo con parejas regulares (noviazgo, matrimonio, convivencia o una amante regular)
3. He tenido relaciones sexuales penetrativas sólo con parejas circunstanciales-ocasionales.
4. He tenido relaciones sexuales penetrativas, tanto con parejas regulares, como con parejas ocasionales o circunstanciales.

Si ha tenido RELACIONES SEXUALES, no importa con que pareja, señale en que momento las inició con respecto a la vida universitaria:

1. Antes de ingresar a la Universidad
2. Estudiando en la Universidad en _____ semestre.
3. Otra : _____

Sus relaciones sexuales penetrativas han sido hasta el momento :

1. Únicamente con personas del otro sexo
2. Principalmente con personas del otro sexo
3. Con hombres o mujeres indistintamente
4. Principalmente con personas del mismo sexo
5. Únicamente con personas del mismo sexo

☐ NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS

En el siguiente cuadro anote la información que se solicita respecto a su primera relación sexual penetrativa vaginal y/o anal :

☐ NO HE TENIDO NINGUNA DE ESTAS PRÁCTICAS SEXUALES PENETRATIVAS

	Edad	En qué año ?	Con que persona ?	Fue planeada ?	
	8.1	8.2	19.3	19.4	
Primera relación sexual con penetración vaginal			1. Novio ☐ 2. Amigo ☐ 3. Esposo ☐ 4. Prostituto ☐ 1. Novia ☐ 2. Amiga ☐ 3. Esposa ☐ 4. Prostituta ☐ Otra : _____	SI ☐	NO ☐
	8.5	8.6	19.7	19.8	
Primera relación sexual con penetración anal			1. Novio ☐ 2. Amigo ☐ 3. Esposo ☐ 4. Prostituto ☐ 1. Novia ☐ 2. Amiga ☐ 3. Esposa ☐ 4. Prostituta ☐ Otra : _____	SI ☐	NO ☐

Anote el número de PAREJAS SEXUALES que ha tenido en su vida sexual teniendo en cuenta si son regulares, ocasionales o trabajadoras(es) sexuales (Entienda por pareja sexual aquellas con quienes ha tenido relaciones sexuales penetrativas)

☐ NO HE TENIDO NUNCA RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS

	Parejas
1. Con cuántas de sus PAREJAS REGULARES ha tenido relaciones sexuales penetrativas?	
2. Cuántas PAREJAS SEXUALES OCASIONALES ha tenido en su vida (sin incluir las trabajadoras sexuales)?	
3. Con cuántas TRABAJADORAS(RES) SEXUALES ha tenido relaciones sexuales penetrativas? (Si son muchas y/o no puede precisar el # de parejas, anote un rango aproximado: más de ...)	

10. Si ha tenido relaciones sexuales con TRABAJADORAS(ES) SEXUALES señale la frecuencia del uso del Condón en estas relaciones :

1. Con todas use condón
2. Con la mayoría
3. Con Unas SI y otras NO
4. Con pocas
5. Con ninguna use condón

6	NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES
7	NO HE TENIDO RELACIONES TRABAJADORAS(ES) SEXUALES

11. Señale en este cuadro SI ha tenido o NO las siguientes prácticas sexuales en su vida sexual y el rango correspondiente al número de parejas con las que ha tenido estas prácticas.

Prácticas sexuales	NUMERO DE PAREJAS CON QUIENES LAS HA TENIDO							
	1	2		1	2	3	4	5
	SI	NO		Una pareja	2 a 4 parejas	5 a 10 parejas	11 a 20 parejas	21 ó más parejas
11 1 Penetración vaginal	SI	NO	11.5					
11 2. Penetrar analmente (Sólo para los hombres	SI	NO	11.6					
11 3 Recibir penetracion anal	SI	NO	11.7					

12. En el siguiente cuadro anote SI ha tenido o NO las siguientes parejas REGULARES y el número que ha tenido en su vida ?

Tipo de pareja			# de parejas
12.1 Ha tenido noviazgo?	SI	NO	12.2. Cuántos Noviazgos ha tenido ?
12.3. Se ha casado alguna vez?	SI	NO	12.4. Cuántos Matrimonios ha tenido ?
12.5 Ha vivido en unión libre?	SI	NO	12.6. Cuántas Uniones Libres ha tenido?

13. Actualmente tiene alguna pareja regular (Noviazgo, matrimonio o unión libre)?
1. SI 2. NO

Señale qué tipo de pareja regular tienen en la actualidad :

- | | |
|---|---|
| ☐ 13.1. Noviazgo | ☐ 13.2. Matrimonio |
| ☐ 13.3. Unión libre o en convivencia | ☐ 13.4. Una Amante regular |

14. Sabe usted si su PAREJA REGULAR ACTUAL (noviazgo, matrimonio, unión libre) en el pasado ha tenido relaciones sexuales con otras personas?

1. SI 2. NO 3. NO SÉ 4. ACTUALMENTE NO TENGO UNA PAREJA REGULAR

15. Qué seguridad tiene de que su PAREJA REGULAR ACTUAL (noviazgo, matrimonio o convivencia) y usted no son portadores del virus del SIDA ?

☐ EN LA ACTUALIDAD NO TENGO UNA PAREJA REGULAR

15.1. SEGURIDAD RESPECTO A Ud.		15.2. SEGURIDAD RESPECTO A SU PAREJA	
1.	Estoy seguro(a) porque me aplique la prueba y el resultado fue negativo	1.	Estoy seguro(a) porque se aplicó la prueba y el resultado fue negativo
2.	Estoy seguro(a) porque no he tenido comportamientos sexuales de riesgo, transfusiones, ni he compartido jeringas hipodérmicas	2.	Estoy seguro(a) porque no ha tenido comportamientos sexuales de riesgo, transfusiones, ni ha compartido jeringas hipodérmicas
3.	Aunque no me he aplicado la prueba, se que no tengo el virus	3.	Aunque no se ha aplicado la prueba, se que no tiene el virus
4.	No me he aplicado la prueba y no puedo estar seguro(a)	4.	No se ha aplicado la prueba y no puedo estar seguro(a)

16. Independientemente, de si han tenido o no relaciones sexuales, Ud. y su **PAREJA SEXUAL REGULAR ACTUAL** (noviazgo, matrimonio, convivencia, amante) han llegado a algún acuerdo para protegerse de la infección del VIH/SIDA ?

5. EN LA ACTUALIDAD NO TIENGO UNA PAREJA REGULAR

1 SI Y LO HEMOS CUMPLIDO
3 NO

2 SI PERO NO LO HEMOS CUMPLIDO
4 OTRO. Cuál ? : _____

17. En qué circunstancias utilizaría el condón (con qué persona, en que situación):

18. SI NO HA TENIDO relaciones sexuales en su noviazgo actual y las tuviera, utilizaría el preservativo?

1. Sólo por prevenir el embarazo
2. No lo usaría y prevendría embarazo con otro método
3. No se si lo usaría
4. Lo usaría siempre aunque no tenga necesidad de prevenir embarazo

5. NO TENGO NOVIAZGO ACTUALMENTE
6. NO TENGO RELACIONES SEXUALES

Por qué? _____

19. Si tuviera una relación sexual ocasional, usaría preservativo ?

1. SI
2. DEPENDERÍA DE...
3. NO SE
4. NO TENDRÍA RELACIONES SEXUALES OCASIONALES

Por qué? _____

20. En el siguiente cuadro señale con que frecuencia tenía presente **ANTES** y **tiene ACTUALMENTE** el riesgo de contraer el virus del SIDA:

CATEGORÍAS	1. SIEMPRE	2. CASI SIEMPRE	3. UNAS SI OTRAS NO	4. CASI NUNCA	5. NUNCA
20.1. ANTES					
20.2. AHORA					

21. En el siguiente cuadro responda la información que se solicita respecto a las prácticas sexuales con sus últimas **PAREJAS REGULARES** incluyendo la actual.(si no ha tenido relaciones sexuales responda la alternativa del NO A LUGAR):

No he tenido relaciones sexuales penetrativas o sólo he tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales

Parejas regulares (noviazgo, matrimonio, convivencia, amante)		Pareja Regular Actual		Ultima Pareja Regular (Antes de la actual)		Penúltima Pareja Regular		¿Con que frecuencia usaron condón en estas las relaciones sexuales penetrativas ? (Responda solo si las ha tenido. Si no las ha tenido deje en blanco)				
TIPO DE PRACTICA		SI	NO	SI	NO	SI	NO	Todas las veces	Más veces SI que NO	Unas SI otras NO	Más veces NO que SI	Nunca
Ha tenido penetración vaginal	21.1			21.4		21.7		21.10				
Ha tenido Penetración Anal	21.2			21.5		21.8		21.11				
Ha recibido Penetración anal	21.3			21.6		21.9		21.12				

18. En el siguiente cuadro responde la información que se solicita respecto a las prácticas sexuales con sus últimas PAREJAS REGULARES incluyendo la actual. (si no ha tenido relaciones sexuales responda la alternativa del NO A LUGAR):

☐ No he tenido relaciones sexuales penetrativas o sólo he tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales

Parejas regulares(noviazgo, matrimonio, convivencia, amante)				Pareja Regular Actual		Ultima Pareja Regular (Antes de la actual)		Penúltima Pareja Regular		¿Con qué frecuencia usaron condón en estas las relaciones sexuales penetrativas ? (Responda solo si las ha tenido. Si no las ha tenido deje en blanco)					
TIPO DE PRACTICA		1 SI	2 NO		1 SI	2 NO		1 SI	2 NO		1 Todas las veces	2 Más veces Si que NO	3 Unas Si otras NO	4 Más veces No que SI	5 Nunca
Ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal	18.1			18.4			18.7			18.10					
Ha tenido relaciones Penetración Anal	18.2			18.5			18.8			18.11					

19. Señale en el siguiente cuadro las prácticas sexuales que usted ha realizado con SUS PAREJA(S) SEXUALES OCASIONALES, el rango correspondiente al número de parejas y la frecuencia en el uso del condón:

☐ NO HE TENIDO REL. SEXUALES O PAREJAS SEXUALES OCASIONALES

Prácticas sexuales en PAREJAS OCASIONALES				NÚMERO DE PAREJAS							Con que frecuencia ha usado el condón?				
				1	2	5	8	11	16	21 ó Más					
					De 4	De 8	De 10	De 15	De 20		siempre	casi siempre	unas si otras no	pocas veces	nunca
19.1	Ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal con alguna pareja ocasional?	1 SI	2 NO	19.6							19.11				
19.2	Ha penetrado analmente con su pene a una pareja sexual ocasional?	1 SI	2 NO	19.7							19.12				
19.3	Ha sido penetrado(a) analmente con el pene de alguna pareja sexual ocasional?	1 SI	2 NO	19.8							19.13				
19.4	Ha chupado o lamido con su boca los genitales de alguna pareja sexual ocasional?	1 SI	2 NO	19.9							19.14				

27. **Cuál o cuáles de las siguientes enfermedades venéreas o infecciones de transmisión sexual ha sufrido (chequear con una X):**

1. Gonorrea
2. Herpes genital
3. Gardenella

4. Sífilis
5. Tricomoniasis
6. Otra(s) _____

7. NO HE TENIDO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

28. **Con sus parejas sexuales ocasionales usa el condón ...**

1. Únicamente cuando hay riesgo de un embarazo
2. Aunque no haya riesgo de embarazo

3. NO APLICAR

29. **Respecto al uso de bebidas alcohólicas cómo se considera usted ?**

1. No tomo/bebo
2. Casi nunca bebo
3. Tomo ocasionalmente
4. Tomo los fines de semana
5. Tomo más de dos veces por semana

30. **Ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol ?**

1. Muchas veces
2. Unas Si otras NO
3. Algunas veces
4. En alguna ocasión
5. Nunca
6. Nunca HE TENIDO REL. SEXUALES

31. **Señale con una X la frecuencia con la que le han ocurrido las siguientes situaciones Cuando ha estado bajo los efectos del alcohol ?**

NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES BAJO EL EFECTO DEL ALCOHOL O NO HE TENIDO REL. SEXUALES

SITUACION	1 NUNCA	2 1 VEZ	3 ALGUNAS VECES	4 CON CIERTA FRECUENCIA	5 MUCHAS VECES
31.1. He tenido relaciones sexuales sin importar con quien					
31.2. He tenido relación sexual penetrativa vaginal sin usar condón, siendo que sin tragos no lo acostumbro					
31.3. He tenido relación sexual con penetración anal, siendo que sin tragos no lo acostumbro.					
31.4. Tengo relaciones sexuales cuando no tenía en mente tenerlas.					
31.5. He intercambiado parejas sexuales con relaciones penetrativas sin usar condón.					
31.6. He tenido experiencias sexuales penetrativas con personas del mismo sexo, siendo que sin tragos no lo hago.					
31.7. He tenido relación sexual con una persona desconocida					
31.8. He tenido relaciones sexuales con una persona diferente a mi pareja regular cuando este no es mi comportamiento habitual.					

32. **Respecto al uso de drogas cómo se considera usted ?**

1. No uso drogas
2. Casi nunca la uso
3. La uso ocasionalmente
4. La uso los fines de semana
5. La uso más de dos veces por semana

33. **Ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga ?**

1. Muchas veces
2. Unas si otras no
3. Algunas veces
4. En alguna ocasión
5. Nunca
6. Nunca HE TENIDO REL. SEXUALES

34. Señale con una X la frecuencia con la que le han ocurrido las siguientes situaciones Cuando ha estado bajo los efectos de la droga ?

NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES BAJO EL ECTO DE DROGA O NO HE TENIDO REL. SEXUALES

SITUACIONES	1 NUNCA	2 1 VEZ	3 ALGUNAS VECES	4 CON CIERTA FRECUENCIA	5 MUCHAS VECES
34.1 He tenido relaciones sexuales sin importar con quien					
34.2. He tenido relacion sexual penetrativa vaginal SIN usar condón, aunque sin drogas no lo acostumbro					
34.3. He tenido relacion sexual con penetracion anal, aunque sin drogas no lo acostumbro.					
34.4. Tengo relaciones sexuales cuando no tenia en mente tenerlas.					
34.5 He intercambiado parejas sexuales con relaciones penetrativas sin usar condón.					
34.6. He tenido experiencias sexuales penetrativas con personas del mismo sexo, siendo que sin drogas no lo hago.					
34.7. He tenido relacion sexual con una persona desconocida					
34.8. He tenido relaciones sexuales con una persona diferente a mi pareja regular cuando este no es mi comportamiento habitual.					

- 35.Cuál o cuáles de las siguientes son razones para que usted NO use el condón : (puede señalar varias respuestas)

11. SI SIEMPRE UTILIZO CONDON O NO HE TENIDO REL. SEXUALES

- ☐ 1. El costo económico
- ☐ 2. La poca facilidad para adquirirlo
- ☐ 3. Temor a ser rechazado por la pareja
- ☐ 4. Disminución del placer
- ☐ 5. Se convierte en algo que interfiere en la relación sexual con la pareja
- ☐ 6. Me produce alergia el látex
- ☐ 7. Por pena para proponer su uso
- ☐ 8. No saber como usarlo.
- ☐ 9. Mi pareja se niega a usarlo
- ☐ 10. Otra. cual ? _____

36. Quién proporciona el condón en la relación sexual ?:

- ☐ 1. Siempre yo
- ☐ 2. La mayoría de las veces yo
- ☐ 3. Unas veces yo otras mi(s) pareja(s)
- ☐ 4. La mayoría de las veces mi (s) pareja(s)
- ☐ 5. Siempre mi (s) pareja(s)

6. NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES
7. Nunca he usado condón

37. Lleva usted consigo (a la mano) condones :

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Pocas veces
- ☐ 3. Unas SI otras NO
- ☐ 4. Casi siempre
- ☐ 5. Siempre
- ☐ 6. Nunca HE TENIDO REL. SEXUALES

38. Ha comprado usted condones para sus relaciones sexuales?

- ☐ 1. SI
- ☐ 2. NO
- ☐ 3. NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES

39. Ha evitado comprar condones por sentir pena, vergüenza y/o incomodidad ?

- ☐ 1. SI
- ☐ 2. NO

3. NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS

40. Siente o sentiría pena, vergüenza y/o incomodidad al comprar condones ?

1. Ninguna
2. Un poco
3. Más o menos
4. Mucha

41. Analice cada una de las siguientes afirmaciones respecto a la manera como usted o su(s) pareja(s) usa(n) el condón y señale la frecuencia con la cual esto ocurre :

NO he tenido relaciones sexuales o nunca he usado un condón en las relaciones sexuales

	1. SIEMPRE	2. CASI SIEMPRE	3. UNAS SI OTRAS NO	4. CASI NUNCA	5. NUNCA
41.1. Coloca el condón de tal forma que llegue a la base del pene.					
41.2. Usa el mismo condón en más de un coito.					
41.3. Penetra / es penetrada(o) SIN colocar el condón por un momento y luego CON el condón colocado.					
41.4. Después de la eyaculación retira el pene de la vagina antes de que este vuelva a estado de flacidez.					
41.5. Utiliza cremas, vaselina u otros sustancias como lubricante (diferentes a la glicerina).					
41.6. Verifica la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo					
41.7. Guarda el condón en el bolsillo trasero del pantalón y/o en la billetera que usa en este mismo bolsillo.					

42. Señale la frecuencia en la cual le han sucedido las siguientes situaciones respecto al uso del condón :

NO he tenido relaciones sexuales o nunca he usado un condón en las relaciones sexuales

	1. SIEMPRE	2. CASI SIEMPRE	3. UNAS SI OTRAS NO	4. CASI NUNCA	5. NUNCA
42.1. Ha deseado usar condón en una relación sexual y no lo ha expresado.					
42.2. Ha deseado usar condón en una relación sexual, lo expresa, pero tiene la relación sexual SIN condón					
42.3. Ha deseado usar condón, lo expresa y tiene la relación CON condón					
42.4. Ha deseado tener relación sexual SIN condón y convence a su pareja sexual de ello.					

3. En los últimos 6 meses con cuántas parejas tuvo relaciones sexuales penetrativas vaginales, responda teniendo en cuenta si fueron parejas sexuales regulares y ocasionales:

Número de parejas

3.1. Número de parejas sexuales regulares en los últimos 6 meses	
3.2. Número de parejas sexuales ocasionales o circunstanciales en los últimos 6 meses	

4. Uso del condón en las relaciones sexuales penetrativas de los últimos 6 meses

	Todas las veces	Más veces SI que NO	Unas SI otras NO	Más veces NO que SI	Nunca
4.1. Uso del condón con parejas sexuales regulares en los últimos 6 meses					
4.2. Uso del condón con parejas sexuales ocasionales o circunstanciales en los últimos 6 meses					

REVISE QUE NO HA DEJADO DE RESPONDER ALGUN ÍTEM
MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION

- 1- SIDA
- 2- COMPORTAMIENTO SEXUAL
- 3- SIDA (ENFERMEDAD)
- 4- SIDA - PROGRAMA DE PREVENCIÓN
- 5- SIDA - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- 6- PSICOLOGÍA - TESIS Y DISERTACIONES ACADÉMICAS