

ESTUDIO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA
POBLACIÓN CARTAGENERA FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

Dimas E. Arias Pérez

Hedry Orozco Lara

Resumen

El objetivo de la investigación fue describir las actitudes y conocimientos que tienen los habitantes de Cartagena frente a la infección por VIH/SIDA y establecer si existen diferencias en los valores de estas variables al relacionarlas con la edad, género y sector de vivienda. Para alcanzar lo anterior se realizó un estudio epidemiológico descriptivo donde se seleccionó una muestra representativa de 864 sujetos en los nueve sectores habitacionales de la ciudad mediante el muestreo probabilístico multietápico. Se aplicó una encuesta en forma de entrevista que midió estas variables, el análisis de resultados consistió en describir las frecuencias de las respuestas a cada reactivo y determinar la significación de la relación entre las categorías de las variables predictoras con las de interés. Los resultados muestran que en Cartagena todavía existen conocimientos y actitudes que deben ser incluidos y reforzados en los programas de prevención. La variable que más discriminó en los resultados fue edad, seguida por sector y género respectivamente, esto sugiere que las acciones preventivas deben tener en cuenta los eventos vitales a que hacen frente los individuos de distintas edades; así como las normas, orientaciones y valores particulares de las diferentes subculturas que existen en la Ciudad. Revisando estos

aspectos de las campañas educativas, se puede lograr credibilidad y aprendizaje de las conductas preventivas que pretenden enseñar.

ESTUDIO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN CARTAGENERA FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la infección provocada por el virus que lo causa es un fenómeno que data de varios años atrás, el primer caso se describió en Estados Unidos en 1979, si embargo, ahora se sabe que en Africa Central, ya existía la infección hacia 1940. Actualmente el VIH/SIDA es una epidemia que afecta a todos los países, los casos de infección con el virus aumentan geométricamente, es decir, se duplican año tras año. En 1997 se consideró que a nivel mundial había cerca de 24 millones de adultos y un millón de niños y niñas infectados, se calcula que al finalizar el siglo el número de personas viviendo con el virus que lo causa o con el SIDA se incrementará hasta los 45 a 50 millones.

Fauci y Lane (1998) afirman que en 1981 el *Centro de Control y Prevención de Enfermedades* (CDC) de Atlanta (Estados Unidos) publicó los primeros informes acerca de un nuevo síndrome que afectaba a cinco hombres jóvenes, homosexuales y promiscuos, previamente sanos de los Angeles (EEUU) que fueron hospitalizados simultáneamente a causa de una neumonía por *Pneumocystis Carinii*. Aunque dicha

neumonía no era nueva en lo absoluto, en estos pacientes se presentaba con ciertas características especiales.

Hasta entonces la neumonía por *Pneumocystis Carinii* aquejaba únicamente a pacientes de transplante renal a quienes se les había inmunosuprimido para evitar el rechazo del transplante, además, aunque esa forma de neumonía se controlaba con quimioterapia, en el caso de esos cinco hombres este procedimiento no fue efectivo (Jennings, 1996).

Otro problema que fue causa de consulta por los pacientes que presentaban el nuevo síndrome fue el Sarcoma de Kaposi, el cual se presentó en 26 varones homosexuales previamente sanos de Nueva York y Los Angeles. En pocos meses la enfermedad comenzó a describirse en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) e inmediatamente después en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos. A esta misteriosa enfermedad la denominaron *SIDA* antes de que se descubriera su causa (Fauci y Lane, 1998).

Los autores citados en el párrafo anterior también comentan que debido al desproporcionado número de casos en haitianos, identificados en la epidemia de *SIDA* en Estados Unidos, este grupo fue denominado incorrectamente “de riesgo”. Los estudios realizados en haitianos residentes en Estados Unidos y en el propio Haití, revelaron pronto que la enfermedad de estos pacientes seguía un patrón de transmisión tanto homo como heterosexual, este último prácticamente idéntico al modo de transmisión predominante que había sido identificado en países en vías de desarrollo del Africa Subsahariana y otras partes del mundo.

A partir de 1982 se inician las investigaciones para encontrar el agente causal, definir el comportamiento clínico y epidemiológico y el tratamiento contra el nuevo

síndrome. Como resultado de éstas, se observó que los compañeros sexuales de los enfermos de SIDA comenzaron a enfermar también. Después se descubrió que los consumidores de sustancia psicoactivas por vías intravenosas quienes usaban agujas médicas para inyectarse y solían compartirlas con otras personas también comenzaron a enfermar. Cuando se fue conociendo el patrón epidemiológico de la enfermedad quedó claro que el agente etiológico más probable de la epidemia era un microorganismo transmisible por contacto sexual, por la sangre y por los hemoderivados (Jennings, 1996).

En mayo de 1983 el Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París obtuvo de un enfermo de SIDA con adenopatías linfáticas un virus que en su opinión era el causante de la enfermedad. Luego, en mayo de 1984, el Dr. Robert Gallo del Instituto Nacional de Cancerología de Estados Unidos, aisló el virus que para él era el causante del SIDA (ambos científicos tenían la razón, pero todavía hoy continúa la batalla legal por los derechos sobre el descubrimiento). Más adelante el virus fue denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana *VIH* quedando confirmado que dicho virus era el agente causal del SIDA (Jennings, 1996).

Entre 1985 y 1989 se avanzó en el estudio del VIH/SIDA en varios aspectos, los cuales son citados por Velázquez y Gómez (1996) de la siguiente manera:

1. Estuvo disponible comercialmente el reactivo para la detección de anticuerpos en bancos de sangre.
2. Se identificó el Virus Linfotrópico Simiano (SIV), en macacus cautivos que presentaban inmunodeficiencia.

3. El comité internacional de taxonomía de virus recomendó dar al agente causal del SIDA una denominación unificada, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
4. Se encontró otro serotipo viral en el oeste africano, el cual se denominó VIH-2 y el primero pasó a llamarse VIH-1. Ambos virus comparten un progenitor relativamente reciente y están asociados con inmunodeficiencia aunque parecen tener virulencia diferente.
5. El VIH se aisló del semen y el Sistema Nervioso Central.
6. Se definió la historia natural de la infección con una fase asintomática, seguida de los diversos síndromes clínicos que caracterizan la enfermedad.
7. Es clonado el VIH-1 y establecida la secuencia de nucleótidos.

La presente década se ha destacado por el desarrollo de protocolos de tratamientos con drogas antirretrovirales y ensayos de vacunas de distintos tipos así (Velázquez y Gómez, 1996):

1. Se probó la eficacia de la zidovudina (ZDV), didanosina (DDL) y dideoxicitidina (DDC) en monoterapia o en combinaciones diferentes, prolongando y mejorando la calidad de vida.
2. La terapia prolongada con AZT se ha asociado con mutaciones virales que causan resistencia al medicamento.
3. Se tuvo la posibilidad de disminuir la replicación viral combinando medicamentos (inhibidores de la transcriptasa inversa – análogos de nucleósidos-, inhibidores de la transcriptasa inversa –no análogos de nucleósidos-, e inhibidores de la proteasa) lo que se conoce comúnmente con el nombre de terapia combinada.

4. Se trabaja aceleradamente en la búsqueda de una vacuna que prevenga la infección o desarrollo de la enfermedad.

Como se mencionó, el agente causal del SIDA es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) el cual produce el deterioro de las células T del sistema inmune y se transmite a través del intercambio de algunos fluidos corporales de una persona infectada con la sangre o las mucosas de una persona no infectada. Para comprender el efecto del VIH sobre las células del sistema inmune, es necesario detallar las funciones y características de estas células, así como las características y morfología del virus.

Salomon, Berg, Martin y Villé (1996), afirman que las principales células que participan en las respuestas inmunitarias son los leucocitos, los glóbulos blancos de la sangre, de los que se distinguen varios tipos siendo los principales los linfocitos y macrófagos que, mediante su presencia y la secreción de diferentes sustancias solubles que son capaces de producir, median en la respuesta del sistema inmunitario ante una agresión. Los linfocitos a su vez se pueden clasificar en dos tipos: los linfocitos T y los linfocitos B; en los humanos, las células B se originan en la médula ósea y en el hígado fetal y las células T en el timo.

Existen 4 tipos de células T: (a) Cooperadoras, Inductoras o Ayudantes (T CD4), las cuales intervienen para que una inmunorepuesta sea eficaz, secretando sustancias que la activan o favorecen; (b) Citotóxicas o Linfocitos T Asesinas (T CD8), que reconocen o destruyen las células que poseen antígenos extraños en su superficie; (c) Supresoras, estas inhiben la inmunorepuesta y liberan citocinas que detienen la actividad de los linfocitos B, también se piensa que participan sobre la marcha en la regulación de la inmunorepuesta; y (d) Células de Memoria, son las

que se han expuesto a un antígeno y rápidamente se convierten en células efectoras, por un encuentro posterior con el mismo antígeno (Ganong y Cozacuberta, 1995).

En cuanto a los linfocitos B se diferencian dos tipos: (a) Células Plasmáticas, que secretan los anticuerpos presentes en la sangre y otros tejidos; y (b) Células B Memoria, son las que se han expuesto a un antígeno y son rápidamente convertidas a células efectoras por un encuentro posterior con el mismo antígeno (Ganong y Cozacuberta, 1995).

En cuanto al VIH, se puede decir que es un virus perteneciente a la familia de los retrovirus humanos (virus de ARN, que invierte el sentido común del flujo de información en la célula del hospedera a través de la enzima denominada transcriptasa inversa) y de este grupo hace parte de la subfamilia lentivirus (virus que se expande lentamente en el organismo). Dentro de los Virus de la Inmunodeficiencia Humana se reconocen el VIH-1 y el VIH-2. La causa más frecuente de enfermedad por VIH en todo el mundo es el VIH-1 que comprende varios subtipos de distinta distribución geográfica. El VIH-2 se identificó primero en 1986 en pacientes de Africa Occidental y durante un tiempo permaneció confinado a dicha región. Aunque ambos serotipos parecen diferir en su patogenia, tienen posiblemente un origen común, sus formas de transmisión son las mismas y los casos resultantes de SIDA conducen a infecciones clínicamente difíciles de diferenciar (Fauci y Lane, 1998).

En cuanto a la morfología del virus, el microscopio electrónico revela que el virión del VIH es una estructura icosaédrica, cuyo tamaño es aproximadamente 16 mil veces menor que el de la cabeza de un alfiler, previsto de numerosas proyecciones externas formadas por dos proteínas (ver Figura 1). El VIH es un

virus ARN, que contiene tres enzimas: la transcriptasa inversa, cuya función es realizar el proceso de transcripción inversa; la integrasa, hace que el ADN del virus se integre de manera aleatoria en los cromosomas de la Cubiertas de proteínas y lípidos y la proteasa, que permite la etapa final de la multiplicación del virus y cuya actividad consiste en cortar las cadenas de ADN viral producidas por el ARN en cadenas más cortas, cada una de las cuales va a Transcriptasa inversa formar nuevos virus (Velázquez y Gómez, 1996).

Figura 1. Morfología del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). (Tomado de la Enciclopedia Temática del Cuerpo Humano, 1998).

En las dos proteínas que conforman la proyección externa del virus, se localizan estructuras capaces de reconocer determinados componentes (receptores) de la membrana de las células a las cuales se adhiere. En el caso de los linfocitos, estos receptores se denominan CD4. Después de unirse a las células, el virus tiene que introducirse dentro de ellas, para lo cual requiere de otras sustancias de la membrana (cofactores). Sin estas últimas la partícula viral no puede ingresar a la célula y es destruida con rapidez. Recientemente se adelantan estudios sobre la hipótesis de que algunas personas no poseen tales receptores, lo que las puede hacer resistentes a la infección (Maldonado, 1996).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se replica (o vive) en los linfocitos o células T, de las que prefiere a las T4. Una vez este virus se adueña de

la célula, el linfocito deja de funcionar normalmente, este cambio no se manifiesta de inmediato debido a que la replicación viral es muy lenta durante un tiempo indefinido. Velázquez y Gómez (1996) explican el ciclo vital del virus en las células del Sistema Inmunológico (ver Figura 2), afirmando que el primer paso de la infección con el VIH es la adhesión de éste a una célula hospedera, que generalmente es un linfocito T ayudador y todas aquellas células que tengan proteínas CD4 en su superficie o cualquiera de los receptores para el VIH. Después de la adhesión viral, se produce la internalización del virus en la célula hospedera, lo cual permite la entrada del virus sin envoltura a la célula. Una vez inyectado en la célula hospedante, la cadena de ARN del VIH escribe cadenas dobles de ADN viral pues solo el ADN viral podría hacer empalme con el ADN de la célula y así continuar el proceso (transcripción inversa).



Figura 2. Ciclo vital del VIH en las células del Sistema Inmunológico. (Tomado de la Enciclopedia Temática Pev, 1993).

Las nuevas cadenas de ADN viral son transportadas al núcleo celular, donde el genoma viral se integra establemente con el genoma de la célula hospedera. Esta es la forma conocida como provirus, es decir, una célula humana que tiene integrada a su ácido nucleico la información genética viral. A partir de este momento se replica sincrónicamente con el ADN celular y sirve como molde para la producción del ARN viral. Una vez ocurre esta integración, el genoma permanece en un estado de baja replicación o es fuente continua de nuevos viriones, dependiendo de la presencia de factores celulares y virales requeridos para la activación del promotor viral, por ejemplo maquinaria celular que hospeda al virus, la activación de la célula por algunas citoquinas y por antígenos de varios virus (Velázquez y Gómez, 1996).

El proceso de infección que se lleva a cabo cuando el VIH entra a las células del Sistema Inmunológico del hospedante produce un deterioro cualitativo y cuantitativo de este hasta llevarlo a su deficiencia completa, la cual se traduce en las severas complicaciones, infecciones y neoplasias que caracterizan al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El tiempo promedio desde el momento de adquirir la infección hasta el desarrollo de la enfermedad es de diez años, pero la progresión de la infección varía, dependiendo de múltiples factores, por ejemplo, antígenos de histocompatibilidad, tendencia en la declinación de las células CD4 y las infecciones adquiridas en el pasado; y de características del virus como el fenotipo y virulencia de la cepa. Dicha progresión también es alterada por la

intervención terapéutica con antirretrovirales y medicación profiláctica que reciba el infectado (Velázquez y Gómez, 1996).

Muchacchio, Ortiz y Fragola (1994) afirman que además de presentarse el deterioro progresivo del Sistema Inmunológico (con la consiguiente aparición de repetidas y graves infecciones oportunistas o tumores malignos) también se afecta el Sistema Nervioso Central (con la aparición de un cuadro demencial); o algunos pacientes quedan como portadores asintomáticos del virus, aunque esto es poco probable.

Al evaluar el deterioro del Sistema Inmunológico se ha pretendido establecer los estadios o etapas que atraviesa la infección por VIH/SIDA produciéndose una progresiva modificación en el concepto mismo de la enfermedad. Así, desde la aparición de los primeros casos de SIDA en 1981, los criterios diagnósticos han sido modificados. Paralelamente como resultado del desarrollo de nuevos recursos terapéuticos, el perfil clínico y evolutivo de la enfermedad puede variar (Muchacchio et al., 1994).

Según Velázquez y Gómez (1996) el último sistema de clasificación de la infección por VIH tuvo lugar en 1993 por parte de los CDC de los Estados Unidos, el cual se basa en el recuento de las células CD4 y define como caso de SIDA a quien presente algunas de las complicaciones clínicas asociadas al VIH (infecciones oportunistas), entre las que se destacan: muguet oral, leucoplasia vellosa lingual, herpes zóster, dermatitis seborreica y síntomas constitucionales (diarrea, pérdida de peso, fiebre) (ver anexo A); además del decremento en el conteo de las células CD4 (que debe ser menor de $200/\text{mm}^3$). Aunque Jimenez et al. (1998) agregan que con el advenimiento de la carga viral (examen que mide directamente la cantidad de

virus por milímetro cúbico de sangre), los estudios revelan que esta, especialmente al interpretarse conjuntamente con el conteo de CD4, determina mucho más precisamente la velocidad de progresión de la infección, así como el riesgo de aparición de eventos definidores de SIDA.

Antes que la persona infectada por el VIH desarrolle SIDA, se presentan una serie de fases que indican el desarrollo natural del virus. Según Velázquez y Gómez (1996) estas fases son: infección aguda, infección temprana, enfermedad moderada, enfermedad tardía y enfermedad avanzada.

Las primeras semanas o meses después de la infección (infección aguda o primaria) se caracterizan por fiebre, adenopatías, faringitis y úlceras de cavidad oral. La duración de estos síntomas es de 14 días en promedio, aunque puede ser hasta de dos meses, luego de este periodo las personas pueden permanecer asintomáticas pero infectantes durante meses o años (Echeverry et al., 1997). En esta fase el conteo de linfocitos CD4 es de $900/\text{mm}^3$ y la carga viral de $10000/\text{mm}^3$ (Chaparro, 1998).

En la fase de infección temprana el recuento de células CD4 es mayor de $500/\text{mm}^3$, aquí la mayoría de las personas VIH positivas carecen de síntomas o signos clínicos, estos son casi exclusivamente de piel y mucosas, entre los cuales se encuentran: dermatitis seborreica, psoriasis de difícil manejo y foliculitis puringiosa. La leucoplasia vellosa oral puede presentarse en este momento y es un hallazgo que siempre indica infección por VIH. También pueden presentarse ulceraciones de cavidad oral, bien sea por herpes simplex o de etiología desconocida (Velázquez y Gómez, 1996).

La enfermedad intermedia o moderada se caracteriza por un recuento de células CD4 entre 200-500/mm³ y una carga viral de 13000/mm³ (Chaparro, 1998), aunque este recuento de linfocitos ya es bajo, en este momento muchos pacientes son asintomáticos. La mayoría de las complicaciones que se presentan aparecen en la piel, entre ellas el agravamiento o la aparición, en forma recurrente, de las descritas en la infección temprana; además se presentan síntomas constitucionales como mialgias, cefalea, fatiga crónica, “sensación de malestar”, diarrea intermitente; también son frecuentes en esta fase la aparición de herpes zóster y candidosis orofaríngea. El compromiso bacteriano, principalmente bronquitis, sinusitis o neumonía, es frecuente y causado, primordialmente, por gérmenes que afectan a la población general (Velázquez y Gómez, 1996).

En la enfermedad tardía hay un recuento de las células CD4 entre 50-200/mm³ y la carga viral es de 25000/mm³ (Chaparro, 1998); aquí se presentan daños progresivos del Sistema Inmunológico y de otros órganos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: infecciones oportunistas, síntomas neurológicos y algunos cánceres que representan indicadores específicos de la inmunodeficiencia por VIH. Con el recuento de las células CD4 hecho en esta fase, el paciente tiene diagnóstico de SIDA aunque no presente síntomas o signos de complicaciones clínicas (Echevery et al., 1997).

El recuento de células CD4 en la enfermedad avanzada está por debajo de los 50/mm³ y la carga viral asciende hasta 35000/mm³ o más (Chaparro, 1998). En este momento de la historia de la infección por VIH aparecen varias características: desarrollo de complicaciones graves, múltiples y simultáneas; recaídas permanentes, aún de las complicaciones que se están tratando; estadio terminal con

severas dificultades biopsicosociales (la enfermedad impide al paciente acudir a los centros de salud, estos generalmente no lo hospitalizan porque su diagnóstico y pronóstico ya están claros, por lo anterior, la familia debe asumir directamente la atención del enfermo); también se observa un fuerte impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico suscitado por la presencia explícita o implícita de la muerte y modulado por el sufrimiento físico, el aislamiento y el rechazo social (Velázquez y Gómez, 1996).

Como se notó en la anterior descripción de las fases del desarrollo natural del virus, en cada una de ellas se incluyen principalmente signos y síntomas que demuestran el deterioro físico que sufre el paciente portador de VIH/SIDA. Además del desgaste físico, se hace evidente en esta secuencia el desajuste psicológico que presenta el paciente al tener que adaptarse a situaciones completamente nuevas que marcan la proximidad de su muerte.

Bayés (1995) enuncia que algunas de las reacciones psicológicas que se presentan ante la infección por VIH son: impacto, miedo y ansiedad, depresión, ira y frustración, culpabilización y trastornos obsesivos; los cuales son originados por situaciones específicas tales como: adaptación a un resultado de seropositividad al VIH, comunicación del resultado a la pareja o familia, percepción de sentirse marginado/a; ver, oír o pensar algo sobre el SIDA, ver morir a alguien de SIDA, percibir sintomatología sospechosa, adaptarse a un diagnóstico de SIDA, percibir signos de deterioro físico o enfermedad, y sospechar la proximidad de la muerte.

El impacto (bloqueo, supresión, choque cognoscitivo y afectivo) se produce cuando el afectado percibe la proximidad de la muerte y pierde toda esperanza ante la comunicación de un diagnóstico de seropositividad. El miedo y la ansiedad se

presentan ante la incertidumbre del pronóstico, posibilidad de quedar inválido o desfigurado, el aislamiento, el abandono y rechazo social y sexual, la posibilidad de transmitir el VIH a otras personas, la posible incapacidad de la pareja para afrontar el problema y la posibilidad de pérdida de capacidades físicas, cognitivas, sociales y laborales (Bayés, 1996).

Continuando con la descripción de la sintomatología psicológica, la depresión es causada por la posible inevitabilidad del deterioro físico, la inexistencia de un tratamiento eficaz, el temor de que el VIH controle su vida en el futuro, los límites impuestos por la enfermedad y el posible rechazo social, laboral y sexual, además de sentimientos de culpa y recriminación por haberse expuesto a la situación en la que se ha infectado. La ira y frustración tienen su origen en una sensación de impotencia para vencer el virus, la necesidad de adoptar un nuevo estilo de vida lleno de límites y prohibiciones, sensación de sentirse atrapado e incertidumbre hacia el futuro. La culpabilización se da por conductas “pecaminosas” o “vergonzosas” del pasado que han motivado ser “castigado” con la enfermedad y la posibilidad de haber transmitido el VIH. Los trastornos obsesivos se traducen en la búsqueda incesante de nuevos síntomas y remedios, adopción y cumplimiento meticuloso de dietas, pensamientos permanentes sobre el deterioro físico y la muerte, además de exagerados hábitos de higiene (Bayés, 1995).

Como se pudo evidenciar en los párrafos anteriores las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que debe enfrentar un paciente diagnosticado con la infección por VIH/SIDA no son nada alentadoras. Por lo tanto se hace énfasis en la prevención, el cual es el único mecanismo con que se cuenta en la actualidad para

controlar la epidemia y tiene como objetivo disminuir la probabilidad de transmisión del virus evitando la ejecución de conductas que pongan en riesgo a la población.

Una acción preventiva eficaz debe estar orientada a clarificar los mecanismos y conductas específicas a través de los cuales se puede contraer y transmitir el VIH. Según Fauci y Lane (1998) los principales mecanismos de transmisión del virus son cuatro: sexual, por sangre y hemoderivados, madre-feto/lactante, y en el medio laboral (asistencia sanitaria y personal de laboratorio).

1. Transmisión sexual: En la relación sexual existe intercambio de fluidos de riesgo en los cuales puede estar el VIH. La transmisión a través del contacto sexual representa del 75 al 85 por ciento del total de casos reportados a nivel mundial hasta 1997 (Royce, Seña, Cates y Cohen, 1997). Mantener relaciones sexuales indiscriminadas y sin protección tanto homo como heterosexuales pueden transmitir el virus. Existe una fuerte relación entre la transmisión del virus y el individuo receptor del coito anal, probablemente porque solo una delgada y frágil mucosa rectal separa el semen depositado de las células potencialmente vulnerables situadas en ellas, así como por el hecho de que el coito anal se acompaña de algún traumatismo. Aunque la mucosa vaginal presenta un grosor varias capas superior a la rectal y no es tan fácil que se traumatice durante el coito, es evidente que el virus puede transmitirse a uno u otro miembro de la pareja a través del coito vaginal (Fauci y Lane, 1998).

Existe la idea errónea definida por algunas personas de que el sexo oral, puede proponerse como una forma de “sexo seguro”. Este es un enfoque peligroso ya que se ha demostrado la transmisión del VIH al receptor de una felación y al practicante de un cunnilingus (Bayés, 1995).

2. Transmisión por sangre y hemoderivados: El VIH puede transmitirse a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten un mismo material infectado (agujas, jeringas) para inyectarse drogas, y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados de la misma no certificados. Las transfusiones de sangre completas, de concentrado de hematíes, plaquetas, leucocitos y de plasma son capaces de transmitir la infección. La transmisión de VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula, ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1987 que se utilizan para estos fines (Fauci y Lane, 1998).

3. Transmisión madre-feto/lactante: La infección del VIH puede transmitirse de la madre infectada al feto durante la gestación o al lactante durante el parto. El análisis de los fetos abortados indica que el VIH puede transmitirse al feto durante el embarazo incluso desde el primer y segundo trimestres. Sin embargo la frecuencia de la transmisión maternofetal alcanza su máximo en el período perinatal. Se han observado tasas de transmisión más elevadas cuando la enfermedad se encuentra en estadios evolutivos avanzados, cuando hay cifras bajas de linfocitos CD4, viremia intensa y déficit de vitamina A en la madre. Favorecen también la transmisión al lactante el parto prolongado, un intervalo prolongado entre la rotura de la membrana y el parto, y los factores que aumentan la exposición del lactante a la sangre de la madre. Está claramente confirmada la transmisión postnatal del VIH desde la madre al lactante siendo el calostro y la leche materna el vehículo de la infección. En casos raros, la madre se ha infectado al recibir una transfusión de

sangre después del parto y ha infectado al lactante, siendo entonces la lactancia al pecho materno el único factor de riesgo evidente (Fauci y Lane, 1998).

4. Transmisión en el medio laboral: Existe un riesgo laboral pequeño (menor del 0.5%) pero claro de transmisión del VIH entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente personas que manipulen muestras de los pacientes con infección por VIH específicamente si manipulan objetos punzantes (Fauci y Lane, 1998).

Las conductas específicas que aumentan la probabilidad de adquirir el VIH/SIDA según Bayés (1995) son las siguientes: no conocer el comportamiento sexual pasado o hábitos de drogodependencia de un compañero sexual, tener relaciones sexuales no protegidas con múltiples parejas; compartir el equipo de inyección al usar drogas por vía parenteral, mezclar alcohol y otras sustancias psicoactivas con la práctica de la sexualidad (facilita el no cumplimiento de las normas preventivas aprendidas), tener prácticas sexuales con preservativos en las que se realizan actividades que faciliten la rotura accidental de este (Por ejemplo: coito anal, sexo oral); tener contactos oro-genitales (contacto boca-órgano genital) con o sin lesiones en cualquiera de las dos zonas, tener acto coital con personas que presenten heridas o alteraciones que tienen su origen en enfermedades de transmisión sexual (ETS); y ejecutar prácticas sexuales que favorezcan las lesiones y las irritaciones corporales o de la mucosa vaginal o anal.

Otras conductas a través de las cuales se puede transmitir el virus son: realización del coito durante la menstruación; practicar el coito anal con personas que sufren de hemorroides; ser víctima de una violación (debido a las heridas y desgarramientos que se pueden producir en ella); utilizar pinzas, tijeras, cepillo de

dientes, máquinas o cuchillas de afeitar, o algún otro tipo de objeto que suponga un contacto con sangre de otra persona (por lo que su empleo exige la limpieza con solución desinfectante o su calentamiento); la no adopción de las precauciones universales por parte del personal sanitario; y la recepción de sangre no certificada en casos de transfusiones (Bayés, 1995).

Habiendo revisado las conductas de riesgo, es posible deducir cuales son los fluidos de riesgo por medio de los cuales se puede adquirir la infección por VIH, este virus ha sido aislado de la sangre, semen, suero, secreciones vaginales, saliva, leche materna, fluido articular, lágrimas, orina, líquido cefalorraquídeo; el hecho de que el virus se aísle de un fluido corporal no significa necesariamente que este es importante para la transmisión, ya que se debe considerar la cantidad del virus presente en dicho fluido (Friedland y Klein, 1987). Los cuatro fluidos de riesgo que se constituyen como tales para la totalidad de la población son: sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna. El ingreso de cualquiera de ellos al organismo constituye una situación de riesgo, en caso que la persona de la cual provengan esté infectada con el VIH. Es importante aclarar que el solo contacto con uno de estos fluidos no es factor de riesgo per se; se requiere de una puerta de ingreso que facilite el intercambio de fluidos entre la persona receptora y la persona portadora (Por ejemplo: sangre-boca, semen-vagina, pene-fluido vaginal, boca-flujo vaginal, boca-leche materna) (Molina, 1998).

Se ha comprobado que el VIH no se transmite a través de los siguientes mecanismos: apretón de manos, por la comida, dinero o moneda, besos, con los cubiertos, duchas, en reuniones con amigos, bebida o café en un bar, en piscina o gimnasio, baños, en lugares de trabajo, en transportes públicos o taxi, donando

sangre, teléfonos públicos, en hospitales y visitas al médico, en la escuela, fuente pública, en las salas de espectáculos, con los contactos cotidianos, al abrir puertas y picadura de insectos (Pardo, 1997).

Bayés (1995) recomienda que una persona que identifique en su comportamiento una conducta de riesgo, debe realizarse la prueba de anticuerpos que indica si existe o no el VIH en el organismo. La prueba se denomina *ELISA* (Análisis de Inmunoabsorción Ligado a Enzimas). Es importante precisar que la prueba *ELISA* para el VIH detecta el nivel de anticuerpos específicos contra el VIH presentes en el torrente sanguíneo. Desarrollar un nivel de anticuerpos detectable en la sangre implica el paso de tres meses luego de la infección, a este período se le denomina Ventana Inmunológica. Si la persona se toma la prueba *ELISA* para el VIH durante el período de Ventana Inmunológica, el resultado de la prueba es negativo aún si el virus se encuentra presente en el cuerpo de la persona (“falso negativo”).

Los resultados de la prueba *ELISA* suelen expresarse como positivos, negativos o indeterminados. Se recomienda a toda persona con una posible infección por el VIH con un resultado no concluyente en la prueba *ELISA*, practicar un análisis más específico que confirme la infección. La prueba de confirmación más utilizada es la *Western Blot* o *Inmunofluorescencia* (Bayés, 1995).

Cuando un paciente tiene un *ELISA* positivo o indeterminado y un *Western Blot* negativo, se puede llegar con seguridad a la conclusión de que el resultado del *ELISA* es un “falso positivo”. Los resultados del *Western Blot* que no son positivos ni negativos se consideran indeterminados o inconcluyentes; En este caso el paciente debe repetirse el *Western Blot* una vez al mes, para confirmar si el resultado indeterminado es un patrón de respuesta que se encuentra en evolución. Además se

puede intentar el diagnóstico de infección por el VIH con el análisis de captación de antígeno p24 o con cualquiera de las pruebas de ARN del VIH; Existen así mismo otros métodos más sofisticados capaces de detectar moléculas virales, como la prueba PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) o detección de anticuerpos en saliva (Fauci y Lane, 1998).

Es conveniente aclarar que si las pruebas se van a hacer para diagnóstico se debe asistir a laboratorios clínicos y si es para control biológico a los bancos de sangre y de órganos. La prueba ELISA debe ser practicada en laboratorios de mediana y alta complejidad, y las pruebas confirmatorias en laboratorios de alta complejidad debidamente acreditados por el Ministerio de Salud Nacional (Corral et al., 1997).

De esta manera la persona que desee saber si posee el virus en su organismo debe tener en cuenta los siguientes elementos. En primer lugar debe clarificar si su sospecha se basa en una conducta de riesgo específica o en la suposición de una conducta que se cree de riesgo cuando en realidad no lo es. Como segunda medida en caso de verificar si la sospecha se basa en una conducta de riesgo, es necesario conocer con la mayor claridad posible hace cuánto ocurrió la última conducta de riesgo para precisar el tiempo de la Ventana Inmunológica. Durante este período la ley obliga brindar asesoría psicológica (Bayés, 1995).

Desde la perspectiva científica se tiene un claro conocimiento de lo que es la infección por VIH/SIDA, la forma como se transmite y cómo se detecta en el organismo, infortunadamente dicha información no es la misma que manejan todos los miembros de un grupo social, lo que conlleva en un momento determinado a adoptar conductas de riesgo y actitudes no fundamentadas frente a esta infección.

Por ejemplo en un estudio realizado por Molina (1998) con 1136 sujetos de ambos géneros entre los 12 y 60 años de la ciudad de Bucaramanga (Colombia), se evidenció que solo el 17% y el 36% de la población sabe con precisión a qué se refieren las siglas VIH y SIDA respectivamente. En el mismo estudio sólo la mitad de los sujetos consideró la sexualidad buco-genital y la lactancia materna como riesgosas. Aunque la totalidad de la población identificó que cualquier persona puede adquirir el VIH, solo el 42% se auto-identificó como población vulnerable y en riesgo, lo que reconfirma la negación de la problemática. Otros aspectos acerca de los cuales la comunidad emitió información incorrecta fueron: (a) la persona muere en un período menor de tres años después de haber adquirido la infección, (b) desconocen el período de Ventana Inmunológica necesario para tomar la prueba de anticuerpos con resultados confiables, y (c) consideran que si una persona tiene el virus o ha desarrollado el SIDA, es porque está siendo castigado por un Ser superior.

Las actitudes que pueden facilitar la infección por VIH/SIDA son las expuestas luego de realizar un estudio longitudinal con jóvenes heterosexuales canadienses de 17 a 22 años (citado por Bayés, 1995) en donde se obtuvo como resultado que dichos jóvenes confían en su propia capacidad para seleccionar un compañero sexual no infectado; el uso limitado del preservativo parece deberse, en parte a un triple mensaje: (a) la baja infectividad del VIH, (b) el preservativo no ofrece una protección del 100%, (c) la solución más segura es la monogamia; estos jóvenes tienen múltiples parejas pero en lo que podría denominarse monogamia serial (lo que equivale a no tener pareja estable, pero si fiel), lo cual les proporciona una falsa pero confortable sensación de seguridad; si usan el preservativo es más probable que lo hagan con fines anticonceptivos que de prevención de enfermedad.

Snowden y Hines (1998) revelaron en una investigación realizada con hombres heterosexuales afroamericanos residentes en Estados Unidos que quienes tenían una actitud a favor del sexo casual reportaron tres veces más haber tenido múltiples parejas que aquellos que tienen una actitud menos casual frente a la sexualidad.

Baldovino y Fang (1998) realizaron una investigación en la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar (Cartagena de Indias - Colombia) para identificar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los estudiantes de esta institución. En el estudio participaron 629 estudiantes, con una edad promedio de 20 años. Del total de la población, el 84,6% consideró que el VIH es el virus que causa el SIDA. Al opinar sobre el tiempo que tarda en desarrollarse el virus, el 34,2% acertó al decir de cinco a diez años, el 37,8% restante no supo o dijo otras alternativas. Cuando se indagó sobre el período de Ventana Inmunológica sólo el 25,5% de los sujetos supo que se debe esperar tres o más meses después de la infección para que la prueba ELISA sea positiva; el 44,5% no supo el tiempo necesario, el 30% restante se distribuyó en las siguientes opciones de respuesta: al día siguiente, al mes o al año.

Al preguntar sobre qué clase de personas son vulnerables para adquirir el virus del SIDA, se obtuvo que el 59,4% acertó en decir que cualquier persona con comportamiento de riesgo, el 39,2% aún confinó la infección por VIH a grupos de riesgo como homosexuales, prostitutas y personas promiscuas; el 1,4% restante no supo quiénes lo pueden adquirir. Al considerar el riesgo de infección que los estudiantes asignan a la ejecución de conductas cotidianas y sexuales, el 66,9% contestó que no es posible adquirir el SIDA compartiendo el sanitario; el 97,6% aseguró que no es riesgoso adquirirlo dando la mano, un beso social o abrazando; el

78.7% piensa que no existe riesgo alguno de adquirirlo trabajando, viviendo o estudiando. El 75.6% y el 72.1% de los estudiantes consideró la penetración vaginal y la penetración anal respectivamente como prácticas de alto riesgo. El sexo oral fue considerado de riesgo moderado por el 25.4% de los sujetos.

En otro estudio sobre el uso del preservativo (citado por Bayés, 1995), se estudió a un grupo de 212 estudiantes de Psicología solteros y heterosexuales activos en los últimos seis meses; solamente el 29% de los participantes manifestó haber usado siempre preservativo y como principal razón para hacerlo el 73% indicó la evitación de un embarazo, solo un 17% manifestó que lo habían hecho por temor al SIDA, el 28% de los estudiantes fue excluido por no haber mantenido relaciones sexuales en los últimos seis meses.

En otro estudio (citado por Bayés, 1995), se evaluó el riesgo que 159 alumnos del Instituto de Educación Física de Catalunya (España) atribuían a diferentes comportamientos en relación con la adquisición del VIH/SIDA. Como resultado se obtuvo que el riesgo medio asignado por los estudiantes a un episodio aislado de penetración vaginal sin preservativo entre una persona infectada y otra no, es muy exagerado: 85.6% de sujetos en el caso del hombre y 91.9% en el caso de la mujer opinan que el riesgo es superior al 50%, de hecho más de la mitad consideró que el riesgo es en ambos casos del 100%. En la misma investigación los estudiantes consideraron como conductas de bajo riesgo: el apretón de manos, abrazar a un compañero, intercambiar camisetas sudadas, compartir piscinas o duchas, tos o estornudos, beber agua de la misma botella y utilizar la misma toalla. Categorizaron como conducta de mediano riesgo la penetración sexual vaginal con preservativo (con riesgo tanto para el hombre como para la mujer), y conductas tales como penetración

sexual vaginal sin preservativo, compartir agujas y jeringuillas para administrarse medicamentos y auxiliar a alguien cubierto de sangre sin guantes fueron calificadas de alto riesgo.

Para modificar o reafirmar conocimientos y actitudes como las citadas en las investigaciones anteriores, los organismos de salud emplean la información científica capacitando a la población en general para que adopten voluntariamente conductas preventivas. A pesar de estos esfuerzos la epidemia alcanza cada día niveles más altos en la población mundial.

En Colombia específicamente resulta llamativo que desde 1985 se han invertido grandes sumas de dinero en la prevención de la infección sin que por ello se haya logrado saber si la incidencia ha disminuido o no de forma efectiva. Se conocen nuevos casos año tras año y la pregunta que surge es si la cantidad de nuevos casos sería la misma sin las campañas. Y el hecho más preocupante es que aún con las numerosas campañas el crecimiento de la infección es geométrico (Molina, 1998).

Bayés (1995) comenta que las campañas que se utilizan actualmente se basan en el facilitamiento de información sobre el abandono de los comportamientos de riesgo, y la adopción y mantenimiento de los preventivos. Para el autor la información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos ya que las personas no son sólo lógicas e inteligentes, son también, afectivas y emocionales, y su comportamiento se encuentra sometido, no solo a las leyes de la lógica sino también al influjo de numerosos factores ambientales (físicos y socioeconómicos) así como a sutiles e imprevisibles cambios bioquímicos y condicionamientos temporales. Por lo tanto el problema debe desdoblarse en dos fases: (a) cómo conseguir que las personas estén bien informadas sobre los riesgos

que corren y su forma de prevención; y (b) cómo conseguir que las personas bien informadas se comporten de forma congruente con dicha información y lleven a cabo los comportamientos de prevención cuya necesidad, características y eficacia conocen.

Kathleen (1997) concuerda con Bayés (1995) al afirmar “que la experiencia ha demostrado que el conocimiento es solamente el primer paso de un proceso gradual que lleva hacia el cambio del comportamiento” (p. 11). Por lo tanto se debe desarrollar una lista de índices de comportamientos intermedios a lo largo de una secuencia continua, desde adquirir el conocimiento hasta la adopción y el mantenimiento de una nueva conducta, dentro de los índices se pueden incluir la percepción de riesgo individual de infección por VIH, la intención de hacer algo para reducir el riesgo y el haber tratado sobre el VIH y otras ETS's con sus parejas sexuales.

Antes de abordar las estrategias específicas a través de las cuales la psicología puede aportar al cambio del comportamiento de las personas en relación con los diferentes aspectos de la infección por VIH/SIDA (por ejemplo; definiciones básicas, comportamientos de riesgo y prevención, relación con personas infectadas, entre otros), se definirán dos conceptos de la psicología social, fundamentales en el manejo de la prevención en todos sus niveles, a saber: *actitud y cognición social*, que son las variables de interés en la investigación.

Para efectos del presente estudio llevado a cabo en la ciudad de Cartagena de Indias se asume el concepto de actitud trabajado por Morales, Reboloso y Moya (1994):

Una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. Tanto el objeto como la evaluación se entienden en sentido amplio en esta definición. Así por ejemplo, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las expresiones vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir las metas deseadas. (p. 497).

Baron y Byrne (1998) dicen que “las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria”. (p. 130).

En este caso la definición de actitud encuentra un punto de apoyo en la dimensión cognoscitiva sin que se defina en ella. Es decir, al hablar de la asociación evaluativa, se reconoce la existencia de un contenido cognoscitivo al cual se le atribuye un valor, denominado actitud. Un proceso posterior es la definición de un patrón comportamental a partir de la actitud, sin que este se defina actitudinalmente, obedeciendo a otro tipo de análisis (Molina, 1998).

Las actitudes pueden poseer y con frecuencia poseen diferentes funciones para las personas que las mantienen. Dichas funciones son según Morales et al. (1994): función valorativa, tener una actitud hacia un objeto es más funcional para una persona que no tener ninguna, puesto que por ese solo hecho puede orientar su acción y sabe lo que es conveniente hacer y lo que es preferible evitar en todo lo relacionado con el objeto de actitud, tampoco necesita emplear tanto tiempo y esfuerzo en reflexionar sobre cómo actuar hacia ese objeto.

Otras de las funciones que cumple una actitud es el ajuste social y la expresión de valores, el ajuste es valioso en la medida que una persona a través de sus actitudes logra incorporarse a la membresía de un grupo (lo que le puede ayudar a mantener o ampliar la autoestima, permitiendo una comparación favorable con otros individuos), hecho que se hace posible gracias a que se comparte un conjunto de valores de este conglomerado que lo hace participe de él. De esta manera la actitud juega un papel facilitador en la vinculación social gracias a que reúne en torno de valores a personas con determinadas características (siendo esta la función de expresión de valores).

Las actitudes son importantes por dos razones. En primer lugar, influyen fuertemente en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social y la procesamos. Las actitudes a menudo funcionan como esquemas, marcos cognoscitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos. En segundo lugar las actitudes tienen efectos en el comportamiento (citado por Baron y Byrne, 1998).

Las actitudes se sustentan en conocimientos acerca de los objetos sociales que tienen las personas. Este conjunto de conocimientos puede denominarse cognición social en la medida en que son contruidos y elaborados en la interacción, a través del intercambio de significados de lo social y cultural (Molina, 1998). La cognición social es el conocimiento de cualquier objeto humano, bien sea individuo, sí mismo, grupos, roles o instituciones (citado por Morales et al., 1998).

Esta cognición es social porque: (a) es compartida por parte importante de una colectividad (y no se trata de creencias idiosincráticas); (b) emerge de las relaciones e interacciones sociales (son un producto de la actividad interpersonal y social); (c) sirve para fines y funciones sociales, como la de orientar y justificar conductas,

defender la identidad de los grupos y categorías sociales y permitir la comunicación; y (d) se integra en instituciones y valores colectivos (Morales et al., 1994). A partir de la condición social de dicha cognición, Molina (1998) concluye que la veracidad de la cognición puede no concordar entre un grupo y otro, y más aún cuando se trata de un grupo de expertos. El objeto de cognición puede ser percibido y experimentado por diferentes personas y grupos de una manera variada, razón por la cual el conocimiento que surge de tal vivencia posiblemente sea diferente. En algunas oportunidades este objeto de conocimiento pertenece a un cuerpo teórico, académico o científico, existiendo una diferencia entre lo que la comunidad académica conozca del objeto y aquello que se ha conocido por un grupo de no expertos.

Al revisar las definiciones y características de actitud y cognición social se puede inferir que son funciones relevantes dentro de cualquier acción preventiva. En el caso de la infección por VIH/SIDA la actitud está relacionada con la aceptación o rechazo que se manifiesta ante una persona infectada con el virus al igual que con el recuerdo de información correcta o incorrecta relacionada con el tema, además con el asumir o no medidas preventivas. En lo referente a la cognición social, en la medida en que el conocimiento que manejan grupos sociales (por ejemplo: profesores, compañeros, padres de familias, amigos, vecinos, entre otros) sobre esta problemática coincida con la información válida que emiten grupos de expertos, se fundamentarán las bases para el desarrollo de una prevención eficaz, facilitándose así actitudes favorables hacia las conductas protectivas y su real ejercicio.

Por prevención eficaz se entiende la acción de evitar y anticiparse a un acontecimiento no deseado por las consecuencias que genera, y constituye la principal de las actividades a realizarse en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

La Psicología en conjunto con otras disciplinas (medicina, comunicación, derecho) tiene la posibilidad de intervenir en la persuasión hacia los comportamientos preventivos (Molina, 1998).

Según Ardila (1998), para hacer un cumplimiento efectivo en la prevención de la infección por VIH, se deben abordar integralmente aspectos fundamentales relacionados con el tema como son la salud pública, la ética, los derechos humanos (ver anexo B) y la discriminación, por lo que es necesario trabajar la prevención a tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

Ardila (1998) define los objetivos de los diferentes tipos de prevención como sigue a continuación. La primaria, está dirigida a reducir los casos nuevos con el fin de evitar que individuos sanos se infecten con el VIH. Esto debe incluir el fomento de la salud (entorno positivo de bajo riesgo), la protección específica (uso de condón) y estilo de vida saludable (autocuidado, sexo seguro), de acuerdo a las condiciones socioculturales de cada grupo de la población. La prevención secundaria, es fundamental en la medida que personas con infección por VIH informadas y con buena calidad de vida, previenen la aparición del SIDA, evitan la reinfección y contribuyen importantemente a romper la cadena de transmisión en los grupos vulnerables y en la comunidad general. La prevención terciaria está dirigida a personas con SIDA y busca rehabilitar física, psíquica, social y ocupacionalmente a estas personas con el fin de disminuir incapacidades y mejorar la calidad de vida.

Debido que los resultados obtenidos en la presente investigación desde la Psicología sirven de insumos principalmente para adelantar programas de prevención primaria en la ciudad de Cartagena de Indias, nos centraremos en un modelo

propuesto por esta disciplina para reducir la incidencia de casos de infección por VIH en una población.

Antes de abordar el modelo citado, cabe anotar que Bayés (1995) comenta que el SIDA es un complejo problema multifactorial y, por tanto, será preciso actuar, simultáneamente en diferentes niveles. Ciertamente, proporcionando información, pero también: (a) cambiando actitudes y normas; (b) atenuando las reacciones emocionales adversas; (c) adiestrando habilidades; (d) facilitando los elementos instrumentales y las condiciones necesarias para la prevención; (e) disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH; (f) proporcionando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo; (g) reforzando los comportamientos de prevención.

El modelo propiamente dicho (desarrollado por Bayés, 1992) tiene las siguientes características: es de tipo multifactorial e interactivo, parte de una óptica esencialmente psicológica, pretendiendo poseer carácter biopsicosocial y ser dinámico, en el sentido de que los resultados inmediatos (consecuencia agradables o desagradables que siguen a un comportamiento de riesgo o prevención) y a largo plazo (percepción de cambio en el continuo salud/enfermedad) pasan continuamente a ser historia individual e influyen constantemente en todo proceso por retroalimentación (Bayés, 1995).

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

Los factores históricos predisponentes comprenden: (a) los denominados estilos interactivos, los cuales definen los aspectos relacionados con los conceptos tradicionales de personalidad y expresan la manera idiosincrática con que un individuo puede reaccionar frente a dos tipos de situación funcionalmente similares;

(b) competencias funcionales, entendidas como los recursos que posee el individuo para enfrentarse a dos tipos de situación funcionalmente similares y que, son de dos tipos: habilidades y estrategias de afrontamiento (coping); (c) la información específica que posee el individuo sobre la situación problemática concreta a la que debe enfrentarse y son de dos tipos: objetivo – contingencial y normativo – cultural; y (d) la reactividad emocional específica ante personas, estímulos, pautas temporales y características situacionales, establecidas por condicionamientos asociativos, programas de refuerzo y cadenas interactivas a lo largo de cada particular historia personal y susceptible de afectar a las situaciones específicas similares posteriores.

Bayés (1995) explica que por información específica objetivo – contingencial se refiere en el caso de prevención primaria al grado de información previa que posee la persona al abordar una situación concreta sobre: (a) los comportamientos situacionales de riesgo; (b) las señales o circunstancias que indican la proximidad de una situación de riesgo, y por tanto la oportunidad de practicar un comportamiento preventivo eficaz; (c) los comportamientos preventivos eficaces, los cuales son de cuatro tipos, evitar el comportamiento de riesgo, eliminar los elementos nocivos del comportamiento de riesgo, practicar comportamientos no peligrosos incompatibles con el comportamiento de riesgo, demorar el comportamiento de riesgo hasta el momento que pueda efectuarse sin peligro; (d) las consecuencias, a corto y a largo plazo, que pueden derivarse tanto de la práctica de los comportamientos de

prevención como de los de riesgo; y (e) la forma de practicar eficazmente los comportamientos preventivos adecuados: usar preservativo, desinfectar el material de inyección, entre otros.

Para proporcionar una información específica objetivo contingencial a una persona o a un grupo será preciso tener presente los requisitos para comunicar con eficacia mensajes de salud; dichos requisitos son: atención, comprensión, relevancia personal, credibilidad y aceptabilidad.

En cuanto a la información específica normativo - cultural, el mismo autor se refiere a las normas y orientaciones vigentes en el contexto social en el que el individuo vive y considera como propios. Esta idea es apoyada por Snowden y Hines (1998) al afirmar:

Que existe la necesidad de reforzar la prevención del SIDA en poblaciones de alto riesgo conformadas por grupos culturales específicos, por lo tanto las intervenciones educativas deben ser revisadas para que sean creíbles por el grupo específico a las que van dirigidas. (p. 335).

Este modelo sirve de ayuda en la toma de decisiones prácticas al indicar los aspectos en los que se debe incidir si se desean conseguir los cambios en los comportamientos de riesgo o instaurar o mantener los de prevención. Se tendrá no solo que facilitar información sino asegurarse de que la misma ha sido asimilada; cambiar actitudes y normas, adiestrar físicamente en habilidades tales como colocar o retirar un preservativo o desinfectar una jeringuilla; reforzar los comportamientos de prevención y rechazar explícitamente los peligrosos; erradicar los factores que incrementan la vulnerabilidad y fomentar los que la disminuyan, entre otros (Bayés, 1995).

Antes de llevar a cabo el modelo descrito con anterioridad en la prevención primaria hay que tener en cuenta que toda acción llevada a cabo en una disciplina científica debe estar orientada por una investigación previa en la que se lleve a cabo una evaluación objetiva de la realidad, así la reflexión en torno a lo que sucede a la comunidad es básica en la comprensión de cómo son sus habitantes y de qué forma operan los diferentes procesos sociales, siendo así relevante un estudio que contribuya al desarrollo académico y conceptual acerca de lo social (conocimiento social y actitud) en relación con el VIH/SIDA desde una perspectiva psicológica.

Por lo anterior se propone realizar un estudio sistemático, siguiendo los lineamientos de investigación que surgen del Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga con el fin de determinar los conocimientos y actitudes de la población Cartagenera en relación con la infección por VIH/SIDA.

Es importante en este momento señalar los aspectos que se refieren al diseño adoptado en este estudio, con el fin de aclarar y sustentar por qué la investigación que se esta desarrollando es epidemiológica descriptiva.

Reblagiato, Ruiz y Arranz (1996) definen la epidemiología como la disciplina que establece la distribución de frecuencia y los determinantes de la distribución de las enfermedades o eventos y fenómenos de la salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución. Teniendo en cuenta lo anterior, la investigación epidemiológica contribuye dentro del universo relacionado con la investigación en salud, y puede ser aplicada apropiadamente a todas las enfermedades, afecciones y hechos relacionados con la salud.

En esta clase de estudio es casi rutinario especificar tres características de personas, como son la edad, el sexo, y grupo étnico o raza. Aunque las personas pueden ser caracterizadas respecto a un número casi infinito de variables, en la práctica el número debe limitarse de conformidad con los objetivos y recursos del estudio específico (Mausner y Bahn 1997).

Según Mausner y Bahn (1997) los estudios epidemiológicos se dividen en dos categorías: epidemiológicos descriptivos y epidemiológicos analíticos. Para la presente investigación es de interés el estudio epidemiológico descriptivo, el cual según Rebagliato et al. (1996), es la descripción de un evento epidemiológico y de su relación con otros eventos en una población dada y en un tiempo y lugar determinado. El evento o los eventos pueden ser, la distribución de uno o varios factores de riesgo y de su relación entre sí, también uno o varios efectos o enfermedades estudiadas en una población.

Rebagliato et al. (1996) afirman que uno de los objetivos de esta investigación es delimitar y agrupar las categorías de mayor interés para el estudio de un determinado evento, es decir, aislar variables de importancia que son de interés para el estudio y hacer sobre ellas una exploración a fondo para estudios descriptivos o analíticos sobre el tema. En los estudios descriptivos no es que estas categorías (por ejemplo: sexo, edad) forman por sí asociaciones causales en el efecto estudiado, sino que dentro de ellas se encuentran factores causales o factores de riesgo relacionados con los individuos que convendría investigar (Colimon, 1978).

Rebagliato et al. (1996) comentan que los estudios epidemiológicos descriptivos se emplean generalmente para:

1. Explicar el comportamiento de una enfermedad o de un evento epidemiológico en una comunidad o región.
2. Describir la historia social de una enfermedad o evento epidemiológico.
3. Contribuir a la clasificación de las enfermedades.
4. Conocer la distribución de la patología en determinado tiempo o lugar.
5. Formular hipótesis para aclarar mecanismos causales.
6. Proveer una guía para la administración y planificación de servicios de salud y la necesidad de atención médica o psicológica.
7. Planear bases para la investigación clínica, terapéutica y preventiva.

Los resultados de la presente investigación epidemiológica descriptiva serán útiles en dos aspectos específicos, el primero serán tenidos en cuenta como punto de partida en la planeación de proyectos de promoción, prevención e intervención que respondan a las necesidades de la comunidad cartagenera con relación a la infección por VIH/SIDA, esta es la principal utilidad que tendrá la investigación. Finalmente los resultados de la investigación se constituyen en una aproximación académica y sistemática acerca del conocimiento que tiene la población cartagenera del VIH/SIDA, así como de las actitudes que poseen frente al mismo. Es conveniente para toda la comunidad científica y personal de salud de la ciudad y del país en general conocer el estado actual de lo que la población conoce de la epidemia de fin de siglo, por esto los resultados de la investigación serán enviados a congresos y revistas especializadas con el objetivo de que sean publicados.

De igual manera, se colocarán a disposición de instituciones y sectores sociales que así lo requieran, para implementar y desarrollar acciones tendientes a disminuir la incidencia de nuevos casos VIH positivos.

En Cartagena es impostergable llevar a cabo estas acciones porque aunque no se encuentra dentro de las ciudades con mayor índice de casos reportados en Colombia, por su condición de ciudad turística es una zona de riesgo para la proliferación del virus; además hasta diciembre de 1998 en esta ciudad se reportaron 491 casos, sin embargo esta cifra se considera en subregistro debido a la cantidad de casos que no se notifican así como el alto número de personas que poseen la infección y desconocen su condición. Se calcula que para conocer el número aproximado de casos en cada región debe multiplicarse el dato real por diez veces (4910 personas en el caso de Cartagena de Indias).

Los altos costos sociales, económicos, y personales de la infección por VIH hace pensar en la necesidad de ampliar efectivamente los servicios de información y prevención que en la actualidad se ofrecen. Para iniciar esta actividad en la ciudad de Cartagena, es necesario hacer una evaluación sobre la información que tienen sus habitantes sobre la infección, por lo tanto es necesario abordar el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes que tiene la población cartagenera en relación con la infección por VIH/SIDA?

Objetivos

Objetivo general

Indagar acerca del conocimiento y actitudes de la población cartagenera en relación con la infección por VIH/SIDA.

Objetivos específicos

1. Evaluar el conocimiento de la población cartagenera acerca de los mecanismos de transmisión del VIH.
2. Evaluar el conocimiento de la población cartagenera acerca de los mecanismos de prevención frente a la infección por VIH.
3. Detectar las actitudes de la población cartagenera hacia la infección por VIH/SIDA y hacia las personas que la padecen.
4. Relacionar las variables género, edad y sector de Cartagena con los conocimientos y actitudes que tengan los habitantes de esta población frente a la infección por VIH/SIDA.

Formulación de Hipótesis

Hipótesis de trabajo 1:

La edad se relaciona con el tipo de conocimientos y actitudes que se posee hacia la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Cartagena de Indias.

Hipótesis nula 1:

La edad no se relaciona con el tipo de conocimientos y actitudes que se posee hacia la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Cartagena de Indias.

Hipótesis de trabajo 2:

El género se relaciona con el tipo de conocimientos y actitudes que se posee hacia la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Cartagena de Indias.

Hipótesis nula 2:

El género no se relaciona con el tipo de conocimientos y actitudes que se posee hacia la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Cartagena de Indias.

Hipótesis de trabajo 3:

El sector en el que se reside se relaciona con el tipo de conocimientos y actitudes que se posee hacia la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Cartagena de Indias.

Hipótesis nula 3:

El sector en que se reside no se relaciona con el tipo de conocimientos y actitudes que se posee hacia la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Cartagena de Indias.

Definición de Variables

A continuación se definen conceptual y operacionalmente las variables objeto de estudio:

Actitud frente a la infección por VIH/SIDA y Conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA.

Definición conceptual.

Actitud frente la infección por VIH/SIDA

La actitud se considera una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. Tanto el objeto como la evaluación se entienden en el sentido amplio de esta definición; así por ejemplo, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para considerar las metas deseadas (Morales et al., 1994). La actitud frente la infección por VIH/SIDA

entonces es entendida como la asociación entre dicha infección y la evaluación que un sujeto haga de ella.

Conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA

El conocimiento es la reestructuración mental por parte de los individuos de lo que es real, basándose en su experiencia pasada y en sus necesidades, deseos e intenciones. Este conocimiento se puede realizar sobre cualquier objeto humano, es decir, acerca de individuos, el sí mismo, grupos, roles, instituciones u objetos físicos (citado por Morales et al., 1994), por lo tanto también se puede realizar sobre la infección por VIH/SIDA.

Definición operacional

Actitud frente a la infección por VIH/SIDA

Esta variable es entendida como las respuestas que un sujeto emita ante una serie de afirmaciones encaminadas a medir la actitud frente a la infección por VIH/SIDA (por ejemplo: “Las personas infectadas por el virus que causa el SIDA deben permanecer aisladas”); dichas respuestas están categorizadas dentro de una escala Likert de cuatro opciones de respuesta eliminando el rango intermedio, donde uno, es definitivamente no; dos, probablemente no; tres, probablemente sí; y cuatro, definitivamente sí.

Conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA

Entendida como las respuestas que un sujeto emita ante una serie de preguntas encaminadas a medir conocimientos sobre la infección por VIH/SIDA (por ejemplo: “¿Conoce Ud. qué significa la palabra VIH?”), dichas respuestas están categorizadas

en escalas de tres opciones de contestación: SI-NO-NS, V-F-NS, y SI SABE-NO SABE-IMPRECISO.

Método

Sujetos

De acuerdo con los datos suministrados por el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) seccional Cartagena, la población total de esta ciudad es de 656.632 habitantes. Para la selección de la muestra objetivo de la presente investigación se tuvo en cuenta el control de la edad, género y sectores de Cartagena. En cuanto a la edad, se establecieron cuatro rangos: 12 a 17 años, 18 a 24 años, 25 a 44 años y 45 a 60 años; Definidos en el Estudio Nacional de Consumo de SPA, de la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) en 1996. Al seleccionar la muestra se controló el género escogiendo al 50% de género femenino y el 50% restante de género masculino, incluyendo en el estudio los nueve sectores habitacionales de Cartagena de Indias, delimitados en el mapa geográfico diseñado por El Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC).

Teniendo en cuenta las variables del estudio, se utilizó para la selección de la muestra el diseño teórico del muestreo aleatorio probabilístico de carácter multietápico; Escogiendo una muestra ajustada de 864 sujetos que fueron distribuidos equitativamente en los nueve sectores (primera etapa). La escogencia de este número de sujetos se justifica por las muestras frecuentemente utilizadas en investigaciones nacionales y regionales según el área de estudio y tipo de investigación; En este caso corresponde a los estudios de conocimientos y actitudes a nivel regional, donde se recomienda un número de sujetos que oscile entre 400 y 700. Manejando un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error

significativo de más o menos 5% determinados por las condiciones muestrales (citado por Hernández, Fernández y Baptista 1998).

Es pertinente aclarar que Cartagena se encuentra distribuida en 14 sectores, de los cuales en el presente estudio se escogieron nueve porque son los que tienen el nivel habitacional adecuado para alcanzar los objetivos planteados. En cada sector se trabajó con una cuota de 96 encuestas.

En la segunda etapa del muestreo, se utilizaron los números aleatorios (Glass y Stanley, 1986. pp. 508-510) para identificar las cuatro manzanas de cada sector en torno de las cuales se iban a seleccionar los sujetos (ver anexo C); cada manzana recibió el nombre de “núcleo radial”, y cada núcleo satisfizo una cuota de 24 encuestas. En la tercera etapa se distribuyó equitativamente la cuota de cada núcleo según el género, es decir, 12 encuestas debían ser aplicadas a sujetos de género masculino y el mismo número a los de género femenino. En la cuarta etapa se tuvieron en cuenta los cuatro rangos de edad (dentro de cada género), tres encuestas debían ser aplicadas a los sujetos con edades comprendidas en cada uno de los rangos. En la última etapa, el encuestador debía seleccionar dentro del núcleo radial asignado, a las personas que cumplían con los requerimientos de género y edad previamente establecidos para completar la cuota.

Gráficamente la distribución de encuestas por sectores y núcleos radiales quedaría como se muestra en la Tabla 1.

La distribución del número de encuestas por núcleo radial se hizo de la forma como se presenta en la Tabla 2, teniendo en cuenta el género y los cuatro rangos de edad.

Tabla 1.

Distribución de encuestas por sectores y núcleos radiales

Sector	Número de núcleos radiales por sector	Número de encuestas por sector	Número de encuestas por núcleo radial
1	4	96	24
2	4	96	24
3	4	96	24
4	4	96	24
5	4	96	24
7	4	96	24
8	4	96	24
9	4	96	24
14	4	96	24

Tabla

2.

Distribución de encuestas por núcleo radial según el género y rangos de edades

Rangos de edad (en años)	Género	
	Masculino	Femenino
12-17	3	3
18-24	3	3
25-44	3	3
46-60	3	3

Instrumento

La información se recolectó a través de la encuesta denominada: “Encuesta Sobre Conocimientos y Actitudes Frente a la Infección por VIH/SIDA” (ver anexo D), la cual fue diseñada por el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga. La adaptación de este instrumento evaluó conocimientos y actitudes de la población Cartagenera en relación con la infección por VIH/SIDA.

La encuesta se construyó con base en el marco conceptual de la investigación, con un total de 51 preguntas distribuidas de la siguiente manera: 42 relacionadas con el conocimiento de la infección y la enfermedad, las cuales están categorizadas en escalas de tres opciones de contestación (SI-NO-NS, V-F-NS, SI SABE-NO SABE-IMPRESISO). Las 9 restantes evalúan actitud con una escala Likert de cuatro opciones de respuesta eliminando el rango intermedio original.

El proceso llevado a cabo para la construcción del instrumento (la revisión teórica, pilotaje y triangulación de los procedimientos y resultados del pilotaje) garantizan las condiciones de la validez interna y externa necesarias para el curso de la investigación.

Al diseñar la prueba en Bucaramanga la propuesta de ítems fue evaluada por jueces, representados en los investigadores principales. De esta manera se construyó la primera prueba piloto que contribuyó en la clasificación del orden de las preguntas, su redacción y la prosodia como debían ser formuladas. Además se vio la necesidad de realizar unas fichas donde estuviesen escritas las opciones de respuestas para aquellas preguntas que se midieron con la escala Likert, debido a que en la experiencia de pilotaje al momento de leerlas se perdía tiempo al tener que recordar las opciones de respuestas más de una vez para que fuesen contestadas adecuadamente.

Posteriormente se hizo una revisión de los resultados obtenidos en el pilotaje; Terminado este proceso se realizaron los ajustes finales a la encuesta y se procedió al trabajo de campo por parte del equipo de encuestadores.

Antes de aplicar la encuesta a la muestra total seleccionada en Cartagena, se realizó un pilotaje para la adaptación y contextualización del cuestionario particularmente en la claridad del lenguaje.

Procedimiento

La investigación contó con un total de 7 asistentes seleccionados entre los estudiantes de Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar, quienes firmaron un documento en donde se exponían el compromiso y responsabilidades tanto de ellos como de los investigadores principales (ver anexo E). Una vez constituido el grupo de trabajo con los investigadores principales y los asistentes, se procedió a la capacitación de estos para el conocimiento, manejo, aplicación y evaluación del instrumento; y el entrenamiento en la técnica de entrevista analizando el documento “*Guía General Para El Encuestador Y La Aplicación Del Instrumento De Recolección De Información*” (ver anexo F).

Luego se realizó la aplicación del instrumento a una muestra piloto, dividiendo aleatoriamente los sectores del área de Cartagena entre todo el grupo de trabajo. Se aplicaron 144 encuestas a la muestra piloto ajustada distribuida entre los diferentes sectores de Cartagena, trabajando un núcleo radial por sector, es decir, 16 encuestas en cada núcleo radial.

La prueba piloto contribuyó a la contextualización de la prueba teniendo en cuenta el lenguaje cartagenero, además en ella se vio la necesidad de crear registros para controlar la aplicación de encuestas en cada núcleo radial y hacer así el trabajo eficiente (ver anexo G y anexo H) la revisión de esta se llevó a cabo con el grupo de trabajo. Terminado el proceso de revisión de los resultados de la experiencia de

pilotaje, se procedió al trabajo de campo en cada sector por parte del equipo de encuestadores.

Una vez recolectada la totalidad de la información, se digitó en la plantilla del Programa Estadístico Para Las Ciencias Sociales (SPSS), programada específicamente para recibir la información obtenida. Una vez insertada la información al programa en el ordenador, se realizó el análisis de frecuencias (análisis univariado) y los análisis inferenciales bajo la técnica estadística Chi- Cuadrado (análisis bivariado), obteniendo de esta manera los resultados finales de la investigación. A partir de estos se analizó e interpretó cada ítem de la encuesta para finalmente anotar aspectos a tener en cuenta al momento de diseñar programas de prevención en Cartagena de Indias.

Cronograma de Actividades

Fecha	Actividades	Objetivos	Responsables
16 – 25 de abril	Corrección de anteproyecto revisado.	Mejorar el documento teniendo en cuenta las observaciones hechas por el Comité de Evaluación.	Investigadores Principales
20 – 30 de abril	Selección de Asistentes de Investigación.	Identificar las personas que pudiesen colaborar en la aplicación de las encuestas.	Investigadores Principales
1 – 10 de mayo	Capacitación de los Asistentes de Investigación.	Proporcionar a los Asistentes información general sobre el tema de investigación, entrenarlos en la técnica de entrevista dirigida, darles a conocer la encuesta y forma como diligenciarla.	Investigadores Principales
11 – 30 de mayo	Ejecución de la prueba piloto.	Aplicar la encuesta aproximadamente al 15% de la muestra total para la contextualización de la misma.	Investigadores Principales Asistentes de Investigación
1 – 8 de junio	Tabulación y análisis de resultados de la muestra piloto.	Aprender a manejar el programa estadístico utilizado (SPSS), realizando los análisis de frecuencia y correlacional.	Investigadores Principales Director del Proyecto
8 – 10 de junio	Revisión y adaptación de la encuesta original.	Realizar los ajustes necesarios para el mejoramiento del instrumento, teniendo en cuenta los resultados del pilotaje.	Investigadores Principales Asistentes de Investigación

Fecha	Actividades	Objetivos	Responsables
12 junio – 20 de julio	Aplicación de la encuesta a la muestra total.	Recolectar la información referente a los conocimientos y actitudes de la población cartagenera frente a la infección por VIH/SIDA.	Investigadores Principales Asistentes de Investigación
21 de julio – 15 de agosto	Digitación y tabulación de la información recolectada de la muestra total.	Insertar la información obtenida en una plantilla del Programa estadístico Para Las Ciencias Sociales, y realizar los análisis de frecuencia y el correlacional (Chi-Cuadrado).	Investigadores Principales Director del Proyecto
16 de agosto – 10 de septiembre	Análisis estadístico y redacción de los resultados.	Describir y redactar los resultados arrojados por el programa estadístico.	Investigadores Principales
16 – 27 de septiembre	Interpretación de resultados.	Elaborar un análisis de los resultados obtenidos y a partir de ellos proponer estrategias que sirvan para el mejoramiento de los programas de prevención realizados en la ciudad.	Investigadores Principales
28 de septiembre – 5 de octubre	Transcripción del Proyecto.	Procesar la información obtenida luego de ejecutar las últimas fases del proyecto.	Investigadores Principales
6 de octubre	Entrega del Proyecto	Poner en consideración el trabajo final ante el comité de evaluadores, para su respectiva aprobación.	Investigadores Principales

Recursos

Humanos:

Director del Proyecto: Psicólogo Luis Argenis Osorio.

Investigadores: Los dos autores del trabajo de grado.

Asistentes : Siete, seleccionados en la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar.

Bibliográficos y técnicos

Documentales: Libros, revistas especializadas, información disponible en la Internet.

Equipos e Instrumentos: Encuesta sobre conocimientos y actitudes frente a la infección por VIH/SIDA. Computador con Windows, paquete estadístico SPSS y la Internet.

Presupuesto

Viáticos del director: \$580.000

Papelería: \$300.000

Libros: \$30.000

Transporte a las diferentes áreas de Cartagena: \$500.000

Correos: \$20000

Resultados

Es este aparte se describen los resultados obtenidos en la investigación, para facilitar la comprensión de dichos resultados se presenta una tabla con los datos obtenidos en cada una de las preguntas del instrumento. La información que contiene cada tabla es la siguiente:

1. Pregunta de la encuesta.
2. Opciones de respuesta.
3. Frecuencia de ocurrencia de la respuesta.
4. Porcentaje de la respuesta en el total de la muestra con proyección poblacional.
5. Variables de correlación.
6. Nivel de significación del análisis correlacional Chi-cuadrado para datos categóricos. El margen de error fue del 5%, y un nivel de confianza del 95%. N.S., quiere decir no significativo al margen establecido.
7. Hipótesis cumplida: Ha. = hipótesis de trabajo. Ho. = hipótesis nula.

Inicialmente se exponen los resultados de las preguntas que midieron conocimiento y por último los de aquellas que midieron actitud.

Conocimientos en VIH/SIDA

Al preguntársele a la población si había recibido información referente al VIH/SIDA, solo un rango entre [1.3%-11.3%] contestó negativamente (ver Tabla 3). Siendo en los sectores cuatro y cinco donde menos información se ha recibido sobre la infección $\chi^2 (8, N=864)=28.44, p<.05$.

Tabla 3.

Ha recibido información acerca de la infección por VIH/SIDA

Total		
Ha recibido información	Frecuencia	Porcentaje
SI	810	93.8%
NO	54	6.3%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	99%-Ha. 3

En cuanto a las fuentes a través de las cuales se ha obtenido dicha información, la población emitió respuestas variadas (ver Tabla 4). Aunque son la televisión, publicaciones (revistas, folletos, libros, periódicos, entre otros) e institución educativa los medios que las personas recuerdan en un mayor porcentaje respectivamente.

Las personas que se encuentran entre los [25-60 años] reciben mayor información por la radio que los de [12-17 años] $\chi^2(3, N=864)=38.39, p<.05$; Los habitantes de los sectores dos y siete reciben mayor información por este medio a diferencia de los del sector cinco $\chi^2(8, N=864)=119.31, p<.05$; son también los del sector dos quienes hablan en mayor proporción con sus familiares sobre la infección, en comparación con los sectores uno, cinco y nueve $\chi^2(8, N=864)=90.13, p<.05$, esta última diferencia se da de igual forma entre estos sectores al hablar sobre la infección con vecinos $\chi^2(8, N=864)=99.5, p<.05$.

Tabla

4.

Medio a través de los cuales se obtuvo la información sobre VIH/SIDA

Total		
Donde obtuvo información	Frecuencia	Porcentaje
Televisión	667	77.2%
Institución Educativa	456	52.8%
Radio	416	48.1%
Familiares	356	41.2%
Amigos	444	51.4%
Vecinos	261	30.2%
Publicaciones	582	67.4%
Otro	118	13.7%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Al indagar acerca del significado de la sigla VIH solo un rango de la población del [7.6%-17.6%] contestó acertadamente: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, evidenciándose así que la mayor parte de la población no conoce el significado de esta palabra (ver Tabla 5).

Cuando se le preguntó a la población sobre el significado de la palabra SIDA un rango de ella del [25.8%-35.8%] dijo correctamente lo que significa, el resto de la población no sabe o contestó de manera imprecisa (ver Tabla 6).

Tabla 5.

Conoce usted que significa la palabra VIH

Total		
Significado VIH	Frecuencia	Porcentaje
SI SABE	109	12.6%
NO SABE	653	75.6%
IMPRECISO	101	11.7%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Tabla 6.

Conoce usted qué significa la palabra SIDA

Total		
Significado SIDA	Frecuencia	Porcentaje
SI SABE	266	30.8%
NO SABE	513	59.4%
IMPRECISO	85	9.8%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	96%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Las personas entre los [18-24 años] tienen un mayor conocimiento del significado de la sigla que aquellas que se encuentran en el primer y último rango de edad [12-17 años] y [45-60 años], estos últimos contestan con mayor imprecisión que los de [12-17 años] χ^2 (6, N=864)=32.69, $p<.05$. También se aprecia que los hombres saben en mayor proporción que las mujeres el significado de la palabra SIDA χ^2 (2, N=864)=6.48, $p<.05$. Los habitantes de los sectores 1 y 9 son quienes conocen más el significado de la palabra en comparación con todos los sectores excepto el tres y el ocho; en los sectores 4 y 14 es donde menos se sabe el significado de la sigla en comparación con el sector 1, es en este último junto con el tres donde más se contesta con imprecisión χ^2 (16, N=864)=183.1, $p<.05$.

Al preguntar sobre el conocimiento que se tiene sobre la prueba ELISA, se encuentra que la mayoría de los sujetos no ha escuchado hablar sobre esta (ver Tabla 7), solo un rango poblacional [14.1%-24.1%] contesta afirmativamente a la pregunta. Las personas entre [18-24 años] saben más que las de [12-17 años] para qué se emplea esta prueba χ^2 (3, N=864)=23.63, $p<.05$. También se observa una diferencia significativa al relacionar esta pregunta con la variable sector, ya que es en el sector uno donde más se conoce sobre la prueba ELISA, esta diferencia se da con todos los sectores excepto el nueve χ^2 (8, N=864)=46.65, $p<.05$.

En cuanto al recuerdo que evocan los sujetos sobre las propagandas televisivas que se refieren al condón como medio de protección se obtuvo que entre el [93.4%-100%] reconoce haberlas visto (ver Tabla 8).

Tabla 7.

Ha escuchado hablar de la prueba ELISA

Total		
Prueba ELISA	Frecuencia	Porcentaje
SI	165	19.1%
NO	699	80.9%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Tabla 8.

Ha visto en la televisión propagandas que hablen acerca del condón

Total		
Propagandas del condón	Frecuencia	Porcentaje
SI	850	98.4%
NO	14	1.6%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ha. 3

La propaganda que más recuerdan los cartageneros es la emitida por el Ministerio de Salud Nacional: “Sin preservativo, ni pío”, un rango poblacional del [91.2%-100%] afirma haberla visto, otras propagandas de prevención o de marcas de condones fueron recordadas en menor proporción (ver Tabla 9). Las personas del rango de mayor edad considerado para el estudio [45-60 años] son quienes menos

recuerdan haber visto el comercial de los pollitos χ^2 (3, N=864)=8.41, $p<.05$. Otros comerciales de prevención son recordados mayoritariamente por los habitantes del sector tres, esta diferencia fue significativa con los sectores uno y cinco χ^2 (8, N=864)=27.28, $p<.05$. Comerciales donde se promocionan marcas de condones (por ejemplo: Today, Sanamed-Duo, Tarjeta Condón, entre otros) son vistos más por los jóvenes entre los [18-24 años] en comparación con los del último grupo etáreo [45-60 años] χ^2 (3, N=864)=13.41, $p<.05$. Las personas de los sectores 2, 3, 4, 7, 8 y 14 ven más este tipo de comerciales que las del sector 9 χ^2 (8, N=864)=55.39, $p<.05$.

Tabla 9.

Cuál propaganda

Total		
Cuál	Frecuencia	Porcentaje
POLLITOS	831	96.2%
PREVENCION	229	26.5%
MARCAS	276	31.9%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Otro de los aspectos que se evaluó en el estudio fue el conocimiento que se tiene acerca de las conductas que ponen en riesgo a una persona para adquirir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Los resultados de las once situaciones planteadas se describen a continuación.

La primera situación que se puso a consideración de los encuestados fueron las relaciones sexuales pene-vagina, la mayoría de la población [86.7%-96.7%] opina positivamente que el VIH se puede transmitir al tener este tipo de relación (ver Tabla 10); siendo las personas entre [12-17 años] quienes menos tienen conocimiento del riesgo real de adquirir el virus al emitir este comportamiento (contestando en mayor proporción no y no saber) χ^2 (6, N=864)=22, $p<.05$.

Tabla 10.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Relaciones sexuales pene-vagina	Frecuencia	Porcentaje
SI	792	91.7%
NO	40	4.6%
NS	32	3.7%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Un rango poblacional del [65.5%-75.5%] piensa acertadamente que no existe riesgo alguno al compartir los platos y cubiertos con una persona infectada (ver Tabla 11). Aún así fueron las personas entre [45-60 años] quienes están más equivocadas al considerar esta situación como riesgosa, también fueron ellas mismas quienes contestaron en mayor proporción no saber, diferenciándose

significativamente en ambos casos de lo que piensan las personas entre [18-24 años] y las de [25-44 años] χ^2 (6, N=864)=17.33, $p<.05$.

Tabla 11.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Compartiendo los mismos platos y cubiertos	Frecuencia	Porcentaje
SI	219	25.3%
NO	609	70.5%
NS	36	4.2%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

La relación de riesgo pene-ano fue identificada como tal por un rango poblacional del [79.8%-89.8%] (ver Tabla 12). Son las personas entre los [12-17 años] quienes están más errados que los demás grupos etáreos, ya que consideran en mayor proporción este comportamiento como no riesgoso, este mismo grupo fue el que menos supo contestar la pregunta, diferenciándose solo de los de [25-44 años] χ^2 (6, N=864)=24.25, $p<.05$; los hombres a diferencia de las mujeres identifican mayoritariamente la relación sexual pene-ano como no riesgosa para adquirir la infección χ^2 (2, N=864)=10.68, $p<.05$.

Tabla 12.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Relaciones Sexuales Pene-Ano	Frecuencia	Porcentaje
SI	733	84.8%
NO	60	6.9%
NS	71	8.2%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Al indagar sobre el riesgo de usar agujas untadas con sangre, se encuentra que el mayor porcentaje de la población está en lo cierto y solo un rango del [0%-9.6%] y del [0%-7.7%] dice no o no saber respectivamente al contestar la pregunta (ver Tabla 13). Las personas más jóvenes [12-17 años] no identifican esta conducta como riesgosa, y al mismo tiempo ellas junto con las de [45-60 años] son las que menos saben contestar la pregunta χ^2 (6, N=864)=20.08, $p<.05$.

En las relaciones sexuales ocasionales sin protección se puede adquirir el VIH para un rango del [89.6%-99.6%] de la población (ver Tabla 14). Siendo las personas entre [12-17 años] quienes menos perciben el riesgo de infección mediante este tipo de relación, ellos mismos junto con los de [45-60 años], no saben contestar esta pregunta, a diferencia del resto de los grupos etáreos χ^2 (6, N=864)=14.29, $p<.05$.

Tabla 13.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Uso de agujas untadas con sangre	Frecuencia	Porcentaje
SI	801	92.7%
NO	40	40.6%
NS	23	2.7%
Significación	Edad Género Sector	99%-Ha. 1 N.S.-Ho. 2 N.S.-Ho. 3

Tabla 14.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Relaciones sexuales ocasionales sin protección	Frecuencia	Porcentaje
SI	817	94.6%
NO	27	3.1%
NS	20	2.3%
Significación	Edad Género Sector	99%-Ha. 1 N.S.-Ho. 2 N.S.-Ho. 3

Otra de las situaciones evaluadas fue el recibir sangre de otra persona, el mayor porcentaje de la población [86.1%-96.1%] identifica el hacerse una transfusión de sangre como un medio a través del cual se puede adquirir el virus (ver Tabla 15). Las personas entre los [12-17 años] contestan no y no saber en mayor proporción al preguntársele sobre el riesgo que hay en esta situación $\chi^2 (6, N=864)=15.91, p<.05$.

Tabla 15.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Recibir sangre de otra persona	Frecuencia	Porcentaje
SI	787	91.1%
NO	53	6.1%
NS	24	2.8%
Significación	Edad	98%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Al indagar sobre el riesgo que perciben los cartageneros en las actividades sexuales donde hay contacto de la boca con el órgano genital, se observa que la mayoría de las personas [53%-63%] opina que si existe riesgo al practicar un cunniligus (ver Tabla 16). Las personas de los dos primeros rangos de edad [12-17 años] y [18-24 años] perciben en los contactos boca-vagina menor riesgo de infección a diferencia de lo que piensan las de [45-60 años], siendo las personas más jóvenes

[12-17 años] quienes contestan en mayor proporción no saber, diferenciándose significativamente solo con los de [18-24 años] χ^2 (6, N=864)=31.12, $p<.05$. Aunque los hombres perciben menor riesgo en esta práctica sexual en comparación con las mujeres, fueron ellas quienes contestaron no saber en mayor proporción χ^2 (2, N=864)=15.13, $p<.05$.

Tabla 16. En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Contacto de la boca con la vagina	Frecuencia	Porcentaje
SI	501	58%
NO	205	23.7%
NS	158	18.3%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

La felación fue considerada como práctica de riesgo por el [56.9%-66.9%] de la población (ver Tabla 17). Las personas entre [18-24 años] perciben menor riesgo en el contacto boca-pene que los de [25-44 años] y [45-60 años], además quienes en realidad no supieron si este tipo de relación es riesgosa se encuentran entre [12-17 años] diferenciándose significativamente con los del segundo y último rango de edad [18-24 años] y [45-60 años] χ^2 (6, N=864)=26.64, $p<.05$. Al comparar lo que

contestaron hombres y mujeres se observa la misma diferencia descrita en el caso del Cunnilingus (los primeros perciben menor riesgo, mientras que las segundas manifiestan mayor desconocimiento) χ^2 (2, N=864)=14.69, $p<.05$.

Tabla 17. En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Contacto de la boca con el pene	Frecuencia	Porcentaje
SI	535	61.9%
NO	190	22%
NS	139	16.1%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

El utilizar el baño de una persona infectada no es identificado como medio de transmisión por un [49.2%-59.2%] de la población (ver Tabla 18); siendo las personas entre los [12-17 años] quienes consideran en mayor proporción esta situación como riesgosa, diferenciándose significativamente de lo que piensan los de [18-24 años] de edad χ^2 (6, N=864)=12.99, $p<.05$. En cuanto al género, las mujeres mayoritariamente no saben si el VIH se transmite por este medio χ^2 (2, N=864)=6.42, $p<.05$. Los habitantes de los sectores 2, 3, 4, 8 y 14 están más equivocados que los del sector 1 al considerar la utilización del baño de una persona

infectada como riesgosa; en el sector uno se tuvo más conocimiento sobre el riesgo real de adquirir el VIH en la situación mencionada que en el sector tres; fue en este último donde se contesta no saber en mayor proporción, a diferencia que en los demás sectores $\chi^2 (16, N=864)=101.14, p<.05$.

Tabla 18.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

		Total
Utilización del baño de una persona infectada	Frecuencia	Porcentaje
SI	308	35.6%
NO	468	54.2%
NS	88	10.2%
Significación	Edad	95%-Ha. 1
	Género	96%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

En la Tabla 19 se evidencia que el [64.6%-74.6%] de la población expresa un conocimiento correcto al negar que abrazando a una persona sudada se puede adquirir el VIH. Las personas de [45-60 años] piensan que si es posible adquirir la infección en esta situación, en comparación con los de [18-44 años] $\chi^2 (6, N=864)=21.04, p<.05$. Las personas que habitan en los sectores 2, 3, 4, 5 y 14 están más equivocados que los del sector 1 al considerar esta situación como riesgosa. En el sector tres es donde mayor desconocimiento se tiene sobre el riesgo real de infección al tener

contacto con el sudor de alguien infectado, siendo esta diferencia significativa con todos los sectores excepto el cinco χ^2 (16, N=864)=85.59, $p<.05$.

Tabla 19.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Abrazando a una persona sudada	Frecuencia	Porcentaje
SI	166	19.2%
NO	601	69.6%
NS	97	11.2%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	99%-Ha. 3

La mayoría de la población [55.4%-65.4%] considera acertadamente que el tomar leche materna es una situación de riesgo para el lactante (ver Tabla 20).

Tras evaluar las anteriores situaciones en relación con la adquisición del VIH, también se evaluó el riesgo que los habitantes de Cartagena de Indias asignan a diferentes subgrupos de la población. El primer conjunto de personas que se consideró fueron las mujeres, un porcentaje del [89.2%-99.2%] de la población considera que ellas si se encuentran en riesgo de adquirir el virus (ver Tabla 21).

Tabla 20.

En cuál de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA

Total		
Bebe que toma leche materna	Frecuencia	Porcentaje
SI	522	60.4%
NO	215	24.9%
NS	127	14.7%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Tabla 21.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Mujeres	Frecuencia	Porcentaje
SI	814	94.2%
NO	36	4.2%
NS	14	1.6%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Un amplio rango poblacional [93.7%-100%] identifica a las persona cuya orientación sexual es por los de su mismo sexo como grupo que se encuentra en riesgo de contraer la infección (ver Tabla 22).

Tabla 22.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Homosexuales	Frecuencia	Porcentaje
SI	853	98.7%
NO	7	0.8%
NS	4	0.4%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

En la Tabla 23 se puede observar que un rango mayoritario de la población [90.6%-100%] considera que los hombres también están en riesgo de adquirir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Tabla 23.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Hombres	Frecuencia	Porcentaje
SI	826	95.6%
NO	25	2.9%
NS	13	1.5%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Un amplio rango poblacional del [72.7%82.7%] piensa que los niños si pueden infectarse con el VIH (ver Tabla 24). Las personas de [12-17 años] identificaron en los niños un grupo de menor riesgo, del que fue identificado por el resto de la población; los del primer rango de edad contestaron mayormente que los de [25-60 años] no saber el riesgo en niños χ^2 (6, N=864)=27.58, $p<.05$. Los hombres son quienes menos perciben y más desconocen el riesgo que existe entre la población infantil χ^2 (2, N=864)=9.17, $p<.05$. En el sector tres es donde más se desconoce el riesgo existente en niños χ^2 (16, N=864)=40.10, $p<.05$.

Tabla 24.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Niños	Frecuencia	Porcentaje
SI	671	77.7%
NO	142	16.4%
NS	51	5.9%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Como se puede observar en la Tabla 25, los heterosexuales son identificados como un grupo de riesgo por la mayoría de la población [90.4%-100%].

Un amplio rango de la población [83.1%-93.1%] identifica a las personas que consumen sustancias psicoactivas (SPA) como un grupo de alto riesgo para adquirir la infección (ver Tabla 26). Las personas que contestan en mayor proporción que los drogadictos no se encuentran en riesgo de adquirir el VIH son las del primer rango de edad [12-17 años], ellos mismos junto con lo de [18-24 años] son los que menos saben si este grupo se encuentra en riesgo $\chi^2(6, N=864)=31.36, p<.05$. Los hombres consideran en mayor proporción que esta población no se encuentra en riesgo y son también quienes menos saben si los consumidores de SPA son un grupo en riesgo $\chi^2(2, N=864)=12.03, p<.05$.

Tabla

25.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Heterosexuales	Frecuencia	Porcentaje
SI	824	95.4%
NO	18	2.1%
NS	22	2.5%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Tabla 26.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Drogadictos	Frecuencia	Porcentaje
SI	761	88.1%
NO	71	8.2%
NS	32	3.7%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

En la Tabla 27 se aprecia que las prostitutas son consideradas como personas en riesgo de infectarse, así lo afirmó un rango poblacional del [93.4%-100%].

Tabla 27.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Prostitutas	Frecuencia	Porcentaje
SI	850	98.4%
NO	10	1.2%
NS	4	0.5%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Al considerar a los gamines, un rango mayoritario de la población [77.8%-87.8%] dice que también pueden adquirir el virus (ver Tabla 28). Los sujetos entre los [12-17 años] son quienes menos consideran a la población cuestionada en riesgo, y también dicen no saber contestar la pregunta en mayor proporción que el resto de la población $\chi^2 (6, N=864)=31.33, p<.05$.

Tabla 28.

Cuales de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Gamines	Frecuencia	Porcentaje
SI	715	82.8%
NO	92	10.6%
NS	57	6.6%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Luego de evaluar lo que conoce la población cartagenera sobre quiénes se encuentran en riesgo de infectarse con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, se presentan los resultados de lo que conocen sobre otros aspectos básicos de la infección por VIH/SIDA.

En la Tabla 29 se puede observar que la mayoría de la población [73.8%- 83.8%] está equivocada al afirmar que una persona con el VIH tiene SIDA, aunque quienes más están en lo cierto son las personas entre [18-24 años], mientras que los de [12-17 años] y [45-60 años] dicen en mayor proporción no saber la respuesta, que los de [18-24 años] $\chi^2(6, N=864)=20.20, p<.05$. Al comparar lo que piensan los hombres y mujeres, se obtuvo que los primeros piensan mayoritariamente que el estar infectado con el VIH no indica tener SIDA, y fueron las segundas quienes en

mayor proporción no saben contestar la pregunta $\chi^2(2, N=864)=6.98, p<.05$. En el sector nueve es donde menos se considera que una persona que tiene el VIH tiene SIDA (la diferencia es significativa con todos los sectores excepto el siete) $\chi^2(16, N=864)=33.10, p<.05$.

Un amplio rango de la población, del [73%-83%] contesta que una persona con SIDA tiene el VIH, lo cual es cierto (ver Tabla 30). Las personas entre los [12- 17 años] y las de [45-60 años] son quienes menos saben contestar a la pregunta $\chi^2(6, N=864)=25.46, p<.05$. Los habitantes del sector ocho están más equivocados que los de los sectores uno, dos, tres y cinco al contestar falso al cuestionamiento; en el sector tres se sabe menos contestar la pregunta que en los sectores ocho y nueve $\chi^2(16, N=864)=30.89, p<.05$.

Tabla 29.

Una persona que tiene el VIH tiene el SIDA

Total		
VIH-SIDA	Frecuencia	Porcentaje
V	560	64.8%
F	143	16.6%
NS	161	18.6%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	97%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Tabla 30.

Una persona que tiene SIDA tiene el VIH

Total		
SIDA-VIH	Frecuencia	Porcentaje
V	674	78%
F	51	5.9%
NS	139	16.1%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	98%-Ha. 3

La mayoría de la población [87.1%-97.1%] contesta afirmativamente al preguntársele si el SIDA es una enfermedad incurable, lo que es cierto (ver Tabla 31). Aunque los sujetos con edades entre [12-17 años] están más errados que los de [18-44 años], igualmente los del primer rango de edad utilizado en el estudio, contestan en mayor proporción no saber $\chi^2(6, N=864)=18.19, p<.05$. Los hombres son quienes más están equivocados y no saben contestar la pregunta $\chi^2(2, N=864)=6.38, p<.05$.

Un rango poblacional del [70.3%-80.3%] piensa acertadamente que el SIDA es consecuencia del VIH (ver Tabla32). Las personas entre los [18-44 años] son quienes más se equivocan al contestar esta pregunta (diciendo que es falso) mientras que las de [12-17 años] contestan en mayor proporción que el resto de la población no saber la repuesta $\chi^2(6, N=864)=21.72, p<.05$.

Tabla 31.

El SIDA es una enfermedad incurable

Total		
El SIDA es incurable	Frecuencia	Porcentaje
V	796	92.1%
F	45	5.2%
NS	23	2.7%
Significación	Edad Género Sector	99%-Ha. 1 95%-Ho. 2 N.S.-Ho. 3

Tabla 32.

El SIDA es consecuencia del VIH

Total		
Consecuencia	Frecuencia	Porcentaje
V	651	75.3%
F	50	5.8%
NS	163	18.9%
Significación	Edad Género Sector	99%-Ha. 1 N.S.-Ho. 2 N.S.-Ho. 3

Al preguntar si una persona puede vivir máximo tres años tras adquirir el virus, un porcentaje de la población del [41.9%-51.9%] contesta falso (ver Tabla 33). De estos sólo un 72.8% ($n=295$) estuvo en lo cierto al pensar que un portador puede vivir más de tres años (los cuales representan el 34.1% del total de personas encuestadas).

Tabla 33.

Una persona infectada con el virus que causa el SIDA puede vivir máximo tres años luego de adquirirlo

Total		
Puede vivir máximo tres años	Frecuencia	Porcentaje
V	243	28.1%
F	405	46.9%
NS	215	24.9%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

En la Tabla 34 se aprecia que la mayoría de la población [71.3%-81.3%] piensa acertadamente que el uso correcto del condón previene la infección con el virus que causa el SIDA. Los habitantes de los sectores 2, 4, 7, 8 y 14 están más equivocados que los de los sectores 1 y 3, al considerar que el condón es un medio no eficaz para prevenir la infección; en el sector uno a diferencia de los demás sectores se contesta en mayor proporción no saber, $\chi^2 (16, N=864)=65.82, p<.05$.

Tabla 34.

El uso correcto del condón previene la infección con el virus que causa el SIDA

Total		
El condón previene el SIDA	Frecuencia	Porcentaje
V	659	73.6%
F	132	15.3%
NS	73	8.4%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Un amplio rango poblacional del [53.3%-63.3%] niega que una gripa y diarrea son síntomas seguros del SIDA (ver Tabla 35). Los hombres más que las mujeres piensan que estos son síntomas seguros de la enfermedad χ^2 (2, N=864)=16.39, $p<.05$. En el sector uno es donde menos se sabe contestar la pregunta χ^2 (16, N=864)=52.10, $p<.05$

La mayoría de la población cartagenera reconoce haber mantenido relaciones de tipo sexual [71.6%-81.6%] (ver Tabla 36).

De dicha población sexualmente activa, un porcentaje del [45.6%-55.6%] ha hecho uso del condón en sus relaciones sexuales (ver Tabla 37).

Tabla 35.

Una gripa y diarrea son síntomas seguros del SIDA

Total		
Gripa y diarrea	Frecuencia	Porcentaje
V	158	18.3%
F	504	58.3%
NS	202	23.4%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Tabla 36.

Ha tenido relaciones sexuales

Total		
Ha tenido relaciones	Frecuencia	Porcentaje
V	659	76.3%
F	204	23.6%
NS	1	0.1%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Tabla 37.

En sus relaciones sexuales ha hecho uso del condón

Total		
Ha usado el condón	Frecuencia	Porcentaje
V	334	50.6%
F	325	49.3%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Menos de la mitad de sujetos [36.4%-46.4%] manifiesta tener claras pautas de comportamiento en caso de enterarse de la propia infección con el virus (ver Tabla 38); las personas entre [18-60 años] tienen más claro qué hacer que las de [12-17 años], estos últimos son quienes contestan más falso a la pregunta marcando una diferencia significativa con los de [25-60 años]; son también los del primer grupo etáreo [12-17 años] quienes contestan en mayor proporción no saber que los de [45-60 años] $\chi^2(6, N=864)=51.95, p<.05$. Los hombres son quienes menos saben cómo actuar en esta situación, mientras que las mujeres no están muy seguras sobre lo que tienen que hacer $\chi^2(2, N=864)=9.85, p<.05$. En los sectores 2, 4, 7, 8 y 14 se tiene menos conocimiento de alternativas de actuación que en el sector 1; los habitantes de los sectores uno, tres y cinco están más inseguros que los del cuatro al pensar sobre lo que deben hacer en caso de infección $\chi^2(16, N=864)=154.09, p<.05$.

Tabla 38.

Sabría que hacer en caso de estar infectado con el virus que causa el sida

Total		
Sabría que hacer si esta infectado	Frecuencia	Porcentaje
V	358	41.4%
F	196	22.7%
NS	310	35.9%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

En la Tabla 39 se evidencia que un amplio rango poblacional del [61.8% - 71.8%] conoce que el VIH no se transmite por contactos cotidianos mantenidos en los espacios laborales y educativos, por lo que afirman que si estudiarían o trabajarían con una persona infectada; aunque los integrantes del primer grupo etáreo [12-17 años] contestan falso a esta pregunta en mayor proporción que los de [18-44 años] χ^2 (3, N=864)=27.23, $p<.05$.

Tabla 39.

Trabajaría-estudiaría con una persona que es portadora del virus que causa el sida

Total		
Trabajaría-estudiaría con un portador	Frecuencia	Porcentaje
V	577	66.8%
F	287	33.2%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

En la Tabla 40 se observa que la mayor parte de la población desconoce el tiempo que se requiere para practicarse la prueba que determina si se tiene el virus del SIDA. Las personas entre [45-60 años] están de acuerdo con el tiempo que se establece en la pregunta (un mes y medio) a diferencia de los [18-24 años] $\chi^2(6, N=864)=15.64, p<.05$. En cuanto al género, las mujeres contestan en mayor proporción no saber $\chi^2(2, N=864)=9.27, p<.05$. En los sectores 4 y 14 es donde se contesta en mayor proporción falso a esta pregunta que en el sector 1; además en el sector 3 un mayor porcentaje de las personas tiene un claro desconocimiento sobre el hecho en cuestión, en comparación con los sectores 2, 4, 5, 8 y 14 $\chi^2(16, N=864)=98.48, p<.05$.

Tabla 40.

Debe esperarse mes y medio luego de una relación sexual sin protección para tomarse la prueba que determina si se tiene el virus del SIDA

		Total
Debe esperar mes y medio	Frecuencia	Porcentaje
V	244	25.9%
F	348	40.3%
NS	292	33.8%
Significación	Edad	98%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Expuestos los resultados obtenidos al evaluar algunos de los conocimientos acerca de la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Cartagena de Indias, se procederá a describir los que se obtuvieron a través de los ítems destinados a indagar sobre la actitud de sus habitantes frente al tema.

Actitudes frente al VIH/SIDA

Como se aprecia en la Tabla 41, la mayoría de la población tiene una actitud desfavorable ante el hecho de aislar a los pacientes portadores del VIH; las personas entre los [45-60 años] son quienes más creen que definitivamente si estos pacientes se deben aislar, quienes se encuentran entre [18-24 años] dudan al contestar que el aislamiento no es lo más adecuado, diferenciándose significativamente de lo que contestan los de [12-17 años] y [45-60 años] χ^2 (9, N=864)=30.45, $p<.05$. En el

sector uno es donde se está en mayor desacuerdo con la afirmación planteada, mientras que en el 9 a diferencia que los sectores 1, 2, 5 y 14, el desacuerdo no fue definitivo; en los sectores 2, 3, 4, 5, 7 y 14, se piensa más que en el sector 1 que definitivamente sí un portador se debe aislar χ^2 (24, N=864)=142.33, $p<.05$.

Tabla 41.

Las personas infectadas por el virus que causa el sida deben permanecer aisladas

Total		
Se debe aislar a una persona infectada	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	301	34.8%
Probablemente No	222	25.7%
Probablemente Sí	166	19.2%
Definitivamente Sí	175	20.3%
Significación	Edad	99%-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	99%-Ha.3

Un amplio rango de la población no confía en su habilidad para detectar a los portadores del VIH a simple vista (ver Tabla 42). Quienes se encuentran entre [45-60 años] están más errados que el resto de la población al considerar que un portador se puede detectar a través del trato cotidiano χ^2 (9, N=864)=24.18, $p<.05$; la misma idea prevalece más en el sector 5 que en los demás sectores, excepto el 7 y el 14 χ^2 (24, N=864)=50.09, $p<.05$.

Tabla 42.

Es posible saber a simple vista si una persona tiene VIH/SIDA

Total		
Se conoce a simple vista a un infectado/a	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	320	37%
Probablemente No	293	33.9%
Probablemente Sí	178	20.6%
Definitivamente Sí	73	8.4%
Significación	Edad	99%-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	99%-Ha.3

Los cartageneros en su mayoría consideran que un portador debe recibir ayuda profesional (ver Tabla 43). Los del primer rango de edad [12-17 años] fueron quienes estuvieron más en desacuerdo, además los de [45-60 años] presentan mayor duda al responder, que los de [18-24 años] $\chi^2 (9, N=864)=24.32, p<.05$.

Tabla 43.

Una persona infectada con el virus que causa el SIDA debe acudir a ayuda profesional

Total		
<u>Un infectado debe recibir ayuda</u>	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	24	2.8%
Probablemente No	22	2.5%
Probablemente Sí	201	23.3%
Definitivamente Sí	617	71.4%
Significación	Edad	99%-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	N.S.-Ho.3

En cuanto al riesgo de infección que perciben los sujetos en los integrantes de su grupo de apoyo primario, un amplio rango manifiesta duda, afirmando que probablemente si alguien de su familia pueda verse infectado (ver Tabla 44). Sin embargo son las personas entre [45-60 años] a diferencia de las de [18-24 años] quienes más creen que es poco probable que este hecho suceda, los de [18-24 años] consideran que definitivamente alguien cercano se puede infectar con el VIH a diferencia que los del primer grupo etáreo $\chi^2 (9, N=864)=17.27, p<.05$. Los habitantes de los sectores dos, siete, ocho y nueve están más de acuerdo que los del sector tres al considerar que alguien de su familia puede infectarse; fueron estos

últimos quienes piensan que es poco probable que este hecho suceda, la diferencia fue significativa al compararlo con los sectores cuatro y ocho $\chi^2(24, N=864)=55.97, p<.05$.

Tabla 44.

Alguien de su familia puede estar en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Su familia puede estar en riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	243	28.1%
Probablemente No	203	23.5%
Probablemente Sí	271	31.4%
Definitivamente Sí	147	17%
Significación	Edad	95%-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	99%-Ha.3

El autoriesgo no es percibido en Cartagena por la mayoría de sus habitantes (ver Tabla 45). Pero son los sujetos de [18-24 años] quienes reconocen en mayor proporción el propio riesgo de infección, siendo esta diferencia significativa con el tercer y último rango de edad, son ellos mismos quienes creen que es muy probable que el hecho en cuestión suceda, diferenciándose de lo que opinan las personas entre [12-17 años] y [45-60 años] $\chi^2(9, N=864)=25.13, p<.05$. En el sector 9 es donde más se percibe el autoriesgo, la diferencia fue significativa con todos sectores

excepto con el cuatro, siete y ocho; los habitantes de los sectores tres y nueve son quienes más dudan al afirmar el propio riesgo a diferencia de lo que se observa en el sector siete χ^2 (24, N=864)=75.48, $p<.05$.

Tabla 45.

Usted se encuentra en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA

Total		
Usted percibe el autoriesgo	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	379	43.9%
Probablemente No	211	24.4%
Probablemente Sí	179	20.7%
Definitivamente Sí	95	11%
Significación	Edad	99%-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	99%-Ha.3

La mayoría de las personas niega la influencia de un Ser superior en el hecho de infectarse con el VIH (ver Tabla 46). Las personas del último grupo generacional [45-60 años] creen más que las de [12-17 años] y [18-24 años] que la infección si es un castigo de un Ser superior, los integrantes del segundo grupo etéreo [18-24 años] están más en lo cierto que los de [45-60 años] al negar rotundamente esta afirmación χ^2 (9, N=864)=20.01, $p<.05$. En los sectores 4, 7, y 14 un mayor número de personas contesta a la afirmación definitivamente sí a diferencia que en el sector 1 χ^2 (24, N=864)=45.62, $p<.05$.

Tabla 46.

Tener SIDA significa estar castigado por alguien superior

Total		
La infección por VIH/SIDA es un castigo	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	369	42.7%
Probablemente No	211	24.4%
Probablemente Sí	161	18.6%
Definitivamente Sí	123	14.2%
Significación	Edad	99%-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	99%-Ha.3

En un porcentaje mayoritario la población se orienta a aceptar que un portador del VIH/SIDA debe recibir un trato especial en los espacios laborales y educativos (ver Tabla 47). Sin embargo los habitantes de los sectores dos, cuatro, cinco, siete y ocho son quienes más aprecian que el trato a estas personas no debe ser especial a diferencia del sector tres; en este último sector se dudó más al negar esta afirmación que en los sectores 4, 5 y 14 $\chi^2 (24, N=864)=72.88, p<.05$.

Tabla 47.

Una persona infectada con el virus del SIDA debe recibir trato especial en lugar donde trabaja o estudia

Total		
Un infectado debe recibir trato especial	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	99	11.5%
Probablemente No	111	12.8%
Probablemente Sí	311	36%
Definitivamente Sí	343	39.7%
Significación	Edad	N.S.-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	99%-Ho.3

En la Tabla 48 se observa que un amplio rango poblacional tiende a estar de acuerdo en mantener contactos cotidianos educativos o laborales con portadores. Las personas entre [12-17 años] y [45-60 años] manifiestan una actitud desfavorable ante este hecho. Los del tercer grupo etáreo [25-44 años] dudan más que los de [12-17 años] al contestar sí a esta afirmación mientras que estos últimos dudan más al contestar no que el resto de la población $\chi^2 (9, N=864)=28.13, p<.05$. En los sectores dos y siete es donde se contesta mayormente definitivamente no a esta afirmación, siendo la diferencia significativa solo con el sector uno $\chi^2 (24, N=864)=60.06, p<.05$.

Tabla 48.

Trabajaría-estudiaría con una persona que es portadora del virus que causa del SIDA

Total		
<u>Trabajaría-estudiaría con un portador</u>	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	178	20.6%
Probablemente No	117	13.5%
Probablemente Sí	303	35.1%
Definitivamente Sí	266	30.8%
Significación	Edad	99%-Ha.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	99%-Ha.3

La mayoría de la población considera que un paciente infectado con el VIH debe recibir un trato mejor por parte de los miembros de su familia (ver Tabla 49).

Tabla 49.

A las personas infectadas con el virus que causa el SIDA la familia debe darles un trato mejor

Total		
<u>Un portador debe ser tratado mejor por su familia</u>	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente No	28	3.2%
Probablemente No	35	4.1%
Probablemente SI	269	31.14%
Definitivamente SI	532	61.6%
Significación	Edad	N.S.-Ho.1
	Género	N.S.-Ho.2
	Sector	N.S.-Ho.3

Los resultados expuestos a continuación se refieren a las respuestas que los sujetos emitieron al último bloque de preguntas del instrumento, las cuales están destinadas al evaluar el conocimiento que poseen sobre otros aspectos relacionados con la infección por VIH/SIDA.

Conocimientos sobre VIH/SIDA

En la Tabla 50 se observa que un alto porcentaje de la población del [74.2%-84.2%] no conoce instituciones en Cartagena que trabajen en la prevención de la infección por VIH/SIDA. Siendo las personas entre [25-44 años] los que poseen un

mayor conocimiento al respecto, a diferencia de las de [12-17 años]. Las personas entre [45-60 años] son quienes manifiestan un mayor desconocimiento en contraste con las de [25-44 años] χ^2 (6, N=864)=18.80, $p<.05$. El mayor porcentaje de los hombres contestó no saber al plantearse la pregunta χ^2 (2, N=864)=15.91, $p<.05$.

En el sector donde menos conocimiento se tiene de dichas instituciones es en el 1 χ^2 (16, N=864)=33.37, $p<.05$.

Tabla 50.

Conoce instituciones en Cartagena que trabajen en la prevención del VIH/SIDA

Total		
<u>Conoce instituciones que trabajen en prevención</u>	Frecuencia	Porcentaje
SI	112	13%
NO	684	79.2%
NS	68	7.9%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	99%-Ha. 2
	Sector	99%-Ha. 3

En cuanto al sitio donde cualquier persona puede ir a practicarse la prueba para el VIH, se obtuvo que un porcentaje reducido de la población del [35.6%-45.6%] conoce instituciones donde se brinda este servicio (ver Tabla 51). Se observa que las personas entre [25-44 años] conocen en mayor proporción estos sitios a diferencia de los que están entre [12-17 años] (quienes contestaron en mayor proporción no), y son los de [18-24 años] quienes contestan mayoritariamente no saber dónde se encuentran

estas entidades, diferenciándose significativamente con el tercer y último grupo etéreo [25-60 años] y [45-60 años] χ^2 (6, N=864)=43.12, $p<.05$. Los habitantes del sector uno son los que mayormente no saben dónde realizarse el examen χ^2 (16, N=864)=56.53, $p<.05$.

Tabla

51. Conoce

instituciones en Cartagena donde pueda ir a practicarse la prueba para el VIH

Total		
Conoce instituciones donde se practica la prueba	Frecuencia	Porcentaje
SI	351	40.6%
NO	467	54.1%
NS	46	5.3%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	99%-Ha. 3

Al indagar sobre si se conocen en Cartagena instituciones donde atienden pacientes con VIH, solo un porcentaje del [32.3%-42.3%] contesta afirmativamente (ver Tabla 52). Se aprecia que las personas mayores [45-60 años] son quienes en mayor proporción dicen conocer estas entidades, a diferencia de los más jóvenes [12- 17 años] (que son quienes menos conocen). De igual manera los de [18-24 años] contestan mayoritariamente no tener este conocimiento, diferenciándose solo con los de [25-44 años] y [45-60 años] χ^2 (6, N=864)=44.04, $p<.05$.

Tabla 52.

Conoce instituciones en Cartagena donde atienden pacientes con VIH

Total		
Conoce instituciones donde se atienden portadores	Frecuencia	Porcentaje
SI	322	37.3%
NO	502	58.1%
NS	40	4.6%
Significación	Edad	99%-Ha. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

En la Tabla 53 se aprecia que un porcentaje del [58.2%-68.2%] de la población, no conoce personas portadoras del VIH o que hayan muerto del SIDA.

En la Tabla 54 se observa que solo un porcentaje del [5.3%-15.3%] se practicó la prueba para el VIH ($n=89$), solo en un caso se obtuvo que el resultado de la prueba fue positivo.

Por último en la Tabla 55 se observa que casi la totalidad de la población del [90%-100%] asistiría a jornadas de prevención de la infección por VIH/SIDA para mejorar sus conocimientos y comportamiento en relación con el tema.

Tabla 53.

Conoce personas portadoras del VIH o que hayan muerto de SIDA

Total		
Conoce a portadores	Frecuencia	Porcentaje
SI	312	36.1%
NO	546	63.2%
NS	6	0.7%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Tabla 54.

Se ha practicado la prueba para el VIH

Total		
Se ha practicado la prueba	Frecuencia	Porcentaje
SI	89	10.3%
NO	774	89.6%
NS	1	0.1%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Tabla 55.

Asistiría a jornadas de prevención de la infección por VIH para mejorar sus conocimientos y comportamientos en relación con el tema

Total		
<u>Asistiría a jornadas de prevención</u>	Frecuencia	Porcentaje
SI	821	95%
NO	26	3%
NS	17	2%
Significación	Edad	N.S.-Ho. 1
	Género	N.S.-Ho. 2
	Sector	N.S.-Ho. 3

Discusión

Los resultados obtenidos al estudiar la muestra seleccionada pueden ser generalizados a la totalidad de la población de Cartagena de Indias, porque el tipo de muestreo que se empleó es de carácter probabilístico (ofreció a todos los individuos que conforman la población la misma probabilidad de ser escogidos), el uso de los números aleatorios garantizó el azar en la selección muestral. Otro aspecto que aporta a la generalización de los resultados de la investigación es el tamaño de la muestra, ya que se empleó una muestra grande, es decir, mayor de 100 elementos, dicha cantidad permite la manipulación estadística para el cálculo de las diferentes medidas (Pardo y Cedeño, 1997).

En el estudio se realizaron dos tipos de análisis de resultados, en el primero se determinaron las frecuencias de las respuestas que la población emitió al plantearse los reactivos destinados a medir las dos variables de interés: Conocimientos sobre la infección por VIH/SIDA y Actitudes frente a la infección por VIH/SIDA (análisis univariado), y en el segundo se determinó la significación de la relación entre las categorías de las variables predictoras (edad, sector, género) con las de interés (análisis bivariado).

Como resultado del análisis bivariado se obtuvo que las variables predictoras se relacionaron diferencialmente con las de interés, observándose que la edad resultó ser la que se relacionó con un mayor número de ítems de la encuesta, la discriminación fue en 34 ítems de 51, esta relación indica que las personas de distintas edades en la ciudad de Cartagena de Indias mantienen conocimientos y actitudes diferentes frente a la infección por VIH/SIDA. Al revisar los resultados se evidenció que las personas más jóvenes [12-17 años] están más erradas (sus respuestas no coinciden con la

información válida sobre los temas evaluados) y presentan mayor desconocimiento (contestan en mayor proporción no saber) sobre aspectos relacionados con la epidemia, por lo anterior se puede asegurar que este grupo etáreo se encuentra en mayor riesgo, porque menos cumple con la condición necesaria para el abandono de comportamientos de riesgo y la adopción y mantenimiento de los preventivos, dicha condición es la información (Bayés, 1995).

Son los sujetos entre [18-24 años] quienes manifiestan conocimientos más adecuados y actitudes más favorables en un mayor número de ítems, y los del último grupo generacional [45-60 años] mantienen en mayor proporción actitudes desfavorables ante la infección y las personas que la padecen.

Es claro que los sujetos se involucran en distintas actividades dependiendo la etapa del desarrollo en la que se encuentran, por ejemplo es muy probable que un adulto joven adelante estudios universitarios y un adulto intermedio se desarrolle laboralmente, ello implica que además de enfrentar eventos vitales diferentes, se relacionan con personas en diversos contextos y sea allí donde compartan información referente a distintos temas, entre ellos el SIDA y la sexualidad; los conceptos y actitudes que se emitan en estos grupos de referencia tienen suma importancia para un individuo, porque asumiéndolos es como se le puede permitir incorporarse a su membresía, ampliando así su propia autoestima y permitiendo una comparación favorable con otros individuos (Baron y Byrne, 1998); teniendo en cuenta lo anterior se puede inferir que en la medida en que dichas actitudes y conocimientos sean más ajustados a la realidad, más oportunidad habrá para compartirlos en grupos de iguales, por esto es necesario una intervención preventiva que tenga en cuenta los eventos vitales a que hacen frente los individuos de diferentes

edades ya que estos definen en gran medida sus expectativas, necesidades, valores, experiencias e intereses; aprovechando estos elementos se puede lograr significación en el aprendizaje que se pretende instaurar.

El sector es la segunda variable en presentar mayor relación en la discriminación de los resultados. Permitió discriminar en 27 de 51 ítems. Encontrar diferencias en los resultados a partir del sector de vivienda, es un precedente que debe llamar la atención de las instituciones que en Cartagena trabajan en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuanto al VIH/SIDA se refiere. Vivir en contextos sociales diferentes dentro de la misma ciudad conlleva a que se formen subgrupos poblacionales, y que a partir de la interacción de sus integrantes se establezcan diversas culturas, cada una con identidad propia, es decir, con normas, orientaciones y valores particulares, los cuales el individuo considera como parte de él (Bayés, 1995); por lo tanto existe la necesidad de reforzar la prevención del SIDA en poblaciones conformadas por grupos culturales específicos, lo que requiere la revisión de las intervenciones educativas para que sean creíbles por el grupo específico a las que van dirigidas (Snowden y Hines, 1998).

Al comparar lo que saben los habitantes de los diferentes sectores de Cartagena, se encuentra que los del uno tienen conocimiento en un mayor número de ítems, en el sector cuatro es donde se equivocan en mayor proporción y en el tres es donde hay mayor desconocimiento. En los sectores dos, siete y nueve se muestran actitudes más favorables frente a la infección, mientras que los habitantes del sector siete presentan más actitudes desfavorables.

La tercera variable en orden de relación con los ítems del instrumento es el género, discriminó en 13 de 51. Aunque los hombres contestan adecuadamente a un

mayor número de ítems, también se equivocan más que las mujeres, siendo estas últimas quienes muestran mayor desconocimiento sobre aspectos relacionados con la enfermedad; este hecho pone de presente que ambos grupos se encuentran en igual riesgo de infección, lo que desvirtúa la idea de que uno de los dos sea considerado exclusivamente como grupo vulnerable para adquirir el VIH.

Se puede afirmar que las diferencias encontradas en el conocimiento que hombres y mujeres manejan sobre la infección, no se relacionan con la actitud que mantienen frente a ella, ya que al medir esta última variable no se encontró diferencia significativa entre los géneros. Esta diferencia en conocimiento puede estar ocasionada por otros factores como son: la exposición diferencial que ambos grupos tienen al recibir información sobre VIH/SIDA, la caracterización del SIDA como una enfermedad sexualmente transmisible y la percepción social que se tiene de los roles de hombres y mujeres con respecto a la sexualidad, entre otros. Lo que sí es claro es que las actitudes que poseen hombres y mujeres en la actualidad no facilitan conocimientos adecuados sobre algunos aspectos básicos de la infección, ya que ambos muestran mayormente desinformación en los ítems donde discriminó la variable género.

Al analizar los resultados de los temas específicos sobre los que indagó la encuesta, se tiene en primera instancia que los habitantes de Cartagena de Indias en su gran mayoría han recibido información sobre VIH/SIDA, dicha información se ha obtenido principalmente a través de la televisión, publicaciones, institución educativa y charlas con amigos. Aunque la asimilación de información veraz es indispensable para iniciar una acción preventiva (Bayés, 1995; Kathleen, 1997), esta jerarquización de medios crea dudas sobre la calidad del impacto de dicha información sobre la

ejecución de conductas protectivas, porque el ver televisión y leer publicaciones no proporciona una guía completa, en la que una persona además de recibir contenidos, pueda manifestar dudas e inquietudes y así obtener una adecuada retroalimentación, que tenga en cuenta sus características idiosincrásicas; otros contextos como las instituciones educativas y la familia brindarían a las personas una formación más satisfactoria.

Es necesario formar en VIH/SIDA en estas dos instancias principalmente, ello requiere un cambio en el sistema de comunicación, donde se promueva la reflexión, el cuestionamiento, la crítica, retroalimentación, expresión de sentimientos y valores, refuerzo y desaprobación de conductas. Lo anterior no resta importancia a otros grupos sociales y medios masivos de comunicación en acciones de promoción y prevención en el área de la salud.

En relación a los significados de las siglas VIH y SIDA, se tiene que solo el 12.6% y el 30.8% de la población respectivamente los conocen, esto indica que la información brindada y la que poseen las personas, además de ser limitada, está enfocada mayormente a las últimas fases de la infección, de allí que la mayoría no reconozca el tiempo que puede vivir una persona después de haber adquirido el VIH, desatendiendo que un portador asintomático presenta características diferentes a las de uno con el síndrome propiamente dicho. Diferenciar los dos conceptos contribuye a un cambio de conocimientos y actitudes porque solo así se puede percibir la infección como un continuo que va desde la infección aguda (que se presenta luego de adquirir el VIH por emitir una conducta riesgosa), pasando por la infección tardía (donde se diagnostica SIDA), hasta llegar a un estado avanzado (Velázquez y Gómez, 1996).

Lo anterior se confirma porque aunque la mayoría de la población afirma que el SIDA es consecuencia del VIH y que una persona con SIDA es portadora del virus, no se tiene claridad sobre los mecanismos causales que existen entre los dos fenómenos, ya que también consideran que una persona con el virus necesariamente tiene el síndrome.

El hecho de que las personas de la población tengan mayor conocimiento del SIDA, mas no del proceso general de infección, las hace conscientes de que es una enfermedad incurable y que inevitablemente conlleva a la muerte, la ansiedad que produce abordar este acontecimiento es lo que puede estar generando en los habitantes de Cartagena la negación de la problemática, hasta el punto de no considerarse a sí mismos como personas vulnerables y a no estar seguros de que alguien de su familia pueda enfermar. Esto hace suponer que probablemente los cartageneros no están interesados en conocer si poseen o no el virus en su organismo, de allí que solo el 10.3% se ha practicado la prueba ELISA.

Lo anterior sumando a que la mayoría de la población no conoce la prueba, las instituciones de Cartagena donde se practica, ni el período de Venta Inmunológica, son factores que facilitan la propagación de la epidemia. Si una persona emite una conducta de riesgo y siente la necesidad de conocer si posee el virus, es un hecho que se puede ver afectado por el desconocimiento tanto de la prueba como de instituciones donde se aplica, ya que en tal situación ha podido adquirir el virus, y conforme con su desconocimiento continua realizando prácticas no seguras siguiendo así la cadena de transmisión. Es importante que en los programas de prevención se aclare que la prueba de anticuerpos puede ser practicada en laboratorios de mediana y

alta complejidad debidamente acreditados por el Ministerio de Salud Nacional (Corral et al., 1997).

En caso de que la persona que adquiera el VIH no sepa el tiempo requerido para realizarse el examen luego de estar en una situación de riesgo, conlleva a que se lo pueda practicar en un período donde no sea detectable aún el decremento de anticuerpos específicos contra el VIH presentes en el torrente sanguíneo y así resultar un "falso negativo", es decir, aunque el resultado de la prueba ELISA sea negativo, la persona tiene el virus en su organismo y puede seguir transmitiéndolo (Bayés, 1995). Se puede decir entonces que este último aspecto no se tiene lo suficientemente en cuenta en los programas preventivos, ya que en otros estudios como en el de Baldovino y Fang (1998) solo el 25.5% de la muestra seleccionada en la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar supo con precisión el tiempo necesario para la prueba; y en el de Molina (1998) realizado con los habitantes del área metropolitana de Bucaramanga se observó que el 35.8% conoce el tiempo requerido.

Por otro lado se encontró que el 98.4% de los encuestados ha visto en la televisión propagandas que hablen acerca del condón como método preservativo, un porcentaje menor del 73.6% considera que el uso de este método previene la infección con el VIH. A pesar de este conocimiento y de que la mayoría de los sujetos perciben las relaciones sexuales penetrativas como situaciones en las que se puede adquirir el virus, solo la mitad de la población sexualmente activa ha hecho uso del condón en sus relaciones sexuales, aquellos que no lo han utilizado emiten comentarios como: "tengo pareja estable", "el condón no es totalmente seguro", "al condón no se le hace buen control de calidad", "el virus traspasa el material del condón". Estos resultados coinciden con los del estudio citado por Bayés (1995) con

jóvenes heterosexuales canadienses de 17 a 22 años, donde se evidenció el uso limitado del preservativo; el autor comenta que esto puede deberse en parte a un triple mensaje: (a) la baja infectividad del VIH, (b) el preservativo no ofrece una protección del 100%, y (c) la solución más segura es la monogamia. Sería conveniente revisar estas y otras creencias que en Cartagena se tienen sobre el preservativo y su uso, ya que a través de esta evaluación es la única forma como se puede planear una reestructuración cognoscitiva de la población frente a este.

Al analizar las conductas de riesgo, se observa que los habitantes de Cartagena identifican en un alto porcentaje las situaciones en las que se puede adquirir el virus. Las relaciones sexuales pene-vagina, pene-ano, el uso de agujas untadas con sangre, las relaciones sexuales ocasionales sin protección y el recibir sangre de otras personas son consideradas de mayor riesgo. Las prácticas sexuales buco-genitales solo son percibidas como riesgosas aproximadamente por la mitad de la población; existe la idea errónea definida por algunas personas que el sexo oral puede proponerse como forma de “sexo seguro”, este es un enfoque peligroso ya que se ha demostrado la transmisión del VIH al receptor de una felación y al practicante de un cunnilingus (Bayés, 1995). De igual forma el 60.4% de la población piensa que la lactancia materna es un medio de transmisión para el lactante.

Estos resultados mantienen la misma tendencia de los obtenidos por Molina (1998), donde se concluyó que el contacto genital-genital, el contacto con agujas contaminadas y la recepción de sangre, son los actos identificados por la población, de mayor riesgo; la sexualidad buco-genital que representa el mismo riesgo en caso de transmisión de fluidos infectantes fue considerado solo por la mitad de la población como riesgosa; en dicha población parece no haber claridad en función de

la leche materna como líquido infectante, ya que solo la mitad de ella identifica este mecanismo como riesgoso para el bebé.

En cuanto a las situaciones sociales donde no existe riesgo real de transmisión se observa que más de la mitad de la población no considera el compartir platos y cubiertos, la utilización del baño y el abrazar a un infectado como conductas a través de las cuales el virus se pueda transmitir, por esto piensan en una mayor proporción que una persona con VIH/SIDA no se debe aislar, y que por el contrario esten de acuerdo en que reciba ayuda profesional y un trato mejor por parte de su familia. El desconocimiento que tiene una proporción considerable de cartageneros sobre los mecanismos de no transmisión, es lo que puede estar generando en ellos actitudes negativas ante el compartir espacios laborales y académicos con portadores, y que a pesar de existir un pronunciamiento legal a nivel mundial sobre los derechos de los portadores del VIH, todavía la mayoría de la población piensa que estos deben recibir un trato especial en el lugar donde trabajan o estudian; por lo anterior es importante incluir dentro de los programas educativos aspectos relacionados con los derechos y deberes de la población general hacia las personas infectadas y viceversa, así como las implicaciones de mantener contactos cotidianos con estos pacientes.

Casi la totalidad de la población mantiene conocimientos adecuados sobre las personas que pueden adquirir el virus, consideran que todas las personas (mujeres, homosexuales, hombres, heterosexuales, consumidores de SPA, trabajadoras sexuales, y gaminas) pueden infectarse; la población infantil fue la que menos se identificó como vulnerable al VIH, por ello se propone reforzar la idea de la transmisión madre-feto/lactante, aclarando que el VIH se puede transmitir de la madre infectada al feto durante la gestación, o al lactante durante el parto o la

lactancia, siendo el calostro y la leche materna el vehículo de la infección (Fauci y Lane, 1998).

La mayoría de los cartageneros no conocen instituciones que trabajen en la prevención del VIH/SIDA, como tampoco otras donde atiendan pacientes con VIH, lo que exige que dichas instituciones den a conocer a la población el trabajo que adelantan en estas áreas y así brindar pautas de acción en caso de que alguien adquiera la enfermedad, ya que solo el 41.4% de los encuestados sabría qué hacer en caso de estar infectado con el virus que causa el SIDA.

La mayoría de la población no confía en su propia capacidad para identificar a simple vista a una persona infectada, lo que es favorable porque aunque no conozcan todo el proceso de infección por VIH/SIDA, si reconocen la existencia de una fase de la enfermedad donde los síntomas no son evidentes y el portador puede lucir una apariencia saludable. En Cartagena solo un pequeño porcentaje de personas manifiesta conocer personas portadoras del VIH o que hayan muerto de SIDA, por tal razón se puede estar generando una serie de actitudes desfavorables hacia estas personas por no conocer sus condiciones reales de vida, es relevante que en el diseño de programas de prevención se tenga en cuenta este punto e involucren a personas VIH positivas dentro del desarrollo de las temáticas con la comunidad.

Es satisfactorio el hecho de que casi la totalidad de la población está dispuesta a participar en jornadas de prevención donde se de la oportunidad de adquirir conocimientos, resolver dudas y aprender actitudes favorables respecto a la infección. Las instituciones que trabajan en esta área deben aprovechar el interés manifestado y dirigirse con más frecuencia hacia los sitios donde se desarrollan los individuos socialmente (por ejemplo: barrio, trabajo, colegio, universidad, grupos religiosos).

En Cartagena se puede decir entonces que a pesar del esfuerzo que hacen algunas instituciones para capacitar a la población en aspectos relacionados con el SIDA, todavía existen conocimientos y actitudes que deben ser incluidos o reforzados en estos programas para hacerlos más eficaces, tener en cuenta las variables predictoras estudiadas (edad, género y sector), implica incluir en dichos programas a profesionales de áreas como medicina, antropología, sociología y psicología, que tengan en cuenta variables contextuales que faciliten el aprendizaje que las instituciones desean lograr en la comunidad. Trabajar interdisciplinariamente en esta área es necesario porque además de proporcionar conocimientos en aspectos técnicos, conceptuales y médicos de la infección (que emanan de la medicina) se debe facilitar la reflexión para que haya una confrontación social y cultural sobre el manejo personal que se da a los conocimientos y actitudes frente a la infección en general y a los portadores de la misma.

La psicología específicamente desde las áreas social y de la salud cuenta con herramientas para lograr que las personas incluyan en su repertorio, conductas de prevención utilizando entre otros los principios del aprendizaje y de las modernas teorías cognoscitivas, utilizando técnicas como el autocontrol y toma de decisiones, que le permitan al individuo optar por conductas más seguras al presentársele una situación de riesgo; entrenamiento en habilidades sociales, que faciliten la comunicación para la negociación de conductas preventivas (por ejemplo: utilización del preservativo, relaciones sexuales no penetrativas) con su pareja; la reestructuración cognoscitiva para entrar a modificar creencias irracionales sobre temas relacionados con la enfermedad y modo en que se transmite el VIH; y el juego de roles para entrenar en el manejo adecuado del uso del condón. Teniendo en cuenta

estas recomendaciones los programas de prevención seguramente tendrán mayor impacto en las personas a las que van dirigidos, y además de informarlas se logrará una verdadera formación. Esto requiere lógicamente una mayor inversión económica y hasta cierto punto un cambio en las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel local.

REFERENCIAS

Ardila, H. (1998). Algunos aspectos en prevención de la infección por VIH y el SIDA. Indetectable (6), 28-29.

Baldovino, M. & Fang, Y. (1998). Nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA en los estudiantes de pregrado de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar. Trabajo de grado profesional, no publicado. Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar, Cartagena de Indias.

Barón, R. & Byrne, D: (1998). Psicología Social. España: Prentice-Hall.

Bayés, R. (1995). SIDA y Psicología. España: Martínez Roca.

Consejo de la Juventud de España. (1997). AIDSCAP- El proyecto de control y prevención contra la infección por el VIH/SIDA. España, Henry Kathleen.

Obtenido en la Red Mundial el 20 de junio de 1999. <http://www.cje.org/infosida.htm>.

Corral, R.; Ferro, S.; Haag, A.; Nagles, J.; Prada, G.; Rivas, F.; Torres, C.; Velez, L.; Villar, L. & Villegas, M. (1997). Manejo Básico de la Infección por VIH/SIDA. Tratamiento Antirretroviral. Colombia: Ministerio de Salud.

Chaparro, V. (1998). El SIDA: Un Enfoque Didáctico Hacia la Educación Sexual. Colombia: Cajanal E.P.S.

Echeverry, M.; Galeano, L.; Molina, A.; Tabares, Z.; Velez, L. & Zapata, L. (1997). Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Guías Integrales de Atención. Colombia: Dirección Nacional de Salud de Antioquia.

Fauci, A. & Lane, C. (1998). Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Sida y problemas relacionados. En Fauci, A.; Isselbacher, K.; Martin, J.; Hauser, S.; Brunwald, E.; Wilson, J.; Kasper, D. &

Longo, D. (1998). Principios de Medicina Interna. España: Mac Graw-Hill Interamericana S.A.

Friedland, G. & Klein, R. (1987). Transmission of the Human Immunodeficiency Virus. The New England Journal of Medicine, 317, 1125-1134.

Ganong, W. & Cozacuberta, E. (1995). Fisiología Médica. México: Manual Moderno.

Glass, G. & Stanley, J. (1990). Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales. México: Prentice-Hall.

Hernandez, R.; Fernandez, C. & Baptista, P. (1998) Metodología de la Investigación. México: Mac Graw-Hill Interamericana.

Jenning, CH. (1996). Qué es el SIDA y Como Prevenirlo. Colombia: Norma.

Lagos, O. (1996). Infección por VIH/SIDA. Obtenido en la Red Mundial el 17 de enero de 1998. <http://www.virtualizar.com/sidanews/Va073.html>

Maldonado, J. (1996). SIDA: Nuevas áreas, nuevas posibilidades. Hygeia. Salud y medicina, 2, (9), 6-12.

Molina, N. (1998). Estudio diagnóstico sobre conocimientos y actitudes en relación a la infección por VIH/SIDA en la ciudad de Bucaramanga. Manuscrito no publicado. Universidad Pontificia Bolivariana, Centro de Servicios Psicológicos, Bucaramanga-Colombia.

Morales, F.; Reboloso, E. & Moya, M. (1998). Actitudes. En Morales, F.; Moya, M.; Reboloso, E.; Fernandez, J.; Huici, C.; Marques, j.; Paez, D. & Pérez, J. (1994). Psicología Social. Madrid: Mac Graw- Hill.

Mousner, J. & Bahn, (1997). Epidemiología. México: Interamericana S.A.

Muchacchio, A.; Ortiz, A. & Fragola, A. (1994). Drogadicción. Argentina: Paidós.

Pardo, F. (1997). Así no se transmite. Obtenido en la Red Mundial el 17 de enero de 1999. <http://www.Ctv.es/USER/fpardo/vihsi.htm#inicio>.

Pardo, G.; Cedeño, M. (1997). Investigación En Salud. Colombia: Ed. Mac Graw-Hill Interamericana, S.A.

Parramón Ediciones S.A. (1998). Enciclopedia Temática del Cuerpo Humano. España.

Programa Educativo Visual. (1993). Enciclopedia Temática - Pev. Santa Fé de Bogotá: Thema Editores.

Rebagliato, M.; Ruiz, J. & Arranz, M. (1996). Metodología de la Investigación Epidemiológica. España: Diaz de Santos S.A.

Royce, R.; Seña, A.; Cates, W. & Cohem, M. (1997). Sexual transmission of HIV. The New England Journal of Medicine, 336, 1072-1078.

Snowden, L. & Hines, A. (1998). Acculturation, alcohol consumption, and AIDS-related risky sexual behavior among african-american men. Journal of Community Psychology, 26, 345-359.

Solomon, E.; Berg, L. Martin, D. & Villé, C. (1996). Biología. México: Interamericana Mac Graw-Hill.

Velázquez, G. & Gómez, R. (1996). Fundamentos de Medicina. SIDA, Enfoque Integral. Colombia: Corporación Para Investigaciones Biológicas.

ANEXOS

Anexo A

Enfermedades Oportunistas

1. . Candidiasis orofaríngea o vaginal recurrente.
2. Trombocitopenia idiopática.
3. Enfermedad pélvica inflamatoria
4. Leucoplasia vellosa oral
5. Herpes zoster.
6. Listeriosis.
7. Neuropatía periférica.
8. Angiomatosis Bacilar.
9. Candidiasis pulmonar o esofágica.
10. Cáncer cervical invasivo.
11. Coccidioidomicosis.
12. Cryptococosis extrapulmonar.
13. Cryptosporidiosis intestinal crónica
14. Citomegalovirus: retinitis.
15. Encefalopatía VIH.
16. Herpes simplex mayor de un mes o esofágico.
17. Histoplasmosis: diseminada o extrapulmonar.
18. Isosporiosis crónica.
19. Sarkoma de Kaposi.
20. Linfoma
21. Neumonía recurrente.

22. Salmonelosis: bacteremia.
23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
24. *Micobacterium avium*, Kansaii y tuberculosis.
25. *Neumocistis carinii*. Neumonía
26. Toxoplasmosis cerebral.

Anexo B

Manifiesto de los Derechos Humanos en SIDA

1. Todas las personas tienen derecho a recibir información clara, exacta y científica fundamentada sobre el SIDA. Sin ningún tipo de restricción. Las personas viviendo con el VIH tienen derecho a recibir información específica sobre su estado.
2. Nadie podrá ser sometido a pruebas de detección del VIH en caso alguno contra su voluntad. Estas deben utilizarse exclusivamente con fines diagnósticos y terapéuticos.
3. Ninguna mujer, hombre, niña o niño, está obligado(a) a hacerse pruebas para determinar la infección del VIH, como requisito de acceso o permanencia en cualquier actividad laboral, centros educativos, deportivos o sociales, o permanecer en la misma.
4. Ningún trabajador o institución de salud pública podrá negarse a prestar atención a las personas que estén viviendo con el virus o con el SIDA.
5. Los trabajadores no están obligados a informar a sus empleadores su condición de portadores del virus o su relación de riesgo y vulnerabilidad con respecto al mismo.
6. A las personas viviendo con el VIH/SIDA, hijos de madres o padres infectados no podrán negárseles, por tal causa, su ingreso o permanencia en Centros Educativos, públicos y privados, ni serán discriminados.
7. Las personas y entidades que presten servicios de salud están obligadas a darles atención integral a portadores.

8. Los integrantes del servicio de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona sintomática o asintomática, están en la obligación de guardar la confidencialidad de la consulta, diagnóstico y evolución de la enfermedad.
9. Ninguna persona privada de la libertad podrá ser sometida a pruebas obligatorias para detectar la infección por el VIH, salvo para fines probatorios en un proceso judicial.
10. Cuando el paciente sea una persona viviendo con VIH en estado asintomático, el médico tratante, podrá informar sobre su estado de salud al cónyuge, compañero permanente o pareja sexual permanente si considera que hay riesgo de infección.
11. Cuando la condición de la persona viviendo con SIDA sea grave por cualquier causa, el médico tiene la obligación de comunicar tal situación a sus familiares o allegados.
12. A fin de contribuir a evitar la propagación de la enfermedad, las personas que estén viviendo con el VIH o que hayan desarrollado la enfermedad están obligadas a informar su situación a su médico tratante o al equipo de salud ante quienes soliciten algún servicio asistencial.

Anexo C

Barrios donde se ubicaron los núcleos radiales en cada sector

<u>SECTOR</u>	<u>BARRIOS</u>
1	Bocagrande – Manga – Centro
2	San Pedro – Pablo VI – Daniel Lemaitre – Canapote – Torices
3	Almendros – Tacarigua – La Campiña – Nuevo Bosque
4	La Candelaria – Magdalena – Olaya Herrera – Esperanza
5	El Socorro – Ciudad de Medellín – San Fernando – Blas de Lezo
7	Villa Rubia – El Reposo – San Pedro Mártir – Simón Bolívar – Los Jardines
8	Nuevo Porvenir – Nuevo Paraíso – Chapacua – Los Alpes – 13 de Junio
9	Bruselas – Alto Bosque – Bosque – Paraguay
14	Pozón

Anexo D

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 CARTAGENA-BOLÍVAR
 COLOMBIA

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE
 A LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

La aplicación de cada encuesta es personal. Explique claramente a la persona que se trata de obtener información que ella posee y que para la Universidad es importante; asegúrese que la persona sienta que su colaboración es indispensable. Debe garantizársele anonimato, no se le va a preguntar su nombre. Tenga en cuenta que debe leer claramente cada una de las preguntas a las personas que está encuestando. Recuerde que la persona debe percibir que sus respuestas son adecuadas para los fines que persigue la entrevista, por lo cual su posición corporal y gestual debe ser adecuada. Una vez la persona contesta a cada pregunta, asegúrese de registrar en el cuestionario la respuesta que ha obtenido y no prosiga sin haberlo hecho. De la adecuada aplicación del instrumento depende el logro de los objetivos de la investigación, recuerde que su tiempo y el de la persona que encuesta son importantes.

Gracias

INFORMACIÓN DE IDENTIDAD

Encuesta #: _____ Encuestador #: _____

Sector #: _____ Núcleo Radial (# manzana): _____

Fecha: _____
 d m a

Género: _____
 M F

Edad: _____
 12-17 18-24 25-44 45-60

A continuación se le formulará una serie de preguntas relacionadas con el VIH y el SIDA.

1. Ha recibido información acerca de la infección por VIH/SIDA?

	SI	NO
(Marcar una sola opción).		
Dónde:	Televisión	_____
	Inst. Educativa	_____
	Radio	_____
	Familiares	_____
	Amigos	_____
	Vecinos	_____
	Publicaciones	_____
	Otro	_____

2. Conoce usted qué significa la palabra VIH?

SI SABE NO SABE IMPRECISO _____

3. Conoce usted qué significa la palabra SIDA?

SI SABE NO SABE IMPRECISO _____

4. Ha escuchado hablar de la prueba ELISA? (En caso de ser positiva pasar a la pregunta 4.1)

SI NO

4.1 Para qué se emplea?

5. Ha visto en televisión propagandas que hablen acerca del condón?

SI NO

Cuál: Pollitos _____

Prevenición _____

Marcas _____

6. En cual de las siguientes situaciones se puede adquirir el virus (VIH) que causa el SIDA?

- Relaciones sexuales pene-vagina _____ SI NO NS
- Compartiendo los mismos platos y cubiertos _____ SI NO NS
- Relaciones sexuales pene-ano _____ SI NO NS
- Uso de agujas untadas con sangre _____ SI NO NS
- Relaciones sexuales ocasionales sin protección _____ SI NO NS
- Recibir sangre de otras personas _____ SI NO NS
- Contacto de la boca con la vagina _____ SI NO NS
- Contacto de la boca con el pene _____ SI NO NS
- Utilización del baño de una persona infectada _____ SI NO NS
- Abrazando a una persona sudada _____ SI NO NS
- Bebé que tome leche materna _____ SI NO NS

7. Cual de las siguientes personas se encuentran en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA?

- Mujeres _____ SI NO NS
- Homosexuales _____ SI NO NS
- Hombres _____ SI NO NS
- Niños _____ SI NO NS
- Heterosexuales _____ SI NO NS
- Drogadictos _____ SI NO NS
- Prostitutas (Trab. Sex.) _____ SI NO NS
- Gamines _____ SI NO NS

A cada una de las preguntas que se presentan a continuación, por favor responda si el enunciado es Verdadero o Falso.

8. Una persona que tiene el VIH tiene SIDA.

V F NS

9. Una persona que tiene SIDA tiene el VIH.

V F NS

10. El SIDA es una enfermedad incurable.

V F NS

11. El SIDA es consecuencia del VIH.

V F NS

12. Una persona infectada con el virus del SIDA puede vivir máximo tres años luego de adquirirlo (si es Falso, preguntar cuanto tiempo vivirá).

V F NS cuánto tiempo? _____

13. El uso correcto del condón previene la infección con el virus que causa el SIDA?

V F NS

14. Una gripa y diarrea son síntomas seguros del SIDA?

V F NS

15. Ha tenido relaciones sexuales?

V F NS

16. En sus relaciones sexuales ha hecho uso del condón?

V F NS

17. Sabría qué hacer en caso de estar infectado con el virus que causa el SIDA.

V F NS

18. Trabajaría – estudiaría con una persona que es portadora del virus que causa el SIDA.

V F

19. Debe esperarse mes y medio luego de una relación sexual sin protección para tomarse la prueba que determina si se tiene el virus del SIDA.

V F NS

A continuación se le entrega a la persona una guía de las posibles respuestas que puede dar a las preguntas que se formulan a continuación. Explique con claridad el procedimiento: escoger solamente una de las cuatro opciones posibles. SE TRABAJA CON UNA ESCALA DE UNO A CUATRO, DONDE UNO ES EL MENOR NIVEL DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN Y CUATRO EL MAYOR NIVEL DE ACUERDO. INSISTA A LA PERSONA QUE LE CONTESTE CON UN NÚMERO.

20. Las personas infectadas con el virus que causa SIDA deben permanecer aisladas. _____

21. Es posible saber a simple vista si una persona tiene VIH/SIDA. _____

22. Una persona infectada con el virus que causa el SIDA debe acudir a ayuda profesional. _____

23. Alguien de su familia puede estar en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA. _____

24. Usted se encuentra en riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA. _____

25. Tener SIDA significa estar castigado por alguien superior. _____

26. Una persona infectada con el virus que causa el SIDA debe recibir un trato especial en el lugar que trabaja o estudia. _____

27. Trabajaría – estudiaría con una persona que es portadora del virus que causa el SIDA. _____

28. A las personas infectadas con el virus que causa el SIDA la familia debe darles un trato mejor. _____

29. Conoce instituciones en Cartagena que trabajen en la prevención del VIH/SIDA?

SI NO NS Cuál (es)? _____

30. Conoce instituciones en Cartagena donde pueda ir a practicarse la prueba para el VIH?

SI NO NS Cuál (es)? _____

31. Conoce instituciones en Cartagena donde atienden pacientes con VIH?

SI NO NS Cuál (es)? _____

32. Conoce personas portadoras del VIH o que hayan muerto de SIDA?

SI NO NS Relación: _____

33. Se ha practicado la prueba para el VIH?

SI NO NS Resultado? _____

34. Asistiría a jornadas de prevención de la infección por VIH para mejorar sus conocimientos y comportamientos en relación con el tema?

SI NO NS

Muchas gracias.

OBSERVACIONES GENERALES DEL ENCUESTADOR

Anexo E

Documento de Compromiso

Señor(a)
Asistente de Investigación Proyecto Trabajo de Grado
Ciudad

Reciba un cordial saludo

De antemano agradecemos su interés por participar como asistente de investigación en el desarrollo de nuestro Proyecto de Trabajo de Grado titulado: “Estudio Sobre Los Conocimientos Y Actitudes De La Población Cartagenera Frente A La Infección Por VIH/SIDA”.

El objetivo de la presente es informarle que su participación en dicho proyecto será específicamente en la recolección de la información pertinente para el estudio, a través del diligenciamiento del instrumento destinado para este fin, en los sectores asignados aleatoriamente entre el equipo de investigación.

Cabe anotar que su compromiso en esta labor es libre, voluntario y de responsabilidad; es decir, que su decisión de ingresar como asistente no fue tomada bajo presión ejercida por miembros de la CUTB, y es usted quien responderá por su integridad física, psicológica y social al colaborar en la ejecución del proyecto.

Es importante señalar que este será un medio por el cual usted obtendrá conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo de procesos investigativos, el entrenamiento en aspectos relacionados con la técnica de entrevista dirigida y generalidades sobre el tema del Trabajo de

Grado. Por lo tanto esperamos que esta sea una experiencia de aprendizaje enriquecedora que aporte considerablemente a nuestra formación como profesionales en el campo de la Psicología.

Atentamente.

Dimas Arias Pérez
Estudiante de X semestre de
Psicología –CUTB-
Código: 9413070
CC#73'571.567 de C/gena

Hedry Orozco Lara
Estudiante de X semestre de
Psicología –CUTB- Código:
9413030 CC#45'766.175 de
C/gena

Firma del asistente, con la cual acepta los postulados citados anteriormente

Asistente
Código:
CC#

Anexo F

Documento Trabajado en la Capacitación de Asistentes

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ECUELAS DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
BUCARAMANGA-SANTANDER

GUIA GENERAL PARA EL ENCUESTADOR Y LA APLICACIÓN DEL
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN¹.
NELSON MOLINA VALENCIA, Ps.²

Las investigaciones diagnósticas que adelanta el Centro de Servicios Psicológicos, y de las cuales usted participa, pretenden alcanzar resultados válidos y confiables en la ciudad de Bucaramanga en lo que se refiere a VIH/SIDA. El logro del propósito depende en buena parte de la calidad y responsabilidad de las encuestas y su aplicación respectivamente. Gran parte del logro está en sus manos, razón por la cual esperamos que el empeño en su entrenamiento sea considerable. Seguros de la consecución y alcance de las metas, a continuación se describe un conjunto de indicaciones generales que contribuyen en el propósito enunciado.

1. Principios Generales:

El encuestador debe ser...

*Muy responsable en su trabajo. Buena parte de los resultados de la investigación depende de la manera como el encuestador e investigador asuma el procedimiento de recolección de información.

Es con base en la información que se recolecta que es posible llegar a conclusiones

¹Documento preparado con base en el texto de Rodrigo Losada y Javier Sanín S.J. de la Universidad Javeriana, Facultad de Ciencia Política.

²Marzo 18 de 1998.

y análisis que satisfagan la pregunta de investigación.

*Cuidadoso en su trabajo. El cuestionario que se aplicará tendrá opciones específicas de respuestas, motivo por el cual el manejo de la información debe ser preciso y evitar la mayor cantidad de ambigüedades posibles. El conocimiento previo del cuestionario y su manejo posibilita la adecuada utilización del material. En pocas palabras, el encuestador debe ser cuidadoso para escribir las respuestas en su integridad y de forma clara.

*Celosamente neutral al proponer las preguntas y escuchar las respuestas. El tono de voz, los acentos marcados, la mirada, la posición corporal, pueden ser indicaciones para que el encuestado oriente su respuesta hacia opciones específicas. El tono de voz debe ser plano desde el comienzo hasta el final de la formulación de la pregunta. De otro lado, teniendo en cuenta que las respuestas pueden ser de diversa índole, el encuestador debe presentar afecto plano frente a la contestación del encuestado, garantizando nuevamente la neutralidad y la no direccionalidad hacia las respuestas.

*Amable y comprensivo con los encuestados. El encuestador debe ser consciente que las personas poseen información que para nosotros es muy importante; la única manera por medio de la cual podemos recolectarla es ser amable con la persona y entender las condiciones propias para dar contestación a las preguntas que se le formulan. Los buenos modales son importantes partiendo del saludo. Es importante que en la amabilidad expresada se transmita firmeza y seguridad de aquello que se está trabajando.

*Hábil para ganarse la confianza de los encuestados; hay que hacerles sentir que no tienen por qué preocuparse. El encuestado debe tener claro que es él quien tiene la información que nos interesa y que por tanto nos interesa que sea franco. Igualmente el encuestador tiene un conjunto de respuestas posibles al encuestado, por lo que es posible dirigir la contestación hacia una de las opciones planteadas.

*Natural y respetuoso en su forma de hablar. El encuestador se encontrará con un conjunto de personas de diferente extracción social a la propia, lo cual puede generar diferentes efectos. Personas mayores de diferente o el mismo género, de la misma edad, del mismo o diferente sector de vivienda, son algunas de las condiciones con las cuales el encuestador se enfrentará.

*Informal en su vestido, pero bien arreglado y sin atuendos llamativos. Si bien el encuestador debe ser neutral en su presentación, también debe considerar que la percepción social está mediada por estereotipos que afectan la manera en la cual las personas establecen contacto entre sí. Tener en cuenta esta consideración contribuye en la generación de un clima de empatía en el procedimiento de encuestar; si bien no es el único factor que afecta, es preponderante.

2. Principios Específicos:

*La actitud durante la encuesta debe ser completamente neutral.

*No permita fácilmente una respuesta “No sé”. Si la persona dice que no entiende de esas cosas que le está preguntando, dígame que no se trata de ver si las entiende o no, sino de conocer sus puntos de vistas como si estuviera hablando con un amigo. Otras veces la persona dice “No sé” como un recurso para ganar tiempo mientras organiza sus ideas y para ver si puede evadir la pregunta. Dígame entonces: “Permítame que le lea de nuevo la pregunta”, y hágalo así (Losada y Sanín).

*La primera respuesta dada por la persona a una pregunta siempre es la más disiente en este tipo de estudios. Esta respuesta debe ser registrada con claridad y no cambiarla por el desarrollo que pueda llevar la encuesta.

*En oportunidades el encuestado hace comentarios que amplían la respuesta dada a la pregunta cerrada. En estos casos apunte al margen del cuestionario los comentarios del encuestado, ya que también representan información valiosa.

*En lo posible siga hablando mientras escribe una respuesta. Este hecho permite que la encuesta se aplique ágilmente y no se tome mucho tiempo en el registro de la respuesta y la formulación de una nueva pregunta. El encuestador debe entrenarse en esta habilidad.

*Mire directamente los ojos del encuestado, recuerde que está estableciendo comunicación con él, y que este debe percibirlo así. Este hecho permite la generación de un clima de seguridad, seriedad y agilidad en el procedimiento.

*No permita que el encuestado haga lo mismo con usted. Cortés pero firmemente propóngale una pregunta tras otra. Si la persona se sale del tema interrumpa con un “que interesante Veamos que sabe usted de.....” y formule la siguiente pregunta.(Losada y Sanín).

*No permita que el encuestado conozca con anterioridad el cuestionario y las opciones de respuesta antes que usted le formule las preguntas. Este hecho puede generar el sesgo del encuestado hacia cierto tipo de respuestas en aras de parecer un “sujeto deseable”.

*Realice la encuesta en un lugar donde pueda establecer comunicación diádica con la persona. La presencia de familiares, amigos o terceros afecta la sinceridad con que se contesta. Querer parecer “sensato” en las respuestas puede afectar la sinceridad del encuestado, por quedar bien frente aDe igual forma la aplicación de la encuesta se hace individualmente por parte del encuestador, la compañía puede intimidar al encuestado.

*La encuesta debe ser aplicada a personas completamente desconocidas para el encuestador. Los motivos son los mismos expuestos en los dos puntos anteriores.

*Antes de cerrar la aplicación de la encuesta, revise detalladamente el cuestionario para asegurarse de que tenga respuestas a todas las preguntas que debe satisfacer.

*Exhiba siempre su identificación en un lugar visible. Es importante que la persona encuestada perciba que usted está preparado(a) y respaldado(a) institucionalmente, y que goza de una preparación que le permite desempeñarse en la actividad que desarrolla.

*Siempre use lápiz para el registro de la información, en lugar adecuado, y haciendo uso de los códigos que se asignan a cada respuesta.

*No olvide escribir los datos sociodemográficos de la persona que ha encuestado, así como la dirección, fecha y sector en el cual se aplica la encuesta.

Anexo G

Asignación de Núcleos Radiales a Encuestadores

Sector	Núcleos Radiales (NR)	Encuestador	Fecha de Entrega de Encuestas diligenciadas
1	033		
	185		
	177		
	036		
2	315		
	795		
	186		
	486		
3	923		
	457		
	250		
	187		
4	160		
	516		
	259		
	148		
5	302		
	810		
	249		
	585		
7	181		
	311		
	161		
	705		
8	371		
	105		
	771		
	447		
9	069		
	225		
	265		
	228		
14	188		
	093		
	042		
	158		

Anexo H

Control de Aplicación de Encuestas por Núcleo Radial

Nombre del encuestador: _____ N° _____

Nota: Marque en la casilla correspondiente al género y la edad, cada vez que finalice el desarrollo de una encuesta.

Rangos de Edad	Género					
	Masculino			Femenino		
12-17						
18-24						
25-44						
45-60						