

**CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE
RIESGO FRENTE AL VIH/SIDA EN LOS ESTUDIANTES DE
POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**

**DORLYS HERRERA PELAEZ
MARIA RUIZ DE HERRERA**

**Tesis de grado para optar el título de:
ESPECIALISTA EN DESARROLLO HUMANO Y
EDUCACIÓN SEXUAL.**

**Magíster JOSE MANUEL GONZALEZ
DIRECTOR**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
ESPECIALIZACION EN DESARROLLO HUMANO Y
EDUCACIÓN SEXUAL
BARRANQUILLA
2002**

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Febrero de 2002

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos :

Al Magíster **JOSE MANUEL GONZALEZ**, Director de la Especialización en Desarrollo Humano y Educación Sexual de la Universidad Simón Bolívar por su abnegada dedicación ,apoyo incondicional y aportes científicos de gran valor para el desarrollo de la presente investigación.

A la Especialista **MIRNA BERNAL**, Docente de Metodología de Investigación de la Especialización en Desarrollo Humano y Educación Sexual por su colaboración, importantes orientaciones y asesorías.

Al Psicólogo **LEONARDO ROMERO**, por su asesoría en el manejo del tema de investigación y procesamiento de la información.

A todas los/as estudiantes de postgrado que colaboraron al responder los cuestionarios; de la misma manera a los docentes de las diferentes especializaciones que permitieron el espacio para la aplicación del mismo.

Y a todas las personas e instituciones que facilitaron información y experiencia sobre el tema investigado.

Dorlys Herrera Peláez.

María Ruiz de Herrera.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
JUSTIFICACION	13
1. MARCO TEORICO	16
1.1. ORIGEN Y PROPAGACIÓN DEL SIDA	18
1.2. SIDA; FLAGELO DE LA HUMANIDAD	26
1.2.1. Tiempos Modernos.	32
1.2.2. Resistencia del Virus.	32
1.2.3. Vulnerabilidad.	33
1.2.4. Mecanismos de Transmisión del Virus.	33
1.2.5. Presencia del virus.	35
1.2.6. Puertas de entrada del virus.	36
1.2.7. Diagnóstico de la Enfermedad	48
1.3. ESTIGMATIZACION SOCIAL DEL SIDA	49
1.3.1. Las tres epidemias.	49
1.3.1.1. Primera Epidemia.	50
1.3.1.2. Segunda Epidemia.	50
1.3.1.3. Tercera Epidemia.	51
1.3.2. LA FIDELIDAD.	52
1.3.3. Mitos y Riesgos	54

1.3.4.	Placer de Vida y Vínculos Humanos	55
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	59
3.	OBJETIVOS	61
3.1.	OBJETIVO GENERAL	61
3.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	61
4.	METODOLOGÍA	62
4.1.	DISEÑO	62
4.2.	POBLACION	63
4.3.	MUESTRA	63
4.4.	INSTRUMENTO	64
4.5.	PROCEDIMIENTO	64
5.	VARIABLES	66
5.1.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	66
5.2.	DEFINICION OPERACIONAL	67
	CONCLUSIONES	98
	RECOMENDACIONES	104
	BIBLIOGRAFÍA	112
	REFERENCIAS	114
	ANEXOS	120

LISTA DE TABLAS

Tabla No. 1 Distribución por especialización y sexo de los sujetos	70
Tabla No. 2 Distribución de los sujetos por religión o sexo	71
Tabla No. 3 Distribución por estado civil y sexo de los sujetos	72
Tabla No. 4 Distribución de los sujetos por sexo y preferencia sexual	72
Tabla No. 5 Descripción por sexo de las relaciones sexuales vaginales	78
Tabla No. 6 Descripción por edad de la experiencia de relaciones sexuales de los sujetos	78
Tabla No. 7 Tipos de parejas sexuales por sexo	79
Tabla No. 8 Descripción del tipo de parejas sexuales por edad	79
Tabla No. 9 Descripción del tipo de pareja en relaciones sexuales penetrativas.	80
Tabla No. 10 Descripción del número de parejas sexuales en relaciones sexuales vaginales	80
Tabla No. 11 Conocimiento de la experiencia sexual de la pareja actual	82
Tabla No. 12 Descripción de la seguridad con respecto a la persona y a la pareja.	83
Tabla No. 13 Descripción de la percepción de riesgo	84
Tabla No. 14 Uso del condón en una eventual relación sexual ocasional	86
Tabla No. 15 Características del uso del condón	87
Tabla No. 16 Características del deseo con respecto al uso del condón	89

Tabla No. 17 Cambios generales de la sexualidad por el VIH/SIDA por sexo	89
Tabla No. 18 Cambios del comportamiento sexual por el VIH/SIDA por sexo	90
Tabla No. 19 Aplicación de la prueba de VIH/SIDA	91
Tabla No. 20 Razones para la aplicación de la prueba de VIH/SIDA	92
Tabla No. 21 Razones para la no aplicación de la prueba de VIH/SIDA	93
Tabla No. 22 Percepción de riesgo de adquisición del VIH/SIDA	94
Tabla No. 23 Abordaje del tema con parejas ocasionales	94
Tabla No. 24 Clasificación de Prácticas Sexuales según Riesgo	95

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1 Distribución por edad de los sujetos	70
Gráfica No. 2 Distribución de la principal fuente de información sobre el SIDA	73
Gráfica No. 3 Distribución del nivel percibido del conocimiento	73
Gráfica No. 4 Distribución de los conocimientos sobre el VIH/SIDA	74
Gráfica No. 5 Distribución de prácticas sexuales según la percepción del riesgo.	98

INTRODUCCIÓN

Ante las grandes amenazas a nivel mundial, debido a los conflictos políticos entre las naciones con poderío y la guerra biológica que se pueda desatar a través del ántrax; la humanidad a lo largo de su historia ha afrontado episodios trascendentales; pero ésta misma historia indica el abandono que tiene el mismo hombre por llevar estilos de vida saludable, en ésta 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 éste esquema mental que a prevaecido desde su aparición aún continua la diseminación en grados alarmantes.

Algunas estadísticas arrojan que el SIDA provocara hacia el año 2010 en América Latina mas muertes de personas entre 15 y 44 años de edad que las que podría producirse en accidentes de tránsito, afirman investigadores y representantes del programa de la ONU sobre el SIDA. La enfermedad está concentrada en 40 países en vía 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.

Es importante destacar que el virus está diseminado con mayor intensidad en poblaciones de bajos ingresos y entre mujeres. La media de mujeres infectadas pasó del 23,7 al 55.1 por cada millón de personas.

El presente estudio se enmarca dentro de la línea de investigación sobre sexualidad y desarrollo del postgrado de la Universidad Simón Bolívar, centrada en el sexo y problemas sociales relevantes, siendo las ETS y el SIDA una de ellas.

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.

Dentro de la línea de investigación de la Especialización inicialmente, González y colaboradores (2000) realizaron un proyecto sobre conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo con relación al VIH/SIDA en estudiantes de pregrado; encontrando resultados bastante preocupantes por la forma como esta población se está exponiendo a la pandemia del VIH/SIDA; debido al bajo nivel de conocimientos y prácticas sexuales riesgosas; la principal consecuencia de esta deficiencia es la posibilidad de que varios de éstos estudiantes se contagien con el VIH/SIDA por ignorancia.

Lo relevante de esta investigación radica en que es el primer estudio que se realiza en la ciudad de Barranquilla, con una población en particular como son los

estudiantes de postgrado; tomando como referencia el instrumento anteriormente utilizado dentro del proyecto hispanoamericano de investigación sobre conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH/SIDA, liderado por el psicólogo Leonardo Romero(1998); al cual se le realizaron las adaptaciones y ajustes necesarios.

De igual forma se pretende analizar las características específicas de ésta población con relación a los conocimientos y comportamientos sexuales, teniendo en cuenta que el síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un trastorno nuevo y complicado del sistema de defensa del cuerpo. El VIH/SIDA ataca la estructura complicada de la humanidad dejando a la víctima sensible a microorganismos con los que habían vivido previamente en relativa armonía; las llamadas infecciones oportunistas normalmente no ocurren en personas sanas, y no es agradable reconocerlo pero absolutamente ningún ser humano puede considerarse completamente inmune ante los diversos agentes infecciosos; independiente de nivel socioeconómico, sexo, edad, nivel de formación educativa, etc.

A pesar de los avances logrados en el tratamiento, el SIDA sigue siendo una enfermedad mortal, que a la fecha no tiene cura y tampoco se vislumbra una posibilidad pronta de vacuna; por lo tanto la única arma eficaz de evitar el VIH/SIDA es estar bien informados y asumir comportamientos sexuales seguros para aplicar la mejor fórmula conocida: **Prevenir su transmisión.**

JUSTIFICACION

Existe una necesidad apremiante que tienen los adultos de aprender sobre VIH/SIDA y el mejorar su actitud y comportamientos sexuales, temas que son exigidos en una sociedad que anteriormente estaba en un letargo con respecto a éste tipo de argumentos pero que hoy por hoy ninguna persona debe ser eximida de tal información.

Hay fundamentos legales que respaldan éste proyecto, la ley 10 de 1990 ,en lo que se refiere a la prestación de los servicios de salud en todos los niveles, es un servicio a cargo de la nación , el cual es administrado en asociación con las entidades territoriales de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas; además del artículo 1º de la ley 10 de 1990, faculta al estado para que dentro de los términos del artículo 32 de la constitución política intervenga en el servicio público de salud, a fin de determinar los derechos y deberes de los territorios en relación con el servicio público de salud.

De igual forma el Ministerio de Salud expidió el decreto N° 559, por el cual se reglamenta parcialmente las leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida(SIDA).

La legislación actual enmarcada en el decreto 1543 de 1997, en su artículo 25 contempla la prohibición de la referencia en carnés; el artículo 32, deber de la confidencialidad y el artículo 39 el cual se refiere a la no discriminación, a las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, a sus hijos y demás familiares, no podrá negárseles por tal causa su ingreso o permanencia a los centros educativos públicos o privados, asistencia o de rehabilitación, ni el acceso a cualquier actividad laboral o su permanencia en la misma.

Sin embargo la mayor justificación se encuentra en la oportunidad única de que el estudiante de postgrado por medio de ésta investigación adquiera éstos conocimientos y así generar en él cambios en su conducta sexual. Además en la posibilidad que se le presentan a los estudiantes de interactuar y articular dicha investigación con la comunidad en la que se desenvuelven; esto permite planear la consecución del perfil del alumno ideado en la filosofía institucional del instituto de postgrado de la Universidad Simón Bolívar.

Durante 18 años de presencia del VIH/SIDA, en Colombia la población de todas las clases sociales, razas y religiones ha sufrido las más dramáticas experiencias tanto físicas como psíquicas, que han precedido a la muerte del paciente y la desdicha de sus familias, así como el deterioro de su ambiente social, escolar, universitario, económico, además de la “estigmatización”, la discriminación, el rechazo y repugnancia.

Los científicos investigan, luchan ,obtienen resultados casi siempre preliminares y no se fatigan ni se desilusionan; por el contrario la sociedad humana que día a día demuestran muy poco lo de humano , ignoran ,no quieren oír, ni ver el desastre que cada vez está más cerca de cada individuo y sigue convencida de que el problema pertenece a los demás, no es de su incumbencia hasta ese trágico día en que el desastre toca a su puerta.

Por todo lo anterior se considera ésta investigación viable y beneficiosa para la comunidad de estudiantes de postgrado de la Universidad Simón Bolívar , y por que no, podría llegar a tener un gran valor educativo a generaciones venideras y a la sociedad caribeña en general, cuyo propósito es el de generar un proceso de formación permanente que permita enriquecer su educación sexual.

Es evidente la realización de ésta investigación para contribuir al análisis de nuestra realidad y así aportar elementos que faciliten la prevención y promoción de éste gran flagelo.

1. MARCO TEORICO

Ningún individuo, ni país está excepto del alcance del 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 la 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 observa que virus, bacterias, hongos y protozoos, que normalmente no son capaces de afectar gravemente al ser humano, provocan graves infecciones como neumonías, meningitis, gastroenteritis, que pueden acabar con la vida del paciente. A la vez se detecta en ésta 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 tumores son la manifestación de un estado de deficiencia inmunitaria, es decir, de falta de defensa.

En 1981, en Junio de ese año, los médicos que estaban tratando a esos pacientes, se reúnen en el Centro de Control de Enfermedades(CDC) en Atlanta, Estados Unidos y deciden “bautizar” a ésta nueva enfermedad con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida con las siglas AIDS en inglés y SIDA en español. Bayés (1995)

A fines de ese año se sabía que el contagio era por relaciones sexuales y se creía que ésta enfermedad era exclusiva de los homosexuales. Decían que era la “peste gay” y estaba muy relacionada a 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 les 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 empieza a registrar notificaciones procedentes de diversos países. Hasta el 31 de diciembre se registraron 1834 casos en todo el mundo.

A finales de 1983 se descubrió que el agente transmisor de esta enfermedad era, precisamente, un virus, que se encuentra sobre todo en la sangre y en el semen;

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 éste 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.

1.1. ORIGEN Y PROPAGACIÓN DEL SIDA

El VIH se trata de un lentivirus, lo cual equivale en éste caso, a que desde el momento en que se produce la infección hasta la aparición de sintomatología clínica merecedora de un diagnóstico de SIDA pasan de 8 a 10 años; durante los cuales los afectados pueden no presentar o percibir sintomatología alguna e incluso ignorar que se encuentran infectados. Bayes (1995)

Se considera que su penetración al organismo va actuando de manera lenta, silenciosa y que al cabo de unos años, el virus se manifiesta, declarándose el SIDA si se presentan las siguientes características: seropositividad al VIH, menos de 200 linfocitos CD4+, y una de las 26 enfermedades especificadas.

Entre los años 1960 y 1970; se registra, según el Dr. Luc Montagnier, descubridor del VIH/SIDA del Instituto Pasteur de París, sustenta que una importante emigración de haitianos que al regresar de nuevo a su país llevaron el virus a las hermosas islas del caribe.

Estos portadores del virus habrían contagiado a los gays (homosexuales) de Nueva York, que suelen ir a Haití como uno de sus lugares preferidos de vacaciones. Por otra parte, el médico francés Jacques Leibovitch sostiene la teoría de que el puente entre África y el occidente ha sido Cuba. Sin que se sepa todavía bien por qué, este virus aumenta su agresividad al salir de su hábitat natural africano, y encuentra en la comunidad homosexual un terreno apropiado para su propagación.

El hecho de la alta incidencia de la enfermedad entre los homosexuales, nos obliga a pensar que existe algo en su comportamiento que los hace especialmente propicios para la propagación de la enfermedad.

La práctica de la penetración anal, común entre los homosexuales, supone una fuerte agresión al organismo.

Tanto el líquido preeyaculatorio (la llamada "gota del deseo"), como el semen del que porta el virus, contiene agentes activos que pasan a la sangre del receptor a través de los pequeños desgarros ocasionados en la mucosa rectal. De ésta manera se puede producir el contagio.

Si a estos factores locales se añade la promiscuidad habitual entre los homosexuales, se comprenderá por qué la enfermedad se propaga tan fácilmente entre ellos.

"Un estudio realizado por el centro de control de enfermedades de Atlanta, Estados Unidos, muestra que el promedio de compañeros sexuales, de las víctimas del SIDA a lo largo de un año, varían entre 90 y 100. Estas cifras son fiables, aunque pueda resultar difícil creerlas. Cada portador del virus del SIDA puede contagiar a más de cien compañeros sexuales durante un año" . Jorge D. Pamplona-Roger (1986)

Lo anterior corrobora la actitud de la mayoría de los individuos al considera que sólo los homosexuales y prostitutas hacen parte del grupo de riesgo, debido al gran número de compañeros sexuales que éstos mantienen, desconociendo que con una relación sexual sin prevención se puede llegar al contagio.

En un principio se pensó que el VIH/ SIDA era exclusivo de los hombres. Pero ya a finales de 1981 apareció el primer caso en una mujer.

"A partir de entonces se han registrado más de 400 casos de VIH/ SIDA en mujeres en los Estados Unidos, lo que representa el 2,8 por ciento del total de afectados". Jorge D. Pamplona –Roger (1986).

De todas esas mujeres, más de la mitad son drogadictas intravenosas, lo que hace suponer que contrajeron el VIH/SIDA por esa vía. La otra mitad restante fue contagiada de diversas formas, incluyendo el coito anal. Es interesante destacar que según los informes del citado Centro de Enfermedades, únicamente el 1 por ciento de todos los casos del SIDA se ha transmitido por relaciones heterosexuales normales.

En las mujeres se ha incrementado la diseminación de la enfermedad, a pesar que en muchos casos mantienen relaciones con una pareja estable, suelen ser víctima debido a los comportamientos sexuales de riesgo de sus compañeros, siendo contagiadas ingenuamente en la cadena de la promiscuidad.

En 1985 aparece una técnica de laboratorio, la conocida prueba ELISA, permite detectar la infección por el virus del SIDA.

En noviembre de ese año, se inicia el control de las transfusiones de sangre en Estados Unidos, Canadá y varios países de Europa Occidental.

Se realiza la primera Conferencia Internacional sobre el SIDA en Atlanta, Estados Unidos.

En 1986 se adopta el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana para designar al virus causante del SIDA, esto como consecuencia de la confusión generada por la literatura especializada que estaba utilizando las siglas HTLV-III (americana) y LAV(francesa). En otros lugares estaba siendo descrito como ARV (Virus Relacionado al SIDA).

En el Instituto Pasteur de París, se descubre otro virus (muy parecido al anterior) que también provoca SIDA en muestra de sangre procedentes de pacientes de la región occidental de África.

Este nuevo virus pasa a ser denominado VIH-2 y el anterior VIH-1. Ambos virus provocan SIDA, la diferencia más importante entre ambos es el hecho de que el virus 2 parece menos agresivo que el 1, es decir, la persona infectada por el VIH-2 permanece más tiempo saludable, demora más en presentar síntomas.

Según informe de la OMS, el total acumulado de casos registrados a nivel mundial llega a 57.372 personas.

En 1987 en febrero de ese año la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea oficialmente el programa Global del SIDA, entidad cuyo principal objetivo es apoyar a los países a establecer o reforzar sus programas nacionales de combate a la mortal enfermedad.

Luego de varios estudios y experiencias, se encuentra disponible el AZT, primer medicamento que actúa directamente contra el virus, este no llega a sanar a los pacientes, pero en un buen número de estos, pueden prolongar y mejorar su calidad de vida.

Hasta fines de ese año, 112.069 casos se registran en todo el mundo según la propia OMS.

En 1991 se aprueba en los Estados Unidos la utilización de la DDI (didanosina) en el tratamiento de pacientes con SIDA.

En un informe dramático, la Organización Mundial de la Salud, estima que para el año 2000, en todo el mundo habrán 40 millones de infectados, de 14 a 18 millones de enfermos y aproximadamente 10 millones de huérfanos como consecuencia de ésta pandemia.

En 1992; a principios de año, el Dr. Jonattan Mann, ex primer director del programa Global del SIDA de la OMS, afirma que el número de infectados para el año 2.000 llegará a 110 millones de personas.

Se encuentra disponible el SSC (Zalcitabina), otro medicamento utilizado en el tratamiento de pacientes con SIDA.

Se realiza el primer ensayo clínico con drogas combinadas.

En 1993 se encuentra disponible el preservativo femenino con poca acogida en varias regiones del mundo, principalmente en países latinos.

Investigadores europeos demuestran que el tratamiento del SIDA que utiliza solamente el AZT (monoterapia), no produce beneficios.

- En 1994, se encuentra disponible el D4T, otro medicamento antiviral.
- En 1995, se encuentra disponible otro medicamento: el saquinavir.
- Los Estados Unidos admiten que fue el Instituto Pasteur de París el descubridor del virus de SIDA.
- Según la OMS, ese año fallecieron aproximadamente un millón de personas.
- En 1996 se encuentra disponible la Neviparina, el Ritonavir e Indinavir.
- Investigadores de la Universidad de San Francisco, Estados Unidos, demuestran que el sarcoma de Kaposi es causado por el virus herpes tipo 8.

Según informe de la OMS, un millón y medio de personas fallecieron ese año por causa del SIDA.

En Colombia el VIH/SIDA es una realidad innegable, las cifras cada día aumentan, desde el primer caso conocido detectado en Cartagena en 1983, dieciocho años después ésta epidemia hace estragos debido a las difíciles consecuencias socioeconómicas del país.

Según la ONUSIDA, en Colombia, Ministerio de Salud (1999). El país se ubica en el cuarto lugar entre los países continentales de América Latina, en el número total de casos reportados de VIH/SIDA, desde 1983 hasta Abril de 1999, se habían reportado un total de 21.048 casos de infección por VIH/SIDA, se estima que el número real de personas portadoras del VH en el país, puede ser diez veces ésta cifra o más, el número real de personas viviendo con el VIH/SIDA, en el país en la actualidad estaría entre 82.000 y 160.000.

En Colombia, según las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud hay 23.447 personas con la infección del VIH/SIDA. La mayoría son personas entre 25 y 34 años que viven en Bogotá, valle, Antioquia y Atlántico. Las ONG que trabajan en Colombia calculan que realmente hay una 200.000 personas con VIH/SIDA en el país. Lo que ocurre es que la gran mayoría de estas personas que están infectadas ni siquiera saben que son portadores del VIH/SIDA (El Tiempo, 2001). La siguiente tabla muestra los nuevos casos de VIH/SIDA en Colombia registrados anualmente. Muertes registradas por SIDA anualmente y acumuladas 1985-2000.

Años	Muertes Acumulados	Muertes Anuales	Nuevos casos SIDA	Nuevos casos VIH
1985	13	9	2	3
1986	37	24	17	7
1987	132	95	98	51
1988	282	150	197	180
1989	530	248	303	189
1990	909	379	461	254
1991	1.308	399	396	551
1992	1.622	314	516	885
1993	2.031	409	267	925
1994	2.543	512	689	1.977
1995	2.821	278	654	1.773
1996	3.039	218	774	1.431
1997	3.214	175	653	1.490
1998	3.465	251	774	1.824
1999	3.645	180	367	720
2000	3.717	72	147	715

Fuente: Dirección de Salud Pública, Ministerio de Salud.

En los primeros 10 meses del año 2001 se han detectado 92 casos de VIH/SIDA en Barranquilla 70 corresponden al sexo masculino y 22 al sexo femenino. Para estos casos la vía de infección más frecuente fue el contacto sexual (96.7%). La vía perinatal fue la causa del 3.3% restante.

La mayoría de los afectados tenían entre 21 y 40 años. El 44.5% había cursado estudios de básica primaria y el 40.2% de secundaria solo han hecho estudios Universitarios el 6.5%. El 18% había sufrido anteriormente de una ETS (Gonorrea sífilis o condiloma) solo el 17% de estos pacientes esta afiliado al seguridad social en salud.(El Tiempo Caribe 2001).

1.2. SIDA: FLAGELO DE LA HUMANIDAD

Existen condiciones socioeconómicas, ambientales y de salubridad que predisponen y facilitan en muchos casos la expansión de ésta pandemia entre sus habitantes.

La difusión del virus es mucho más rápida en los países del tercer mundo que en occidente ya que en ellos se ve acentuada por una por una pobreza que por una parte, se traduce en unas condiciones de vida considerablemente deficientes desde el punto de vista sanitario y por otra limita el acceso de gran parte de la población a los medios de prevención y asistencia. Bayes(1995)

Con relación al virus, independientemente de su mecanismo de transmisión, las manifestaciones que aparecen tras la penetración de éste en el organismo, pueden guardar relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa del 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 infectado puede presentar o no sintomatología.

En su fase inicial puede existir una inmunodepresión pasajera que permite la aparición o reactivación de algunas infecciones oportunistas. En su fase aguda los principales síntomas y signos son: fiebre y/o sudoración, adenopatías, odinofagia (dolor al tragar) erupción cutánea, dolor de articulaciones y músculos, trombopenia, leucopenia, diarrea, cefalea, anorexia, náuseas o vómitos, aumento del tamaño del hígado o bazo.

En su fase crónica, 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 estados mas avanzados aunque la progresión de la enfermedad puede verse influenciada por diversos factores; La fase final se caracteriza por la aparición grave de 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, la forma de presentar parece influir en la supervivencia.

Según un estudio publicado en febrero de 1.998 en la revista Nature, la muestra documentada más antigua del virus causante del SIDA procede de un análisis de sangre realizado en 1.959 y podría tratarse de un antepasado común del VIH-1; los autores del estudio señalan que el análisis genético sugiere que dos de los principales subtipos del VIH-1, y posiblemente todos ellos, se desarrollaron a partir de una familia única que afectó a la población africana. Señalan también que el VIH-1 infectó por primera vez al ser humano, casi con toda seguridad, en la década de 1.940 o a principios de la de 1.950, unos 10 o 20 años antes de lo que se había pensado con anterioridad. En 1.986 los científicos descubrieron evidencias del VIH en una muestra de sangre que le fue tomada en 1.959 a un bantú habitante de la actual República Democrática del Congo (Léopoldville, actual Kinshasa). El virus de esta muestra fue identificado como VIH-1, pero el material genético al estar muy degradado complicaba su comparación con otros tipos conocidos del VIH. En el estudio publicado, realizado en el Aaron Diamond (Centro de Investigación sobre el SIDA, Nueva York) determinaron que era, probablemente, un antepasado común de los dos principales subtipos del VIH-1, el B y el D. Los investigadores piensan que, dado que se cree que el VIH cambia con una progresión constante, el virus contenido en la muestra es probable que pasara de los monos al hombre en los 10-20 años anteriores y que posiblemente los principales subtipos del VIH-1 se desarrollaron en la especie humana a partir de este virus común y no a partir de contactos con monos que tuviesen diferentes variantes del virus. <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vih1.htm>.

Según un estudio publicado en la revista Nature en febrero de 1.999, puede haberse identificado la fuente original del VIH-1 en una subespecie de chimpancés que habita el oeste de África ecuatorial. Hasta la publicación de este estudio, el origen del VIH-1 estaba confuso: Aunque la fuente en primates del VIH-2 ya se había identificado ("cercobebus atys"), y se sabía que algunos chimpancés son portadores del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV), algunos de éstos aislados de SIV eran tan diferentes del VIH-1 que aunque se sospechaba una relación entre ellos ésta no había podido confirmarse (sólo se habían descrito tres casos de chimpancés infectados con virus similares al VIH-1: De ellos, sólo uno de los virus estaba débilmente correlacionado con el VIH-1). Los autores del estudio publicado en Nature identificaron un cuarto chimpancé infectado con una variedad del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIVcpz), y utilizaron esta oportunidad para examinar mediante análisis molecular y sofisticadas técnicas genéticas a los aislados de virus hallados en los 4 chimpancés y a los mismos primates. Los aislados de virus fueron comparados con varios aislados de VIH-1 extraídos de humanos.

Los investigadores determinaron también la subespecie a la que pertenecían los chimpancés infectados con el SIVcpz: Tres de ellos eran primates de la subespecie "Pan troglodytes troglodytes", mientras que el chimpancé infectado con un tipo de virus más lejano al VIH-1 pertenecía a la subespecie "Pan troglodytes schweinfurthii". Los resultados del estudio demostraron que los tres aislados de la subespecie "Pan troglodytes " se parecían mucho a los diferentes subgrupos del VIH-1: el subgrupo M (responsable de la epidemia) y los subgrupos

N y O (que se localizan preferentemente en África ecuatorial). La investigación también reveló que alguno de los aislados eran resultado de recombinaciones genéticas en los chimpancés antes de infectar a los humanos. Es significativo que el hábitat natural de estos chimpancés coincide con las pautas de la epidemia por VIH-1 en esta parte de África. Tomando todos estos datos en consideración, los autores concluyen que la subespecie de chimpancés "Pan troglodytes troglodytes" ha sido la fuente de al menos tres casos independientes de transmisión viral entre especies, de chimpancés a humanos. El estudio teoriza que el VIH-1 puede haberse introducido en humanos cuando cazadores de chimpancés se expusieron a sangre de chimpancés infectada: además, señalan que los humanos pueden encontrarse aún en riesgo de transmisión de diferentes virus desde los chimpancés, dado que la caza de estos animales, para destinar su carne al consumo humano, es una práctica habitual en el oeste de África ecuatorial.

Sobre el origen del virus se mencionan una serie de hipótesis que al final se resumen en tres:

HIPÓTESIS 1: Esta primera hipótesis dice que el virus proviene de otro muy parecido que se encuentra en la sangre de los monos verdes, monos mangabey y algunas especies de chimpancés de África Central.

El mecanismo de contagio entre los monos y el hombre parece estar relacionado al contacto de sangre de los animales con mucosas y heridas en la piel de los nativos que se alimentan de ellos.

Existen algunas tribus que extraen la sangre de los monos y la toman en señal de agradecimiento, otros hacen lo mismo manchando sus cuerpos con la sangre de los animales. Estos monos habrían infectado a los primeros nativos en regiones selváticas alejadas. En una fase posterior, llegaron a las primeras comunidades. También se menciona que el contagio sucedió a través de productos utilizados en medicina que son hechos a partir de plasma de monos.

HIPOTESIS 2: Esta segunda hipótesis dice que el virus fue creado por el hombre en ese afán de producir un arma biológica con fines destructivos determinados, por algún motivo habría escapado al control desencadenando la epidemia.

Esta hipótesis es cuestionada ahora que se sabe que hay muestras de sangre colectadas el año 1959 (congeladas y guardadas para estudios posteriores) que ya eran positivas a los exámenes de sangre que se realizaron a partir del año 1985. En esa época la tecnología disponible no permitía la producción de un virus tan pequeño.

HIPÓTESIS 3: Esta hipótesis menciona que el virus es producto de una mutación, es decir, un virus que anteriormente vivía sin hacer daño, de pronto y por cualquier motivo desconocido, se torna agresivo y comienza a producir la epidemia que estamos viviendo.

1.2.1. Tiempos Modernos.

Pero indiferente de donde venga el virus, lo cierto es que son los tiempos modernos los que se encargaron de diseminar la enfermedad de la forma como esta sucediendo.

Los medios de transporte actual que permiten desplazarse a cualquier lugar del planeta en cuestión de horas, asociado a la promiscuidad y a la presencia de enfermedades de transmisión sexual(venéreas), hicieron posible que el VIH/SIDA se encuentre en prácticamente todos los países del mundo.

1.2.2. Resistencia del Virus.

El virus del SIDA es resistente al frío, puede soportar hasta menos 70 °C sin ningún problema.

Los rayos gama, x y ultravioleta no le hacen nada según propia versión del Instituto Pasteur de París. También hay publicaciones que demuestran que el virus resiste muy bien a la deshidratación. La envoltura o cáscara del virus lo protege en ambientes secos por un buen tiempo, puede sobrevivir hasta 7 días en una gota de sangre seca. Es bueno recordar que en éstos casos, para que exista contagio, la sangre seca necesariamente tiene que entrar en contacto con una herida o lesión en la piel. Esto es infrecuente en las actividades cotidianas a no ser que se trate de un ambiente de salud(hospitales, centros de salud, etc.)

1.2.3. Vulnerabilidad.

Fuera del cuerpo humano puede ser destruido con facilidad por una serie de productos químicos como la lavandina (hipoclorito de sodio), alcohol, agua oxigenada y otros productos utilizados con frecuencia en ambiente de salud.

Los detergentes comunes también pueden destruirlo pero solo se recomienda su uso para limpiar superficies y objetos previamente desinfectados. El virus no soporta el calor arriba de 56 °C.

1.2.4. Mecanismos de Transmisión del Virus.

En la práctica existen tres modos fundamentales de transmisión del VIH, transmisión sexual, transmisión parenteral, por uso compartido de agujas o jeringas, instrumentos contaminados, transmisión sanguínea, transmisión vertical o de la madre al feto. A lo anterior se unen unas condiciones que modifican la transmisión: el virus del SIDA es débil y sobrevive mal fuera del cuerpo, por lo que debe penetrar en el interior del organismo. <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/VIH1>.

Según Casabona (1993) La probabilidad de transmisión del VIH varía según la práctica sexual utilizada siendo mayor entre las prácticas más habituales en el coito anal, homo o heterosexual, que en el vaginal; así mismo, aún 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 las secreciones vaginales.

Parece que la transmisión requiere una cantidad mínima de virus por debajo de la cual el organismo podría liberarse del VIH, y explicaría el porque algunos líquidos orgánicos que contiene el virus no lo transmite. Existen algunas situaciones de riesgo, tales como:

Comportamiento de riesgo de la pareja sexual; el compañero sexual del que se ignora su comportamiento sexual pasado o sus hábitos de adicción, 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.

Haber nacido de una madre seropositiva, un porcentaje variable de niños nacidos de madres seropositivas están infectados por el virus del SIDA(20-50%).el riesgo es mayor cuanto mas deteriorada está la salud de la madre.

No todas las prácticas sexuales tienen el mismo riesgo de infección, el mayor riesgo está concentrado en la penetración anal y vaginal, existe riesgo posible en las relaciones buco-genitales (fellatio- cunnilingus), y las que no tienen riesgo son la masturbación recíproca, caricias y besos profundos.

El VIH no se propaga usando adecuadamente preservativo durante la relación sexual, dándose la mano, jugando con portadores, bebiendo de un mismo recipiente con otra persona o compartiendo cubiertos, utilizando los mismos sanitarios usados por portadores, a través de las picaduras de insectos, besando o

abrazando a un portador, intercambiando ropa limpia o calzado o bañándose en duchas o piscinas con portadores.

De acuerdo a lo planteado por Clavero (1992) el SIDA puede considerarse una enfermedad conductual, debido a las principales formas de transmisión o relación sexual no protegida entre homosexuales con múltiples parejas, la exposición de usuarios de drogas por vía parenteral a sangre infectada con el VIH, a través de la práctica de compartir el equipo de inyección; 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.

1.2.5. Presencia del virus.

Una vez que el virus entra dentro de una persona, pasa a multiplicarse y puede ser encontrado en todos los líquidos, secreciones y órganos de las personas infectadas o enfermas.

De todos ellos sólo pueden transmitir la enfermedad:

El semen y las secreciones uretrales del hombre infectado, las secreciones vaginales en la mujer infectada, la sangre de una persona infectada y por la leche materna de una madre infectada.

1.2.6. Puertas de entrada del virus.

Las puertas de entrada o zonas vulnerables del cuerpo son:

Las mucosas, principalmente aquellas que recubren la vagina y el cuello del útero en la mujer, el glande en el hombre, la mucosa del recto cuando las personas tienen relaciones sexuales anales y la mucosa de la boca cuando hay relaciones orales. En ambientes de salud, las mucosas de los ojos y la boca se pueden exponer al contacto con sangre, secreciones y fluidos de pacientes infectados por el virus; cortes, heridas y lesiones en la piel que entren en contacto con los fluidos anteriormente citados.

En la actualidad el 90% de todas las personas que viven con el VIH pertenecen a países en desarrollo. Desde el comienzo de la epidemia, a finales de los años sesenta, más de 24 millones de personas se han visto infectadas por el VIH. Aproximadamente una cuarta parte de ellas han fallecido, y al no existir un tratamiento curativo, cabe prever que las otras también desarrollarán SIDA y morirán. El VIH/SIDA se ha convertido en un desafío permanente.

Según la OMS(1987)En los países de África Subsahariana y el área caribeña: la transmisión masiva del VIH se inició a finales de los años setenta y comienzo de los ochenta, La vía de infección ha sido y continúa siendo principalmente la heterosexual. En el África Subsahariana, donde viven actualmente tres de cada cinco personas vivas infectadas por el VIH, sigue siendo la zona del mundo mas afectada. En las ciudades de África mas abatida por el virus, la mitad o más de camas hospitalarias están ocupadas por personas con SIDA. Sin embargo Asia donde la epidemia es más reciente, empieza a desplazar a África como región con

mayor número de infecciones nuevas. Con más de la mitad de la población mundial, Asia sufre ya más casos de SIDA al año que América del norte y más del doble que Europa occidental. Según los datos aportados en la conferencia internacional en Durban, Sudáfrica(2000), hay 35 millones de personas infectadas con el VIH en el mundo. Un informe de USAID, señala que el SIDA será la causa de 30,2 millones de niños huérfanos en los 34 países del África Subsahariana, Asia, Latinoamérica, y el caribe.

Por desgracia, la epidemia está encontrando distintas fisuras a través de las cuales proseguir su avance. Así cierto número de homosexuales son bisexuales y han transmitido el VIH/SIDA a sus parejas femeninas; paralelamente un número importante de usuarios de drogas por vía parenteral se prostituyen con el fin de conseguir dinero para comprar la droga y a través de éstas relaciones mercantiles el virus llega hasta las parejas estables y los posibles hijos. Bayes (1995).

Lo anterior denota que en muchos casos las mujeres se encuentran en mayores situaciones de riesgo debido a las practicas sexuales y comportamientos por parte de sus parejas y a través de ésta vía la propagación aumenta, como una gran cadena de promiscuidad.

A luz de los conocimientos actuales no existe un tratamiento antirretroviral que cure el SIDA; las potentes combinaciones de 3 o más antirretrovirales sólo han demostrado que retrasan la progresión del seropositivo a SIDA y mejoran su

calidad de vida, lo que ya supone un logro y quizás en el futuro se puede decir que curan o cronifican la infección del VIH; pero aún no.

Por lo tanto no se debe confundir indetectable con inexistente, es una realidad que los tratamientos actuales se desconoce que no puedan erradicar el VIH, aún cuando se inicien precozmente. Aquí no ocurre como en la gonorrea por ejemplo frente a un contacto sospechoso, se puede subsanarse con una dosis de antimicrobianos y solucionada, pero frente al VIH. (El Tiempo 1997).

Entre los adolescentes y adultos el VIH se transmite sobre todo a través de comportamientos privados y ocultos: relaciones sexuales o prácticas peligrosas de inyección de drogas. Muchos hombres y mujeres viven en circunstancias poco propicias para aprender en qué consiste un comportamiento seguro o adoptarlo o para instar a su pareja a desarrollar un comportamiento sin riesgo.

En la búsqueda de aportar a ésta problemática mundial, hemos tomado como referencia las investigaciones realizadas en ésta área. Maticka-Fynolale(1991) Nos permite comparar los hábitos y actitudes de jóvenes heterosexuales canadienses de 17 a 22 años, a lo largo del período que va 1981, año en que se inició la epidemia del SIDA, 1985, cuando se consideraba que el SIDA estaba asociado a la homosexualidad y 1988, tras dos años de campañas educativas dirigidas a los heterosexuales centradas especialmente en conseguir: a. Una abstención o demora en el coito, uso de preservativo, una disminución del

número de parejas sexuales, ciertas relaciones sexuales con desconocidos. Los resultados muestran, globalmente, que los jóvenes no cumplen con los objetivos propuestos y no se están protegiendo de la transmisión sexual del VIH; la única norma en la que aparece mejora consiste en un ligero incremento de la proporción con que los preservativos han sido usados alguna vez. Los datos más interesantes obtenidos por ésta investigadora canadiense sobre el comportamiento que muestran los jóvenes ante la problemática sexual puede resumirse así: Los jóvenes confían en su propia capacidad para seleccionar un compañero sexual no infectado, el uso limitado del preservativo parece deberse en parte a que han asimilado un triple mensaje a la baja infectividad del VIH, el preservativo no ofrece una protección del 100%, la solución más segura es la monogamia, si usan el preservativo es más probable que lo hagan con fines anticonceptivos, que de prevención de enfermedad.

Lo anterior denota que en los jóvenes en éste estudio prevalecen conductas y comportamientos, en los cuales se tiene poca percepción de riesgo, otro estudio realizado por Clavero (1992), sobre el comportamiento sexual de 325 sujetos de ambos sexos, de edad comprendida entre 16 y 24 años, de la provincia de las Palmas en España, encuentra que menos de un tercio de los que tienen experiencia sexual utilizan preservativo, el argumento más utilizado para rechazar el preservativo es tener pareja única y estable, la razón mayoritaria por la que se usa el preservativo es para evitar el embarazo.

Como podemos analizar en éstas dos investigaciones tienen en común jóvenes de diversos países que en la mayoría de los casos se piensa más en la utilización del preservativo para la prevención de un embarazo que para prevenirse del VIH/SIDA.

De igual forma Bayes, Pastells y Tuldrá (1996) realizaron una investigación sobre percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana VI , en estudiantes universitarios; en la cual participaron 468 alumnos de la universidad Autónoma de Barcelona, España, los resultados obtenidos muestran que mientras que la percepción de riesgo es elevada en las relaciones esporádicas, la misma es muy baja en los componentes de las parejas que se han consolidado hace poco tiempo, aún cuando, normalmente, no exista garantía alguna de que, en el momento de iniciarse la relación, los dos miembros fuesen seronegativos al VIH .

En el país se han realizado aportes significativos con respecto al análisis de los conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo en población de jóvenes universitarios.

A partir del año 1996, a través del postgrado de educación sexual (CABALLERO, MENDOZA Y ROMERO), de la Universidad de Santander(UIS).

Los cuales diseñaron un cuestionario de estudios de conocimientos sexuales de riesgo, que ha permitido la realización de investigaciones en diversas

universidades del país. En 1997 en la Universidad Popular del Cesar (Coinvestigado con la Facultad de Psicología de la U. Metropolitana de Barranquilla). En 1997 se realizó en la Universidad del Norte de Barranquilla, en 1998 en la CUTB, en Cartagena, en este mismo una se realizó en coinvestigación con la Facultad de Psicología de la Universidad San Buenaventura, en la Fundación Rafael Núñez, Colegio Mayor de Bolívar, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Universidad de Cartagena y en el Instituto de Comfenalco de Cartagena; todas éstas investigaciones están enmarcadas en el Proyecto Hispanoamericano de Investigación sobre Conocimientos y Comportamientos Sexuales relacionados con VIH/SIDA, liderado por la CAC, Centro de Asesoría y Consultoría desde 1996.

Este tipo de investigaciones se han venido desarrollando en la Universidad Simón Bolívar tomando como elemento de estudio diferentes poblaciones, en determinadas fases de la vida. En la especialización de Desarrollo Humano y Educación Sexual se realizó un estudio sobre los conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo en los estudiantes de pregrado, González y colaboradores(1999)encontraron

Que los estudiantes de pregrado de la universidad Simón Bolívar tienen muy bajos conocimientos sobre el VIH/SIDA. La principal consecuencia de ésta deficiencia es la posibilidad de que varios de los actuales estudiantes se contagien del VIH/SIDA por ignorancia.

Es importante observar que el patrón general es un predominio de las relaciones sexuales con parejas regulares. Esto no coincide con la percepción social más común de una vida sexual promiscua entre los universitarios. La tendencia es a tener relaciones sexuales en el noviazgo. Los programas preventivos y de promoción de la salud sexual y reproductiva deberían darle énfasis especial a las parejas de novio.

Lo anterior refleja el poco contacto que tienen los estudiantes con la información sobre VIH/SIDA o la falta de implementación de una política educativa o formativa que sería mucho más acertada, teniendo en cuenta la gran actividad sexual que presentan éstos estudiantes en la adolescencia y en la vida universitaria.

Los hombres tienen un alto grado de exposición al riesgo de contagiarse con el VIH/SIDA porque tienen una mayor cantidad de actividad sexual y un mayor número de compañeras sexuales, pero las mujeres también corren un alto riesgo porque en su mayoría tienen actividad sexual sin protección, con sus novios.

Dadas las características especiales de la sociedad latinoamericana y en especial la de la costa del Caribe Colombiano; y el modo en que la mayoría de sus mujeres han sido educadas, puesto que muchas de ellas encuentran difícil “negociar” el sexo seguro; éste es un problema innegable que resaltar, la subordinación de la mujer; puesto que las mujeres confían en la vulnerabilidad del amor que le brinda su pareja.

Romero(1998)señala que es necesario concienciar a las mujeres universitarias, de que el sexo en pareja regular solo protege si es acompañado de medidas de prevención, tales como la responsabilidad de la pareja, una prueba de VIH/SIDA, uso de condón hasta conocer el estado de seropositividad y la implementación de un acuerdo confiable de protección.

Es preocupante observar que solamente una de cada 10 personas utiliza condón en todas sus actividades sexuales. Las mujeres son las que menos control tienen sobre las decisiones al respecto, probablemente por las características machistas de nuestra cultura caribe. Donde menos se utiliza el condón es en el recibir penetración anal, una de las prácticas más peligrosas para el contagio. Los hombres perciben haber estado expuestos a un mayor riesgo. Las mujeres en su mayoría piensan que no han estado expuestas al contagio. Esto concuerda con la creencia de que las relaciones con las personas conocidas y en pareja regulares no son peligrosas.

Lo más importante en la lucha contra el VIH/SIDA es la prevención. El SIDA es una enfermedad que se adquiere sexualmente y que la promiscuidad es el principal factor de riesgo. En Colombia continúa manteniéndose la incipiente intervención del estado , con el predominio de las actitudes negativas y equivocadas desde la población en general, la empresa privada y algunos sectores de la iglesia.

Según Lombana (1994) considera que tales actitudes pueden resumirse en las siguientes:

Desconocimiento de la realidad del VIH/SIDA , por indiferencia o desinformación; actitudes prejuiciosas y discriminatorios frente al VIH/SIDA; comportamientos irresponsables por la desprotección individual y la ausencia de prevención frente al VIH/SIDA y la carencia de solidaridad social y desatención principalmente por parte del estado para con las personas con VIH/SIDA.

Como hemos mencionado la prevención sigue y seguirá siendo el mejor medio de lucha contra la infección VIH. Sin embargo conocemos de tres formas de prevención como son la abstinencia de actividad sexual, uso del preservativo y la fidelidad.

La abstinencia es un dilema potencial que puede levantarse en la planificación de educación del SIDA, es el forcejeo claro entre promover abstinencia y enseñar sobre la actividad sexual responsable. El primer problema que debe definirse entre éstas dos posiciones es la sexualidad considerada como una composición del individuo, según la Organización Mundial de la Salud. (OMS) la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todos: hombre , niño, mujer. Es una necesidad básica y un aspecto del ser humano que no puede ser separado de otros aspectos de la vida humana.

La abstinencia es pues una virtud del que se priva total o parcialmente de satisfacer sus necesidades. Las personas deben ser responsables de incluir o no

la abstinencia como una meta primaria. En lo que se refiere al uso del preservativo las personas deben tomar responsabilidad de tener relaciones sexuales mas seguras; las personas sexualmente activa que generalmente hacen poco usos de los “adelantos” en materia de métodos de barrera. Porque consideran no estar dentro del grupo de riesgo, y que probablemente nunca serán contagiados.

En cuanto a la fidelidad debemos entender que cada persona tiene una historia sexual particular, lo cual no garantiza a la pareja que por lo menos ocho años antes, esta no haya tenido relaciones sexuales con otras personas. Por lo tanto, ante personas no conocidas, con las que se vaya a establecer una relación sexual, puede ser positivo valorar las consecuencias que puede tener la relación.

En Colombia se ha avanzado al crear el decreto , N° 559 del 22 de Febrero de 1991, emanado por el ministerio de Salud. El cual reglamenta la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles especialmente lo relacionado con la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, el cual contempla en su capítulo 3 artículo 11.

La prevención en su mas amplia acepción constituye la medida más importante para el control de la infección por el VIH . Por tanto, las acciones que en relación al SIDA se tomen deben propender prioritariamente a ella. Artículo 12 la prevención en la lucha contra el SIDA debe ser impulsada por todas las instancias,

organizaciones y sectores de la nación de carácter pública y privada. Artículo 14. Los miembros de la comunidad tienen el deber de velar mediante el autocuidado por la conservación de su salud a fin de evitar la infección por el VIH; a su vez, el de concurrir a la protección de las demás personas poniendo en práctica las medidas de prevención. Esta legalización se enmarca dentro de las prioridades fijadas por la organización panamericana de la Salud OPS/OMS. Es decir, su elaboración corresponde al objetivo de salud pública: Contener la epidemia buscando la protección de la población en general, a través de la prevención y al control de la propagación de la enfermedad al igual que la protección del individuo como tal, mediante el tratamiento médico oportuno, incluyendo el componente ético jurídico con un profundo sentido humanista. “En el período de 1996 – 1998 se estima, que se contaminaron más personas (52.000) que las que lo habían hecho en los 13 años anteriores (40.000) cuando comenzaron a registrarse los casos. Cada nueva infección del virus VIH representa un fracaso colectivo dice Peter Piote(1998) director ejecutivo de la ONU de VIH-SIDA (ONUSIDA). En Colombia cada persona se infecta con el VI cada hora.

Los jóvenes y adolescentes son un grupo de alto riesgo de contagio del VIH/ SIDA. La causa es un alto índice de encuentros sexuales. En esta etapa es en que las personas tienen el mayor ejercicio sexual, por ello decidió emprender una cruzada: convencer a las universidades que necesitan realizar campañas de prevención del SIDA entre sus estudiantes. (El Tiempo 1997).

Al comienzo fue difícil porque las instituciones veían el problema como algo lejano. Decían que era de homosexuales y que en sus planteles no había estudiantes de esta conducta.

Según Merson (1993) considera, que se ha puesto de relieve la especial vulnerabilidad debido a la disminución de edad que se observa en todo el mundo, en el comienzo de la actividad coital no protegida. En muchos lugares del planeta la mitad de todos los jóvenes han experimentado relaciones sexuales con penetración a los 15 o 16 años y millones de adolescentes son ya sexualmente activos a los 12 o 13 años.

Los adolescentes constituyen un potencial grupo de riesgo por diversas razones, en buena parte suelen ser sexualmente activos, muchos de ellos experimentan con alcohol y otras drogas, lo cual anulan o atenúan la práctica de los hábitos preventivos, la información que poseen sobre las ETS y su forma de prevención, incluso si es adecuada, es ineficaz para cambiar sus comportamientos de riesgo.

Los adolescentes se ubican dentro de la población con mayor nivel de riesgo debido a sus comportamientos sexuales y la frecuencia de su actividad coital.

“Los adolescentes y jóvenes adultos frecuentan a las prostitutas, tienen relaciones sexuales en estado de embriaguez, no saben usar preservativos y no ponen muchos peros cuando sienten ganas” El Tiempo (1998).

Algunas personas piensan que nunca tendrían el riesgo de contraer el VIH/SIDA, aventurándose así a tener relaciones sexuales sin ninguna protección, lo cual pone de manifiesto la carencia de amor por si mismo, por los demás y la sociedad. El SIDA es una responsabilidad de todos esto quiere decir desde un individuo hasta los organismo del estado, tiene la responsabilidad de participar en diferentes frentes para prevenir el SIDA.

Chaparro(1998) considera que es necesario indicar a las personas a evitar las relaciones sexuales, sino se encuentran en la madurez mental y responsabilidad social, tal como es una edad adecuada, para asumir lo que se deriva de unas relaciones íntimas.

1.2.7. Diagnóstico de la Enfermedad

Esta se confirma mediante serológico con la prueba de Elisa que determina la presencia de anticuerpos contra el VI. No existe una forma única para diagnosticar el SIDA. Elisa (Abreviatura de la expresión "Enzyme linked inmuno-sorben Ansay"). Lamentablemente a veces produce falsos positivos. Además es capaz de detectar los anticuerpos dirigidos contra el virus y no el virus propiamente dicho, lo que significa que se puede saber si el individuo ha sido expuesto al virus, pero no si se halla infectado.

El organismo infectado tarda un tiempo en producir los anticuerpos que van dirigidos contra el virus. Una persona que haya adoptado conductas de riesgo

deberá tener en cuenta tal período de tiempo puesto que, mientras éste no transcurra, los anticuerpos no serán detectables mediante las técnicas de laboratorio; la mayoría de personas desarrollarán anticuerpos en un plazo que oscila entre 4 semanas y tres meses: a éste lapso se le conoce como ventana inmunológica o silencio inmunológico.

1.3. ESTIGMATIZACION SOCIAL DEL SIDA

Si una actividad de prevención no cumple con el objetivo previsto es posible que cumpla con el contrario: no solo no ayudan a prevenirse sino que aumentan el riesgo de adquirir una enfermedad. Ese es el caso, en las campañas de prevención del SIDA, del efecto producido por el miedo. Lejos de promover la prevención el miedo hacen que cada individuo niegue sus conductas de riesgo, que la comunidad segreguen a las personas que viven con VIH/SIDA, y que los portadores se vean obligados a ocultarse. El camino más fácil de provocar miedos o desplegar información en forma indiscriminada no resuelve el problema de modificar la relación de la sociedad y cada uno de nosotros con el SIDA y sus implicaciones.

1.3.1. Las tres epidemias.

Por ser una enfermedad que presenta sus síntomas varios años después de que se produce el contagio, las personas infectadas pasan desapercibidas, es decir, tienen el virus dentro de sus cuerpos y como no tienen ni manifiestan ninguna

molestia, pueden realizar su vida normalmente, transmitiendo el virus a las personas con las cuales tienen relaciones sexuales.

Por el impacto que la enfermedad produce en el personal de salud en todas sus especialidades, principalmente en el sector de enfermería que es el que se encuentra en contacto directo con líquidos y secreciones de los pacientes. También por que los vecinos, compañeros de trabajo, de curso, de estudios, familiares y quienes se encuentran alrededor reaccionan contra las personas afectadas generando un efecto social contra estas.

Por toda esa secuencia de eventos que acompañan el desarrollo de la epidemia en cualquier comunidad, se denomina al SIDA como la suma de 3 epidemias que tienen características particulares bien marcantes.

1.3.1.1. Primera Epidemia.

Para la Organización Mundial de la Salud(OMS), esta primera epidemia tiene su inicio en los años 70, época en que supuestamente comenzó el contagio masivo en las comunidades homosexuales de América del Norte mientras que en África la propagación sucedía en la población heterosexual.

Esta epidemia continua vigente y sucede silenciosamente en países del sudeste asiático, África y América Latina. La mejor alternativa para controlar esta epidemia es la información, educación a todas las personas sexualmente activas,

direccionando acciones para los diferentes grupos humanos de cada comunidad.

1.3.1.2. Segunda Epidemia.

Esta epidemia tiene su inicio algunos años después de la primera y es cuando los pacientes comienzan a buscar atención en los servicios de salud. Es el aumento progresivo y cada vez mayor de personas víctimas de la enfermedad. Es el incremento de la mortalidad por causa del SIDA en las comunidades.

Para controlar esta segunda epidemia, se necesita implementar espacios físicos donde puedan ser atendidos los pacientes, principalmente cuando estos no cuentan con recursos económicos. También se debe contar con los medicamentos necesarios como medicamentos específicos contra el virus.

Es igualmente importante la participación de otros profesionales de diferentes especialidades que tienen que intervenir en todos los sectores donde se destacan: inmunólogos, psicólogos, trabajadoras sociales y por que no, abogados para resolver aspectos legales que tienen que ver con los afectados.

1.3.1.3. Tercera Epidemia.

Esta epidemia aparece luego o conjuntamente la segunda y se caracteriza por todas las reacciones adversas y negativas que suceden en el ambiente de las personas afectadas. Es la negativa del personal de salud a la atención de los pacientes. Es el rechazo de los vecinos, colegas de trabajo, compañeros de estudios. Es la estigmatización, es la expulsión de los inmuebles que alquilan, es

la negativa al trabajo. Es la constante agresión a los derechos del individuo. Para superar esta epidemia, tal vez la más agresiva, ingrata e injusta, se necesita que la sociedad comprenda que las personas que caen víctimas de la enfermedades en seres humanos y en ningún momento representan el peligro que todos suponen. Es necesario informar adecuadamente a toda la población para que la misma entienda que se puede convivir perfectamente con quienes tengan la infección.

Cada sociedad integran en su cultura elementos contradictorios y, a la hora de hacer prevención, debemos considerar su incidencia para evitar que obstaculicen nuestra labor. Frente al SIDA, estamos en una situación paradójica:

De un lado aparece un virus, el VIH, que solo nos infectara si le facilitamos la entrada al torrente sanguíneo. Del otro, todos tenemos formas de relación con el sexo, la trasgresión, la vida, la muerte y la solidaridad, que operan como obstáculo a la prevención del SIDA. En los próximos ítem señalamos aquellos obstáculos culturales que presentan una resistencia mas persistente a la acción preventiva.

1.3.2. LA FIDELIDAD.

Nuestra cultura instituye una forma de pareja monogámica. A esta institución se vincula la fidelidad en tanto valor que convalida ciertas practicas e inhibe otras, como parte de una elección moral. En otras palabras, todo el mundo actúa como si en su pareja solo existiera la fidelidad, sea o no esto así; y que toda pareja única es considerada como segura, sin considerar cuanto hace que se formo a si hay en

los dos miembros la misma convicción de pareja única.

De este modo, se niegan todas las otras situaciones y formas de relación, tan presente en nuestra sociedad como lo que se da en llamar "pareja estable" o "pareja única".

Casi todas las situaciones de riesgo de transmisión sexual se producen a partir de estas negaciones y la consecuente falta de prevención. De ningún modo se cuestiona a quien elige la monogamia, la abstinencia o el camino que su conciencia le indica.

Solo se deja en claro que esta mezcla MONOGAMIA/PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA, en la medida que tiende a culpabilizar conductas y/o a negar la existencia de otras formas de vinculo y de ejercicio de la vida sexual, deja desprotegida a una parte de la población.

Si una sola relación sin el cuidado adecuado puede ocasionar la transmisión del VIH y toda relación sexual con la precaución debida no entraña riesgo alguno, ni la frecuencia de relaciones ni el numero de parejas son un tema a mezclar con el SIDA. Cada uno puede ejercer su elección sexual y de pareja de acuerdo a sus convicciones si emplea el cuidado adecuado.

El papel pasivo que tradicionalmente se confiere a la mujer en la cuestión sexual

complementa y refuerza los efectos del mito de la pareja monogámica. Se le asigna a la mujer el rol de esperar la propuesta, recibir la demanda del varón. Esto implica que otro fije las condiciones en que la mujer ejerce su propia vida sexual. La acción conjunta del mito de pareja monogamia y el rol pasivo que nuestra cultura se asigna a la mujer, tiende a extender el riesgo del SIDA por transmisión heterosexual al conjunto de las mujeres. Basta con tener en cuenta que en 1984 habla en la Argentina una mujer viviendo con VIH por cada 84 hombres en la misma situación y en la actualidad se evoluciono a una mujer con VIH por cada tres hombres en la misma situación. <http://www.prevenir.com/salud/sida/index.htm>.

1.3.3. Mitos y Riesgos

Muchas personas tienen el VIH/SIDA y no lo saben puesto que por la apariencia física no se puede saber si una persona tiene el VIH, esto no es posible a menos que en dicha persona el virus, halla avanzado a la cuarta etapa de la infección o SIDA, en la cual se manifiestan notoriamente las enfermedades. Se considera que ¿"es propio de homosexuales?", ¿"es propio de adictos"?, ¿"es propio de promiscuos"?, ¿"es propio de descuidados"?; tanto el rechazo de la sociedad hacia grupos que no tienen las misma costumbres que la mayoría, como la convicción de que el SIDA es propio de algunos grupos reduce la capacidad del "hombre común" para defenderse. Por ellos va contra toda prevención hablar de "grupos de riesgos". No existen tales grupos de riesgo, pero si una tendencia a segregar sectores de la sociedad que incurren en practicas no aceptadas.

La consecuencia de este aislamiento es que aquel no se reconoce como perteneciente a esos grupos disminuye los cuidados, se supone exentos de peligro.

Esto se potencia con la crisis socioeconómica, que coloca a una franja muy amplia de la población en situación de dar prioridad a cuestiones tales como la inserción laboral, el procurarse alimentos, la preservación de la estructura familiar, etc. De este modo, solo se piensa en el cuerpo propio cuando se deteriora o cuando sus demandas de atención impiden la resolución de algunas de aquellas cuestiones. El cuerpo que se atiende entonces es el cuerpo enfermo, al que se abandona como objeto de atención apenas vuelve a ser funcional para el desenvolvimiento laboral, familiar o afectivo. La campaña que apelan al miedo de las persona ante las supuestas consecuencias del placer corporal, no hacen sino reforzar esta tendencia al descuido del propio cuerpo.

1.3.4. Placer de Vida y Vínculos Humanos

Existe una distancia apreciable tanto en lo afectivo como en lo cronológico entre el momento de la transmisión del VIH y el momento en que la aparición de síntomas le da concreción a la enfermedad.

En buena parte de los casos, el momento en que la transmisión del VIH se produjo, la situación que posibilitó el ingreso del VIH al organismo, ha sido una situación placentera. Luego, resulta difícil vincular aquellas situaciones placenteras

(por ejemplo la relación sexual) con el cariz trágico que cobra la infección al alcanzar su periodo sintomático.

Por otro lado, la lenta evolución de la infección, el tiempo que media entre la transmisión del VIH y la aparición de síntomas (casi siempre años), tiende a borrar entre los dos momentos. En aquellas personas que efectivamente desarrollan la enfermedad, este vínculo entre el momento de transmisión del VIH y el de la enfermedad ocasionalmente resurge, adquiere realidad. Pero esta vivencia de ningún modo es recuperada por el conjunto de sociedad, que sigue relacionando con el SIDA como con algo ajeno al placer. Un conductista norteamericano dice que una de las fallas en la campañas se ubica en que luchan contra un placer inmediato con la amenaza de una enfermedad probable y lejana. Esta disociación plantea a la acción preventiva dos exigencias paralelas:

- ◆ El hacer prevención desde el reconocimiento y rescate del placer por la vida, la vida sexual y las diversas formas del afecto humano. Esto implica partir de las situaciones de la vida cotidiana en que este placer se realiza; es decir, hacer prevención en los lugares y momentos en que estas situaciones se producen; recitales musicales, espectáculos públicos, lugares de diversión y esparcimientos, etc.
- ◆ El motor de la prevención debe ser la defensa del placer de la vida y los vínculos humanos, antes que el temor a una enfermedad que la sociedad aun no asimila como parte suya.

El reincorporar a las personas que viven con VIH/SIDA, su vida cotidiana, sus valores y padecimientos al reconocimiento de la comunidad.

Sin un acercamiento a la realidad humana del SIDA las personas que viven con VIH/SIDA la enfermedad continuaría revestida de su actual imagen de irrealidad a la comprensión de la sociedad y remisa a la acción preventiva. La prevención debe apuntar a que la comunidad reconozca al SIDA como un problema propio; una enfermedad que solo se superara mediante la acción solidaria entre "sanos", portadores y enfermos. <http://www.prevenir.com/salud/sida/index.htm>.

En Colombia el Ministerio de Salud impulsó la campaña "El SIDA no pasa si tu no lo dejas", a su turno ONUSIDA propuso la consigna "Los hombres hacen la diferencia"; éstos dos lemas fueron articulados en uno solo así: "El SIDA no pasa si tu no lo dejas: los hombres hacen la diferencia.

El objetivo es resaltar la importancia del papel de los varones en la epidemia del SIDA y orientar la inclusión de un enfoque de género en la planeación de acciones en torno a la campaña. En busca de lo anterior se hace evidente fomentar el desarrollo de una cultura de la prevención, para esto se propone:

- Formar a los médicos y agentes de salud para que hablen y escuchen a sus pacientes hombres en relación con el comportamiento sexual, la sexualidad y las relaciones sexuales seguras.

- Colaborar con periodistas y editores para que incluyan temas relacionados con el SIDA en programas de radio y televisión local, así como en artículos de periódicos y revistas.
- Integrar mensajes sobre el comportamiento de los varones y el VIH en las declaraciones de líderes y políticos.

De igual forma se plantean acciones claras como estrategia de educación , dentro de las cuales se encuentran:

- Fomentar a los agentes de salud, para que comprendan mejor las necesidades especiales de salud de los muchachos y varones adultos.
- Ofrecer en los dispensarios de salud, sesiones exclusivas para hombres en las que se trabaje sobre infecciones de transmisión sexual, salud reproductiva, bienestar familiar.
- Obtener el apoyo de los líderes de la comunidad local para fomentar la asistencia de los varones.

Para prevenir y mitigar el impacto del VIH se hace necesario:

- Promover el acceso al asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH de alta calidad para varones y mujeres, antes y durante el embarazo.
- Celebrar encuentros de intercambio de experiencias en los que personas con el VI expliquen cómo cuidan a sus familiares.

<http://members.es.tripod.de/colombiasida2001/ideas.htm>.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Partiendo de las prácticas sexuales con que fue formado el adulto colombiano, tomando como referencia la inadecuada educación sexual que se recibió y la forma como han asumido la sexualidad; se le suma la irresponsabilidad, el desconocimiento sobre el VIH/SIDA ; sus consecuencias y a la vez se le agrega la no participación en programas de prevención y conocimiento del mismo, ya sea porque dichos programas no existan, por ignorancia o porque consideren 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 con síndrome de inmunodeficiencia adquirida; esto es lo que se considera 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 a la pareja; es un supuesto que prevalece sobre todo en la mujer, siendo esta en la mayoría de los casos víctima de un contagio por parte de su compañero.

Basados en lo anterior surge la investigación al plantearnos el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA en los estudiantes de postgrados de la universidad Simón Bolívar ? .

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA en los estudiantes de postgrado de la Universidad Simón Bolívar.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los conocimientos que poseen los estudiantes de postgrado sobre VIH/SIDA, en términos de relación entre VIH/SIDA, formas de transmisión, evolución de la enfermedad, ventana inmunológica, prácticas de riesgo y formas de prevención.
- Describir los comportamientos sexuales de riesgo que poseen los estudiantes de postgrado frente al VIH/SIDA., en términos de tipos de prácticas, tipos de parejas, formas de protección, factores relacionados con el uso del condón, percepción de riesgo, acuerdos y cambios en el comportamiento sexual.
- Comparar las características de los comportamientos sexuales de riesgo teniendo en cuenta las variables: edad, sexo y nivel educativo .

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO

El proyecto se realizará teniendo en cuenta el paradigma socio crítico puesto que es el mas adecuado y pertinente para abordar el tema propuesto, debido a que el sujeto cognoscente es parte de la realidad social que en este caso es el objeto de estudio. Con este enfoque se busca que con la investigación se tenga la oportunidad de autocuestionarse razonar y reflexionar; permitiendo así generar procesos de transformación en las actitudes y comportamientos de riesgos frente al VIH/SIDA y el medio social en el que se desenvuelve, con base en el cambio de las relaciones e interacciones de los sujetos.

El trabajo se desarrollara desde un enfoque constructivista porque se trata de desarrollar elementos de comprensión análisis y prevención de una realidad de la cual no somos ajenos.

El tipo de investigación utilizado es el cualitativa descriptivo puesto que en ella se identifica y estudia la realidad del tema de la investigación la cual tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o mas variables. Se pretende realizar una descripción de los conocimientos sobre

VIH/SIDA y de los tipos de práctica sexuales de riesgo para VIH/SIDA , teniendo en cuenta la etapa del desarrollo humano en que se encuentra la población objeto. Para lo anterior se adaptará y aplicara un cuestionario que esta encaminado a identificar los conocimientos sobre VIH/SIDA y los comportamientos sexuales de riesgo para adquirir esta enfermedad en primera instancia.

4.2. POBLACION

La población seleccionada estuvo conformada por las diferentes especializaciones que en la actualidad (2001) ofrecía la Universidad Simón Bolívar.

4.3. MUESTRA

La muestra la conformaron 90 estudiantes de postgrados pertenecientes a las especializaciones en DERECHO PROCESAL, DERECHO ADMINISTRATIVO, DERECHO LABORAL, GESTION EN PROYECTOS EDUCATIVOS, GESTION AMBIENTAL, GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL , DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN SEXUAL, FAMILIA Y MERCADEO ESTRATEGICO. Está muestra voluntaria fue tomada en los meses de septiembre y octubre del año 2001. Los grupos fueron seleccionados a la azar, con base en el listado de programas que tenían jornadas académicas en los fines de semana durante esos dos meses

4.4. INSTRUMENTO

La encuesta escrita es mas objetiva que la entrevista en este caso, porque no hay manipulación ni intermediarios al momento de la aplicación. A la muestra seleccionada se le aplicó un instrumento de estudio de conocimientos sobre VIH/SIDA y comportamientos sexuales de riesgo (Ver anexo).

Dicho instrumento fue diseñado a través del postgrado de Educación Sexual(CABALLERO, MENDOZA y ROMERO) en la Universidad Industrial de Santander(UIS) en el año 1996; éste cuestionario a sido utilizado en investigaciones a nivel de pregrado, en diferentes universidades del país.

Fue preciso realizar unas adaptaciones y modificaciones, basados en el tipo de población objeto de estudio de la investigación(estudiantes de postgrado).

4.5. PROCEDIMIENTO

La investigación se desarrolló en las siguientes etapas:

En la primera etapa se realizó una revisión bibliográfica sobre la historia la enfermedad, sintomatología, forma de transmisión, prevención y sobre la única prueba hasta ahora confiable para detectarla. A demás sobre los antecedentes de otras investigaciones incluso la que se realizó a nivel de pregrado en la Universidad del Simón Bolívar, también se analizó lo que se está haciendo a nivel

mundial, nacional, departamental y distrital en lo que se refiere a estudios y prevención del VIH/SIDA ;lo anterior sirvió para elaborar el marco conceptual. Para la elaboración del marco teórico de la investigación se retomaron los antecedentes teóricos y empíricos del ámbito nacional y regional relacionado con las actitudes, comportamientos sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA.

De igual forma se realizaron visitas a bibliotecas e instituciones como: Liga de lucha contra el SIDA, Instituto del Seguro Social, Clínica González, Fundación Francios Xavier Bagnoud y consultas a través de Internet.

Seguidamente se aplicó el instrumento (cuestionario) como mecanismo de recolección de la información, una vez realizado este paso se procedió a procesar la información y analizar los resultados

La hipótesis planteada es la siguientes: Los estudiantes de postgrado carecen de conocimientos suficientes sobre SIDA y tienen comportamientos sexuales de riesgos que facilitan el contagio al no prevenirla.

Como hipótesis complementaria se plantea: La carencias de ciertos conocimientos sobre SIDA inciden en los comportamientos sexuales de riesgos, posibilitando la adquisición del virus.

- Prácticas sexuales que son de riesgo para la adquisición del VIH.
- Formas de prevención.

En relación a los comportamientos sexuales esta se medirá en términos de : tipo de práctica (anal, vaginal y oral), el tipo de pareja sexual(regular y ocasional), el número de parejas sexuales, edad de inicio, relaciones sexuales con otras parejas diferentes a la regular, comunicación y acuerdo de protección con pareja regular, uso del condón en los diferentes tipos de parejas sexuales, los motivos para no usarlo, una exploración relacionadas con las técnicas de uso, la intención del uso del condón, la asertividad relacionada con el uso del condón, y los cambios en el comportamientos sexual como consecuencia del VIH/SIDA.

5. VARIABLES

5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

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 (1999) plantea que el comportamiento sexual humano tiene diversas formas de expresión, nuestra 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 por el mismo sexo; y las bisexuales que expresan preferencia tanto del mismo sexo como por el otro.

Las variables a medir son las siguientes: Se analizarán los conocimientos sobre VIH/SIDA, y los comportamientos sexuales de riesgos, teniendo en cuenta el

género, el nivel académico, el nivel de conocimientos y la percepción de riesgo para VIH/SIDA.

5.2. DEFINICION OPERACIONAL

El nivel de conocimiento con respecto al VIH/SIDA , hace referencia a la información y los conceptos que posee respecto al VIH/SIDA y que son contruidos por las personas en interacción con su medio social. Romero(1998).

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.

Los niveles de conocimientos se categorizaron teniendo en cuenta el porcentaje de respuestas contestadas correctamente. Los criterios que se miden son los siguientes:

- Medios a través de los cuales ha recibido información sobre el VIH/SIDA.
- Percepción personal sobre el nivel de conocimientos.
- Formas de transmisión.
- Formas como no se transmite.
- Personas a quienes afecta el VIH/SIDA.
- Método diagnóstico del SIDA.
- Características generales de la evolución de la infección.

6. RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución por sexo y por especialización de los sujetos. Como puede verse la mayoría son de sexo femenino y de las especializaciones en DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN SEXUAL Y DERECHO ADMINISTRATIVO. La gráfica 1 muestra la distribución de los sujetos por edad , como puede observarse la mayoría está entre 22 y 31 años. En los hombres la edad promedio es 39 años , con un máximo de 53 y un mínimo de 25 , una mediana de 40 y una desviación típica de 7.89 . En las mujeres la edad promedio fue 35 años con un máximo de 53 y un mínimo de 22 años , una mediana de 36 y una desviación típica de 7.07.

La tabla 2 muestra la distribución de Religión por eso de los sujetos. Como puede verse el 88% de las personas que dieron esta información pertenecen a la religión católica.

Tabla No. 1 Distribución por especialización y sexo de los sujetos

Especialización	Masculino	Femenino	Total
Derecho procesal	8	7	15
Derecho Administrativo	12	7	19
Derecho Laboral	0	1	1
Gestión en proyectos educativos.	2	6	8
Gestión Ambiental	5	5	10
Gerencia en salud y seguridad social	3	5	8
Desarrollo humano y educación sexual	4	18	22
Familia	2	3	5
Mercadeo	0	2	2
Total	36	54	90

Gráfica No. 1 Distribución por edad de los sujetos

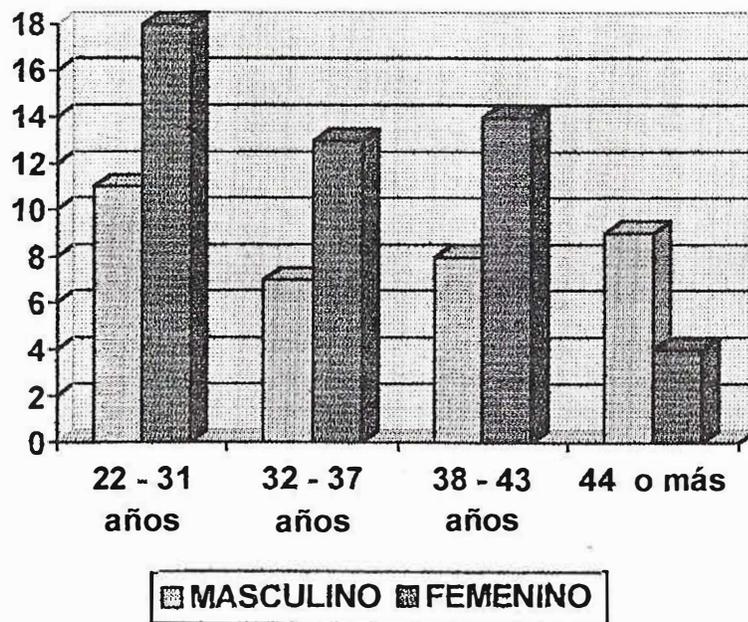


Tabla No. 2 Distribución de los sujetos por religión o sexo

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
RELIGION	Católica	31	91,2%	42	85,7%	73	88,0%
	T. de Jehová	1	2,9%			1	1,2%
	Evangélica	1	2,9%	4	8,2%	5	6,0%
	Otra	1	2,9%	3	6,1%	4	4,8%
Total		34	100,0%	49	100,0%	83	100,0%

La tabla 3 muestra la distribución de estado civil por sexo de los sujetos. se observa que la mayoría de los hombres son casados siguiendo en segundo puesto los solteros. En las mujeres ocurre lo mismo pero el porcentaje de mujeres casadas es menor que el de los hombres mientras que el porcentaje de mujeres solteras es mucho mayor que el de los hombres solteros.

La tabla 4 muestra la distribución de la preferencia sexual por sexo . Como puede verse el 98.7% de los 78 que respondieron la pregunta informa que son heterosexuales. Está es una de las preguntas donde más respuesta en blanco hubo lo que indica los temores y la dificultad para expresar la preferencia sexual en nuestro caribe colombiano

Tabla No. 3 Distribución por estado civil y sexo de los sujetos

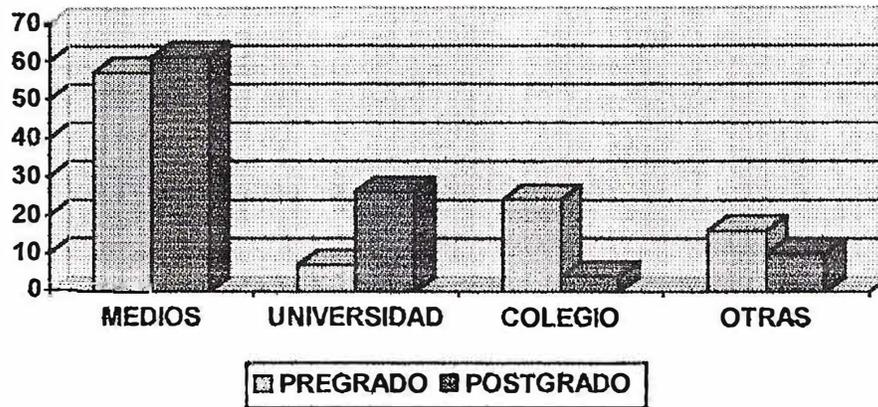
		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
ESTADO CIVIL	Casado(a)	18	51,4%	20	40,8%	38	45,2%
	En convivencia o unión libre	4	11,4%	5	10,2%	9	10,7%
	Separado(a)	2	5,7%	6	12,2%	8	9,5%
	Vuido(a)			1	2,0%	1	1,2%
	Soltero(a)	10	28,6%	16	32,7%	26	31,0%
	Otro tipo de relación estable	1	2,9%	1	2,0%	2	2,4%
Total		35	100,0%	49	100,0%	84	100,0%

Tabla No. 4 Distribución de los sujetos por sexo y preferencia sexual

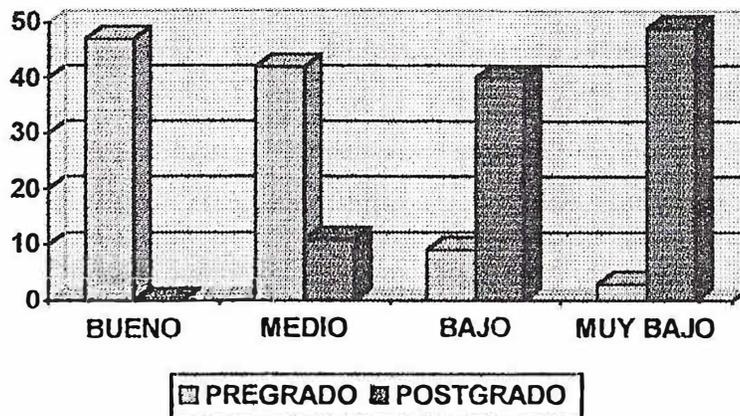
		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
PREFERENCIA SEXUAL	Heterosexual	32	97,0%	45	100,0%	77	98,7%
	Bisexual	1	3,0%			1	1,3%
Total		33	100,0%	45	100,0%	78	100,0%

La gráfica 2 muestra la distribución de la principal fuente de información sobre VIH/SIDA de los estudiantes de postgrados investigados en este proyecto y las fuentes encontradas por González y colaboradores (2000) con estudiantes de pregrado de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Como puede verse la mayor fuente de información en ambas muestras son los medios de comunicación social , como la televisión, los periódicos, revistas y otros. Es interesante observar que en los estudiantes de postgrado, la Universidad tiene un porcentaje mucho más alto, lo que nos muestra que está institución educativa está cumpliendo con mayor intensidad su función educativa integral .

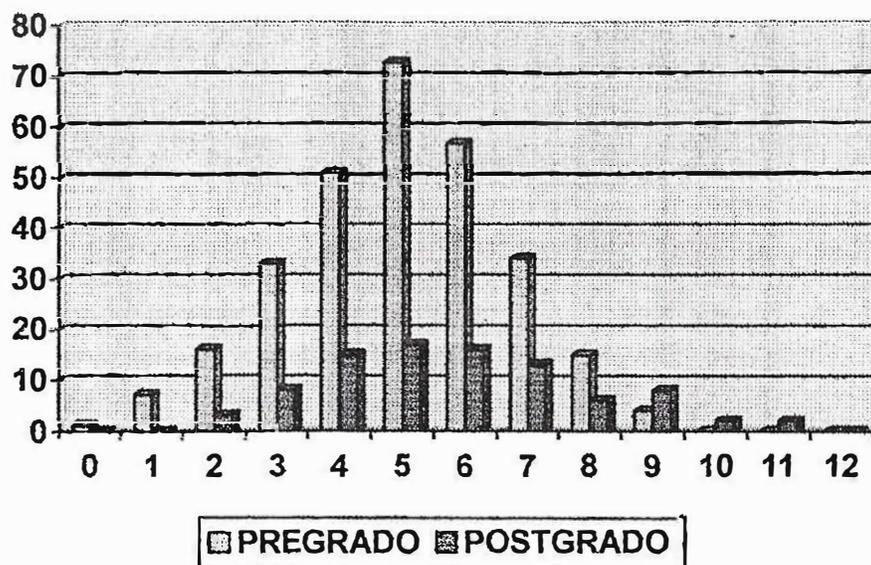
Gráfica No. 2 Distribución de la principal fuente de información sobre el SIDA



Gráfica No. 3 Distribución del nivel percibido del conocimiento



Gráfica No. 4 Distribución de los conocimientos sobre el VIH/SIDA



La Gráfica 4 muestra las respuestas Contestadas correctamente por los estudiantes de postgrados y los de pregrado investigados anteriormente por González y colaboradores (2000) . Como el examen de conocimientos tiene 12 preguntas se considera que las personas que contestaron 8 o más preguntas correctas fueron los que aprobaron el test de conocimientos . En la muestra de postgrado solamente 18 personas aprobaron este test lo que indica que el 81% de los estudiantes de postgrado tiene conocimientos deficientes, y por ende, está en peligro de contagiarse a causa de su ignorancia acerca de su enfermedad. Si comparamos con los estudiantes de pregrados, observamos que estos tuvieron un porcentaje de 94% de reprobados. Esto quiere decir que aunque los estudiantes

de pregrados creen saber más sobre VIH/SIDA, son los que realmente saben menos de estas dos muestras.

El puntaje promedio en conocimiento de los hombres estuvo en 5.49, con una desviación estándar de 1.95. En las mujeres el puntaje promedio fue de 6.02 con una desviación estándar de 2.23. La prueba *t de students* muestra que la diferencia no es significativa ($p > 0.05$). Esto significa que en la realidad los hombres y las mujeres tienen el mismo nivel de desinformación sobre el VIH/SIDA.

Con respecto a la información específica se encontró:

Que el 88.1% de los encuestados / as desconoce que la penetración anal es la práctica sexual con más alto riesgo de contagio del VIH/SIDA. Lo mismo fue encontrado en el 95.5% de los estudiantes de pregrados (González y colaboradores, 2000).

El 83.3% ignora cual es el tipo de condón más adecuado para la prevención del VIH/SIDA. Lo mismo ocurre en el 85.5% de los estudiantes de pregrados.

El 79.8% ignora que hace la prueba de sangre ELISA, utilizada para el diagnóstico del VIH/SIDA.

El 78.6% desconoce que el semen es el fluido corporal donde se presenta la más alta concentración del VIH. Esto se encontró 41.2% de los estudiantes de pregrados .

El 64.3% desconoce que al donar sangre no hay ninguna probabilidad de contagio. Esto se encontró en el 84.4% de los estudiantes de pregrados.

El 61.9% ignora que, una vez infectada la persona se tarda tres meses o más para que la prueba resulte positiva, de igual forma se encontró que el 78.9% en los estudiantes de pregrados.

NOVIAZGO

Los hombres han tenido en promedio 8.1 noviazgos y la mujer 3.8 relaciones de noviazgo. Esta diferencia es significativa ($p < 0.05$).

El promedio de noviazgo con relaciones sexuales es 5.78 en los hombres y 1.96 en las mujeres. Esta diferencia es significativa ($p < 0.05$). esto quiere decir que los hombres han tenido más noviazgo con relaciones sexuales que las mujeres.

El promedio de noviazgo con penetración anal en los hombres es del 1.86 y en las mujeres de 1.22 . Esta diferencia no es significativa estadísticamente. Esto quiere decir que el coito anal es igual para hombres y mujeres en la relación de noviazgo.

INICIACIÓN SEXUAL

La edad promedio de la primera relación sexual vaginal en los hombres fue de 14.4 años, con una desviación típica de 2.82 . La primera relación sexual de las mujeres fue a los 20.8 años con una desviación típica de 3.23 . González y colaboradores (2000) encontraron que la edad promedio de la primera relación sexual vaginal de los hombres fue de 15.47 años con una desviación estándar de 3.04 y en las mujeres fue de 19.86 años con una desviación estándar de 6.75 . Eso significa que tanto los hombres como las mujeres de pregrados comienzan más tarde que su actividad sexual con relación a los hombres y mujeres estudiantes de pregrados .

La tabla 5 presenta una descripción de los hombres y mujeres que reportaron haber tenido relaciones sexuales vaginales . La prueba chi-cuadrado muestra que esta diferencia es significativa ($p < 0.05$) . González y colaboradores encontraron que el 94% que los hombres y el 64% de las mujeres han tenido relaciones sexuales con penetración vaginal. Como puede verse aunque no hay mucha diferencia entre los hombres, si hay diferencia significativa entre las mujeres de pregrado y las mujeres de postgrado muy probablemente como consecuencia del transcurso del tiempo, ya que las mujeres de pregrado son mayores que las mujeres de postgrado.

Tabla No. 5 Descripción por sexo de las relaciones sexuales vaginales

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
RELACIONES SEXUALES VAGINALES	Si	33	100,0%	40	88,9%	73	93,6%
	No	0	0%	5	11,1%	5	6,4%
Total		33	100,0%	45	100,0%	78	100,0%

Tabla No. 6 Descripción por edad de la experiencia de relaciones sexuales de los sujetos

		RELACIONES SEXUALES VAGINALES				Total	
		Si		No		Frec.	% fila
		Frec.	% fila	Frec.	% fila		
EDAD	22 a 31 años	26	89,7%	3	10,3%	29	100,0%
	32 a 37	17	100,0%			17	100,0%
	38 a 43	22	95,7%	1	4,3%	23	100,0%
	De 44 años en adelante	12	92,3%	1	7,7%	13	100,0%
Total		77	93,9%	5	6,1%	82	100,0%

La tabla 7 muestra el tipo de pareja sexual por sexo. Como puede verse la mayoría a tenido solo parejas regulares . Cuando comparamos esta información con la recopilada por González y colaboradores (2000) observamos que mientras el 63.7% de los hombres de pregrados solo a tenido parejas regulares, en postgrado el 84.8% de los hombres a tenido este tipo de pareja. En las mujeres de pregrados el 51.5% a tenido solo parejas regular, y en postgrado el 87.5% de las mujeres solo a tenido parejas regulares. Aunque los estudiantes de postgrados, en cerca el 86%, solo han tenido coito vaginal con una pareja regular, es preocupante que cerca de un 14% a tenido experiencias sexuales vaginales con parejas ocasionales.

Tabla No. 7 Tipos de parejas sexuales por sexo

		TIPO DE PAREJAS SEXUALES						Total	
		Sólo regulares		Sólo ocasionales		Tanto como ocasionales		Frec.	% fila
		Frec.	% fila	Frec.	% fila	Frec.	% fila		
SEXO	Masculino	28	84,8%	1	3,0%	4	12,1%	33	100,0%
	Femenino	35	87,5%	2	5,0%	3	7,5%	40	100,0%
Total		63	86,3%	3	4,1%	7	9,6%	73	100,0%

Tabla No. 8 Descripción del tipo de parejas sexuales por edad

		TIPO DE PAREJAS SEXUALES						Total	
		Sólo regulares		Sólo ocasionales		Tanto como ocasionales		Frec.	% fila
		Frec.	% fila	Frec.	% fila	Frec.	% fila		
EDAD	22 a 31 años	22	84,6%	1	3,8%	3	11,5%	26	100,0%
	32 a 37	15	88,2%	1	5,9%	1	5,9%	17	100,0%
	38 a 43	19	86,4%	1	4,5%	2	9,1%	22	100,0%
	De 44 años en adelante	11	91,7%			1	8,3%	12	100,0%
Total		67	87,0%	3	3,9%	7	9,1%	77	100,0%

La tabla 9 nos muestra el tipo de compañero sexual en las relaciones sexuales penetrativas en los estudiantes de postgrados. Como puede verse la mayoría solo a tenido relaciones sexuales con personas de otros sexos, pero el 9.1% reconoce haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo con relación a los estudiantes de pregrados el 86.8% de los hombres reconoce haber tenido este tipo de prácticas sexual. Con relación a las mujeres de pregrados, un 5.3% manifiesta o reconoce haber tenido relaciones con personas del mismo sexo, mientras que en postgrado no reconoce haber tenido este tipo de práctica lo cual nos indica que el porcentaje de bisexualidad y homosexualidad entre los estudiantes de pregrado es superior al de postgrado.

Tabla No. 9 Descripción del tipo de pareja en relaciones sexuales penetrativas.

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
SUS RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS HAN SIDO HASTA EL MOMENTO	Sólo con el otro sexo	30	90,9%	43	93,5%	73	92,4%
	Principalmente del otro sexo	3	9,1%			3	3,8%
	No he tenido relaciones sexuales			3	6,5%	3	3,8%
Total		33	100,0%	46	100,0%	79	100,0%

La tabla 10 describe el número de compañeros sexuales para el coito vaginal de las personas que respondieron esta pregunta. Puede observarse que ninguna mujer informa haber tenido más de 10 compañeros sexuales, mientras que en pregrado el 3.5% de las mujeres a tenido entre 11 a 20 parejas sexuales, y el 3.6% de ellas a tenido más de 21 parejas.

Tabla No. 10 Descripción del número de parejas sexuales en relaciones sexuales vaginales

Parejas	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total	Porcentaje
1	4	16.0	16	43.2	20	32.3
2 - 4	3	12.0	19	51.4	22	35.5
5 - 7	8	32.0	0	0	8	12.9
8 - 10	2	8.0	2	5.4	4	6.5
11 - 15	4	16.0	0	0	4	6.5
16 - 20	2	8.0	0	0	2	3.2
MAS DE 21	2	8.0	0	0	2	3.2
TOTAL	25	100	37	100	62	100

COITO ANAL

El 53.5% de las personas que respondieron las preguntas sobre coito anal (61.1 de los hombres y 48.0 de las mujeres) reportaron haber tenido relación penetrativa anal con su actual pareja regular . El 71.4% de esas personas informaron que nunca había usado condón en esas relaciones. Esto muestra que el sexo anal es un comportamiento que forma parte integral de las parejas y que la gran mayoría no se protege adecuadamente .

La primera relación anal en los hombres se presenta a los 20,4 años , con una desviación típica de 6.0 y en las mujeres a los 27.6 años con una desviación típica de 3.5 . La prueba chi-cuadrado muestra que esta diferencia es significativa ($p < 0.05$). Esto significa que los hombres inician mucho más temprana las relaciones anales . En estudiantes de pregrados se encontró que las primeras experiencias de coito anal se produce por lo general a los 19 años. Y el 39.7 de los hombres informo haber penetrado analmente a su actual pareja regular y el 21.1% de las mujeres informo haber sido penetrada analmente por su actual compañero sexual regular

La tabla 11 nos muestra el conocimiento que sobre la vida sexual pasada de su pareja tienen las personas. Como puede verse, la mayoría de las mujeres conocen acerca del pasado sexual de sus compañeros mientras que los hombres en su mayoría no conocen el pasado sexual de sus compañeras. Muy probablemente la cultura machista del caribe colombiano facilita que los hombres

expresen y se reafirmen en su hombría hablando de su experiencia sexual. Las mujeres por el contrario tratan de ocultar su pasado sexual para evitar los señalamientos que esto podría traer para sus valores y su ética moral.

Tabla No. 11 Conocimiento de la experiencia sexual de la pareja actual

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
CONOCIMIENTO DE PAREJAS SEXUALES DE PAREJA ACTUAL EN EL PASADO	Si	13	44,8%	38	95,0%	51	73,9%
	No	11	37,9%	1	2,5%	12	17,4%
	No sé	5	17,2%	1	2,5%	6	8,7%
Total		29	100,0%	40	100,0%	69	100,0%

La tabla 12 muestra la seguridad que las personas tienen de no estar contagiadas con el VIH/SIDA con respecto así mismo y a su pareja. Como puede verse solamente el 31.1% de las personas sabe que no esta contagiada con el VIH/SIDA porque si aplicaron la prueba y el resultado fue negativo. El 19% de las personas sabe que su pareja no esta contagiada con el VIH/SIDA porque su pareja se hizo la prueba y salió negativo. Estos porcentajes son muchos más altos que los encontrados en pregrado el 10.7% sabe que no tienen VIH/SIDA porque se aplico la prueba y el 13.0% sabe que su pareja no esta contagiada por VIH/SIDA porque se aplico la prueba.

Estos resultados son preocupantes porque parece que las personas creen que pueden estar seguras de no estar contagiadas por el hecho de lucir saludable cuando la realidad muestra que personas que lucen saludable pueden estar contagiadas.

Tabla No. 12 Descripción de la seguridad con respecto a la persona y a la pareja.

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
SEGURIDAD RESPECTO A USTED	Se aplicó prueba con resultado negativo	8	29,6%	14	33,3%	22	31,9%
	No comportamientos sexuales de riesgo	12	44,4%	11	26,2%	23	33,3%
	Seguridad sin prueba para SIDA	7	25,9%	10	23,8%	17	24,6%
	No seguridad por NO prueba			7	16,7%	7	10,1%
Total		27	100,0%	42	100,0%	69	100,0%
SEGURIDAD RESPECTO A SU PAREJA	Se aplicó prueba con resulta negativo	4	15,4%	8	21,6%	12	19,0%
	No comportamientos sexuales riesgosos	16	61,5%	11	29,7%	27	42,9%
	Seguridad aunque sin prueba	4	15,4%	8	21,6%	12	19,0%
	No seguridad no prueba	2	7,7%	10	27,0%	12	19,0%
Total		26	100,0%	37	100,0%	63	100,0%

ACUERDOS DE PROTECCIÓN CON LA PAREJA

El 36.5 de las personas (40.0% de los hombres y 34.1% de las mujeres) reportaron que si han tenido un acuerdo de protección contra el VIH/SIDA con su pareja, y lo han cumplido. El 5.4% informó que habían tenido un tipo de acuerdo pero no lo cumplieron. Los demás no han hecho acuerdo con su pareja para protegerse del contagio del VIH/SIDA. González y colaboradores (2000) en los estudiantes de pregrados encontró el 35.7% establecieron algún tipo de acuerdo y lo cumplieron, el 8.8% , establecieron acuerdos con su pareja pero no cumplieron. Aunque los porcentajes son similares es preocupante observar que la gran mayoría no tienen un acuerdo para protegerse del contagio, como si se esperara que cada uno de los miembros no tuviera la obligación y responsabilidad de tomar

medidas concretas para promover la salud sexual y prevenir la transmisión del VIH/SIDA

Tabla No. 13 Descripción de la percepción de riesgo

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
PRESENTE RIESGO ANTES	Siempre	7	25,0%	17	37,8%	24	32,9%
	Casi siempre	5	17,9%	7	15,6%	12	16,4%
	Unas Si otras No	3	10,7%	5	11,1%	8	11,0%
	Casi nunca	8	28,6%	8	17,8%	16	21,9%
	Nunca	5	17,9%	8	17,8%	13	17,8%
Total		28	100,0%	45	100,0%	73	100,0%
PRESENTE RIESGO AHORA	Siempre	17	63,0%	22	52,4%	39	56,5%
	Casi siempre			4	9,5%	4	5,8%
	Unas Si otras No	1	3,7%	3	7,1%	4	5,8%
	Casi nunca	3	11,1%	9	21,4%	12	17,4%
	Nunca	6	22,2%	4	9,5%	10	14,5%
Total		27	100,0%	42	100,0%	69	100,0%

La tabla 13 muestra la frecuencia, por sexo, de la percepción del riesgo que tenían presente antes, y que tienen presente ahora, con respecto al riesgo de contagiarse con el VIH/SIDA como puede verse solo 42.9% de los hombres y el 53.4% de las mujeres estaban antes, siempre y casi siempre, pendientes de riesgo del contagio. Ahora esos porcentajes han subido, en el caso de los hombres a 63.0% y en las mujeres al 61.9%. Aun así es preocupante observar que el 31.9 % de las personas nunca o casi nunca piensan en el peligro de contagiarse con el VIH/SIDA. González y colaboradores encontraron que el 41.1 esto ocurría en los estudiantes de pregrado.

USO DEL CONDÓN

Todos los hombres que reportaron que sienten que están en alto riesgo con la adquisición del VIH/ SIDA, informaron que nunca y pocas veces han usado condón en coito vaginal ocasional. Lo mismo ocurrió en el caso de las relaciones penetrativas vaginales ocasionales.

El 30.6% de las personas informaron que nunca han usado condón en las relaciones sexuales con penetración vaginal. El 71.4% de las personas informaron que nunca había usado condón en las relaciones penetrativas anales con sus parejas regulares. Solo el 18.2% de las personas han usado condones todas las veces que han tenido relaciones sexuales penetrativas vaginales con parejas ocasionales. El 40.9% nunca y pocas veces a usado condones en estas relaciones. El 87.5% nunca y pocas veces a usado condones en las relaciones penetrativas anales con parejas ocasionales. El 44.8% reporto no usar condones en las relaciones sexuales penetrativas bajo los efectos de alcohol o drogas.

Los hombres señalaron un 57.1% que son ellos los que siempre proporcionaron el condón para la relación sexual. Las mujeres señalaron en un 47.6% que su compañero es el que proporciona el condón durante la relación sexual. El 66.7% de los hombres y 88.2% de las mujeres informo que nunca lleva consigo condones el 44.8% de las personas informa que a comprado personalmente los condones para su relación sexual. El 9.8% a dicho que los a evitado comprar por sentir pena. González y colaboradores (2000) Encontró que en pregrado el 47.6%

de las personas habían comprado condones para la relación sexual y el 17.3% no lo habían hecho por sentir pena.

Tabla No. 14 Uso del condón en una eventual relación sexual ocasional

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
USO DE CONDOM EN UNA EVENTU RELACION SEXU OCASIONAL	Si	16	55,2%	27	56,3%	43	55,8%
	Dependería de	1	3,4%			1	1,3%
	No sé	4	13,8%	2	4,2%	6	7,8%
	No tendría sex ocasional	8	27,6%	19	39,6%	27	35,1%
Total		29	100,0%	48	100,0%	77	100,0%

Tabla No. 15 Características del uso del condón

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
COLOCA EL CONDON DE TAL FORMA QUE LLEGUE A LA BASE DEL PENE	Siempre	17	81,0%	19	90,5%	36	85,7%
	Casi siempre	3	14,3%			3	7,1%
	Nunca	1	4,8%	2	9,5%	3	7,1%
	Total	21	100,0%	21	100,0%	42	100,0%
USA EL MISMO CONDON EN MAS DE UNA COITO	Unas Si otras No	1	5,0%			1	2,4%
	Casi nunca			1	4,5%	1	2,4%
	Nunca	19	95,0%	21	95,5%	40	95,2%
Total	20	100,0%	22	100,0%	42	100,0%	
PENETRA O ES PENETRADO(A) SIN CONDON POR UN MOMENTO Y LUEGO CON CONDON	Siempre	1	5,9%	5	22,7%	6	15,4%
	Casi siempre			2	9,1%	2	5,1%
	Unas Si otras No	1	5,9%	2	9,1%	3	7,7%
	Casi nunca	3	17,6%	4	18,2%	7	17,9%
	Nunca	12	70,6%	9	40,9%	21	53,8%
Total	17	100,0%	22	100,0%	39	100,0%	
DESPUES DE LA EYACULACION RETIRA EL PENE DE LA VAGINA ANTES DE QUE VUELVA A SU ESTADO DE FLACIDEZ	Siempre	10	47,6%	14	70,0%	24	58,5%
	Casi siempre	2	9,5%			2	4,9%
	Unas Si otras No	2	9,5%	4	20,0%	6	14,6%
	Casi nunca	1	4,8%			1	2,4%
	Nunca	6	28,6%	2	10,0%	8	19,5%
Total	21	100,0%	20	100,0%	41	100,0%	
UTILIZA CREMAS, VASELINAS U OTRAS SUSTANCIAS COMO LUBRICANTES	Casi siempre	1	5,3%	1	4,5%	2	4,9%
	Unas Si otras No	2	10,5%			2	4,9%
	Casi nunca			2	9,1%	2	4,9%
	Nunca	16	84,2%	19	86,4%	35	85,4%
Total	19	100,0%	22	100,0%	41	100,0%	
VERIFICA LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONDON ANTES DE USARLO	Siempre	11	55,0%	14	63,6%	25	59,5%
	Casi siempre	2	10,0%			2	4,8%
	Unas Si otras No			1	4,5%	1	2,4%
	Casi nunca	2	10,0%	3	13,6%	5	11,9%
	Nunca	5	25,0%	4	18,2%	9	21,4%
Total	20	100,0%	22	100,0%	42	100,0%	
GUARDA EL CONDON EN EL BOLSILLO TRASERO DEL PANTANLON Y/O EN LA BILLETERA QUE USA EN	Siempre	3	15,0%	2	10,5%	5	12,8%
	Unas Si otras No	2	10,0%	1	5,3%	3	7,7%
	Casi nunca			1	5,3%	1	2,6%
	Nunca	15	75,0%	15	78,9%	30	76,9%
Total	20	100,0%	19	100,0%	39	100,0%	

La tabla 15 indica la forma como se utiliza el condón y las precauciones que se tienen con respecto a su uso. Hay que resaltar que tanto hombres, el 81%, como el 91% de las mujeres, coloca el condón de tal forma que llegue a la base del pene. El 95.2% de los encuestados manifiesta que nunca a utilizado el condón mas de una vez. El 53.8% siempre verifica la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo. El 76.9% nunca guarda el condón en el bolsillo trasero del

pantalón y/o billetera.

González y colaboradores(2.000) encontraron que el 73,4% de los hombres coloca el condón de tal forma que llegue a la base del pene, el 86,3%, nunca usa el mismo condón en mas de un coito.

En los estudiantes de pregrado cerca de la tercera parte de las personas es penetrada antes de colocarse el condón y no revisan la fecha de vencimiento.

Todo lo contrario ocurre en los estudiantes de postgrado donde un gran porcentaje de éstos tienen en cuenta éstas características al usar el condón. Lo anterior refleja que los estudiantes de postgrado demuestran tener mayor conocimientos con respecto al uso del condón al tener relaciones coitales.

La tabla 16 indica que el 46.5% informa que al desear usar condón en una relación sexual nunca lo expresa y tiene relaciones sin condón. El 71.4% nunca ha deseado usar condón y no lo ha expresado. El 48.5% siempre ha deseado usar condón, lo expresa y tiene relaciones con condón.

Tanto hombres como mujeres manifiestan tener deseos de usar el condón pero el porcentaje de su uso es bastante bajo

Tabla No. 16 Características del deseo con respecto al uso del condón

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
HA DESEADO USAR CONDON Y NO LO HA EXPRESADO	Casi siempre	1	5,6%			1	2,4%
	Unas Si otras No	3	16,7%	4	16,7%	7	16,7%
	Casi nunca	1	5,6%	3	12,5%	4	9,5%
	Nunca	13	72,2%	17	70,8%	30	71,4%
Total		18	100,0%	24	100,0%	42	100,0%
HA DESEADO USAR CONDON LO EXPRESA TIENE RELACIONES SI CONDON	Siempre	5	26,3%	4	16,7%	9	20,9%
	Casi siempre	1	5,3%	1	4,2%	2	4,7%
	Unas Si otras No	3	15,8%	7	29,2%	10	23,3%
	Casi nunca	1	5,3%	1	4,2%	2	4,7%
	Nunca	9	47,4%	11	45,8%	20	46,5%
Total		19	100,0%	24	100,0%	43	100,0%
HA DESEADO USAR CONDON, LO EXPRESA Y TIENE RELACIONES CON CONDON	Siempre	7	50,0%	9	47,4%	16	48,5%
	Casi siempre	2	14,3%	2	10,5%	4	12,1%
	Unas Si otras No			4	21,1%	4	12,1%
	Casi nunca	1	7,1%	1	5,3%	2	6,1%
	Nunca	4	28,6%	3	15,8%	7	21,2%
Total		14	100,0%	19	100,0%	33	100,0%
HA DESEADO TENER RELACIONES SEXUALES SIN CONDON Y CONVENCE A SU PAREJA DE ELLO	Siempre	3	20,0%			3	9,1%
	Casi siempre	2	13,3%			2	6,1%
	Unas Si otras No	1	6,7%	3	16,7%	4	12,1%
	Casi nunca	1	6,7%	5	27,8%	6	18,2%
	Nunca	8	53,3%	10	55,6%	18	54,5%
Total		15	100,0%	18	100,0%	33	100,0%

Tabla No. 17 Cambios generales de la sexualidad por el VIH/SIDA por sexo

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
CAMBIO EN COMPORTAMIENTO SEXUAL POR EL SIDA	Totalmente	15	55,6%	9	26,5%	24	39,3%
	Mucho	7	25,9%	4	11,8%	11	18,0%
	Más o menos	2	7,4%	6	17,6%	8	13,1%
	Poco	1	3,7%	4	11,8%	5	8,2%
	Nada	2	7,4%	11	32,4%	13	21,3%
Total		27	100,0%	34	100,0%	61	100,0%

La tabla 17 muestra el cambio en el comportamiento sexual por el VIH/SIDA , el

55.6% de los hombres a cambiado totalmente su comportamiento, mientras que el 44.2% de las mujeres a cambiado poco o nada su comportamiento sexual, lo cual es preocupante puesto que prevalece una falsa percepción del riesgo. De igual forma en los estudiantes de pregrado González y colaboradores(2000) encontraron que los hombres parecen estar mas conscientes del riesgo y son los que han cambiado su comportamiento sexual.

Tabla No. 18 Cambios del comportamiento sexual por el VIH/SIDA por sexo

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
CAMBIOS HECHO POR EL SIDA	CONDON SIEMPRE EN REL. OCASIONAL	7	25,9%	1	2,9%	8	13,1%
	CONDON SIEMPRE EN SEXO REGULAR	1	3,7%	3	8,8%	4	6,6%
	CONDON MAYOR FRECUENCIA	2	7,4%	2	5,9%	4	6,6%
	NO TRABAJADORES(AS) SEXUALES	10	37,0%	2	5,9%	12	19,7%
	DISMINUCION DE TRABAJADORES(AS) SEXUALES	2	7,4%			2	3,3%
	DISMINUCION NUMERO DE RELACIONES SEXUALES	3	11,1%			3	4,9%
	RELACIONES SEXUALES MONOGAMICAS	12	44,4%	24	70,6%	36	59,0%
	OPCION POR ABSTINENCIA	2	7,4%	5	14,7%	7	11,5%
	DISMINUCION NUMERO PAREJAS SEXUALES	4	14,8%			4	6,6%
	NO AL SEXO ANAL Y/O ORAL	1	3,7%	1	2,9%	2	3,3%
	FINALIZO CON PAREJA DE RIESGO						
	USO SIEMPRE CONDON CON TRABASEX	1	3,7%			1	1,6%
	NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES			4	11,8%	4	6,6%
	Total		27	100,0%	34	100,0%	61

La tabla 18 indica los cambios realizados en el comportamiento sexual; González y colaboradores(2000) encontraron que en los hombres éste cambio se a reflejado en la utilización del condón con parejas ocasionales y el evitar contactos con las trabajadoras sexuales, en las mujeres el mayor cambio se concentra en mantener relaciones sexuales monogámicas. En los estudiantes de postgrado el 59% éstos cambios han sido evidentes tanto en los hombres como en las mujeres en mantener relaciones sexuales monogámicas, ósea que existe una prevalencia a mantener relaciones sexuales con pareja exclusiva o regular estable.

Prueba de VIH/SIDA

Tabla No. 19 Aplicación de la prueba de VIH/SIDA

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
SE HA PRACTICADO LA PRUEBA DEL SIDA	Si	12	34,3%	17	34,7%	29	34,5%
	No	23	65,7%	32	65,3%	55	65,5%
Total		35	100,0%	49	100,0%	84	100,0%

La tabla 19 muestra que 29 personas (12 hombres y 17 mujeres) se han practicado la prueba del VIH/SIDA.

Es preocupante que el 65,5% no se ha practicado la prueba del VIH/SIDA, por lo tanto desconocen si con portadores de la infección y en la mayoría de los casos se desconocen los antecedentes o historia sexual de la pareja o compañera(o),

debido al tipo de relación monogámica que mantiene la mayoría de las personas encuestados / as.

La tabla 20 indica la mayor razón para haberse aplicado la prueba de VIH/SIDA ,el 32.1% respondió que lo hizo por decisión propia, tanto hombres como mujeres.

Tabla No. 20 Razones para la aplicación de la prueba de VIH/SIDA

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
RAZONES PARA HABERSE APLICADO LA PRUEBA DE VIH/SIDA	Por donación de sangre	4	36,4%	3	17,6%	7	25,0%
	Decisión propia	4	36,4%	5	29,4%	9	32,1%
	Despejar dudas	1	9,1%	0	,0%	1	3,6%
	Recibió transfusión	0	,0%	1	5,9%	1	3,6%
	Prescripción médica	0	,0%	3	17,6%	3	10,7%
	Oportunidad campaña	2	18,2%	3	17,6%	5	17,9%
	otras razones	0	,0%	2	11,8%	2	7,1%
Total		11	100,0%	17	100,0%	28	100,0%

La tabla 21 muestra las razones que tienen las personas para no aplicarse la prueba de VIH/SIDA. El 58.2% manifiesta que no lo ha considerado necesario; del total de la muestra el 67,7% con mujeres y el 45.8% son hombres; prevalece en éstas personas la creencia que al mantener relaciones sexuales con pareja regular se está en protección para no contagiarse. Lo anterior es bastante alarmante para las personas que mantienen noviazgos y los que conviven con parejas o mantienen algún tipo de relación estable con una pareja.

Tabla No. 21 Razones para la no aplicación de la prueba de VIH/SIDA

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
MOTIVOS PARA NO PRUEBA VIH SIDA	POR MIEDO	2	8,3%	4	12,9%	6	10,9%
	NO HA SABIDO COMO Y DONDE	2	8,3%	0	,0%	2	3,6%
	COMO PAGARLA	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	NO HA CONSIDERADO NECESARIO	11	45,8%	21	67,7%	32	58,2%
	NO SE CREE PORTADOR(A)	8	33,3%	7	22,6%	15	27,3%
	PREFIERE NO SABERLO	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	NUNCA RELACIONES SEXUALES	0	,0%	2	6,5%	2	3,6%
	OTRA RAZONES	2	8,3%	5	16,1%	7	12,7%
Total		24	100,0%	31	100,0%	55	100,0%

De igual forma González y colaboradores(2000) encontraron que el 53.3% de los/as encuestados / as que la mayor razón para aplicarse la prueba del VIH/SIDA es porque no lo a considerado necesario. Del total de la muestra el 55.2% eran mujeres y el 50.5% hombres.

Se coincide con la actual investigación en donde la actividad sexual de las personas es alta y el nivel de vulnerabilidad lo da el hecho de mantener una relación regular sobre todo en las mujeres.

La tabla 22 muestra el nivel de percepción de riesgo para la adquisición del VIH//SIDA el 32.7% de las mujeres considera que no ha tenido ningún riesgo de contagio y los hombres el 25.7% ; lo anterior indica que existe una falsa y baja

percepción de riesgo , lo que hace más propenso a estas personas al creer que al mantener relaciones sexuales con pareja regular , no corren riesgo, sin tener en cuenta el tipo de práctica o comportamiento sexual que se tenga.

Tabla No. 22 Percepción de riesgo de adquisición del VIH/SIDA

		SEXO				Tptal	
		Masculino		Femenino		Frec.	% col.
		Frec.	% col.	Frec.	% col.		
PERCEPCION DE RIESGO PARA ADQUISICION DEL VIH	Alto	4	11,4%	3	6,1%	7	8,3%
	Moderado	7	20,0%	9	18,4%	16	19,0%
	Bajo	5	14,3%	8	16,3%	13	15,5%
	Muy bajo	10	28,6%	13	26,5%	23	27,4%
	Nungún riesgo	9	25,7%	16	32,7%	25	29,8%
Total		35	100,0%	49	100,0%	84	100,0%

La tabla 23 indica el abordaje del tema del VIH/SIDA con parejas ocasionales el 38.5% de los encuestados / as siempre tiene presente, hablando sobre el tema del VIH/SIDA al mantener relaciones sexuales con éste tipo de parejas, las mujeres presentan un menor porcentaje en comparación con los hombres, esto indica la necesidad de desarrollar acuerdas o estrategias de comunicación entre las parejas y en especial las personas que mantiene relaciones con parejas ocasionales puesto que el riesgo es alto.

Tabla No. 23 Abordaje del tema con parejas ocasionales

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Recuento	% col.
		Recuento	% col.	Recuento	% col.		
ABORDAJE DEL TEMA DE RIESGO PARA VIH CON PAREJAS OCASIONALES	Siempre	7	36,8%	3	42,9%	10	38,5%
	La mayoría de las veces	3	15,8%			3	11,5%
	Unas Si otras No	3	15,8%			3	11,5%
	Algunas veces	2	10,5%	2	28,6%	4	15,4%
	Nunca	4	21,1%	2	28,6%	6	23,1%
Total		19	100,0%	7	100,0%	26	100,0%

Tabla No. 24 Clasificación de Prácticas Sexuales según Riesgo.

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Recuento	% col.
		Recuento	% col.	Recuento	% col.		
PENETRACION VAGINAL	Ningún	2	6,5%	1	2,2%	3	3,9%
	Menor	4	12,9%	2	4,4%	6	7,9%
	Moderado	2	6,5%	5	11,1%	7	9,2%
	alto	23	74,2%	37	82,2%	60	78,9%
Total		31	100,0%	45	100,0%	76	100,0%
PENETRACION ANAL	Ningún			1	2,2%	1	1,4%
	Menor			1	2,2%	1	1,4%
	Moderado	3	11,1%			3	4,2%
	alto	24	88,9%	43	95,6%	67	93,1%
Total		27	100,0%	45	100,0%	72	100,0%
DAR SEXO ORAL	Ningún	4	14,3%	9	23,1%	13	19,4%
	Menor	8	28,6%	2	5,1%	10	14,9%
	Moderado	5	17,9%	13	33,3%	18	26,9%
	alto	11	39,3%	14	35,9%	25	37,3%
	No sé			1	2,6%	1	1,5%
Total		28	100,0%	39	100,0%	67	100,0%
BESOS BOCA BOCA	Ningún	13	50,0%	21	50,0%	34	50,0%
	Menor	6	23,1%	13	31,0%	19	27,9%
	Moderado	3	11,5%	7	16,7%	10	14,7%
	alto	3	11,5%	1	2,4%	4	5,9%
	No sé	1	3,8%			1	1,5%
Total		26	100,0%	42	100,0%	68	100,0%
MASTURBAR PAREJA FEMENINA	Ningún	14	51,9%	28	68,3%	42	61,8%
	Menor	8	29,6%	4	9,8%	12	17,6%
	Moderado	2	7,4%	5	12,2%	7	10,3%
	alto	1	3,7%	2	4,9%	3	4,4%
	No sé	2	7,4%	2	4,9%	4	5,9%
Total		27	100,0%	41	100,0%	68	100,0%
MASTURBAR PAREJA MASCULINA	Ningún	19	73,1%	27	67,5%	46	69,7%
	Menor	4	15,4%	2	5,0%	6	9,1%
	Moderado	1	3,8%	7	17,5%	8	12,1%
	alto	1	3,8%	1	2,5%	2	3,0%
	No sé	1	3,8%	2	5,0%	3	4,5%
	11			1	2,5%	1	1,5%
Total		26	100,0%	40	100,0%	66	100,0%
SEXO ORAL PAREJA MASCULINA DIN EYACULACION	Ningún	5	17,9%	17	39,5%	22	31,0%
	Menor	11	39,3%	12	27,9%	23	32,4%
	Moderado	8	28,6%	5	11,6%	13	18,3%
	alto	2	7,1%	6	14,0%	8	11,3%
	No sé	2	7,1%	3	7,0%	5	7,0%
Total		28	100,0%	43	100,0%	71	100,0%

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino		Recuento	% col.
		Recuento	% col.	Recuento	% col.		
SEXO ORAL PAREJA MASCULINA CON EYACULACION	Nungún	3	10,7%	6	14,0%	9	12,7%
	Menor	7	25,0%	4	9,3%	11	15,5%
	Moderado	8	28,6%	7	16,3%	15	21,1%
	alto	7	25,0%	25	58,1%	32	45,1%
	No sé	3	10,7%	1	2,3%	4	5,6%
Total		28	100,0%	43	100,0%	71	100,0%
SEXO ORAL PAREJA FEMENINA	Nungún	6	21,4%	11	28,2%	17	25,4%
	Menor	7	25,0%	11	28,2%	18	26,9%
	Moderado	7	25,0%	5	12,8%	12	17,9%
	alto	5	17,9%	11	28,2%	16	23,9%
	No sé	3	10,7%	1	2,6%	4	6,0%
Total		28	100,0%	39	100,0%	67	100,0%
RELACIONES SEXUALES PAREJA EXCLUSIVA	Nungún	20	69,0%	17	39,5%	37	51,4%
	Menor	7	24,1%	14	32,6%	21	29,2%
	Moderado			6	14,0%	6	8,3%
	alto	1	3,4%	6	14,0%	7	9,7%
	No sé	1	3,4%			1	1,4%
Total		29	100,0%	43	100,0%	72	100,0%
RELACIONES SEXUALES SIN CONDON PAREJA DESCONOCIDA	Nungún	2	5,9%	2	4,4%	4	5,1%
	Menor	1	2,9%	1	2,2%	2	2,5%
	Moderado	2	5,9%	2	4,4%	4	5,1%
	alto	29	85,3%	40	88,9%	69	87,3%
Total		34	100,0%	45	100,0%	79	100,0%
RELACIONES SEXUALES SIN CONDON PAREJA CONOCIDA	Nungún	3	10,3%	5	11,4%	8	11,0%
	Menor	8	27,6%	11	25,0%	19	26,0%
	Moderado	8	27,6%	13	29,5%	21	28,8%
	alto	10	34,5%	15	34,1%	25	34,2%
Total		29	100,0%	44	100,0%	73	100,0%
RELACIONES SEXUALES OCASIONALES SIN CONDON	Nungún			1	2,3%	1	1,4%
	Moderado	2	6,9%	4	9,3%	6	8,3%
	alto	27	93,1%	38	88,4%	65	90,3%
Total		29	100,0%	43	100,0%	72	100,0%

La tabla 24 nos indica la clasificación de las prácticas sexuales según el riesgo ; esta muestra que la práctica sexual considerada de más alto riesgo es la relación sexual sin condón con pareja desconocida, la cual considera el 90.3% de los / as encuestados / as.

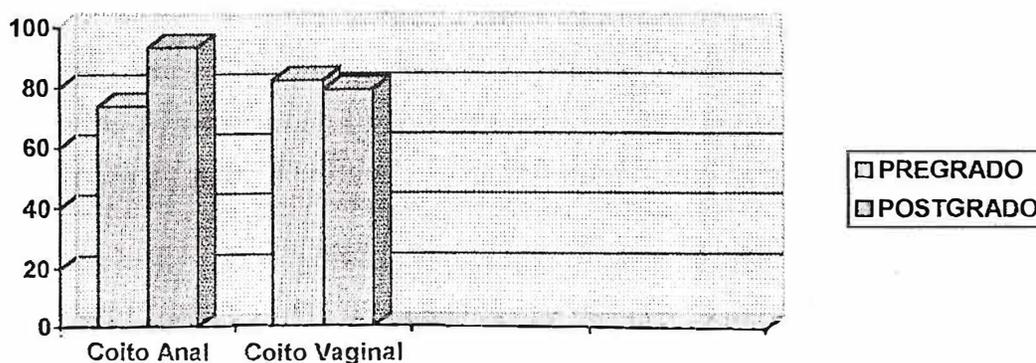
La relación sexual sin condón con pareja desconocida es clasificada como lata por un 87.3% de los/as estudiantes de postgrado.

Es relevante señalar que el coito anal es considerado con mayor nivel de riesgo en un 93.1% ; seguido de la penetración vaginal en un 78.9%.

Lo anterior indica que existe una acertada percepción del riesgo frente al VIH/SIDA a través de su contagio mediante este tipo de práctica sexual; González y colaboradores (2000) señalan que en pregrado el coito anal es visto de una forma errada como una practica sexual menos peligrosa que el coito vaginal.

Es necesario resaltar que el 51.4% de los encuestados / as consideran que al mantener relaciones sexuales con pareja exclusiva no representa ningún riesgo para la adquisición del VIH/SIDA.

Gráfica No. 5 Distribución de prácticas sexuales según la percepción del riesgo.



Esto es considerado como peligroso puesto que significa que las personas confían que no están corriendo riesgo de infectarse por el solo hecho de conocer a la otra persona y el componente afectivo- emocional les da un falso estado de vulnerabilidad.

El 32.7% de las mujeres y el 25.7% de los hombres consideran que no ha tenido ningún riesgo de contagio ; lo anterior indica una errónea y falsa percepción del riesgo al exponerse éstas personas en sus prácticas sexuales con pareja regular.

Los hombres han tenido en promedio 8.1% de noviazgos y las mujeres 3.8% relaciones de noviazgo; el promedio de noviazgos con relaciones sexuales es de 5.78% en los hombres y al 1.96% en las mujeres, esto quiere decir que los hombres han tenido mas noviazgos con relaciones sexuales que las mujeres; la edad promedio de la primera relación sexual vaginal en los hombres fue de 14.4 años y en las mujeres fue de 20.8 años.

Esto significa que los hombres inician mas tempranamente su actividad sexual y consecuencia el número de parejas sexuales es mayor en éstos que en las mujeres; producto de actitudes machistas que han prevalecido en nuestra cultura; conllevando a que los hombres se encuentren en un alto grado de exposición al riesgo de contagiarse con el VIH/SIDA; comparando esto con la información estadística de casos reportados en la ciudad de Barranquilla(2001) encontramos que la prevalencia de contagios es mayor en hombres que en las mujeres.

Con relación al tipo de parejas por sexo, la mayoría a tenido sólo parejas regulares, en los hombres un 84.8% y en las mujeres el 87.5%.

- El 86% sólo ha tenido coito vaginal con una pareja regular.
- El 14% ha tenido experiencia sexual con pareja ocasional.
- El 53.5% de las personas que respondieron las preguntas sobre coito anal, el 61.1% de los hombres y el 48% de las mujeres informaron haber tenido relación penetrativa anal con su actual pareja regular y el 71.4% de éstas personas informaron que nunca había usado condón en éste tipo de práctica, no existiendo ningún tipo de protección gran riesgo de contagio debido a lo peligroso de éste tipo de práctica, aunque teóricamente se reconoce que el riesgo es mayor que en el coito vaginal.

En éste sentido las mujeres se sienten protegidas por el hecho de conocer a su pareja regular, la que ingenuamente las expone a un alto nivel de contagio.

Esto se relaciona con el grado de seguridad que las personas tienen de no estar contagiados con el VIH/SIDA con respecto a sí mismo y a su pareja, solamente el 31% de las personas sabe que no está contagiada porque se aplicó la prueba y el resultado fue negativo.

El 19% de las personas sabe que su pareja no está contagiada con el VIH/SIDA porque su pareja salió negativa al realizarse la prueba, lo anterior significa que las personas creen que pueden estar seguras de no estar contagiadas por el hecho

de lucir saludables y porque se confía en la pareja en su aparente estado de fidelidad. El 65.5% desconocen si son portadores de la infección; en la mayoría de los casos se desconocen los antecedentes o historia sexual de la pareja.

Es preocupante que el 31.9% de las personas nunca o casi nunca piensan o tienen presente el peligro de contagiarse con el VIH/SIDA, por consiguiente se exponen al tener prácticas sexuales riesgosas y no toman ninguna precaución.

Tan sólo el 18.2% de las personas han usado condones todas las veces que han tenido relaciones sexuales penetrativas vaginales con parejas ocasionales.

El 30.6% de las personas informaron que nunca han usado condón en las relaciones sexuales con penetración vaginal; lo que indica que el uso del condón es bastante bajo; y las parejas establecen pocas estrategias de acuerdo utilizando éste mecanismo como medio preventivo.

Los hombres informaron que el 57.1% de ellos son los que siempre proporcionan el condón en una relación sexual; el 88.2% de las mujeres informaron que nunca llevan consigo condones. Los estudiantes de postgrado demuestran tener mayor conocimientos con respecto al uso del condón al tener relaciones coitales.

Como puede analizarse los estudiantes de postgrado se encuentran en riesgo de contagiarse con VIH/SIDA debido a que sus conocimientos son deficientes muy a

pesar del nivel educativo alcanzado y por sus edades, no se encontró diferencia significativa entre éstos aspectos ,de igual forma sus comportamientos y prácticas sexuales desprotegidas en la mayoría de las ocasiones representa una gran exposición al virus .

RECOMENDACIONES

La forma más eficaz de detener la pandemia del VIH/SIDA es interrumpir la cadena de transmisión vírica cambiando los comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención.

Ante esto es apremiante la necesidad de **educar** en salud sexual, a través de programas que apunten básicamente a la promoción de conocimientos e información sobre VIH/SIDA y de igual forma desarrollar talleres que puedan permitir aplicar lo teórico y llevarlo a la práctica, y esto sólo se logra con el cambio de actitudes y valores, lo que realmente permite autocuidarnos y propender por el bienestar de la humanidad.

Este proceso se debe dar en todos los niveles educativos aún a nivel de postgrado, porque se supone que el nivel de conocimientos es mayor; pero la realidad de la investigación demostró que el VIH/SIDA no excluye a personas analfabetas, profesionales, por su rol o condición social y que cualquier ser humano puede estar en riesgo por el hecho de ser ignorante de una información.

La Universidad ha iniciado un proceso de formación y se han realizado algunas

acciones significativas en materia de prevención del VIH/SIDA, en pregrado y postgrado pero se debe prestar mayor atención e invertir en proyectos que permitan desarrollar algunos módulos o que se logre la curricularización en los programas académicos que brinda la Universidad.

Con relación a las prácticas sexuales lo importante es que los programas educativos ofrezcan alternativas para que los involucrados tomen decisiones acertadas y seguras; para lo cual se debe dar información sobre los mecanismos de prevención: abstinencia sexual, uso adecuado del condón, fidelidad a la pareja, práctica de comportamiento sexual no penetrativas.

Como la gran mayoría de las personas que se encuentran en postgrado tienen pareja sexual regular (matrimonio, convivencia, noviazgo con relaciones sexuales) y su actividad sexual es alta, es necesario mejorar las habilidades comunicativas y el diálogo de parejas con relación a la responsabilidad sexual, aplicarse la prueba de VIH/SIDA y el uso sistemático del condón; es decir que se desarrollen estrategias o acuerdos de protección como pareja; puesto que la mayoría de las veces la mujer se expone con mayor frecuencia al virus, por lo tanto los programas deberían contemplar la perspectiva de igualdad de género con relación al abordaje de éste tema.

Romero(1998) Se hace necesario trabajar por la modificación y transformación de actitudes y creencias sexistas que les predisponen tanto en hombres y mujeres y

desde se condición genérica a tener comportamientos sexuales de riesgo para la salud sexual.

Un aspecto importante a tener en cuenta en el diseño de programas preventivos es el de disminuir el sentido de invulnerabilidad, hay que atacar la baja percepción de riesgo y la falta de concientización frente al VIH/SIDA, es eminente romper con el esquema mental “no estoy en el grupo de riesgo”.

De igual forma se deben continuar promoviendo las campañas gratuitas que hasta la fecha a liderado la Universidad con el apoyo de otras instituciones; puesto que de ésta manera muchos estudiantes podrán realmente conocer su estado con relación al virus, tal vez sea una forma de llegar mas a las personas y de enfrentarlas a la realidad; debido a que el temor que genera el sólo hecho de aplicarse la prueba es alto.

A continuación se realiza una breve propuesta contemplando algunos aspectos que justifican las recomendaciones planteadas.

Propuesta de Intervención: **La Educación Sexual como estrategia de Prevención del VIH/SIDA.**

En razón de la carencia de medios de lucha médica, ausentes las vacunas preventivas y los medicamentos capaces de eliminar el virus que se haya alojado en las personas infectadas, todavía en el momento no se dispone de otro recurso

que no sea la educación. Esta ofrece la posibilidad de reducir la aparición de nuevos contagios; aprender conductas racionales preventivas y adaptarlas como práctica permanente de cada uno sería la clave.

Tanto la salud como la educación son procesos de formación humana e institucional, por lo tanto son multicausales y multisectoriales, atañen a todos y cada uno de los seres humanos, individual y socialmente.

Rolando Hereñú (1988) considera que la educación es una acción intencional y organizada que procura lograr un doble propósito: por una parte inducir y estimular en cada uno de los individuos que componen una sociedad, con vistas a su propio desarrollo personal, cambios duraderos en las conductas que previamente surgían ante determinadas situaciones; por otra parte "sentido deseado", de acuerdo con pautas que en la sociedad se supone que tienen consenso.

Para que haya aprendizaje, es ineludible que cada individuo a quien se le pretende enseñar cualquier cosa que sea; tenga motivación, predisposición, voluntad para aprender. Nadie aprende nada que no quiera; puesto que el aprendizaje se da en el individuo, tiene lugar en él, es algo personal y exclusivo.

La Educación Sexual, tal como están dadas las cosas en éstos tiempos se hace imprescindible; la educación sobre la sexualidad es "mejor iniciarla antes y no un minuto después".

Educar ha sido siempre y en primer lugar, internalizar valores y producir actitudes en los individuos y grupos humanos, destinados a generar un tipo de comportamientos de acuerdo a los roles sociales resultantes de una estructura determinada de la sociedad.

Según Olivares(1988) educar es liberar, educar para la libertad es incentivar la capacidad creativa de los seres humanos, estimular el espíritu crítico y la autodecisión; la educación que promueve la creatividad resulta innovadora, abierta a la imaginación y al servicio del cambio.

La educación sexual es parte de la educación general e inseparable de la misma.

La educación sexual es aquella que internaliza valores y actitudes que harán que un ser humano se comporte como varón o mujer, en una determinada sociedad y de acuerdo a la expectativa que ésta establece.

Según González(2000) considera que con respecto a los valores es evidente la falta de responsabilidad, ternura, diálogo, placer sexual, fidelidad, solidaridad, respeto, autonomía , lealtad, equidad y justicia entre los géneros. La calidad de vida mejorará en la medida que mejoren los valores que orienten nuestra vida en pareja.

El conocimiento acerca de la sexualidad y la genitalidad es hoy universalmente conveniente y necesario, pero no ha sido ni es esencial de la educación sexual. Lo esencial se nutre de valores.

Según González (2000) es evidente, que por lo general, los costeños y las costeñas nacen en un hogar que no está preparado para darles una adecuada educación para la vida, la convivencia y el amor; que les permita lograr una vida sexual saludable, responsable, gratificante y constructiva.

La sociedad actual a permitido que factores superficiales la envuelvan, y haya quedado relegado los aspectos fundamentales como la educación, y por ende el hombre a interiorizado antivalores y en muchos casos ha optado por estilos de vida poco saludables.

“Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptar al medio ambiente. La salud se persigue no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana”(Carta de Ottawa 1996)OMS.

Así sentirse saludable es : amarse a sí mismo, aceptarse con sus cualidades y limitaciones, ser capaz de trabajar y sentirse satisfecho de hacerlo, poder comer, descansar, dormir cuando se sienten estas necesidades, tener ilusiones y derivar energía de ello para seguir adelante cada día, tener espacios de soledad y silencio para pensar, sorprenderse y disfrutar de la vida.

La forma como los sujetos construyen su propio proyecto de vida, con un énfasis en el autocuidado y la autorregulación, mediante conocimientos, creencias y

prácticas, dan como resultado estilos de vida, compuesto a su vez por hábitos, habilidades y valores para decidir lo que es y no es saludable.

Promover estilos de Vida Saludable no es tarea fácil. Bayés (1985) Identifica algunos obstáculos que dificultan el que las personas desarrollen hábitos y comportamientos sanos.

Algunos comportamientos no saludable suelen proporcionar una satisfacción inmediata y real ejemplo la inactividad, algunas comidas, el abuso de sustancias psicoactivas, etc., y por el contrario los efectos nocivos son remotos y solo probables. En éstas condiciones lo más posible es que las personas, si se les da a elegir escogerán la estimulación placentera cierta e inmediata, a no ser que hayan aprendido desde pequeños a demorar sus satisfacciones o a encontrar satisfacción igualmente placentera e inmediatas a través de comportamientos alternativos.

En el ámbito cognitivo es necesario proporcionar una información sobre los estilos de vida, factores de riesgo y consecuencias positivas y negativas que derivan de su toma de decisiones respecto a su estilo de vida.

La percepción cognitiva(asimilación personal de la información) del sujeto sobre el tema en cuestión va a ser la base de sus creencias sobre los resultados favorables o desfavorables de los distintos estilos de vida. Pero ésta percepción es

uno más de los determinantes del comportamiento humano, no es el único. La información por muy exhaustiva que sea no modifica las actitudes, ni el comportamiento.

Para ello se deben realizar acciones pedagógicas tendientes a la educación afectiva, encaminada hacia la formación de actitudes positivas hacia la salud y hacia estilos de vida saludable.

Estas acciones que se desarrollan en la educación sexual hacen referencia al reconocimiento de uno mismo, al desarrollo de la autoestima, al equilibrio afectivo, identificación sexual, a la expresión de sentimientos, a la maduración de lo personal y realización de su propio proyecto de vida.

Por eso es importante prevenir el virus del VIH a través de una sexualidad sana donde predomine el afecto, el cuidado, el respeto por sí mismo/a y el uso sistemático del condón.

BIBLIOGRAFÍA

BAYÉS, Ramón. SIDA y psicología, Ediciones Martínez roca, S.A. Barcelona. 1995.

CHAPARRO, Víctor Alfonso. El SIDA, un enfoque didáctico hacia la educación sexual. Editorial Cajanal EPS. 1998.

GUERRERO González, Pedro. la obra de la sexualidad, el amor y la familia. Pro libros Ltda. Santa Fe de Bogotá. 1997.

GONZÁLEZ, José Manuel. Amor e intimidad en el caribe Colombiano, Barranquilla enero del 2000. Editorial Antillas.

GONZALEZ, José Manuel; ROSADO ,Maria C,y otros. Pobreza, salud sexual y Desarrollo, Ediciones Plaza&Janes.Bogotá. 2000.

GONZÁLEZ, José Manuel; MARÍN Juan Carlos y otros. Juventud VIH/SIDA, una experiencia Universitaria en el caribe Colombiano, Barranquilla agosto del 2000 editorial Antillas

HERNÁNDEZ, Berta C, Peligros en el camino, jóvenes de éxito. Ibalpe Editores: México, S.A. 1995.

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ Carlos, Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México.2000.

MASTERS William, JOHNSON Virginia, KOLODNY Robert, La Sexualidad Humana. Ediciones Grijalbo: Barcelona .1995.

Ministerio de Educación, Lineamientos para la Educación en Estilos de Vida Saludables: Santafé de Bogotá, DC.1997.

Ministerio de Salud, Cruz roja colombiana, Manual del instructor hispano sobre VIH/SIDA. Bogotá. 1990

Ministerio de Salud. Ley 10 de 1990, decretos reglamentarios (Decreto 559 de 1991). Momo Ediciones 2000.

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

PAPALIA, Diane; WENDKOS Oldso. Desarrollo Humano. Edit. McGraw-Hill: Santafé de Bogotá, DC. Colombia 1997.

PEÑALOSA José. Lo esencial sobre el SIDA. Ediciones Paulinas, Santa Fé de Bogotá. 1994.

ROMERO Leonardo. Conocimientos y Comportamientos Sexuales de riesgo relacionados con VIH/SIDA. Centro de Asesoría y Consultoría .Barranquilla. 1998.

Secretaría de Salud Departamental, Centro de Atención y Rehabilitación Integral ESE CARI. Manual para la promoción de la convivencia pacífica y prevención de la violencia intrafamiliar. Barranquilla. 2001.

TONKS Douglas. Teaching AIDS. Routledge New York and London. 1996.

REFERENCIAS

BAYÉS Ramón. SIDA y Psicología. Ediciones Martínez Roca S.A. Barcelona, 1995.

BAYÉS R, Pastells S; TULDRÁ A. Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana VI en estudiantes universitarios. C.Med. Psicocom N° 33. 1996

CHAPARRO Víctor Alfonso. El SIDA: Un enfoque didáctico hacia la educación sexual. Editorial Cajanal EPS. Pág. 40,43,46,65.1998.

El Heraldo: Adolescentes con mas riesgo de contraer SIDA. 24 de Mayo de 2000, Barranquilla. Pág. 4

El Tiempo Caribe: Aumenta el SIDA en Barranquilla, 1 de Diciembre de 2001. Pág.1-5

El Tiempo: SIDA, problema de costo, 16 de Julio de 2000, Santafé de Bogotá.

El Tiempo: No es problema de Condón, Noviembre 29 de 1998, Santafé de Bogotá.

El Tiempo: El SIDA no sede, 29 de Noviembre de 2001, Santafé de Bogotá, Pág. 2

GONZÁLEZ José Manuel. Amor e intimidad en el caribe Colombiano. Barranquilla enero del 2000. Editorial Antillas

GONZÁLEZ José Manuel; MARÍN Juan Carlos y otros. Juventud VI/SIDA, una experiencia Universitaria en el caribe Colombiano, Barranquilla agosto del 2000 editorial Antillas

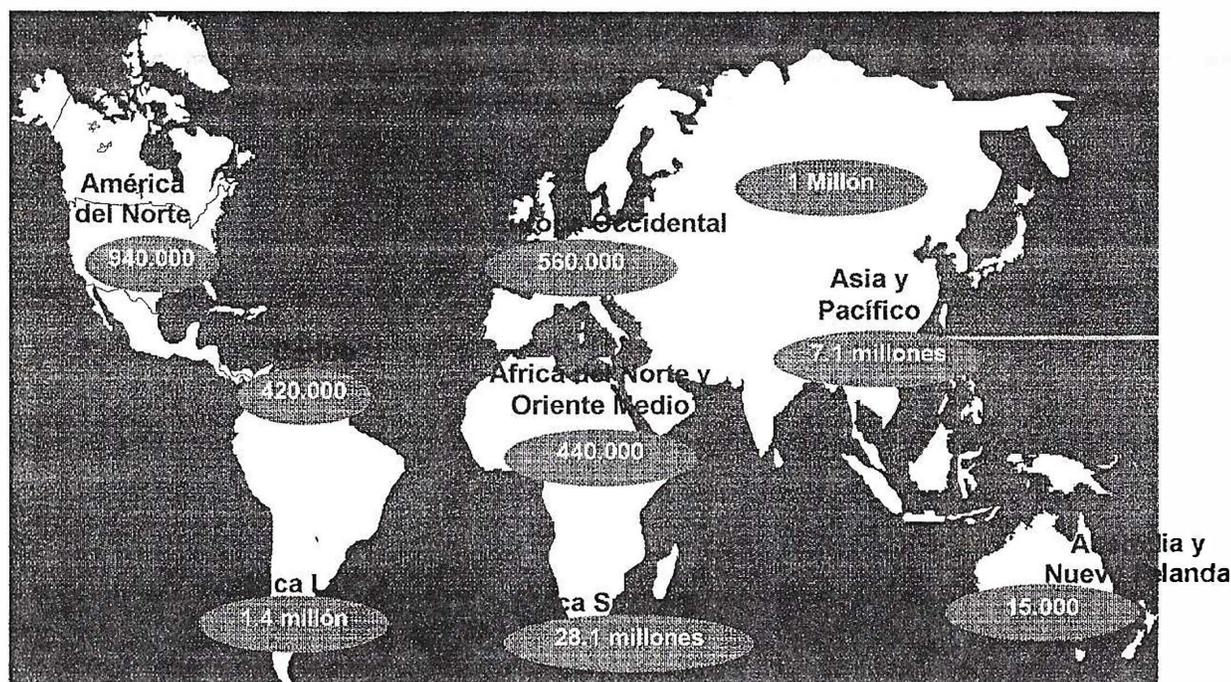
LOMBANA Olivos Andrés. Amor y SIDA, Santafé de Bogotá , 1994.

ONUSIDA. República de Colombia, Ministerio de Salud. Infección por VI y SIDA en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santafé de Bogotá. 1999. Pág. 111-113-120.

ANEXOS

POBLACIÓN AFECTADA POR EL SIDA 2001

40 MILLONES DE PERSONAS VIVEN CON SIDA O VIH EN 2001



- ❖ 40 millones de personas viven con el virus
- ❖ 1/3 de los enfermos de SIDA tienen entre 15 – 24 años
- ❖ 5 millones de nuevos casos en 2001
- ❖ 3 millones de muertos en 2001

Fuentes: OMS y UNAIDS.

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 comportamiento.

IDENTIFICACIÓN

1. FACULTAD	C	2. ESPECIALIZACIÓN	V. SEM		IX SEM	4. EDAD	5. SEXO	
							1. MAS	2. FEM

6. LUGAR DE PROCEDENCIA	7. AÑOS VIVIENDO EN BARRANQUILLA
Municipio :	<input type="checkbox"/> Toda la vida
Departamento :	

8. RELIGION
<input type="checkbox"/> 1. Católica <input type="checkbox"/> 2. T. de Jehová <input type="checkbox"/> 3. Evangélica <input type="checkbox"/> 4. Adventista <input type="checkbox"/> 5. Otra : _____

9. ESTADO DE PAREJA ACTUAL	10. CUAL ES SU ORIENTACION O PREFERENCIA SEXUAL ?
<input type="checkbox"/> 1. En matrimonio con convivencia <input type="checkbox"/> 2. En convivencia con Unión libre <input type="checkbox"/> 3. Separado(a) <input type="checkbox"/> 4. Viudo(a) <input type="checkbox"/> 5. Soltero(a) <input type="checkbox"/> 6. Otro tipo de relación estable: _____	<input type="checkbox"/> 1. Heterosexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas del otro sexo) <input type="checkbox"/> 2. Homosexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas del mismo sexo) <input type="checkbox"/> 3. Bisexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas de ambos sexos)

* Este cuestionario es una versión revisada (1997-98) del cuestionario elaborado por Leonardo Romero S. Codirector del CAC, María Claudia Caballero y Ana Mendoza candidatas a grado en 1995-96 de la Especialización en Educación Sexual de la U.I.S. realizado con base en el análisis de otros instrumentos.

11. 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, cuál : _____
12. 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 enciérrela 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. Sangre
 - 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.	Masturbar a una pareja femenina con penetración digital en la vagina					
6.	Masturbar una pareja masculina					
7.	Sexo oral pareja masculina sin eyaculación					
8.	Sexo oral pareja masculina con eyaculación					
9.	Sexo oral a pareja femenina					
10.	Relaciones sexuales penetrativas con pareja exclusiva					
11.	Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja desconocida					
12.	Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja conocida					
13.	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, cuál :

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, cuál :

4. 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 QUE ? :

5. 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.

6. 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

6. NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS

7. 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 PRACTICAS SEXUALES PENETRATIVAS

	Edad	Con que persona ?			
Primera relación sexual con penetración vaginal	7.1	7.2			
		1. Novio <input type="checkbox"/>	2. Amigo <input type="checkbox"/>	3. Esposo <input type="checkbox"/>	4. Prostituto <input type="checkbox"/>
		1. Novia <input type="checkbox"/>	2. Amiga <input type="checkbox"/>	3. Esposa <input type="checkbox"/>	4. Prostituta <input type="checkbox"/>
		Otra :			
Primera relación sexual con penetración anal	7.3	7.4			
		1. Novio <input type="checkbox"/>	2. Amigo <input type="checkbox"/>	3. Esposo <input type="checkbox"/>	4. Prostituto <input type="checkbox"/>
		1. Novia <input type="checkbox"/>	2. Amiga <input type="checkbox"/>	3. Esposa <input type="checkbox"/>	4. Prostituto <input type="checkbox"/>
		Otra :			

8. Cada uno de los siguientes cuadros explora el número de parejas sexuales y uso del condón en noviazgo, trabajadoras sexuales y parejas ocasionales con las que ha tenido relaciones sexuales vaginales (entienda por pareja sexual aquellas con quienes ha tenido relaciones sexuales penetrativas)

	NUMEROS DE PAREJAS	¿Con qué frecuencia se usó condón en estas las relaciones sexuales? (Si no ha tenido este tipo de relaciones sexuales en sus noviazgos responda la última alternativa)
8.1. En cuántos de sus NOVIAZGOS ha tenido relaciones sexuales VAGINALES?	En _____ de _____ noviazgos <input type="checkbox"/> En ninguno <input type="checkbox"/> NO he tenido noviazgo	<input type="checkbox"/> 1. Todas las veces <input type="checkbox"/> 2. Más veces SI que NO <input type="checkbox"/> 3. Unas SI otras NO <input type="checkbox"/> 4. Más veces NO que SI <input type="checkbox"/> 5. NUNca <input type="checkbox"/> 6. No he tenido Rel Sex vaginales en noviazgos

	NUMEROS DE PAREJAS	¿Con qué frecuencia se usó condón en estas las relaciones sexuales? (Si no ha tenido este tipo de relaciones sexuales en sus noviazgos responda la última alternativa)
8.2. En cuántos de sus NOVIAZGOS ha tenido relaciones sexuales PENETRACIÓN ANAL?	En _____ de _____ noviazgos <input type="checkbox"/> En ninguno <input type="checkbox"/> NO he tenido noviazgo	<input type="checkbox"/> 1. Todas las veces <input type="checkbox"/> 2. Más veces SI que NO <input type="checkbox"/> 3. Unas SI otras NO <input type="checkbox"/> 4. Más veces NO que SI <input type="checkbox"/> 5. NUNca <input type="checkbox"/> 6. No he tenido penetración anal en noviazgos

	NUMEROS DE PAREJAS	¿Con qué frecuencia se usó condón en estas las relaciones sexuales? (Si no ha tenido este tipo de relaciones sexuales en sus noviazgos responda la última alternativa)
8.3. Sin incluir trabajadoras sexuales, con cuántas parejas ocasionales ha tenido PENETRACIÓN VAGINAL?	# _____ <input type="checkbox"/> Con ninguna	<input type="checkbox"/> 1. Todas las veces <input type="checkbox"/> 2. Más veces SI que NO <input type="checkbox"/> 3. Unas SI otras NO <input type="checkbox"/> 4. Más veces NO que SI <input type="checkbox"/> 5. NUNca <input type="checkbox"/> 6. No he tenido Rel Sex vaginales con parejas ocasionales

	NUMEROS DE PAREJAS	¿Con qué frecuencia se usó condón en estas las relaciones sexuales? (Si no ha tenido este tipo de relaciones sexuales en sus noviazgos responda la última alternativa)
9.1. Con cuántas (os) trabajadoras (es) sexuales ha tenido relaciones con PENETRACIÓN VAGINAL?	# _____ <input type="checkbox"/> Con ninguna	<input type="checkbox"/> 1. Todas las veces <input type="checkbox"/> 2. Más veces SI que NO <input type="checkbox"/> 3. Unas SI otras NO <input type="checkbox"/> 4. Más veces NO que SI <input type="checkbox"/> 5. NUNca <input type="checkbox"/> 6. No he tenido Sexo con trabajadoras sexuales

	NUMEROS DE PAREJAS	¿Con qué frecuencia se usó condón en estas las relaciones sexuales? (Si no ha tenido este tipo de relaciones sexuales en sus noviazgos responda la última alternativa)
9.2. Con cuántas (os) trabajadoras (es) sexuales ha tenido relaciones con PENETRACIÓN ANAL?	# _____ <input type="checkbox"/> Con ninguna	<input type="checkbox"/> 1. Todas las veces <input type="checkbox"/> 2. Más veces SI que NO <input type="checkbox"/> 3. Unas SI otras NO <input type="checkbox"/> 4. Más veces NO que SI <input type="checkbox"/> 5. NUNca <input type="checkbox"/> 6. No he tenido Sexo con trabajadoras sexuales

10. 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 7 parejas	8 a 11 parejas	11 a 15 parejas	16 a 20 parejas	21 ó más parejas
10.1. Penetración vaginal	SI	NO	10.5							
10.2. Penetrar analmente (Sólo para los hombres)	SI	NO	10.6							
10.3. Recibir penetración anal	SI	NO	10.7							

11. En el siguiente cuadro anote SI ha tenido o NO Noviazgos y el número que ha tenido en su vida ?

Tipo de pareja			# de parejas
11.1. Ha tenido noviazgo(s)?	Si	No	11.2. Cuántos Noviazgos ha tenido en su vida? Incluyendo el noviazgo actual si lo tiene

12. 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

13. 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

13.1. SEGURIDAD RESPECTO A Ud.		13.2. 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)

14. 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 TENGO UNA PAREJA REGULAR

1. SI Y LO HEMOS CUMPLIDO 2. SI PERO NO LO HEMOS CUMPLIDO
 3. NO 4. OTRO, Cuál ? : _____

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

1. Sólo por prevenir el embarazo 5. NO TENGO NOVIAZGO ACTUALMENTE
 2. No lo usaría y prevendría embarazo con otro método 6. NO TENGO RELACIONES SEXUALES
 3. No se si lo usaría
 4. Lo usaría siempre aunque no tenga necesidad de prevenir embarazo

Por qué? _____

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

1. SI
 2. DEPENDERIA DE...
 3. NO SE
 4. NO TENDRIA RELACIONES SEXUALES OCASIONALES

Por qué? _____

17. 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
17.1. ANTES					
17.2. AHORA					

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

20. Con sus **PAREJAS SEXUALES OCASIONALES** aborda el tema del riesgo para adquirir la infección del virus del SIDA ?

- 1. Siempre
- 2. La mayoría de las veces
- 3. Unas SI otras NO
- 4. Algunas veces
- 5. Nunca

6. NO HE TENIDO REL. SEXUALES O PAREJAS SEXUALES OCASIONALES

21. Ha cambiado su comportamiento sexual como consecuencia del SIDA ?

- 1. Totalmente
- 2. Mucho
- 3. Más o menos
- 4. Poco
- 5. Nada

6. NO HE TENIDO REL. SEXUALES PENETRATIVAS

22. Señale cuál o cuáles de los siguientes cambios ha hecho ?

- 22.1. Utilizo condón siempre en una relación sexual penetrativa ocasional.
- 22.2. Utilizo condón siempre en una relación sexual penetrativa regular.
- 22.3. Utilizo condón con mayor frecuencia aunque no todas las veces.
- 22.4. No tengo relaciones sexuales con trabajadores (as) sexuales
- 22.5. He disminuido las relaciones sexuales con trabajadores(as) sexuales.
- 22.6. He disminuido el número relaciones sexuales penetrativas.
- 22.7. Tengo relaciones sexuales sólo con una pareja sexual.
- 22.8. He optado por la abstinencia sexual.
- 22.9. He disminuido el número de compañeras(os) sexuales.
- 22.10. He dejado de practicar el sexo anal y/o oral.
- 22.11. Terminé con mi pareja regular porque significaba un riesgo evidente de VIH para MI.
- 22.12. Si tengo relaciones sexuales con trabajadoras(es) sexuales lo hago siempre con condón.

22.13. NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS

23. 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 A LUGAR

24. Ha dejado de usar el condón en una relación sexual penetrativa realizada bajo los efectos del alcohol o de otra droga ?

- 1. Si
- 2. No
- 3. Nunca he tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o de otra droga

25. Con qué frecuencia te ha ocurrido ?

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

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

11. 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? _____

27. 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

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

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

29. Ha comprado usted condones para sus relaciones sexuales?

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

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

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

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

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

32. 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
32.1. Coloca el condón de tal forma que llegue a la base del pene.					
32.2. Usa el mismo condón en más de un coito.					
32.3. Penetra / es penetrada(o) SIN colocar el condón por un momento y luego CON el condón colocado.					
32.4. Después de la eyaculación retira el pene de la vagina antes de que este vuelva a estado de flacidez.					
32.5. Utiliza cremas, vaselina u otros sustancias como lubricante (diferentes a la glicerina).					
32.6. Verifica la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo					
32.7. Guarda el condón en el bolsillo trasero del pantalón y/o en la billetera que usa en este mismo bolsillo.					

33. 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
33.1. Ha deseado usar condón en una relación sexual y no lo ha expresado.					
33.2. Ha deseado usar condón en una relación sexual,					

lo expresa, pero tiene la relación sexual SIN condón					
33.3. Ha deseado usar condón, lo expresa y tiene la relación CON condón					
33.4. Ha deseado tener relación sexual SIN condón y convence a su pareja sexual de ello.					

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

	# de parejas	¿con qué frecuencia ha usado el condón en estas relaciones?				
		Todas las veces	Más veces SI que NO	Unas SI otras NO	Más veces No que SI	Nunca
34.1 Con cuántas parejas regulares tuvo relaciones sexuales en los últimos 6 meses	34.2					
34.3. Cuántas parejas sexuales ocasionales ha tenido en los últimos 6 meses	34.4					

35. Sabe usted si su **PAREJA REGULAR ACTUAL** (noviazgo, matrimonio, unión libre) le ha sido o es infiel sexualmente con otras parejas?

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

36. Responda sólo si vive en matrimonio o unión libre

36.1	Desde que vive en matrimonio o en unión libre actual ha tenido relaciones sexuales penetrativas vaginales con otras(as) parejas?	1 SI	2 NO
36.2	Si su respuesta a la anterior fue SI, ¿con qué parejas las ha tenido?		

	1 Todas las veces	2 Más veces SI que NO	3 Unas SI otras NO	4 Más veces No que SI	5 Nunca
36.3	Con qué frecuencia ha usado condón en las relaciones sexuales con estas otras parejas				

37. Responda sólo si tiene noviazgo actualmente:

37.1	Desde que tiene este noviazgo ha tenido relaciones sexuales penetrativas con otras(as) parejas?	1 SI	2 NO
37.2	Si su respuesta a la anterior fue SI, ¿con qué parejas las ha tenido?		

	1 Todas las veces	2 Más veces SI que NO	3 Unas SI otras NO	4 Más veces No que SI	5 Nunca
37.3	Con qué frecuencia ha usado condón en estas relaciones sexuales				

**REVISE QUE NO HA DEJADO DE RESPONDER ALGUN ITEM
MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN**