

Nivel de Conocimiento sobre VIH/SIDA
en los Estudiantes de Pregrado de la
Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar

Nivel de Conocimiento sobre VIH/SIDA
en los Estudiantes de Pregrado de la
Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar

Baldovino, M.; Fang, Y..

Corporación Universitaria Tecnológica De Bolívar

TITULILLO: VIH/SIDA

Tabla de contenido

Tabla de contenido	Páginas
Resumen	1
Introducción	2
Método	47
Diseño	47
Participantes	48
Instrumento	49
Procedimiento	50
Recursos	52
Resultados	53
Discusión	87
Referencias	98
Anexos	102

Lista de figuras

	Página
Figura 1. Distribución por sexo	29
Figura 2. Distribución por edad	29
Figura 3. Fuente de información sobre SIDA	31
Figura 4. Percepción personal del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA	31
Figura 5. Evaluación nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA	32
Figura 6. Distribución por sexo	53
Figura 7. Distribución de la población por edad	54
Figura 8. Distribución de la población por facultad.	55
Figura 9. Distribución de la población por años viviendo en Cartagena	56
Figura 10. Distribución de fuentes de información sobre SIDA por sexo.	57
Figura 11. Distribución normal de la prueba A	58
Figura 12. Distribución normal de la prueba B	59
Figura 13. Distribución de puntajes en la prueba A	59
Figura 14. Distribución de puntajes en la prueba B	60
Figura 15. Nivel de conocimientos en la prueba A por sexo	60
Figura 16. Nivel de conocimiento de la prueba B por sexo	61
Figura 17. Nivel de conocimiento en la prueba A por edad	62

Figura 18. Nivel de conocimiento en la prueba B por edad	62
Figura 19. Nivel de conocimiento en la prueba A por facultad	64
Figura 20. Nivel de conocimiento en la prueba B por facultad	65
Figura 21. Nivel de conocimiento en la prueba A por semestre	66
Figura 22. Nivel de conocimiento en la prueba B por semestre	66
Figura 23. Nivel de conocimiento en la prueba A por percepción personal	67
Figura 24. Nivel de conocimiento en la prueba B por percepción personal	68

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra	48
Tabla 2. Categoría del nivel de conocimiento	58
Tabla 3. Estadística de la prueba A por procedencia	63
Tabla 4. Estadística de la prueba B por procedencia	63
Tabla 5. Item 1 de la prueba A por sexo	69
Tabla 6. Item 2 de la prueba A por sexo	69
Tabla 7. Item 3 de la prueba A por sexo	70
Tabla 8. Item 4 de la prueba A por sexo	70
Tabla 9. Item 5 de la prueba A por sexo	71
Tabla 10. Item 6 de la prueba A por sexo	72
Tabla 11. Item 7 de la prueba A por sexo	72
Tabla 12. Item 8 de la prueba A por sexo	73
Tabla 13. Item 9 de la prueba A por sexo	74
Tabla 14. Item 10 de la prueba A por sexo	74
Tabla 15. Item 11 de la prueba A por sexo	75
Tabla 16. Item 12 de la prueba A por sexo	76
Tabla 17. Item 1 de la prueba B por sexo	76
Tabla 18. Item 2 de la prueba B por sexo	77
Tabla 19. Item 3 de la prueba B por sexo	77

Tabla 20. Item 4 y 5 de la prueba B por sexo	78
Tabla 21. Item 6 de la prueba B por sexo	79
Tabla 22. Item 7 de la prueba B por sexo	79
Tabla 23. Item 8 de la prueba B por sexo	80
Tabla 24. Item 9 de la prueba B por sexo	81
Tabla 25. Item 10 de la prueba B por sexo	81
Tabla 26. Item 11 de la prueba B por sexo	82
Tabla 27. Item 12 de la prueba B por sexo	82
Tabla 28. Item 13 de la prueba B por sexo	83
Tabla 29. Item 14 de la prueba B por sexo	83

...A mi padre,
ejemplo de superación personal,
esfuerzo y sacrificio.

...A mi madre,
fuente de sabiduría,
confianza y amor infinito.

A ellos, a quienes les debo lo que soy
y quienes merecen lo mejor de mi.

Marta Cecilia Baldovino Pérez

...A mi padre y a mi madre,
por su infinita confianza en mi,
apoyo incondicional y amor desmedido,
a los dos, por que hacen parte importante
de mi vida y están siempre
en mis pensamientos.

Yuly Patricia Fang Alandette

Agradecimientos

Nuestros más sinceros agradecimientos a la psicólogos María del Pilar Herrera, quien con su apoyo, confianza y colaboración nos motivo a salir adelante, abriendonos camino para el avance exitoso de esta investigación; Leonardo Romero y Mónica Mojica quienes con su conocimiento, experiencia y valiosa amistad nos acompañaron en cada uno de los pasos de este largo proceso de crecimiento personal y profesional. A ellos y a todas aquellas personas que de una u otra forma nos colaboraron en la realización de esta investigación, permitiendo el logro de tan importante meta, queremos decirles gracias, gracias por creer en nosotras que somos el producto de la valiosa formación profesional liderada por ustedes.

Resumen

Para describir el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los estudiantes de pregrado de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar (CUTB) se aplicó un cuestionario modificado por Romero, Caballero y Mendoza (1997) a una muestra de 629 estudiantes entre 16 y 44 años de edad; de los primeros, intermedios y últimos semestre de las carreras de Ingeniería, Economía, Administración de Empresas y Psicología. El diseño de investigación utilizado fue el descriptivo transversal y los datos fueron analizados a través de la estadística descriptiva. Los resultados indican que los estudiantes de pregrado de la CUTB tienen un nivel de conocimientos bajo sobre aspectos básicos de la enfermedad del SIDA, y "aceptable" sobre actitudes frente a la enfermedad y prácticas sexuales de riesgo para la adquisición; no se encontró diferencias significativas en el nivel de conocimiento según el sexo, la facultad, el semestre y la percepción personal. En conclusión los estudiantes de la CUTB desconocen información importante sobre el VIH/ SIDA lo que podría generar conductas sexuales de riesgo para la adquisición de la enfermedad, por tal razón se sugiere el establecimiento de políticas institucionales que apoyen programas de salud sexual para brindar información y generar cambios de actitudes valores, habilidades y percepción sobre la sexualidad.

Nivel de Conocimiento sobre VIH/SIDA en los Estudiantes
de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar (CUTB)

En diferentes momentos históricos de la humanidad se han vivido muchas epidemias, lepra, tuberculosis, la peste, etc.; el SIDA es una enfermedad que aparece en el siglo XX y que poco a poco se ha convertido en una epidemia de índole mundial.

Desde que se describieron los primeros casos de SIDA en 1981, el mundo se alarmó con la aparición de una nueva epidemia descrita como una enfermedad transmisible sexualmente, letal, de curso severo y circunscritas a ciertos grupos poblacionales (homosexuales, haitianos, drogadictos, etc.).

En 1985 se dijo que esta epidemia había incursionado en otras poblaciones diferentes a la homosexual y usuarias de drogas inyectables. Se identificó entonces la presencia de poblaciones asintomáticas, es decir, que portaban el virus VIH, no presentaban aún la fase de SIDA y sin saberlo lo transmitían a otras personas (Romero, 1996).

Aunque en el momento actual no existe certeza alguna de cómo se origino el virus del SIDA, algunos autores (Eigen y Nieselt-Struwe, 1990; Eigen, 1993, Citados por Bayés, 1995) consideran que el VIH procede de Africa y descende de una antigua familia vírica. En su opinión, las características diferenciales del VIH-1, VIH-2 y los virus de inmunodeficiencia en simios (VIS) se empezaron a desarrollar hace muchos siglos, aun cuando es posible que su patogenicidad variara con el paso del tiempo. Lo cierto es que existen datos que demuestran que el VIH se encontraba presente en Africa Central

por lo menos desde 1959 (cfr. Ebbesen, 1896, Citado por Bayés, 1995) aun cuando su propagación masiva sea más reciente, iniciándose la misma durante la década de los setenta y principios de los ochenta y difundiéndose, principalmente aunque no únicamente, hasta la fecha, entre: (a) varones homosexuales y bisexuales; (b) usuarios de drogas por vía parenteral; (c) hombres y mujeres heterosexuales con múltiples parejas; y (d) receptores de sangre y hemoderivados.

Hasta la primera mitad de la década de los noventa, la difusión del VIH ha sido en gran medida urbana, y sus formas predominantes de transmisión han variado considerablemente entre los países, las regiones, las ciudades y los barrios, en función de los hábitos y las normas existentes en el seno de culturas y subculturas notablemente diferentes (Shannon, 1993, Citado por Bayés, 1995).

El nombre que se le ha dado a esta epidemia es el de SIDA, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que la produce el denominado virus de inmunodeficiencia humana (VIH); la característica principal del SIDA es el derrumbamiento del sistema inmunológico que comúnmente protege al cuerpo contra las infecciones, permitiendo el contagio de una variedad rara de infecciones conocidas como Infecciones oportunistas (Masters, Johnson, & Kolodny, 1995), causadas por gérmenes comunes, algunos de los cuales habitan permanentemente en el cuerpo humano aunque en cantidades reducidas, estos gérmenes se aprovechan del debilitamiento del sistema inmune para multiplicarse libremente (Jennings, 1995).

La definición de SIDA ha cambiado, antes de 1993 se definía en términos de la presencia de un diagnóstico determinante de SIDA. Sin embargo, desde enero de 1993 la definición de SIDA se ha vuelto más liberal; en la actualidad, el SIDA se define por la infección por VIH y una cuenta de células CD4 de 200 o menor; la cuenta de células

CD4 es una medida del vigor del sistema inmunitario, una cuenta de 200 o menos significa que el cuerpo es más susceptible a una complicación (Bartlett & Finkbeiner, 1996)

Como se mencionó anteriormente, el SIDA lo causa el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual en promedio mide aproximadamente 0.000031 de pulgadas de largo (120 angstromios; un angstromio equivale a una diez millonésima de milímetro) (Jennings, 1995). Al hablar de virus nos referimos a parásitos que viven e infectan células de otros organismos denominados hospedantes, utilizando los químicos y nutrientes de estos. Solo necesitan una estructura física muy simple, por lo general están hechos de una o varias cadenas de ADN (Acido desoxirribonucleico) o ARN (Acido Ribonucleico), envueltas en una capa de proteínas. Gran parte de los virus conocidos tiene un núcleo de ADN, pero el virus del VIH tiene un núcleo de ARN.

En la mayoría de los virus de ARN, el ARN viral ataca directamente en la célula hospedante, sin embargo, el VIH es distinto, ya que una vez inyectada en la célula hospedante, la cadena ARN del VIH escribe cadenas dobles de ADN viral, pues solo este podría hacer empalme con el ADN de la célula hospedante y así continuar el proceso. Este escritura al contrario se denomina transcripción inversa. Los virus de escritura inversa como el VIH se denominan Retrovirus. Como grupo, los retrovirus pueden habitar dentro de sus hospedantes durante largos períodos sin provocar ningún síntoma de enfermedad (Jennings, 1995).

El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se replica en un tipo de leucocito denominado linfocito o célula T. (Hay cinco grupos principales de leucocitos). Entre las células T la preferida del VIH es la T4.

La célula T4 conocida también como célula ayudante o inductora, encuentra los virus invasores al chocar con ellos en su recorrido dentro del torrente sanguíneo. Una vez que reconoce el virus invasor, desencadena una alarma química para poner en funcionamiento otras partes del sistema inmune, como las células T, denominadas células efectoras o asesinas quienes una vez disparada la alarma liberan sustancias químicas para matar a los invasores; la alarma de la célula T4 también les indica a las células B (otro tipo de linfocitos), que deben modificar su estructura para comenzar a producir anticuerpos. Un tercer tipo de linfocitos denominados macrófagos, migran hacia el sitio de donde provino la alarma de la célula T4 para envolver y digerir a los invasores (Jennings, 1995).

Una vez que el VIH infecta a las células T4, el linfocito deja de funcionar normalmente, aunque el cambio no se manifiesta inmediatamente, ya que la replicación viral es muy lenta durante un tiempo indefinido.

Cuando la célula T4 entra en actividad, en lugar de funcionar normalmente comienza a fabricar cadenas de ARN viral y pierde su capacidad de detectar a los invasores y desencadenar la alarma. Con el tiempo las células T infectadas comienzan a morir, y gradualmente se reduce la red de alarma, lo cual permite el ingreso y la diseminación de las enfermedades oportunistas.

Este período de incubación que se refiere al tiempo transcurrido entre la infección inicial y el desarrollo del síndrome completo tiene cuatro etapas distintas (Jennings, 1995): 1) El estado del portador sano, 2) el síndrome de la linfadenopatía (SLA), 3) el complejo relacionado con el SIDA (CRS), 4) el SIDA o SIDA manifiesto o completo.

El estado del portador sano se refiere a la persona infectada con el virus, que no presenta síntomas clínicos pero que puede infectar a otros.

El SLA es una forma leve de infección producida por el VIH que afecta el sistema linfático, el cual es una parte vital del sistema inmune conformado por las amígdalas, el timo, los ganglios y el bazo. Entre los síntomas del SLA se encuentran fiebre inexplicable, dificultad para tragar, glándulas inflamadas, fatiga/letargo, sudores y escalofríos nocturnos, apatía, pérdida gradual de peso, diarrea, dolor de garganta e impotencia. Es característico de la infección del VIH que la inflamación de los ganglios persista durante meses, sin ninguno de los síntomas de una infección transitoria (Jennings, 1995).

La etapa del CRS, es una forma más avanzada de infección por el VIH. Entre los síntomas se encuentran los de la linfadenopatía, además de unas condiciones anormales del cuerpo que se manifiestan en las pruebas de laboratorio, y la presencia de algunas infecciones oportunistas (Jennings, 1995).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es el síndrome completo o manifiesto, se presentan aquí varias enfermedades oportunistas que se desarrollarán por la falta generalizada del sistema inmune (Jennings, 1995). Estas infecciones, curables en otras circunstancias, causan la muerte a la mayoría de los enfermos de SIDA. Entre las más comunes encontramos: neumonía por pneumocystis carinii (NPC), sarcoma de kaposi (SK), toxoplasmosis, infección por citomegalovirus (CMV), criptococosis, infecciones herpéticas, tuberculosis (TB), infección por mycobacterium, infección de Epstein- Barr, infección por herpes zoster, criptosporidiosis, y candidiasis.

Pero no solamente existen reacciones o efectos a nivel físico, también aparecen reacciones a nivel emocional, con un carácter muy variable y casi todas comparten en cierta medida sentimientos de ira, depresión, fatiga, temor y culpa. Estos sentimientos no representan etapas de la enfermedad, ni siguen un orden establecido. Algunas personas

notan más uno que otro de estos sentimientos en un momento dado; cada cual, también, los siente con mayor o menor intensidad. Estos sentimientos son parte de la naturaleza humana y, además, son la reacción lógica de una persona al enterarse de que esta infectada por VIH (Bartlett & Finkbeiner, 1996).

En la medida en que los estados emocionales puedan influir en el origen y curso de la infección por VIH, se tendrá que tener en cuenta, además de los acontecimientos estresantes extraordinarios propios de la vida y de los acontecimientos estresantes cotidianos con los que toda persona debe enfrentarse (Bayés, 1988, citado por Bayés, 1995), la infección por VIH y el SIDA los cuales proporcionan un importante estrés suplementario debido a las diversas situaciones específicas que pueden ir surgiendo en el camino de la persona que practica comportamientos de riesgo.

Por esto se recomienda que la persona infectada y los familiares cuenten con asesoría psicológica en pos de aceptar la enfermedad, y evitar comportamientos desadaptativos que pongan en peligro la convivencia en sociedad.

En cuanto a las formas de transmisión se tiene que los casos más conocidos de infección por VIH (cfr. Soriano, Gutiérrez y González-Lahoz, 1993, Citado por Bayés, 1995), han sido transmitidos a través del contacto directo de fluidos corporales como la sangre, el semen y las secreciones vaginales de una persona infectada, con la sangre o las mucosas de una persona no infectada. El origen de la infección es, pues, un intercambio sexual o sanguíneo, tras el cual, algunas veces, se producen síntomas inespecíficos que desaparecen al cabo de poco tiempo, aunque en la mayoría de ocasiones pasan inadvertidos.

Según Romero (1996), las dos secreciones corporales con más alta concentración de VIH son el semen y la sangre, por tal motivo el VIH se transmite por relaciones

sexuales penetrativas anal y vaginal, por compartir agujas inyectables con otras personas, por transmisión de la madre al hijo, o recibir transfusión de sangre contaminada del VIH.

Una madre portadora puede transmitir el VIH a su hijo(a) por vía intrauterina, al momento del parto y posiblemente por la leche materna a través del amamantamiento en un 35 y 50%.

Es importante resaltar que la penetración anal es de mayor riesgo para la transmisión del VIH, debido a que las paredes del recto son finas y delicadas y tiene capilares cerca de la superficie, lo cual lo hace susceptible de laceraciones que facilitarían la inoculación del VIH por esta vía.

Por otra parte, aunque las probabilidades son bajas, en teoría se sabe que las prácticas sexuales oro- genitales pueden ser formas de transmisión, por lo tanto es importante tener precaución usando barreras de protección como condones de látex para estas actividades. La probabilidad aumenta si esta práctica conlleva a que se deposite semen en la boca de la pareja, se tenga contacto con secreciones vaginales y haya presencia de sangre.

Aunque a veces el VIH está presente en la saliva, el riesgo de contraer la infección por medio de los besos es casi nulo, debido a que el VIH se encuentran en concentraciones tan limitadas en saliva y lágrimas, que no es posible la transmisión al entrar en contacto con estas secreciones; sin embargo, esto dependerá de la presencia o intercambio de sangre contaminada en la boca procedente de lesiones de la seda dental, abrasiones, mordidas, o simplemente por pequeñas heridas de las encías y los carrillos, posiblemente ocasionadas por besos bruscos.

Al hablar de formas posibles de transmisión del VIH, es erróneo pensar que el virus se transmite por picaduras de mosquito, por donar sangre, por compartir utensilios de comida e inodoros, usar la misma piscina, por contacto casual, saludos, abrazos y en general por convivir con una persona portadora o en fase de SIDA.

La pandemia se difunde como se mencionó anteriormente a través de comportamientos concretos perfectamente definidos y su expansión podría evitarse si se consiguiera cambiar dichos comportamientos; tarea que se desarrolla desde el punto de vista psicológico, en lo relacionado con la modificación de conductas y desde el punto de vista de la educación de la salud cuando se habla de desarrollar hábitos y costumbres sanas, traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamientos adecuadas individuales o comunitarias valiéndose de la educación y promoviendo la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud. (Bayés, 1992)

Hasta el momento se ha hablado del SIDA, de sus características, del VIH, de su desarrollo en el organismo, de las etapas y las formas de transmisión, ahora se planteará como este virus se puede detectar en el organismo.

Parry (1998), comenta que cuando alguien esta infectada con VIH, este puede tomar hasta tres meses antes de que suficientes anticuerpos estén formados para mostrarse en una prueba de VIH, lapso de tiempo que es llamado el período de ventana o seroconversión y en el cual no se puede dar un resultado seguro o exacto de la infección. A lo largo del período de ventana la persona con VIH tiene suficiente virus en su sangre y en los fluidos sexuales para infectar a otra persona.

La presencia del VIH se puede detectar a través de diferentes pruebas, según Masters, Johnson & Kolodny (1995), la más frecuentemente utilizada es la denominada

ELISA (ensayo inmunoabsorbente relacionado con las enzimas), que fue desarrollada para analizar la sangre utilizada en transfusiones. Al igual que todas las pruebas biomédicas, la prueba ELISA no es infalible, a pesar de que la exactitud de las versiones actuales de esta prueba, que es de una proporción muy elevada, ha mejorado substancialmente desde hace cinco años.

Debido a estas inexactitudes, a las que podría llamarse sin importancia desde el punto de vista estadístico, pero que desde luego son cualquier cosa menos carentes de importancia si afectan a la prueba de uno mismo, es necesario verificar cualquier resultado positivo arrojado por la ELISA mediante el uso de una prueba diferente, más complicada tras haber repetido la prueba ELISA. Esta prueba definitiva se denomina Western Blot (prueba occidental de la mancha, detecta anticuerpos específicos). Cuando ambas se usan de manera combinada, la exactitud de la prueba de los anticuerpos del VIH es mucho mejor que la mayoría de las otras pruebas médicas, a pesar de que ni siquiera este método de detección es perfecto.

Si la prueba encontró anticuerpos de VIH, el resultado es positivo. La persona es descrita como anticuerpo de VIH positivo o VIH- Positiva. Esto significa que él o ella tiene VIH. Esto no significa que la persona tenga SIDA. La prueba no puede mostrar que la persona esta enferma o sé esta enfermando. Muchas persona con VIH viven plena y saludablemente por años (Parry, 1998).

Si la prueba no encontró anticuerpos de VIH, el resultado es negativo. Un resultado negativo muestra que la persona no tiene VIH, cuando la prueba fue hecha antes del final del período de ventana.

También Romero (1996) plantea que es posible que se den casos que resulten positivos en la prueba y sea falso que tiene el VIH (falso positivo). Razón por la cual es importante aplicar el Western Blot para confirmar la presencia del VIH en el organismo.

Bayés (1996) afirma que es imposible disponer solamente, como hasta ahora, de los casos diagnosticados de SIDA para determinar la evolución de la epidemia y determinar el número de personas infectadas siendo que existen casos de infección sin sintomatología clínica presente debido al periodo de incubación.

Teniendo en cuenta la explicación anterior, al referirnos a las estadísticas encontramos que los datos sistemáticos sobre la historia natural de la enfermedad recogidos a partir de 1981, nos permiten afirmar que el 50% de los adultos portadores del VIH pasarán a un diagnóstico de SIDA en un plazo medio de 8 a 10 años (Lui et al., 1988; OMS, 1993, Citado por Bayés, 1995).

En muchas de las grandes ciudades de los países desarrollados el SIDA ha llegado a ser una de las principales causas de muerte en las personas de 20 a 40 años. En 1988, el SIDA era la principal causa de muerte de hombres y mujeres de 23 a 34 años de la ciudad de Nueva York y, unos años más tarde, era ya la primera causa de muerte entre mujeres de edades comprendidas entre 25 y 44 años en muchas de las mayores ciudades de Estados Unidos (O'Down, 1994, Citado por Bayés, 1995).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que 18 millones de adultos y cerca de 1.5 millones de niños han sido infectados con VIH desde que la epidemia global comenzó. De esas personas VIH- Positivo, 4.5 millones han desarrollado SIDA y muchos ya han muerto.

Los países no industrializados están particularmente más afectados: 11 millones de infecciones han ocurrido en Sub- Sahara Africa. La epidemia está expandiéndose

mas rápidamente en el sur y sur- este de Asia, con el estimado número de infectados duplicado en dos años (de 1.5 millones a mediados de 1993 a 3 millones a mediados de 1995). A lo largo del mundo, la cantidad de hombres y mujeres infectados es aproximadamente igual (Parry, 1996).

En América latina para 1991, el número total de casos de SIDA, se estimaba en 100.000 y el de personas portadoras del VIH debía encontrarse alrededor del millón (OMS, 1991, Citado por Bayés, 1995). A mediados de 1993, se calculaba que el número de adultos infectados se encontraba cerca del millón y medio siendo Brasil uno de los más perjudicados (OMS, 1993, Citado por Bayés, 1995).

La pauta epidemiológica está evolucionando en América Latina con rapidez y a partir de la transmisión inicial a través de varones homosexuales y bisexuales, existe, en muchos países latinoamericanos, una creciente transmisión heterosexual, siendo los focos de riesgos más importantes, las parejas femeninas de los varones bisexuales, las prostitutas y sus clientes (Bayés, 1995).

Según las estadísticas, Colombia ocupa el puesto número 28 en la incidencia de personas identificadas con VIH/SIDA. Según reportes del Ministerio de Salud hasta 1996 el 54% de los casos registrados con VIH/SIDA habían ocurrido en edades comprendidas entre 15 y los 34 años. Desde 1994 a 1996 se dio un incremento de casos en hombres de un 44% y en mujeres de un 52.2%; se calcula que un 95% de las transmisiones del VIH han sido por contacto sexual (Romero, 1996).

El programa Nacional de Prevención y Control del ETS-VIH/SIDA del Ministerio de Salud (1997), indica que el número de casos de infectados por el VIH/SIDA aumentó considerablemente desde 1983 a 1992; cifras que se redujeron en gran medida entre 1996 y 1997, lo que probablemente se deba a las campañas publicitarias para la

prevención de este síndrome (ver anexo A). Vale la pena resaltar que cada vez son más los heterosexuales infectados con el VIH/SIDA; como lo indica las estadísticas sobre casos de VIH de año 1997 (anexo B). El VIH es un virus sin límites de raza, sexo o edad; no existe una población de riesgo determinada (homosexuales, bisexuales y drogadictos) como se pensaba en años anteriores; hoy por hoy la población de riesgo la conformamos todos.

De los casos reportados por el Ministerio de Salud, se observa que el grupo de edades que más infectados con VIH/SIDA registra, oscila entre los 25 a 34 años de edad (ver anexo C); y teniendo en cuenta que este síndrome demora de 6 a 10 años aproximadamente en manifestarse, es de suponerse que algunas de los infectados de este grupo de edad adquirieron el VIH durante la adolescencia o adultez temprana.

Los mecanismos de transmisión más comunes entre los casos de VIH/SIDA reportados por el Ministerio de Salud son: la transmisión sexual, la sanguínea y la perinatal (de la madre al hijo); siendo la transmisión sexual la de mayor número de casos registrados en los últimos años (ver anexo D). Esto indica que los comportamientos sexuales de riesgo son los principales causantes de la propagación del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. Es probable que la población masculina tenga más comportamientos sexuales de riesgo que la femenina ya que son más los casos de hombres afectados anualmente con el VIH que mujeres infectadas (ver anexo E).

Tal vez son estos comportamientos sexuales de riesgo los que determinan que el SIDA sea un síndrome que se propaga más a nivel urbano que rural, debido a que hay mayores oportunidades de establecer relaciones sexuales con diferentes personas en ciudades grandes que en localidades pequeñas donde el número de habitantes es menor y las restricciones morales y sociales son más fuertes y arraigadas. Así lo

sustentan los datos del anexo F Y G, donde se establece que los cinco departamentos Colombianos que mayor número de casos presentan entre 1983 a 1997 son: Bogotá, Antioquia, Valle, Risaralda y Atlántico; siendo el mecanismo de transmisión más común el sexual. El departamento de Bolívar ocupa el puesto número catorce en esta lista, con un total de 59 casos de VIH/SIDA, aunque en el año de 1983 solo había reportado dos casos de infectados, esta cantidad era el mayor número de casos registrado para la fecha.

Estableciendo una comparación entre los casos de VIH/SIDA por transmisión sexual (manifestada en los comportamientos heterosexuales, homosexuales y bisexuales) con los mecanismos de transmisión sanguínea (intravenosa, transfusiones y perinatal) en todos los departamentos de Colombia desde 1995 a 1997, se puede observar que el mecanismo de transmisión sexual es el que más infectados reporta, siendo los heterosexuales la población con mayor número de infectados en los departamentos de Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Norte de Santander. De los 23 casos que reporta Bolívar desde 1995 a 1997, más de la mitad son heterosexuales infectados y los casos restantes se dividen entre homosexuales y bisexuales siendo la transmisión sexual única propagadora del síndrome en esta región.

En suma, según Parry (1996), en el mundo entero, el total acumulado de infectados de VIH en hombres, mujeres y niños podría alcanzar 30 millones para el año 2.000, del cual 9 de cada 10 son probablemente personas de países no industrializados. OMS estima que de 5 a 10 millones de niños pueden haber perdido a sus madres o ambos padres por SIDA para esta fecha.

Estos datos son alarmantes y muestran el desarrollo y alcance de la epidemia lo cual hace necesario emprender investigaciones que permitan describir el estado actual

de conocimientos sobre VIH/SIDA que posee la población. La información que se derive de dichos estudios permitirá realizar una descripción detallada del grado de conocimiento que sobre la enfermedad poseen los diferentes grupos poblacionales, lo que a su vez facilitará el diseño de estrategias educativas encaminadas principalmente hacia la divulgación de información que permita a los ciudadanos adquirir aquellos conocimientos que se consideran son esenciales para asumir de una manera responsable la propia sexualidad, y, evitar de esta forma que la epidemia se siga extendiendo.

A continuación se presentan una serie de estudios e investigaciones que se han realizado en Colombia y otros países desde la aparición del SIDA. En 1989 y 1990 la Universidad de Puerto Rico (Cunningham y Rodríguez 1991) realizó un estudio para conocer las prácticas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH y medidas de prevención entre estudiantes de la universidad de Puerto Rico. Seleccionaron una muestra aleatoria de 3.907 estudiantes a los cuales les aplicaron un cuestionario utilizando 23 aseveraciones o afirmaciones que fueron divididas y agrupadas en 3 índices separados de conocimiento sobre el SIDA, por tema. Se construyó un índice de conocimiento general con siete de las aseveraciones que trataban sobre características generales de la enfermedad; otras cinco que hablan de las formas en que realmente se transmite el VIH constituyeron un índice de conocimiento sobre transmisión; las 11 restantes referentes a formas no reales de transmisión formaron un índice de mitos sobre transmisión.

El porcentaje promedio que contestó correctamente a las afirmaciones de conocimiento sobre transmisión fue 88.8%. Aparentemente hubo confusión en torno a si el VIH puede transmitirse por transfusiones de sangre, tal vez ocasionada por algunos avisos públicos que afirman que las transfusiones son mucho más seguras desde que se

comenzó a hacer pruebas de sangre donada: solo 35% de los estudiantes contestó correctamente que sí. Sin embargo el promedio de respuestas correctas a las restantes aseveraciones de este índice fue de 93.2%, lo que sugiere que los estudiantes son muy conscientes de cuales son los medios de transmisión del SIDA. El nivel de conocimiento general sobre el SIDA fue ligeramente inferior ya que, en promedio, 78.2% respondió correctamente las afirmaciones en este índice. Aún así, más del 50% de los estudiantes respondió correctamente a todas estas aseveraciones. El nivel de conocimiento referente al índice de mitos de transmisión fue considerablemente inferior, ya que en promedio solo el 48.3% respondió correctamente a estas aseveraciones. Puede notarse, por tanto, que los estudiantes conocen bastante sobre el SIDA y el VIH en general, y saben como se transmite, pero desconocen que muchas presunciones comunes sobre la transmisión son falsas.

Por otra parte en 1994 Goldstein, Castañera y Ladisa (1996), realizaron un proyecto de investigación- acción, cuyo objetivo fue conocer el grado de información que poseen jóvenes universitarios (de 18 a 30 años) de la facultad de filosofía y letras de la Universidad de Buenos Aires sobre la transmisión del VIH y la enfermedad del SIDA. En los resultados se encontró que más del 50% de los encuestados adquirió información sobre temas sexuales a través de los amigos, el 40% a partir de experiencias personales, el 27% se informó a través de revistas y libros y otro tanto por intermedio de sus padres. El 20% recibió información en el colegio pero solo un 5% de los entrevistados señala haber adquirido información a través de sus docentes, o sea que es probable que cuando se refieren al colegio sea nuevamente a sus compañeros y amigos. El 18%, en general mujeres, recibieron información a través de sus médicos. El 15%

señala la televisión como fuente de información. El 10% señala a la mamá como informante y solo un 3% al papá.

De los entrevistados que se iniciaron sexualmente (el 92%), aproximadamente el 65% utiliza preservativos; aparece un porcentaje muy bajo para cuidarse en tiempos de SIDA. El 35% utiliza píldoras como método anticonceptivo y el 25% diafragma. Es asombroso que casi el 22% de los entrevistados hayan declarado que no usan ningún método anticonceptivo; eso significa que no se previenen ni embarazos ni del virus VIH. El 15% de los entrevistados dicen no saber en que consiste el SIDA; del 85% restante, el 31% no logra definirlo claramente.

Acerca de sí las mujeres tienen más riesgo de contagio que los hombres, el 3% de los encuestados piensan que las mujeres tienen más riesgos; El 79% de los encuestados piensan que la mujer no tiene mayor riesgo que un hombre. Un 7% distingue que se correría el mismo riesgo si solo se considera la vía de transmisión sanguínea. Con respecto a los adolescentes el 45% opina que estos tienen mayor probabilidad de contagio. De ellos el 35% lo atribuyen a que son más inconscientes; el 30% a que toman menos precauciones y el 17% a que tienen relaciones más inestables y otro tanto a que les falta información.

Es interesante observar que el 92% de los encuestados ya tomaron conciencia de que existe un riesgo real de contraer SIDA entre heterosexuales, aunque no se inyecten drogas. El 100% de los encuestados piensan que el virus del VIH se transmite vía sangre y vía semen; del 70 al 75 % considera que se transmite vía madre- hijo por placenta, por leche materna y otro tanto por sexo oral. Un 8% por lagrimas y un 2% por saliva, por estornudos o tos, por alimentar a otra persona (Cunningham y Rodríguez, 1991).

El 23% de los encuestados no saben que significa portadores asintomáticos, el 77% restante los definen por ejemplo como: Aquellos que no tienen ningún síntoma; el virus está latente. El 12% cree que los portadores asintomáticos no contagian y el 7 % afirman no saber si lo hacen o no.

La conclusión de este estudio fue que el nivel de conocimiento de la población de jóvenes universitarios muestreada no es suficiente con respecto a las vías de transmisión del VIH y del SIDA.

Otra investigación que suministra datos estadísticos relevante sobre el VIH/SIDA fue la presentada en el VIII Congreso Latinoamericano de sexología y educación sexual; el estudio se realizó con una muestra de 321 alumnos del turno vespertino de una escuela de educación media de la capital federal, Buenos Aires, Argentina; 149 de los cuales eran mujeres y 172 hombres, entre las edades de 14 a 52 años. Los resultados indican que el 51% de los varones y el 42% de las mujeres manifiestan preocupación respecto a contraer el SIDA, donde solo la mitad de la población expresa preocupación por el tema. Algo más de un tercio de ambos géneros prefieren no estar preocupados, por que tienen pareja estable y cerca del 30% aseguran que se cuidan sin especificar a que se refieren (Alfaya, Cerutti, Corral, Dí Candía, Kapitze, Kleinman, Kurlat, Macrí, Machado, Maya, Messana, Rodríguez, Santos de los y Sikos, 1996).

Algo más de 1/5 de las mujeres y algo más de 1/3 de los varones no piensan prever medidas para el VIH. Alrededor del 60% piensan prever la utilización del preservativo como medida para evitar la transmisión. Solo un 15% de las mujeres y un 21% de los varones realizaron el análisis para detectar el VIH, el 90% considera la transmisión del VIH se da a través de la sangre, el 80% por el semen, una menor cantidad considera la transmisión por vía perinatal y el flujo vaginal.

El Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y Profamilia en 1993, (Ordoñez, 1994) realizó una encuesta sobre conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes, la cual fue aplicada a 12.746 hogares representativos de los antiguos departamentos del país, la muestra seleccionada incluía personas con edades comprendidas entre 12 y 69 años.

Los resultados indicaron que entre la población adulta el 11% no sabe nada sobre SIDA, sin diferencia de sexo.

Los entrevistados tuvieron la opción de mencionar varias categorías de respuestas sobre lo que es el SIDA y en ellas tampoco se observan, a nivel total, diferencias por sexo. Más de la mitad dijo que era una enfermedad de transmisión sexual (52%), mortal e incurable(46%), causada por un virus (33%), que produce deterioro general (15%). El 16 % cree que es una enfermedad de ciertas personas como los bisexuales, promiscuos, prostitutas, homosexuales y drogadictos. Solo 2.7 % nombró la transmisión por vía parenteral (por compartir agujas inyectables) y sólo 1.8% la transmisión por vía perinatal (de la madre al feto). El 5 % dice que es una peste o una enfermedad como el cáncer; 1.3 % que se debe a abusos contra la moral.

En las regiones Atlántica, Oriental y en Medellín los hombres mencionan, en primer lugar, que es una enfermedad incurable y en segundo lugar que se transmite a través de las relaciones sexuales. Lo mismo se observa para las mujeres de la región Oriental y de Guajira- Cesar- Magdalena.

En las regiones Central y Pacífico se menciona más que en otras regiones que es una enfermedad de ciertas personas. Los abusos contra la moral se mencionan más en Bogotá y la región del Pacífico.

La mayor ignorancia con relación al SIDA se observa en la zona rural, en las regiones Oriental, Antioquia y Central, entre los mayores de 40 años, viudos, unidos y separados, de menor educación.

Se preguntó a la población si creía que podría contraer el SIDA. Una de cada cinco personas, el 21 %, cree estar en riesgo, 72 % de ambos sexos no lo cree posible y el 7 % no sabe. De las personas que han tenido relaciones sexuales, 23 % de los hombres y 25 % de las mujeres creen estar en riesgo.

Entre los que creen que pueden contraer la enfermedad, 1.600.165 personas mencionan la infidelidad propia o de la pareja (3.7 % de los hombres y 12.6 % de las mujeres); 809.622 confiesan haber tenido relaciones sexuales indiscriminadas (7.3% de los hombres y 1.1% de las mujeres); 443.419 personas dicen estar en riesgo por sus prácticas sexuales (4.6 % de los hombres y muy pocas, 0.2% de las mujeres) y 19.279 por que han compartido jeringas(0.1 %).

El 0.8 % (154.000) dicen estar en riesgo por que necesitan transfusiones de sangre y 0.6 % (126.000) se considera en riesgo en razón de su trabajo. El 27 % de los hombres y el 19 % de las mujeres que trabajan en el sector salud, se consideran en riesgo. Hay un 2.3 % que cree que se puede contagiar por el contacto con las pertenencias de una persona infectada.

Tanto los hombres como las mujeres de la zona urbana se consideran más en riesgo que los de la zona rural. Las regiones Antioqueña y Central son aquellas donde más se consideran en riesgo y la Oriental donde menos. La percepción del riesgo para los hombres aumenta con el nivel educativo y disminuye con la edad, en tanto que entre las mujeres la percepción aumenta desde las analfabetas hasta las que tienen secundaria incompleta y después baja un poco; además para ellas aumenta con la edad

hasta los 35-39 años y después comienza a disminuir, lo que quiere decir que muchas mujeres jóvenes no se están dando cuenta de los peligros que corren por sus actividades sexuales.

Entre el 2.4 % que da otras respuestas se menciona el riesgo en que estaría en caso de necesitar transfusiones de sangre, o si lo inyectaran con jeringas usadas, o por descuido en los hospitales o en el consultorio del dentista; otras personas piensan, sin razón, que les podría dar la enfermedad si hablan con una persona infectada o se sientan donde se ha sentado una persona con SIDA; unos pocos creen que les daría si se sientan en sillas calientes o los pican los mosquitos.

Además se encontró que las personas que no saben si están o no en riesgo, pertenecen más a la zona rural, a las regiones Atlántica, Oriental y Central, viudos y unidos, mayores de 35 años.

Con respecto al conocimiento de cómo evitar el SIDA más de la mitad de la población (53%) cree que el SIDA se puede evitar siendo fiel a un solo compañero; otros que usando siempre preservativos (34%), no teniendo relaciones sexuales indiscriminadas (26%), no compartiendo jeringas (13%) y exigiendo sangre certificada (11%). Para el 5 % lo mejor es la abstinencia sexual. Hay un 18% que dice que lo mejor es evitar a las personas infectadas. El 7% dice que evitando a las prostitutas. El 1.2 % no teniendo relaciones sexuales orales ano- genitales. El 4.5% cree que debe evitarse teniendo control médico; 3.2% de los hombres y 0.6% de las mujeres mencionan el uso de óvulos y espermicidas. El 7.5% no sabe cómo evitar la enfermedad.

Por otra parte, en virtud de la existencia del SIDA y pese a toda la información recibida, solamente un 38 % responde que ya sabe cómo protegerse, mientras 61 % todavía se siente inseguro, con mayor proporción entre las mujeres que entre los

hombres y en la zona rural más que en la urbana; todavía hay inseguridad entre los menores de 30 años, solteros, en unión o separados, con menos de secundaria completa. Entre mayor educación, mayores las proporciones de quienes piensan que sería normal o que buscan la protección propia o del compañero; en tanto que entre menor sea la educación, mayores las proporciones de quienes piensan mal del otro, de quienes se sentirían mal y de aquellos que aseguran que usando el condón se pierde el romance.

A continuación se presentan los datos que arrojó la evaluación pre y post de talleres de orientación para adolescentes entre 13 y 19 años que hacen parte del proyecto sobre "Conocimiento, actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes", desarrollados por Profamilia, realizado en cuatro ciudades del país (Cali, Medellín, Santa fe de Bogotá y Sincelejo), en 1995. Fueron seleccionados 370 jóvenes y finalizaron 297, de los cuales 46% eran hombres y 54% mujeres, bachilleres. (Ruiz, 1996).

Se encontró que con respecto al VIH/SIDA se formularon preguntas específicas de forma de contagio y prevención. En vista de que encuestas realizadas anteriormente mostraron que prácticamente todos los adolescentes habían oído hablar de, o conocían el SIDA, resolvieron investigar si era diferente el conocimiento del VIH frente al del SIDA. Profamilia encontró que el conocimiento sobre VIH es menor y seguía siéndolo después del Taller.

Los resultados indican que en las formas de transmisión reconocen principalmente las relaciones sexuales con personas infectadas y sin usar condón (83% en el pre- test y 94% en el post-test). Otras circunstancias en que se pueden dar las relaciones sexuales,

asociadas con factores de riesgo y sin protección son reconocidas por menos adolescentes tanto en el pre- test como en el post- test.

Son considerados factores de riesgo por pocos jóvenes, lo cual es correcto de acuerdo con lo que se conoce de la enfermedad, el usar sanitarios públicos o compartir la ropa o la cama con personas enfermas o infectadas y la falta de higiene personal. Llamó la atención que la frecuencia de respuesta aumente después del taller cuando lo esperado sería que se redujera o fuera cero.

El conocimiento acerca de la transmisión vertical (de la madre al feto o al lactante) mejoró al pasar de 55 % a 75 % entre el inicio y el final del taller.

A nivel global se observa que antes del taller, 9 % de los jóvenes no conocían ninguna forma de transmisión y al final solo un uno % estaba en estas circunstancias.

En cuanto a las formas de prevención, las que más se conocían antes del taller eran tener un solo compañero sexual y no compartir jeringas (77% en cada caso), y siguen siendo las más conocidas después del taller (entre 86 y 92 %). La de exigir sangre certificada en caso de una transfusión es reconocida por 85% de los jóvenes. En todos estos casos sería deseable que el concepto fuera de conocimiento universal por cuanto es en lo que más se enfatiza. Al igual que en las ETS, el no tener relaciones sexuales no se considera una forma de prevención y las razones pueden ser similares a las allí explicadas.

En 1994 y 1995 el Programa de Prevención y Atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual especialmente el VIH/SIDA (PRASI), programa preventivo dirigido a la comunidad estudiantil de la sección Servicios Generales de la División del bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander(UIS), desarrolló jornadas promocionales de la prueba voluntaria para VIH, dentro de la comunidad estudiantil, en

coordinación con el Instituto de Salud de Bucaramanga y de éste con el Ministerio de Salud. En este programa se realizaron actividades educativas como talleres, entrega de plegables y afiches dirigidos a estudiantes de los primeros niveles, igualmente ofrecieron asesoría antes y después de la prueba serológica para VIH, venta de condones y remisión y contrarremisión a psicología y medicina especializada (Caballero, 1996).

Para este estudio los participantes en estas jornadas fueron voluntarios, los cuales debían contestar individualmente una encuesta anónima estructurada para medir conocimientos, actitudes y comportamientos, especialmente sexuales, relacionados con el riesgo de adquisición y transmisión del VIH/SIDA. El instrumento utilizado fue la encuesta propuesta por el Programa Nacional de Prevención y Control de ETS-VIH/SIDA, del Ministerio de Salud; posteriormente recibieron una asesoría pre test, a continuación se tomó muestra de sangre, para ser analizada por la prueba ELISA.

En total se realizaron 561 encuestas, asesorías y serologías, en donde el 45.5% del total de los estudiantes que acudieron en forma voluntaria fueron mujeres y el 54.4% fueron hombres, lo cual corresponde a la distribución por sexo de la población general estudiantil de la UIS. Del total de los participantes, el 73,8% reportó edades entre 15 y 24 años.

En lo que respecta a conocimientos y actitudes encontraron que la mayoría de los estudiantes saben que el virus del SIDA se transmite sexualmente (89.8%) por contacto de sangre infectada (97.1%), que se puede prevenir utilizando el condón (84.0%) y que el condón no disminuye el placer sexual 74.6%.

Aproximadamente el 30% de los encuestados considera que las personas casadas tienen riesgo mínimo de contraer la infección y de estos el 64% corresponde al sexo masculino. La mayoría de los participantes considera que el SIDA no va a acabar con la

población del mundo y que la abstinencia sexual no es única forma de evitar el SIDA, respuestas dadas en proporción más o menos igual entre hombres y mujeres.

En conclusión, aunque la mayor parte de la población universitaria tienen conocimiento básico sobre SIDA, de las formas de transmisión y prevención, el comportamiento sexual no corresponde con dicho conocimiento. A pesar de todo lo cual, la prevalencia de infección es baja. Se puede afirmar que no existe infección pero si es una población vulnerable.

En 1995 se realizaron talleres con cinco grupos de docentes de los Departamentos de Córdoba, Sucre y San Andrés Islas y las Ciudades de Cartagena y Santa Marta. Esta capacitación fue conducida por el CAC Centro de Asesoría y Consultoría de Colombia e hizo parte de un Proyecto Nacional de Capacitación en Prevención de SIDA en el Contexto del Proyecto Escolar de Educación Sexual, auspiciado por los Ministerios de Educación y de Salud de Colombia.

A los docentes se les aplicó una prueba de conocimientos básicos constituida por 22 preguntas de selección múltiple. El cuestionario aplicado fue una versión modificada por el CAC del instrumento entregado por los Ministerios. Esta prueba se aplicó antes y después de realizado el taller. En estos grupos participaron un total de 130 docentes seleccionados de los grupos de docentes que en 1994 habían recibido 120 horas básicas de Capacitación en Educación Sexual a través del Proyecto Nacional de Educación Sexual.

Según los resultados de la evaluación pre, los cinco grupos de docentes presentaban deficientes e inadecuados conocimientos sobre VIH/SIDA. El 69% de los docentes no lograron responder adecuadamente el 55% de la prueba, sólo un 31% logró resultados que indicaban conocimientos adecuados.

Posterior al taller se observó un incremento significativo en el nivel de conocimientos en todos los grupos. El 94% del total de docentes logró puntajes en la prueba post que indicaban adecuados y mejores conocimientos sobre VIH/SIDA (Romero, 1996).

Al igual que en estos grupos se les aplicó el mismo cuestionario a dos grupos de docentes en el taller de autoevaluación en conocimientos y actitudes ante el VIH/SIDA que se realizó como parte de la capacitación de 120 horas realizada por el CAC de Barranquilla - Colombia y auspiciada por el Ministerio Nacional de Educación a través del Proyecto Nacional de Educación Sexual. A este grupo sólo se le hizo aplicación pretaller y los resultados indican un bajo nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, lo cual quiere decir que desconocen aspectos básicos relacionados con el virus y la enfermedad, facilitando la estructuración de actitudes negativas frente este síndrome.

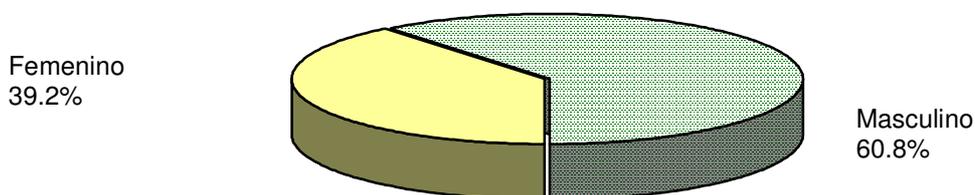
Estos resultados coinciden en línea general con los obtenidos en otros grupos de docentes, lo cual, confirma una vez más la extensión y generalidad de este vacío en términos de conocimientos frente al VIH/SIDA.

A través de los resultados obtenidos en un estudio realizado por Caballero (1996), en la Universidad Industrial de Santander (UIS), con una muestra de estudiantes de pregrado presencial matriculados en el primer periodo de 1996 y utilizando un instrumento diseñado por Romero, Caballero y Mendoza se describe a continuación la población encuestada, así como también el nivel de conocimiento sobre el VIH y los comportamientos sexuales.

Encuestaron 89 mujeres que corresponden al 39.2% del total de encuestados, y 138 hombres que equivalen al 60.8% del mismo total, estudiantes matriculados en los cursos de pregrado presencial de la Universidad Industrial de Santander, en el periodo comprendido entre Febrero a Mayo de 1996 (Figura 1).

El 85% de la muestra tiene 25 años o menos, el 15% de la población encuestada

Figura 1. Distribución por sexo



es mayor de 26 años; el 12.3% de las mujeres es mayor de 26 años y el 16.7% de los hombres es mayor de 26 años. Características de edad que corresponden a la distribución del universo. (Figura 2)

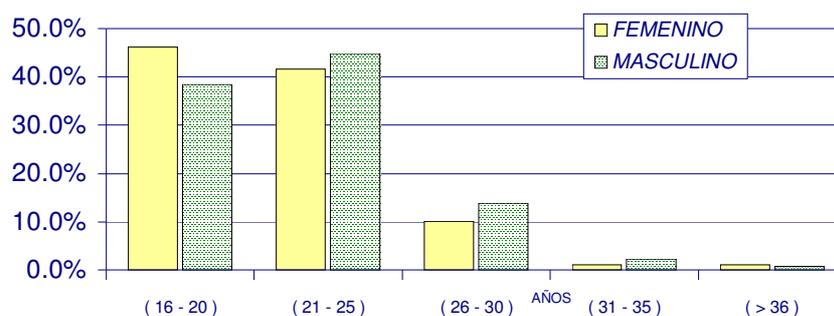


Figura 2. Distribución por sexo y edad

El 87.6% de las mujeres y el 92% de los hombres son solteros, el 9% de las mujeres y el 4.3% de los hombres son casados, el 2.2% de las mujeres y el 1.4% de los hombres en unión libre, el 0.7% de los hombres tienen otro tipo de relación estable, el 1.1% de las mujeres y el 1.4% de los hombres no respondieron.

Respecto al lugar de procedencia se observa que el 64.1% de las mujeres y el 71% de los hombres proceden de Santander; el 10.14% de los hombres y el 15.73% de las mujeres procede de la zona Norte de Colombia; del centro del país procede el 7.86% de las mujeres y el 4.34% de los hombres; el 10.11% de las mujeres y el 10.14% de los hombres de otras partes del país. Respondieron la encuesta 2 extranjeros. 2 mujeres y 4 hombres no contestaron el lugar de procedencia.

Se definieron con orientación heterosexual el 98.9% de las mujeres y el 97.1% de los hombres; El 1.4% de los hombres como homosexuales y el 0.7% de los hombres como bisexuales; el 1.1% de las mujeres y el 0.7% de los hombres no contestaron

Con respecto a los mecanismos o instituciones por medio de los cuales los encuestados refirieron haber recibido información sobre el SIDA, el 46.1 % de las mujeres y el 58% de los hombres la obtuvieron a través de los medios masivos de comunicación, el 23.6% de las mujeres y el 18.8% de los hombres por varios medios, el 7.9% de las mujeres y el 15.9% de los hombres en el colegio, el 19.1% de las mujeres y el 5.1% de los hombres en la universidad, el 2.2% de las mujeres y el 1.4% de los hombres por los amigos y el 1.1% de las mujeres y el 0.7% de los hombres directamente de los padres (Ver Figura 3).

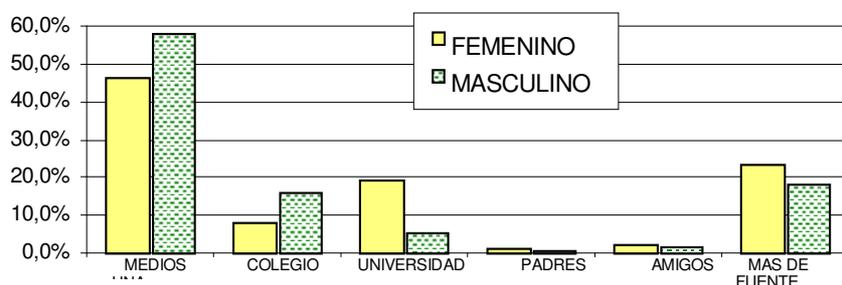


Figura 3. Fuente de información sobre SIDA

Con respecto a la percepción personal del nivel de conocimiento sobre VIH se encontró que el 68.5% de las mujeres y el 63.8% de los hombres se considera con un nivel medio, el 16.9% de las mujeres y el 24.6% de los hombres se considera con alto nivel, el 12.4% de las mujeres y el 10.9% de los hombres se considera con un nivel "bajo" y el 2.2% de las mujeres y el 0.7% de los hombres se consideran con nivel nulo de conocimiento. (Figura 4)

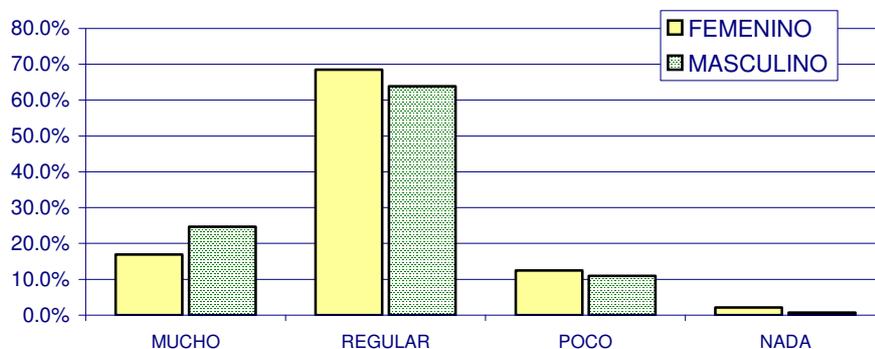


Figura 4. Percepción personal del nivel de conocimiento sobre VIH / SIDA

En el grupo de estudiantes encuestados y aplicado el test de conocimiento se aprecia que el 3.5% de la población se ubica en el rango de "muy deficiente", el 10.1% en "deficiente", el 64.3% en "regular" y el 22% en un conocimiento "bueno" y ninguno en excelente (Figura 5).

Al respecto las mujeres se ubican en: el 27% en el rango de "buenos" conocimientos, el 60.7% en el rango de "regular", el 10.1% en "deficiente" y el 2.2% en "muy deficiente".

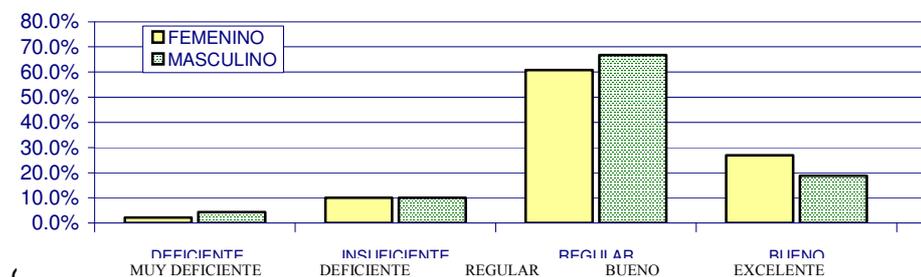


Figura 5. Evaluación nivel de conocimiento sobre VIH / SIDA

Los hombres se ubican en: el 18.8% en el rango de “buenos” conocimientos, el 66.7% en el rango de “regular”, el 10.1% en “deficiente” y el 1.4% en “muy deficiente”. Los hombres respondieron acertadamente el 72.74% y las mujeres el 73.47% del total de las preguntas contenidas en el test de conocimientos. La pregunta con el mayor porcentaje de respuesta correcta (85.5%) fue la número 14-5: “el uso del condón puede prevenir la adquisición y transmisión del virus del SIDA” y la pregunta que presentó el mayor porcentaje de respuesta incorrecta (84.1%), fue la número 10: “Las pruebas de sangre usadas generalmente para detectar el virus del SIDA comprueban la presencia de”.

Comparando la percepción personal del nivel de conocimiento y la evaluación objetiva no hay una diferencia significativa debido a que la percepción del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los estudiantes de la UIS fue medio y los resultados obtenidos de la encuesta indicaron que el nivel de conocimiento esta categorizado como regular.

Bolaño, Durán, Urbina y Vives (1997), realizaron una investigación para evaluar las características de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad del Cesar (Unicesar) por medio de la aplicación de un cuestionario modificado por Caballero, Mendoza y Romero. La muestra estuvo conformada por 200 estudiantes 87 hombres (43.5%) y 113 mujeres (57.5%), entre 17 y 25 años pertenecientes a primer, intermedio y último semestre de las carreras de pregrado. En los resultados encontrados en el área de conocimiento observaron que los estudiantes de primero, quinto y último semestre presentan conocimientos inadecuados sobre VIH/SIDA donde el 60% de los estudiantes no logran contestar correctamente a los interrogantes y/o las afirmaciones planteadas en el instrumento, solo el 40% indican conocimientos "aceptable".

La principal fuente de donde los estudiantes de la Unicesar obtuvieron información fueron los medios (TV, radio, etc.) y seguidamente el colegio, en contraste con Padre/madre, y familia.

El 87.0% de los estudiantes obtuvieron puntajes en la prueba A de conocimientos categorizados como "bajo" y " muy bajo" y un 13.1% en la categoría "aceptable". En la prueba B el 29% de los estudiantes obtuvieron puntajes en la categoría "bajo" y " muy bajo", el 48% un puntaje "aceptable" y el 23.0% en la categoría "bueno y muy bueno". También indicaron que de la muestra sólo el 16.4% se aplicaron la prueba del SIDA. Con relación al conocimiento que los estudiantes tienen sobre los medios de prevención del VIH/SIDA se observa que este no es tenido en el momento de tener las relaciones sexuales adoptando conductas de riesgo.

Todos los datos descritos anteriormente sobre estudios realizados en Colombia permiten establecer de cierta forma como la epidemia del SIDA este presente, así mismo

muestran que tipo de información posee la población. Esta información en algunos casos errónea, puede estar permitiendo que la transmisión de VIH se propague, ya que se muestra que importantes porcentajes de la población analizada no poseen los conocimientos adecuados que les permitan, dadas las circunstancias, el evitar exponerse a situaciones que impliquen vulnerabilidad al contagio.

Puesto que está claro que la ciencia, por sí sola, no puede detener la propagación de esta epidemia, es importante que se hagan todos los esfuerzos posibles para conseguir un cambio de comportamiento generalizado en nuestra sociedad que sea capaz de controlar la propagación del VIH. Para que resulte eficaz, este tipo de educación debe ir mas allá de la simple información a la gente sobre los hechos: también debe motivarla a modificar su conducta (Masters, Johnson & Kolodny, 1995).

Según Jennings (1995) para controlar o poner fin a la epidemia del SIDA es necesario actuar tanto a nivel social como personal. Todos los miembros de la sociedad deben participar y no solamente los grupos considerados vulnerables. La enfermedad busca siempre una oportunidad para diseminarse sin respeto alguno por las definiciones humanas de organización social.

Una forma de prevenir el contagio por relaciones sexuales, es tener sexo seguro, esto significa usar condones y lubricantes si se tiene sexo penetrativo o tener relaciones sexuales sin penetración del pene a la vagina o al ano. A pesar de que el VIH no se trasmite por el contacto anal- oral, esta ruta puede ser forma de transmisión para otras infecciones (Anderson y Parry, 1997).

Jennings (1995) plantea otras barreras físicas, además del condón, para prevenir el SIDA, como son: el uso de diafragma, gelatinas anticonceptivas y espermaticidas, la tela de caucho y los guantes de látex; también establece barreras de comportamiento

como abstenerse de tener relaciones sexuales, superar la renuencia a usar a condón, seleccionar a la pareja, limitar el número de compañeros sexuales, evitar el consumo de drogas y la educación sexual siendo esta uno de los aspectos más importantes.

Según Romero (1996), muchos de los esfuerzos realizados para prevenir el SIDA han sido poco efectivos debido a que se han centrado en la entrega de información sobre el SIDA y en la promoción de mensajes atemorizantes y moralizantes. El SIDA, es y será, una enfermedad relacionada estrechamente con los valores, actitudes y estilos de vida sexual.

Dependiendo de los conocimientos sexuales, las actitudes y las prácticas sexuales las personas adoptan o no conductas sexuales saludables. Así, Romero (1994) comenta que en algunas personas el conocimiento puede producir cambios, pero en otras no es ni condición necesaria ni suficiente; el conocimiento debe desarrollarse de tal forma que tenga sentido y significado para las personas. De esta manera los conocimientos conducen a la acción dependiendo de factores internos y externos: Valores, creencias y actitudes; para la mayor parte de las personas el conocimiento conducirá a la acción si se han desarrollado ciertas destrezas específicas.

Los conocimientos sexuales significan algo más que una simple información, quiere decir conceptos, comprensión, significados, discernimiento, razonamiento, etc. sobre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y éticos de la sexualidad; por otro lado la actitud es un estado o predisposición mental y emocional adquirida que hace reaccionar de un modo determinado ante una situación dada; y con respecto a los comportamientos hacen referencias a las conductas, acciones, hábitos, tareas, decisiones, participación, etc.

Unos buenos conocimientos son básicos para una adecuada madurez sexual, son nuestras actitudes sexuales las que configuran nuestros comportamientos e interacciones sexuales. De esta manera los objetivos de la educación sexual no se reducen al suministro de conocimientos sexuales, la transmisión de conocimientos es necesaria, pero insuficiente, tener conocimientos sexuales no conducen necesariamente a optar por comportamientos sexuales adecuados, positivos y constructivos.

El hecho de que las personas "conozcamos" qué es lo más recto no significa que lo haremos, generalmente sucede lo contrario.

El análisis funcional del comportamiento puede permitir un camino de explicación como aproximación para su estudio (Bayés, 1992, 1995): el comportamiento de riesgo va seguido, en forma inmediata, segura o casi segura de una consecuencia placentera intrínseca a menudo intensa, de corta duración, las consecuencias derivadas de los comportamientos de riesgo son palpables siempre a largo plazo, no existe una cadena sensible que vincule la práctica de riesgo con el momento de la aparición de los primeros síntomas. Desde el punto de vista extrínseco, los comportamientos de prevención van dirigidos en forma segura o inmediata por una evitación, aplazamiento o atenuación de la conducta placentera. Las consecuencias positivas que pueden derivarse intrínsecamente de la práctica de los comportamientos de prevención son solo probables y siempre a largo plazo. No existe una cadena de hechos sensibles que vincule la práctica de un comportamiento de prevención concreto con un buen estado de salud, al cabo de los años. No tenemos ninguna garantía, por ejemplo, que nuestro estado saludable de salud actual sea consecuencia de la práctica de comportamientos de prevención concretos que realizamos hace algunos años.

Es posible que muchas personas elijan la estimulación placentera, cierta, efímera pero inmediata, proporcionada por el comportamiento de riesgo, a pesar de las consecuencias funestas que en el futuro puedan derivarse.

Las consecuencias extrínsecas que favorecen los comportamientos preventivos deben ser de aprobación social y no de rechazo.

En las situaciones en las que el sujeto debe elegir entre dos comportamientos incompatibles, uno preventivo u otro de riesgo, en el que cada uno de ellos comporta dos tipos de consecuencias que difieren en magnitud y demora, el análisis funcional de la conducta indica que la decisión, aun cuando sólo se tenga en cuenta estas variables, es el resultado de un proceso sumamente complejo en el que la demora posee un peso mayor sobre la elección que la magnitud (Bayés, 1992, 1995).

Con el tiempo el desarrollo de una vacuna puede prevenir nuevas infecciones del VIH a lo largo del mundo. Hasta que eso pase se necesita conocer como puede autoprotegerse y protegerse de los demás. La infección del VIH es previsible, pero se necesita saber como. A menudo hay que actuar bajo el propio conocimiento de la epidemia.

Bayés (1992) expone que mientras no se disponga de una terapéutica eficaz para eliminar el virus del organismo, no se podrá garantizar el futuro, por lo menos en lo que al SIDA se refiere, de las personas que ya se encuentran contagiadas, aún cuando sea posible, al nivel de los conocimientos actuales, proponer una serie de medidas para que aquellas que se hallan todavía asintomáticas incrementen la probabilidad de permanecer en este estado el mayor tiempo posible.

Si existe, en cambio, sin que para ello sea preciso llevar a cabo nuevos descubrimientos la posibilidad teórica de detener la pandemia y evitar que nuevas

personas se contagien. Evidentemente, sería más cómodo rápido y eficaz poseer una vacuna. Pero dado que la misma todavía no existe ni se sabe cuando podrá disponerse de ella, se debe luchar contra la enfermedad con los medios que se poseen.

Por ello, y se debe ser taxativo en el enunciado, aun cuando también consciente de su dificultad: en la actualidad, y es posible que durante mucho tiempo, la posible solución a la expansión de la pandemia del SIDA descansa en la prevención primaria, el conocimiento impartido y la modificación de comportamientos. Es el área social la que deja más interrogantes que respuestas, generando más trabajo para los investigadores del VIH/SIDA; quizás se debe impulsar un mayor reconocimiento a los trabajos realizados que pueden ofrecer una solución a esta epidemia, y proveernos de tan importantes o más desafíos que los esfuerzos biomédicos y clínicos. Aún cuando tengamos intervenciones terapéuticas efectivas, accesibles y al alcance para todos, vacunas y otras tecnologías para enfrentar la pandemia, quienes trabajan en el complejo y desafiante mundo fuera de laboratorio y clínicas, especialmente aquellos viviendo con VIH/SIDA van a continuar teniendo un rol significativo en la lucha contra el VIH/SIDA. Quizás sea el momento de analizar los temas sociales en todas las otras secciones para trabajar conjuntamente ya que la separación entre investigadores biomédicos y sociales crea las condiciones para una respuesta fragmentada y no estratégica (Mane, 1996).

Bayés (1995), comenta que se han propuesto numerosos modelos para explicar la conducta de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Puede decirse que el SIDA es un complejo problema multifactorial, y, por tanto, será preciso actuar, simultáneamente, a diferentes niveles. Ciertamente, proporcionando información. Pero también: a)cambiando actitudes y normas; b)atenuando las reacciones emocionales adversas; c)adiestrando habilidades; d)facilitando los elementos instrumentales y

condiciones necesarios para la prevención; e)disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH; f)proporcionando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo; y g)reforzando los comportamientos de prevención.

El modelo, aún partiendo de una óptica esencialmente psicológica, pretende poseer carácter bío-psico-social y ser dinámico, en el sentido de que los resultados inmediatos, consecuencias agradables o desagradables que siguen a un comportamiento de riesgo o prevención, y a largo plazo, percepción de cambios en el continuo salud/enfermedad, pasan continuamente a ser historia individual e influyen constantemente en todo el proceso por retroalimentación.

El modelo consta de tres fases: a) pasado, que incluye los factores históricos predisponentes susceptibles de influir en cada nueva situación interactiva concreta; b) presente, que comprende los factores que forman parte, momentáneamente, de una interacción de prevención o riesgo; y c) futuro, limitado 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 (Ribes y Sánchez, 1990, citados por Bayés, 1995), los cuales definen en el modelo los aspectos relacionados con los conceptos tradicionales de personalidad y expresan la manera idiosincrásica con que un individuo suele reaccionar frente a tipos de situación funcionalmente similares; b)las competencias funcionales, entendidas como los recursos que posee el individuo para enfrentarse a tipos de situación funcionalmente similares y que, esencialmente, son de dos tipos: habilidades y estrategias de afrontamiento; c)la información específica que posee el individuo sobre la situación problemática concreta a la que debe enfrentarse y que es de dos tipos: objetivo-contingencial y normativo- cultural; y d) la reactividad emocional específica ante personas,

estímulos, pautas temporales y características situacionales, establecida 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.

A raíz del estudio que nos compete y del tema del modelo de prevención que se está mencionando se tratará solo uno de los factores históricos de la primera fase del modelo de prevención el cual se refiere a la información específica objetivo- contingencial, en el caso de prevención primaria, definida como el grado de información previa que posee la persona al abordar una situación concreta sobre: 1) Los comportamientos y situaciones de riesgo; 2) Las señales o circunstancias que indican la proximidad de una situación de riesgo y, por tanto, la oportunidad de practicar un comportamiento preventivo eficaz; 3) Los comportamientos preventivos eficaces, los cuales son de cuatro tipos: a) evitar el comportamiento de riesgo; b) eliminar los elementos nocivos del comportamiento de riesgo; c) practicar comportamientos no peligrosos incompatibles con el comportamiento de riesgo; y d) demorar el comportamiento de riesgo hasta el momento en que pueda efectuarse sin peligro; 4) Las consecuencias, a corto y a largo plazo, que pueden derivarse tanto de la práctica de los comportamientos de prevención como los de riesgo y 5) La forma de practicar eficazmente los comportamientos preventivos adecuados: usar un preservativo, desinfectar el instrumental de inyección, etc.

Para proporcionar una información específica objetivo- contingencial a una persona o a un grupo será preciso tener presentes los requisitos que se requieren para comunicar con eficacia mensajes de salud: a) Atención: ¿es capaz el mensaje de atraer y mantener la atención de las personas a las que se dirige?; b) Comprensión: ¿se comprende el

mensaje con facilidad?; c) Relevancia personal: ¿perciben las personas el mensaje como importante para ellas?; d) Credibilidad: ¿merecen credibilidad tanto el mensaje propiamente dicho como la fuente que lo comunica?; y e) Aceptabilidad: ¿existe algo en el mensaje que pueda ser ofensivo o inaceptable para las personas a las que se dirige?.

Por información específica normativo- cultural se entienden las normas y orientaciones vigentes en el contexto social en el que el individuo vive y considera como propio, y que entre otras cosas, señalan de forma explícita o implícita, qué prácticas son aceptables y deseables, y cuáles no, para los miembros que lo constituyen. Así, por ejemplo, durante la década de los años setenta, la norma que regía las relaciones sexuales entre los homosexuales varones anglosajones era la promiscuidad sexual sin precauciones; esta norma cambió, en la década de los ochenta, con la aparición del SIDA, pasando a regir la del llamado sexo seguro o, expresado de forma más adecuada, la del sexo más seguro (Bayés, 1995).

Este modelo no solo pretende señalar posibles caminos de investigación sino ser de ayuda en la toma de decisiones prácticas al indicarnos los aspectos en que se debe incidir, si se desea conocer cambios en los comportamientos de riesgos o instaurar o mantener los de prevención; facilitando información y asegurándose de que esta información ha sido asimilada, cambiando actitudes y normas y adiestrando físicamente en habilidades.

Este modelo sugiere pautas para brindar información sobre sexualidad con base en los resultados de las investigaciones realizadas; de esta forma la presente investigación (Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA en los estudiantes de la CUTB) permite instaurar programas de educación sexual a partir de los resultados; por esto es importante que los programas de educación sexual ayuden a los jóvenes a sentirse

confiados y seguros con su sexualidad, y además les dé información acerca de la salud sexual, relevante para ellos. La confianza y la autoestima ayudan a todos a alcanzar una vida sexual saludable (Anderson y Parry, 1997).

El problema en el diseño de programas para la prevención del SIDA se complica todavía más por el hecho de que muchos de los individuos que están más necesitados de información sobre la prevención del VIH pertenecen a los grupos étnicos minoritarios. Los grupos étnicos están desproporcionadamente afectados por el virus y a menudo se diferencian muy marcadamente de la mayoría de la población en términos de su condición socioeconómica, los niveles de escolaridad, el idioma materno y en sus valores culturales. El proceso educativo se complica por las actitudes de los diferentes sistemas de creencias hacia la homosexualidad, prostitución, uso de drogas y ciertas prácticas sexuales que pueden aumentar el riesgo de la transmisión del VIH. Algunas de estas creencias puede que vayan en contra de los valores tradicionales, y por lo tanto no son comprendidas por quienes diseñan los programas de educación para la salud los cuales tampoco pertenecen al grupo señalado (Magaña, Batista, Pinto y Blair, 1992).

Teóricamente sé esta de acuerdo en que el "arma fundamental" para prevenir eficazmente el SIDA es la educación, sin embargo y comparado con las dimensiones crecientes que adquiere este problema, han sido pocos e insuficientes los esfuerzos reales que a este respecto se han realizado.

En las escuelas se ha venido abordando el tema del SIDA y de la sexualidad en forma aislada, imprevista y azarosa; de hecho se huía y evitaban, en el mejor de los casos se trataban de manera superficial. Tradicionalmente, la educación para la salud ha seguido los mismos métodos que los sistemas de educación formales; como en la relación escolástica de profesor - estudiante (Magaña, Batista, Pinto y Blair, 1992). El

método de enseñanza usado está fundamentalmente caracterizado por la narrativa discursiva. La tarea del educador es saturar a los miembros del grupo con el contenido de su narración que están desligados de la realidad, desconectados de la totalidad que los engendró y que pudiera hacerlos significativos. En la mayoría de los casos, la narrativa del educador usa vocabulario, conceptos y ejemplos que son completamente foráneos a la experiencia diaria de los sujetos.

Dentro de esta estructura, el proceso educativo requiere una comunicación basada en el diálogo. Los educandos pueden internalizar y evaluar críticamente la información que reciben en el transcurso de la participación en un diálogo libre con quienes imparten la información.

A través del sistema educativo se puede llegar a una buena parte de nuestra población con la intención sistemática de realizar programas y proyectos encaminados a la prevención del SIDA y a la promoción de una sexualidad responsable, constructiva y positiva (Romero, 1996).

En general, la teoría que ha sido manejada señala la magnitud de la epidemia del SIDA, la cual ha tenido un impacto desproporcionado sobre las diferentes poblaciones del mundo, donde el principal mecanismo de transmisión es el sexual, propagándose rápidamente en algunos grupos de edades comprendidos entre la adolescencia y la edad adulta temprana. Estos jóvenes que comprenden la población de riesgo, se encuentran en su mayoría en las universidades y colegios, medios que supuestamente facilitan la adquisición de información sobre el VIH/SIDA a través de programas de educación sexual. Sin embargo, las estadísticas muestran que los jóvenes heterosexuales reportan el mayor número de casos de infectados con VIH, lo que indica que probablemente la información esta siendo mal manejada y ha generado confusión acerca del tema, claro

esta sin desconocer la influencia de los medios de comunicación, y la falta de educación y orientación sexual que pueden llevar a la práctica de relaciones sexuales prematuras e indiscriminadas. El desconocimiento de toda esta información podría generar conductas de riesgo que incrementarían la posibilidad de la adquisición del VIH/SIDA.

Teniendo en cuenta que la comunidad estudiantil de la CUTB, se encuentra dentro de la población de riesgo, que son los heterosexuales la población que va en aumento por contagio de SIDA, y que además se desconoce con que elementos cuentan los estudiantes para hacerle frente a esta epidemia siendo que en la universidad no se han realizado investigaciones que permitan establecer la información que manejan, se crea la necesidad de realizar un estudio que tenga como objetivo describir y analizar las características de los conocimientos que respecto al VIH/SIDA maneja la población de pregrado. Los resultados obtenidos serán utilizados para proponer políticas y estrategias de prevención sobre el VIH/SIDA a través del proyecto de investigación "Conocimientos sobre VIH/SIDA y Comportamientos Sexuales de Riesgo para VIH/SIDA en Universitarios Hispanoamericanos", coordinado en Colombia por el CAC (Barranquilla), proyecto que se está realizando en diferentes departamentos de Colombia y en varios países hispanoamericanos.

A través de este estudio se pretende medir el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, definido conceptualmente como toda aquella información que sobre formas de transmisión del VIH/SIDA, formas como no se transmite, personas a quienes afecta el SIDA, métodos diagnósticos de SIDA, características generales de la evolución de la infección, prácticas sexuales que son de riesgo para la adquisición del VIH y formas de prevención que maneja la población; y definida operacionalmente como el número de

respuestas correctas puntuadas con el valor 1 que sean marcadas por los estudiantes de pregrado de la CUTB.

Con respecto a las variables de identificación se encuentran la edad, el sexo, el estado civil y la orientación sexual. Definida la edad como el número de años cumplidos que tiene la persona al momento de responder la encuesta, el sexo como el conjunto de características biológicas que diferencian a los individuos en machos y hembras (femenino o masculino), el estado civil como el vínculo conyugal existente entre dos personas regulado por normas sociales (casado, en convivencia, unión libre, separado, viudo, soltero u otro tipo) y la orientación sexual definida como una opción afectiva dominante hacia uno u otro sexo (heterosexual, homosexual y bisexual).

Método

Diseño

Para identificar el nivel de conocimiento que sobre VIH/SIDA tienen los estudiantes de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar (CUTB), se utilizó un diseño descriptivo transversal en el cual se tomó una muestra de estudiantes con participación voluntaria y representativa de la comunidad estudiantil universitaria.

Los diseños descriptivos transversal tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o más variables y proporcionar su descripción (Hernández, Fernández, Baptista, 1991).

La variable que se describió a través de este diseño fue el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA. Los datos obtenidos se analizaron utilizando estadística descriptiva. Los resultados obtenidos permitieron describir la población estudiantil con respecto a la edad,

el sexo, religión, religiosidad, procedencia, años viviendo en la ciudad, el estado civil, orientación sexual, medios de obtener información sobre el SIDA y la percepción personal sobre el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA; también se evaluó y describió el nivel de conocimiento de la población en cada una de las preguntas del instrumento y realizando comparaciones entre algunas respuestas dadas.

Participantes

La población objeto de esta investigación fue la comunidad estudiantil universitaria de pregrado de los primeros, intermedios y últimos semestre de las facultades de Ingeniería Mecánica, Industrial, Eléctrica, de Sistema, Electrónica, Economía, Administración de Empresas y Psicología matriculados en el primer semestre de 1998. Esta forma de selección facilitó la aplicación del cuestionario y la recolección de los datos y además permitió comparar resultados según los niveles académicos.

Este estudio utilizó una población universal de 2.023 estudiantes, de la cual se tomó una muestra aleatoria estratificada de 629 estudiantes, entre hombres y mujeres, con un nivel sociocultural medio alto y de edades comprendidas entre 16 y 44 años, la mayoría procedente de diferentes departamentos de Colombia, localizados en el perímetro urbano de Cartagena, exactamente en la sede principal de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar.

La siguiente tabla guiará para la selección de la muestra:

Tabla 1.

Distribución de la muestra

	NIVEL ACADEMICO POR SEMESTRE
--	------------------------------

PROGRAMA	PRIMERO	INTERMEDIO	ULTIMO	TOTAL
INDUSTRIAL	72	41	30	143
ELECTRICA	3	6	8	17
MECANICA	43	23	32	98
ELECTRONICA	56	25	2	83
SISTEMAS	39	22	10	71
ADMÓN. DE EMPRESAS	46	21	19	86
ECONOMIA	11	15	29	55
PSICOLOGIA	24	30	22	76
TOTAL ESTUDIANTES				629

Instrumento

Para la realización de esta investigación se aplicó la versión modificada del cuestionario elaborado por Romero, Caballero y Mendoza (1996), el cual, fue diseñado con base en el análisis de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de conocimiento de SIDA prueba "A" del Proyecto de Educación y prevención de la infección por VIH/SIDA, convenio Minsalud- Cruz Roja, versión corregida y aumentada por Leonardo Romero S. En el C.A.C. (Centro de Asesoría y Consultoría de Barranquilla)
- Cuestionario de actitudes ante el SIDA: Ps. Leonardo Romero (C.A.C.).
- Ministerio de Salud: Programa Nacional de Prevención y Control de la ETS-VIH/SIDA. Información voluntaria y confidencial.
- Cuestionario del estudio comparativo sobre el SIDA: Canadá y España: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad de la Laguna.
- Estudio sobre conocimientos, Actitudes y Prácticas con respecto al SIDA en los estudiantes de la UIS: Escuela de Enfermería y División de Bienestar Universitario.
- Estudio de las características de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad del Cesar.

Como resultado se obtuvo un cuestionario que consta de dos partes fundamentales: una primera de presentación e identificación del encuestado (13 preguntas), que contempla las variables de edad, sexo, religión, religiosidad, procedencia, estado civil, orientación sexual, fuentes de información sobre SIDA y percepción del nivel de conocimiento sobre SIDA y prevención.

Una segunda parte que contiene 12 preguntas sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA (ver anexo H). Esta segunda parte se divide en prueba A y prueba B cada una con diferentes tipos de preguntas.

Procedimiento

En la selección de la muestra se utilizó el listado actualizado de estudiantes de pregrado del primer semestre de 1998 y el horario maestro de clases, con el objetivo de seleccionar únicamente a los estudiantes matriculados en los primeros, quintos y últimos semestres de las todas facultades de ingeniería, administración de empresas, economía y psicología y establecer el horario en que se aplicaría a cada grupo el instrumento.

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento modificado por Caballero, Romero y Mendoza (1997,1998), elaborado para conocer el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA el cual fue el mismo para toda la muestra seleccionada.

La aplicación general de la encuesta se realizó en horas y ambiente de clase de los estudiantes. En cada grupo, las autoras de este trabajo hicieron un ejercicio de introducción en la cual se le informó a la audiencia para qué se utilizaría la información recolectada y verificar la comprensión de las instrucciones. A continuación se les invitó a colaborar, se repartieron las encuestas y se les solicitó leer las instrucciones antes de responder. En promedio cada uno de los grupos de estudiantes empleó entre 30 y 45 minutos para responder.

La prueba se aplicó a grupos de estudiantes tal y como estaban en clase. Se guardó el anonimato del encuestado y no se hizo control acerca de variables como procedencia geográfica, clase social, religión y religiosidad.

La muestra seleccionada inicialmente según el listado de estudiantes matriculados fue de 743 de los cuales se encuestaron 629 estudiantes debido a que algunos de los sujetos no se encontraron en el salón de clase en el momento de la aplicación, formándose un error de muestra de 114 estudiantes.

Para el análisis de resultados se utilizó una matriz de datos elaborada en Excel, el software SPSS (procesamiento estadístico para ciencias sociales) realizando sintaxis de los datos y utilizando cada columna como un campo o variable permitiendo el diseño de tablas y figuras para la descripción de los resultados obtenidos de acuerdo a cada variable.

Se obtuvieron distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central (media, varianza, desviación típica) para las variables pertinentes.

Las actividades encaminadas al desarrollo del presente estudio tuvieron una duración aproximada de 11 meses y se realizaron de acuerdo a fechas predeterminadas en un cronograma que contempló como tareas principales el diseño del anteproyecto, la aplicación del cuestionario y el diseño o elaboración del proyecto. Estas tareas estuvieron divididas en subtareas tales como: búsqueda de material bibliográfico, elaboración del método, selección de la muestra, presentación preliminar, presentación del material de aplicación, organización de horario, entrenamiento, aplicación del cuestionario, codificación y análisis de resultados, interpretación de los datos y elaboración de informe y por último presentación del proyecto. Cada una de las tareas

y subtareas se realizaron dentro de las fechas establecidas en el cronograma de actividades, (ver anexo I).

Recursos

El estudio fue realizado por Marta Baldovino Pérez, Yuly Fang Alandette, estudiantes de psicología de Décimo semestre, el Psicólogo Leonardo Romero como director y la Psicóloga Mónica Mojica P. como asesora.

Se solicitó la colaboración a los estudiantes y a los docentes para disponer parte del tiempo de la clase para responder el cuestionario.

La realización de este estudio requirió de una inversión económica de aproximadamente de \$416.000. Los costos se encuentran distribuidos en los siguientes rubros:

PAPELERIA

Impresión	\$ 86.000
Fotocopias del instrumento	\$ 150.000
Empaste	\$ 40.000

COMUNICACIÓN

Transporte	\$ 100.000
Llamadas telefónicas	\$ 40.000

Resultados

Descripción de la muestra.

El cuestionario fue aplicado a 629 estudiantes, 372 hombres que corresponden al 59.1% del total encuestado y 257 mujeres que equivalen al 40.9% del mismo total (ver figura 6), distribución porcentual conformada por los estudiantes matriculados en las facultades de Ingeniería Industrial, Eléctrica, Mecánica, Electrónica, Sistemas, Administración de Empresas, Economía y Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar, en el período comprendido entre Enero y Mayo de 1998.

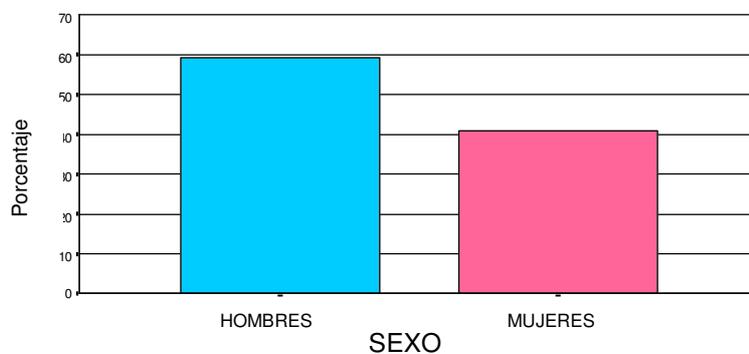


Figura 6. Distribución por sexo

La edad promedio en la población es 20 años con una desviación estándar de 4 años, el 88.7% de la población se encuentra entre los 16 y 24 años, el 13.3 % entre 24 y 28 años, el 2.8% de estudiantes tienen 29 años y más (ver figura 7).

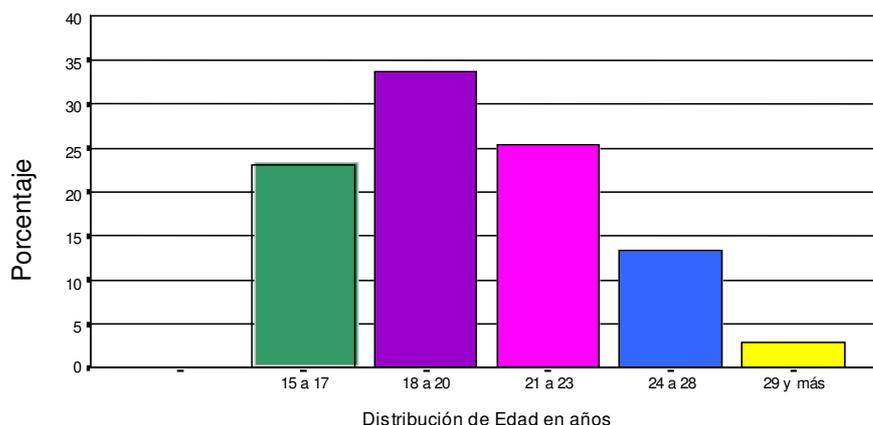


Figura 7. Distribución de la población por edad

Teniendo en cuenta la edad y el sexo el 55.1% de los hombres tiene menos de 20 años, el 24.7% tienen entre 21 y 23 años, el 17.4% tienen entre 24 y 28 años y el 2.7% tienen 29 años y más; en cuanto a las mujeres el 61.4% no exceden los 20 años, el 27.5% tiene entre 21 y 23 años, el 8% entre 24 y 28 años y el 3.2% de estudiantes femeninas son mayores de 29 años.

Al describir el estado civil se encontró que el 90.2% del total de estudiantes encuestados son solteros; el 5.4% son casados; el 2.6% viven en unión libre; en igual porcentaje se encontraron los separados y viudos (0.3% del total) y el 0.5% de los estudiantes señalaron tener otro tipo de relación a las alternativas planteadas.

Con respecto a la facultad se encontró que la población encuestada se encuentra distribuida así: El 22.7% pertenecen a Ingeniería Industrial, el 2.7% a Ingeniería Eléctrica, el 15.5% a Ingeniería Eléctrica, el 13.1% a Ingeniería Electrónica, el 11.2% a Ingeniería de Sistemas, el 13.7% a administración,

el 8.7% a Economía y el 12.0% a la facultad de Psicología (ver figura 8). En las facultades de Eléctrica, Mecánica, Electrónica y Sistemas el sexo predominante fue el

masculino con porcentajes de 70.6%, 93.9%, 77.1% y 71.8%, mientras que en la facultad de Psicología el sexo predominante fue el femenino con 92.1%.

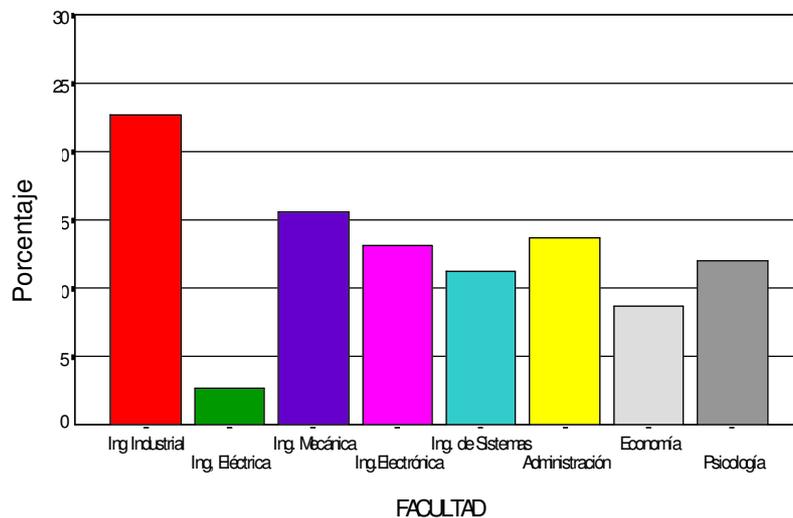


Figura 8. Distribución de la población por facultas

De acuerdo al semestre se observa que el 46.7% de los estudiantes se encuentran en primer semestre de las diferentes facultades, el 29.2% en quinto semestre y el 24.0% en último semestre.

El lugar de procedencia más señalado fue Cartagena con el 63.1% del total encuestado, se encontró un 8.9 % procedentes de municipios de Bolívar, el 19.1% de ciudades y municipios de la zona norte de Colombia, el 8.0% procedente de diferentes ciudades y municipios de Colombia. Solo hubo un estudiante procedente del extranjero (Venezuela).

El 68.8% de la muestra vive en Cartagena hace más de 10 años, el 14.4% lleva viviendo entre 5 y 9 años, el 16.7% restante vive en Cartagena desde hace 1 a 4 años (ver figura 9).

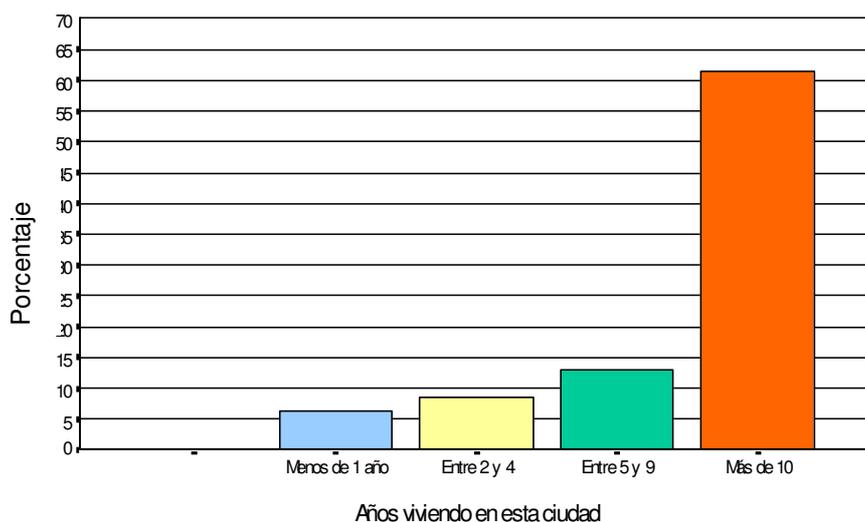


Figura 9. Distribución de la población por años viviendo Cartagena

La religión predominante fue la Católica con un 86.5%, seguida de un 5.4% de otras religiones (Cristiana, ateo, doctrina metafísica, pentecostés y bautista), el 3.5% correspondió a la religión Evangélica, el 2.7% sin religión y Testigo de Jehová el 0.3%. Regularmente practican la religión el 39.2% , dicen ser practicantes el 25.2%; el 21.5% poco practicante y el 7.5% nada practicante.

Se definieron como orientación heterosexual 99.7%, el 0.4% (una mujer) como homosexual y 0.2% (un hombre) como bisexual. No contestaron esta pregunta 9 estudiantes del total.

Respecto a la fuente principal de información sobre SIDA la más señalada fueron los medios de comunicación tales como la TV, radio, revistas y prensa con el

56.4%, seguido del colegio en un 31.4%, la universidad, el padre y madre, los amigos y familiares fueron señalados en "muy bajos" porcentajes (3.8%, 2.3%, 2.5% y 1.2% respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo en cada una de las fuentes de información (ver figura 10).

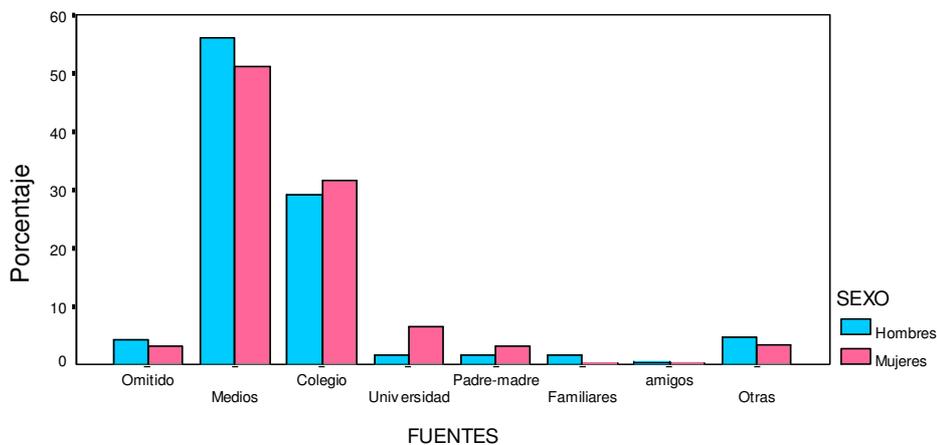


Figura 10. Distribución de Fuentes de información sobre SIDA por sexo

El 36.3% percibe su nivel de conocimiento sobre SIDA como bueno, el 52.5% perciben su nivel como medio con un porcentaje mayor en las mujeres (53.9%), el 10% y 1.3% perciben su nivel "bajo" y " muy bajo" respectivamente.

Descripción nivel de conocimiento

Las tablas siguientes describen las categorías del nivel de conocimientos con su respectivo puntaje tanto para la Prueba "A" como para la Prueba "B". Los puntajes corresponden al número de preguntas contestadas correctamente.

Tabla 2. Categoría del Nivel de Conocimiento

	Muy Bajo (Menos de 25%)	Bajo (Entre 33 y 50%)	Aceptable (Entre 58 y 75%)	Bueno y Muy Bueno (Entre 83 y 100%)
Puntajes Prueba "A"	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Puntajes Prueba "B"	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 14

La desviación típica en la prueba A fue de 1.65, la media de 5.5 con N de 629 estudiantes (ver figura 11).

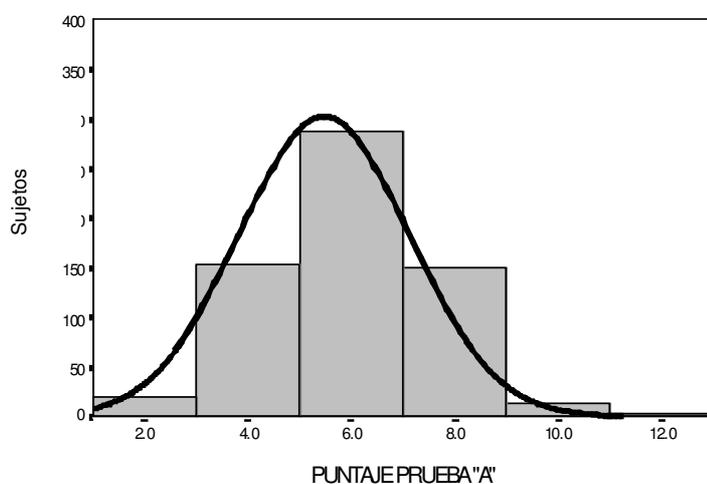


Figura 11. Distribución normal de la prueba A

En la prueba B la desviación fue de 1.94, la media de 9.9 con N de 629 estudiantes (ver figura 12).

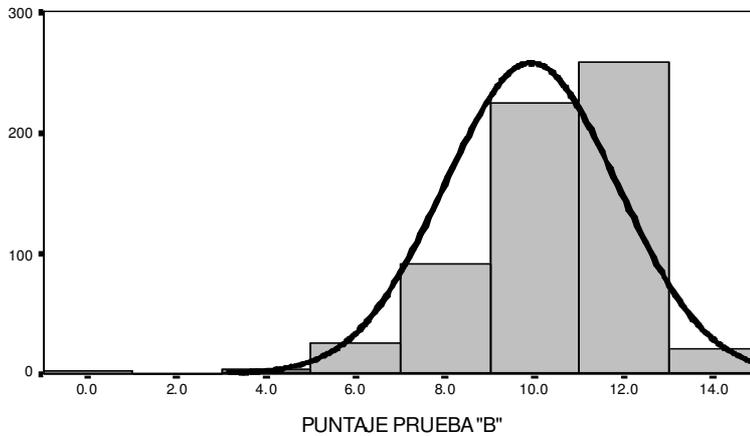


Figura 12. Distribución normal de la prueba B

En la prueba A, el promedio de preguntas contestadas correctas fue de 5 de un total de 12 planteadas por el 23.2% de estudiantes encuestados, por debajo de este promedio se encontró el 27.7% de la población, por encima de la media el 22.6% obtuvieron 6 respuestas correctas el 16.1% 7 preguntas y un menor porcentaje de estudiantes (10.5%) contestaron correctamente las preguntas tuvieron 8, 9, 10 y 11 (ver figura 13).

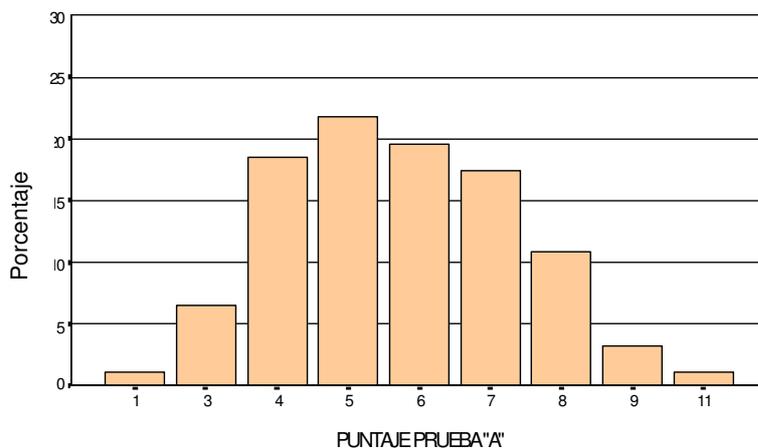


Figura 13. Distribución de puntajes en la prueba A

El promedio en la prueba B de respuestas correctas fue de 10 con una desviación de 2, el 55.8% obtuvieron menos de 10 preguntas correctas, el 23.7% contestaron 11 preguntas correctas, el 17.3% 12 preguntas y 3.2% 13 preguntas de un total de 14 planteadas (Ver figura 14).

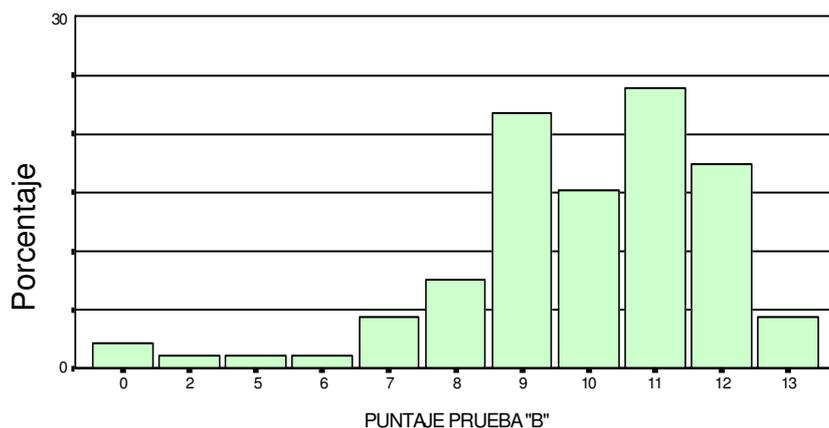


Figura 14. Distribución de puntaje en la prueba B

En la prueba "A" no se observa diferencias significativas en los niveles de conocimientos según el sexo, tuvieron puntajes "Muy bajo" el 11.3% de la muestra, puntajes "bajo" el 62.2%, puntaje "aceptable" el 25.8% y puntajes "bueno y muy bueno" el 0.8% (Ver figura 15).

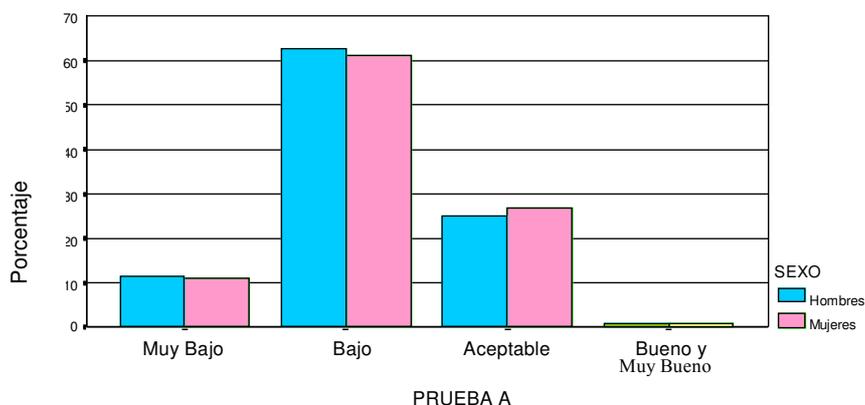


Figura 15. . nivel de conocimiento en la prueba A por sexo

En la prueba "B" no se observaron diferencias significativas según el sexo; el 6.7% de la muestra obtuvo puntajes "muy bajo", el 9.5% "bajo", el 69.3% "aceptable" y el 20.5% "bueno y muy bueno" (ver figura 16).

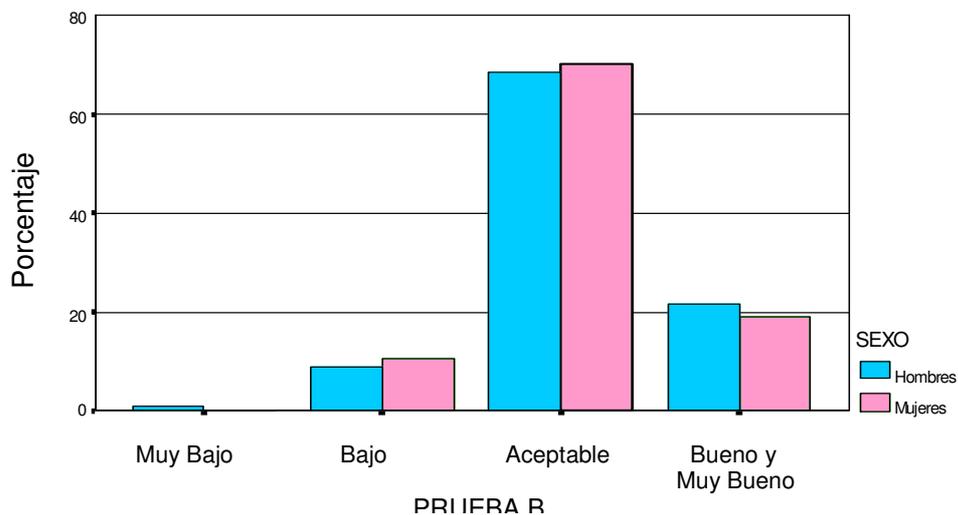


Figura 16. Nivel de conocimiento en la prueba B por sexo

Teniendo en cuenta la distribución por edad en la prueba A, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a esta variable como se observa en los siguientes datos: los estudiantes con edades entre 15 a 17 años obtuvieron puntajes "muy bajo" (11.0%), "bajo" con un 61.4%, "aceptable" 26.9% y el 0.7% "bueno y muy bueno. Los estudiantes entre 18 y 20 años obtuvieron puntajes "muy bajo" el 9.9%, "bajo" el 65.1%, "aceptable" 24.1%, "bueno y muy bueno" el 0.9%. (ver figura 17).

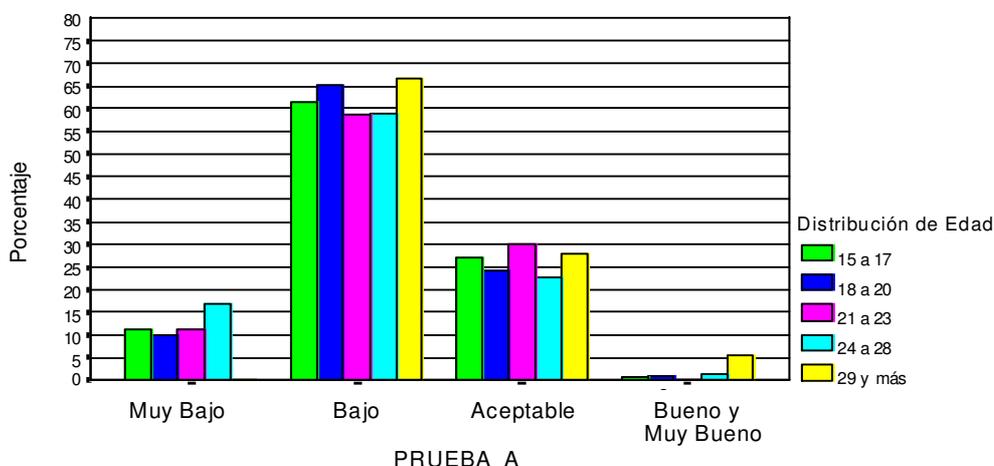


Figura 11. Nivel de conocimiento en la prueba A por edad

En la prueba B no se encontró diferencias significativas en el nivel de conocimientos según la edad, por ejemplo el 9.0% de los estudiantes entre 18 y 20 años tuvieron puntaje "bajo", el 69.8% "aceptable" y el 21.2% "bueno y muy bueno"; en el grupo de 21 a 23 años el 0.6% de estudiantes obtuvieron puntajes "muy bajo" y 6.9% "bajo", el 69.4% "aceptable" y el 23.1 "bueno y muy bueno" (ver figura 18).

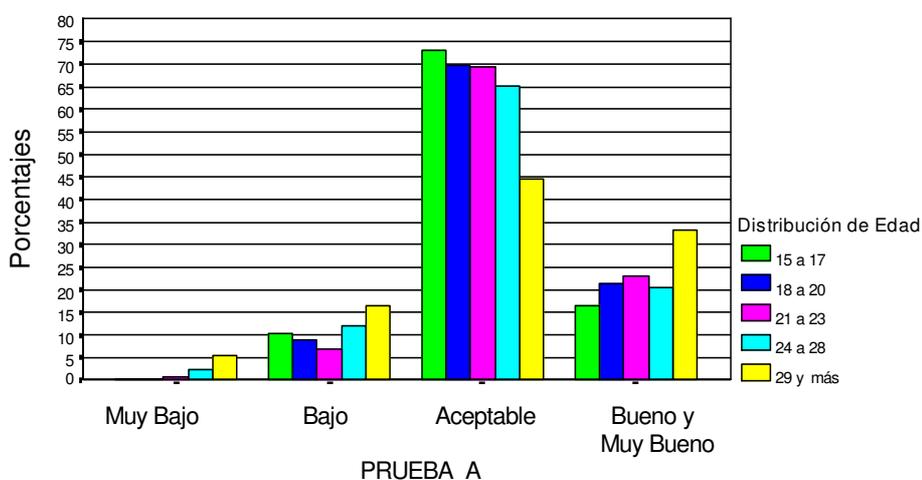


Figura 18. Nivel de conocimiento en la Prueba B por edad

Por otra parte aunque la frecuencia de estudiantes en ciudades y municipios es significativamente diferente (514 estudiantes procedentes de Ciudad y 108 procedentes de municipios) los resultados de la prueba A señalan que la media, mediana y varianza son aproximadamente iguales (ver tabla 3).

Tabla 3. Estadística en la prueba A por procedencia.

	PUNTAJE PRUEBA "A"				Máximo	Mínimo	Frec.
	Media	Mediana	Desv. Típica	Varianza			
PROCEDENCIA							
De una Ciudad	6	6	2	3	11	1	514
De un Municipio	5	5	2	2	9	1	108
Total de grupo	5	5	2	3	11	1	622

Con respecto a la prueba B no se encontraron diferencias estadísticas, la media y mediana son idénticas (10 para los dos casos), aunque la población encuestada de acuerdo a su procedencia es relativamente diferente (ver tabla 4).

Tabla 4. Estadísticas de la prueba B por procedencia

	PUNTAJE PRUEBA "B"				Máximo	Mínimo	Frec.
	Media	Mediana	Desv. típica	Varianza			
PROCEDENCIA							
De una Ciudad	10	10	2	3	3	4	514
De un Municipio	10	10	2	6	13	0	108
Total de grupo	10	10	2	4	13	0	622

En el nivel de conocimientos en la prueba A por facultades se observa que el mayor porcentaje de estudiantes se encuentra en la categoría "bajo", por ejemplo, Ingeniería Industrial tuvo un puntaje de 62.9%, Eléctrica 64.7%, Mecánica 67.3%, Electrónica 51.8%, Sistemas 62.0%, Administración 68.6%, Economía 56.4% y Psicología 61.8%, en las categorías muy bajo, "aceptable", "bueno y muy bueno" los porcentajes fueron también relativamente iguales pero con porcentajes menores del 40% (ver figura 19).

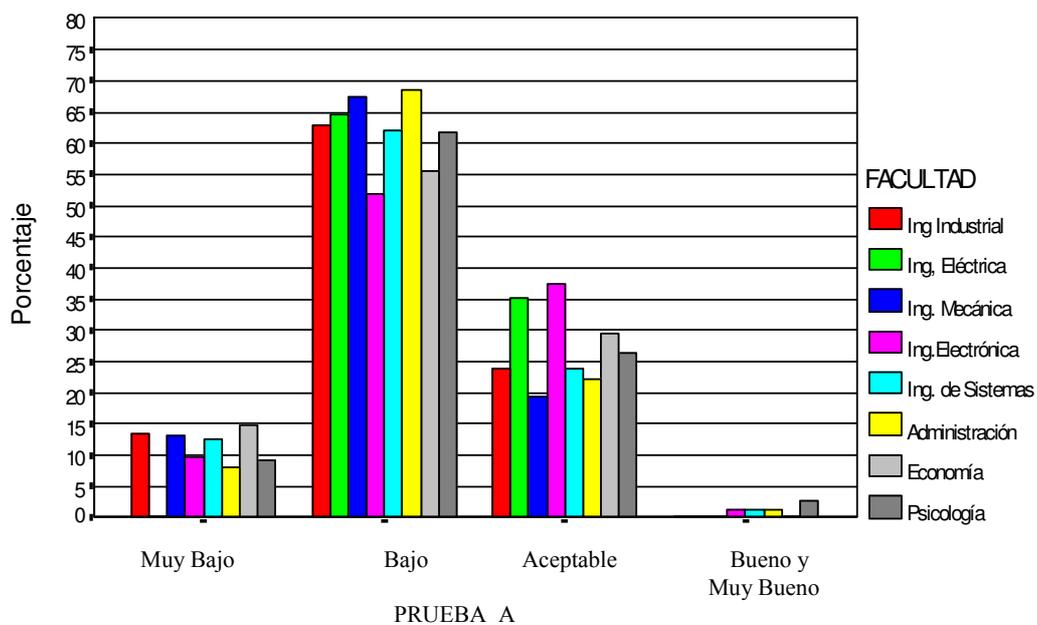


Figura 19. Nivel de Conocimiento en la Prueba A por facultad

En la prueba B se encontró que los puntajes en las diferentes facultades se encuentran distribuidos en proporciones iguales en todas las categorías, pero el mayor porcentaje de estudiantes se encuentra en la categoría "aceptable", distribuidos así: el 65.0% en Ingeniería Industrial, el 64.7% en Eléctrica, el 66.3% de Mecánica, el 67.55 de

Electrónica, 3l 80.3% de sistemas, el 68.6% de administración, el 80.0% de Economía y el 67.1% de la facultad de Psicología (ver figura 20).

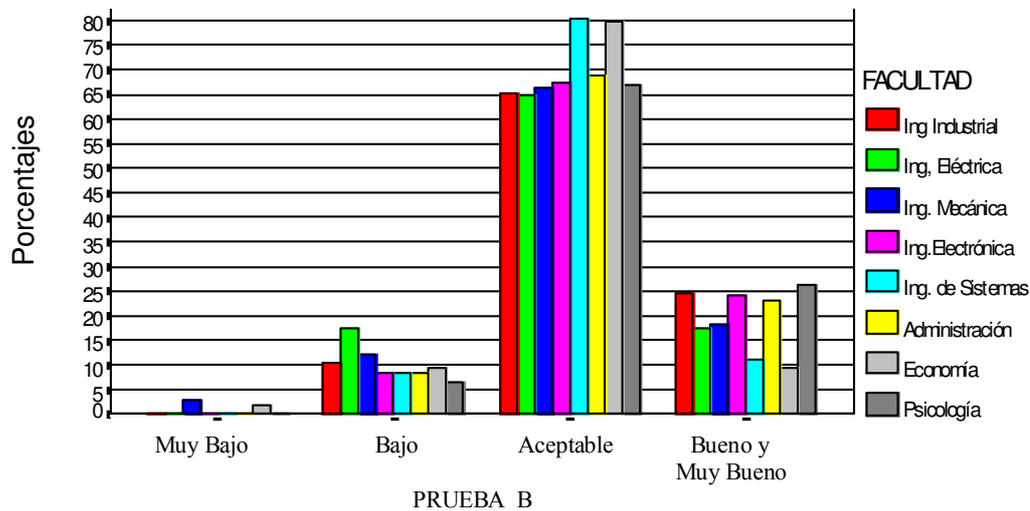
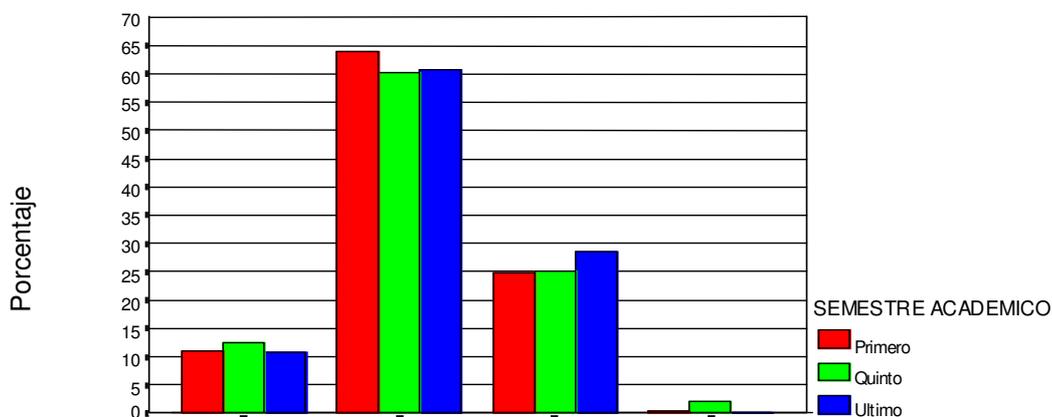


Figura 20. Nivel de conocimiento en la prueba B por facultad

Analizando el nivel de conocimiento en la prueba "A" por semestre se observa un nivel "bajo" en el 68.9% de los estudiantes de primer semestre, el 60.3% de quinto semestre y 60.9% del último semestre; "aceptable" en el 24.8% de los estudiantes de primer semestre, el 25.0% de quinto semestre y el 28.5% en el décimo semestre; en el nivel " muy bajo" obtuvieron puntajes de 10.9%, 12.5%, y 10.6% en el primero, quinto y ultimo semestre respectivamente y en igual porcentaje todas las facultades (0.8%) obtuvieron puntajes en el nivel de "bueno y muy bueno" (ver figura 21).



De igual manera no se observan diferencias significativas de acuerdo al semestre en el nivel de conocimiento en la prueba B, observando porcentajes de estudiantes mayores al 65.0% en la categoría "aceptable" en todos los semestres, en la categoría "bueno y muy bueno" menores al 22.0% y en la categoría "bajo" y " muy bajo" menores que el 10.0% (ver figura 22).

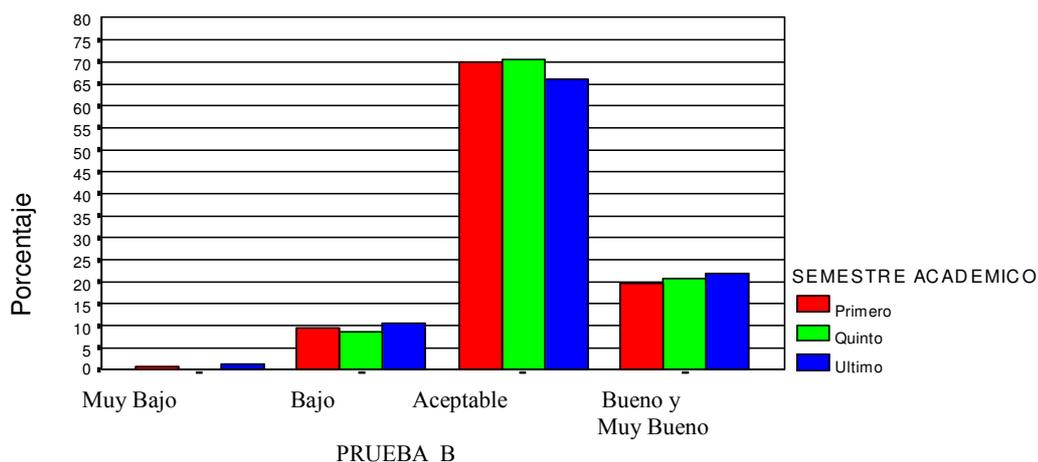


Figura 22. Distribución nivel de conocimiento en prueba B por

Se observa que los encuestados independientemente de los diferentes niveles de percepción señalados, obtuvieron un nivel de conocimiento en la prueba A "bajo", es decir, los estudiantes que señalaron una percepción buena (53.5%) obtuvieron un nivel "bajo" de conocimiento, también los que indicaron una percepción media (69.1%) obtuvieron puntajes "bajo", y además los que creen tener una percepción muy baja (75.0%) obtuvieron puntajes en la categoría "bajo" (ver figura 23).

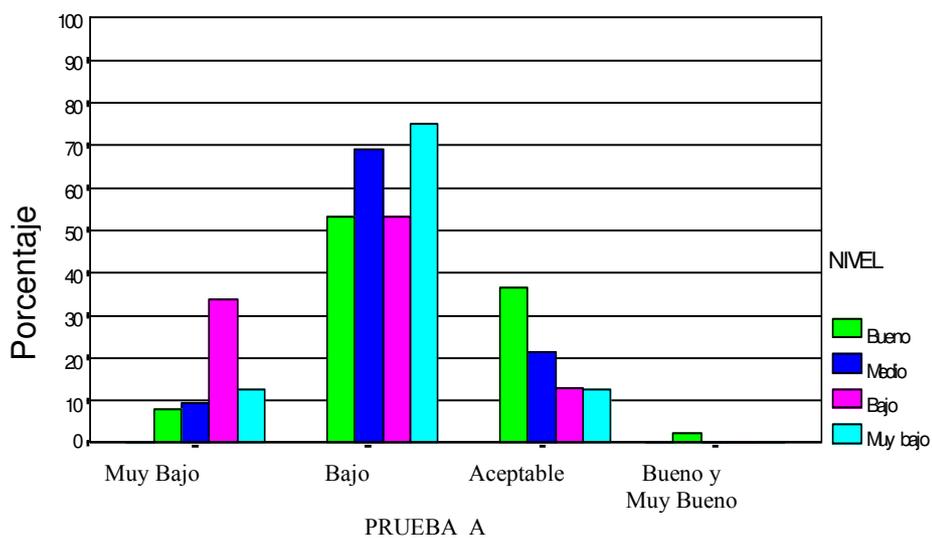


Figura 23. Nivel de conocimiento en la prueba A por percepción

En la prueba B, al igual que en la prueba A, se encontró que a pesar de los diferentes niveles de percepción señalado por los estudiantes, su nivel de conocimiento es "aceptable", por ejemplo, el 64.0% de los estudiantes creen tener una percepción buena, 73.7% para los que creen tener una percepción media, 66.1% para los que creen tener una percepción baja y 75.0% para los que creen tener una percepción muy baja (ver figura 24).

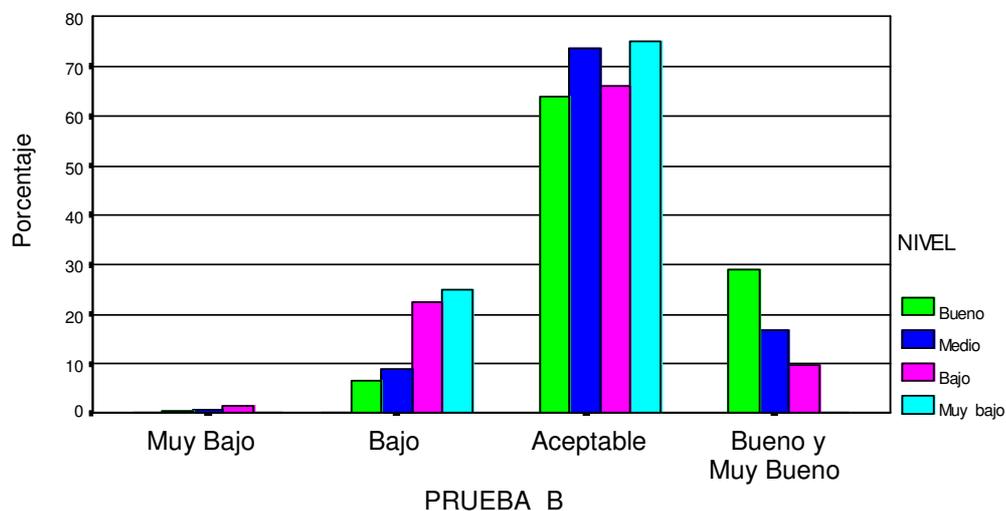


Figura 24. Nivel de conocimiento en la prueba B por percepción personal

Seguidamente se especificaran los porcentajes obtenidos en cada una de las preguntas tanto en la prueba A como en la prueba B. Teniendo en cuenta las respuestas por ítem de los estudiantes en la prueba "A", encontramos que al preguntar sobre la relación entre VIH y SIDA, el 84.6% contesto correctamente que el VIH es el virus que causa el SIDA; el 6.1% de la población dijeron no saber la respuesta, y el 9.3% restante distribuyeron sus respuestas en las demás alternativas (ver tabla 5).

Frente al cuestionamiento sobre el tiempo en que tarda en desarrollarse el SIDA una vez adquirido el virus, 34.7% manifestaron no saber la respuesta, el 34.2% respondieron acertadamente entre 5 a 10 años; el 31.1% de la población restante, contestaron que entre 2 a 3 semanas, entre 5 a 10 semanas y entre 1 y 2 años (ver tabla 6).

Tabla 5. Item 1 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
RELACION ENTRE VIH Y EL SIDA						
El VIH es una prueba para detectar el SIDA	24	6.5%	19	7.4%	43	6.8%
El VIH es una infección oportunista causada por el SIDA	7	1.9%	7	2.7%	14	2.2%
El VIH es un tratamiento para el SIDA	2	.5%			2	.3%
El VIH es el virus que causa el SIDA	315	84.9%	216	84.0%	531	84.6%
No sé	23	6.2%	15	5.8%	38	6.1%

Tabla 6. Item 2 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
TIEMPO EN DESARROLLAR EL VIRUS DEL SIDA						
Entre 2 a 3 semanas	10	2.7%	6	2.3%	16	2.6%
Entre 5 a 10 semanas	36	9.8%	16	6.2%	52	8.3%
Entre 5 a 10 años	130	35.3%	84	32.7%	214	34.2%
Entre 1 y 2 años	71	19.3%	55	21.4%	126	20.2%
No sé	121	32.9%	96	37.4%	217	34.7%

El 44.5 % de la población estudiantil no saben el tiempo necesario para que la prueba sobre VIH resulte positiva; el 25.5% saben que se requiere de 3 o más meses, el 11.6% contestaron al día siguiente, un 9.6% contestaron al mes y el 8.8% restante de la población contestaron al año (ver tabla 7).

Tabla 7. Ítem 3 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
TIEMPO NECESARIO PARA QUE LA PRUEBA RESULTE POSITIVA						
Al día siguiente	38	10.3%	35	13.6%	73	11.6%
Al mes	37	10.0%	23	8.9%	60	9.6%
3 o más meses después	97	26.2%	63	24.5%	160	25.5%
Al año	31	8.4%	24	9.3%	55	8.8%
No sé	167	45.1%	112	43.6%	279	44.5%

Al ítem sobre cual es el fluido corporal que presenta la más alta concentración del virus del SIDA, el 52.7% de la población contestaron correctamente que el semen; el 22.1% contestaron no sé; el 17.7% contestaron fluido vaginal, el 5.3% contestaron la orina y el 2.1% restante contestaron la saliva (ver tabla 8).

Tabla 8. Ítem 4 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
FLUIDO CORPORAL QUE PRESENTA LA MAS ALTA CONCENTRACION DEL SIDA						
Orina	19	5.2%	14	5.5%	33	5.3%
Saliva	7	1.9%	6	2.4%	13	2.1%
Semen	176	48.2%	151	59.2%	327	52.7%
Fluido vaginal	88	24.1%	22	8.6%	110	17.7%
No sé	75	20.5%	62	24.3%	137	22.1%

El 98.2% de la población reconoce como formas de transmisión del SIDA la transmisión sanguínea, las relaciones sexuales, compartir jeringas y de la madre al hijo; para el 1.8% de la población restante el SIDA se transmite por transfusión sanguínea y relaciones sexuales solamente (ver tabla 9).

Tabla 9. Item 5 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
EL SIDA PUEDE SER TRANSMITIDO						
Transfusión sanguínea, relaciones sexuales, jeringas, M/H/	361	97.6%	255	99.2%	616	98.2%
Transfusión sanguínea, relaciones sexuales	9	2.4%	2	.8%	11	1.8%

El 37.1% de la población cree que existe una alta probabilidad de adquirir el SIDA al donar sangre, un 28.8% de la población piensa que existe una probabilidad muy baja, solo el 18.9% saben que no existe ninguna probabilidad, el 7.7% no sabe con seguridad si hay o no probabilidad y el 7.5% restante creen que es incierta la probabilidad de adquirir el virus al donar sangre (ver tabla 10).

Tabla 10. Item 6 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
PROBABILIDAD DE ADQUIRIR EL SIDA AL DONAR SANGRE						
Alta probabilidad	120	32.4%	112	43.9%	232	37.1%
Nadie sabe con seguridad su hay o no probabilidad	32	8.6%	16	6.3%	48	7.7%
Existe una probabilidad, aunque muy baja	126	34.1%	54	21.2%	180	28.8%
Ninguna probabilidad	67	18.1%	51	20.0%	118	18.9%
No sé	25	6.8%	22	8.6%	47	7.5%

El 59.4% reconoce al SIDA como una enfermedad que adquiere cualquier persona con comportamientos de riesgo, el 39.2% aun considera erróneamente que el SIDA lo adquieren principalmente grupos de riesgo como homosexuales, prostitutas y personas promiscuas sexualmente y el 1.4% restante de la población manifestaron no saber quienes pueden adquirir el SIDA (ver tabla 11).

Tabla 11. Item 7 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD QUE...						
Adquieren principalmente homosexuales y prostitutas	21	5.7%	4	1.6%	25	4.0%
Cualquier persona con comportamiento de riesgo	212	57.8%	158	61.7%	370	59.4%
Principalmente a personas con promiscuidad sexual	13	3.5%	10	3.9%	23	3.7%
Tanto 1 como 3	115	31.3%	81	31.6%	196	31.5%
No sé	6	1.6%	3	1.2%	9	1.4%

Ante la pregunta sobre qué hacen las pruebas del SIDA, el 48.5% de la población sostiene que estas detectan directamente la presencia del virus en el organismo; el 38.4% dice no saber las respuestas y solamente un 7.3% de la población contestaron acertadamente que las pruebas del SIDA miden y detectan los anticuerpos para el virus (ver tabla 12).

Tabla 12. Item 8 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
QUE HACEN LAS PRUEBAS PARA SIDA						
Medir la cantidad del virus que puede tener el organismo	8	2.2%	5	2.0%	13	2.1%
Medir y detectar los anticuerpos para el virus	27	7.3%	19	7.4%	46	7.3%
Evaluar posibilidades de desarrollar los síntomas de la infección	14	3.8%	8	3.1%	22	3.5%
Detecta directamente la presencia del virus de SIDA	182	49.1%	123	48.0%	305	48.6%
No sé	140	37.7%	101	39.5%	241	38.4%

El 76.2% consideran que la penetración anal y vaginal tienen el mismo riesgo para la adquisición del virus; el 13.7% de los encuestados, dicen que la penetración vaginal es la más riesgosa; solo un 6.4% saben que la penetración anal es la práctica sexual con mayor probabilidad de riesgo (ver tabla 13).

Tabla 13. Item 9 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
PRACTICA SEXUAL CON MAYOR PROBABILIDAD DE RIESGO PARA SIDA						
Penetración anal	31	8.3%	9	3.5%	40	6.4%
Penetración vaginal	60	16.1%	26	10.2%	86	13.7%
1 y 2 tienen el mismo riesgo	273	73.4%	205	80.4%	478	76.2%
Sexo oral	5	1.3%	2	.8%	7	1.1%
No sé	3	.8%	13	5.1%	16	2.6%

El 50.2% de la muestra reconoce que el VIH se puede transmitir tan pronto como se haya adquirido, un 24.9% desconocen el tiempo de transmisión y el 24.7% restante creen que el virus puede ser transmitido "a los tres meses de la adquisición", "cuando se presenten síntomas" o "cuando la prueba del SIDA resulte positiva" (ver tabla 14).

Tabla 14. Item 10 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
SE PUEDE TRANSMITIR EL VIRUS DEL SIDA TAN PRONTO COMO						
Se haya adquirido	188	50.8%	126	49.2%	314	50.2%
A los 3 meses de la adquisición	43	11.6%	17	6.6%	60	9.6%
Cuando se presenten síntomas	11	3.0%	6	2.3%	17	2.7%
La prueba del SIDA resulte positiva	47	12.7%	32	12.5%	79	12.6%
No sé	81	21.9%	75	29.3%	156	24.9%

El 56.9% de los estudiantes no saben cuál es el tipo de condón más adecuado para reducir el riesgo de adquirir el SIDA. El 21.8% reconocen que los condones de látex con espermaticidas reducen el riesgo, y el 33.4% consideran otras alternativas como condones de látex sin lubricación, condones de látex con lubricación o condones de látex con vaselina (ver tabla 15).

Tabla 15. Item 11 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
QUE TIPO DE CONDON ES MAS ADECUADO PARA REDUCIR EL RIESGO DE ADQUISICION DEL VIRUS DEL SIDA						
Condomes de látex sin lubricación	27	7.3%	5	2.0%	32	5.1%
Condomes naturales con lubricación	39	10.6%	2	.8%	41	6.6%
Condomes de látex con espermicida	88	23.9%	48	8.8%	136	21.8%
Condomes de látex lubricados con vaselina	52	14.1%	8	3.1%	60	9.6%
No sé	162	44.0%	193	75.4%	355	56.9%

El 91.4% reconoce que las personas enfermas del SIDA mueren porque el virus daña su sistema defensivo; el 6.2% de los encuestados creen que las personas con SIDA mueren porque el virus los enferma, porque produce una infección severa que lleva a la muerte o porque causa una serie de enfermedades y un 2.4% de la población desconocen la respuesta (ver tabla 16).

Tabla 16. Item 12 de la prueba A por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
LAS PERSONAS ENFERMAS DE SIDA MUEREN PORQUE...						
El virus del SIDA las enferma	1	.3%	-	-	1	.2%
Dañas su sistema defensivo	341	92.4%	230	89.8%	571	91.4%
Produce una infección severa que lleva a la muerte	13	3.5%	11	4.3%	24	3.8%
Causa una serie de enfermedades						
Infecto contagiosas	7	1.9%	7	2.7%	14	2.2%
No sé	7	1.9%	8	3.1%	15	2.4%

Observando las respuestas dadas por los estudiantes en la prueba B se encontró que el 91.0% de los estudiantes encuestados saben que es falso que el VIH se pueda adquirir al ingerir comida preparada por un portador; el 4.1% dice no saber si existe o no riesgo de contagio y el 3.8% restante creen que si puede haber contagio de esta forma (ver tabla 17).

Tabla 17. Item 1 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
EL INGERIR COMIDA PREPARADA POR UN PORTADOR DEL VIRUS DEL SIDA, USTED PUEDE CONTAGIARSE						
Verdadero	18	4.9%	6	2.3%	24	3.8%
Falso	330	89.7%	238	93.0%	568	91.0%
No sé	20	5.4%	12	4.7%	32	5.1%
Total	368	100.0%	256	100.0%	624	100.0%

El 66.9% estiman acertadamente que no es posible adquirir el SIDA por compartir el sanitario con un portador; el 19.0% piensan que si es posible el contagio por este medio, y el 14.0% desconocen la respuesta (ver tabla 18).

Tabla 18. Item 2 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
COMPARTIR EL SANITARIO CON PERSONAS CON SIDA ES DE RIESGO						
Verdadero	70	19.2%	49	19.1%	119	19.1%
Falso	245	67.1%	171	66.5%	416	66.9%
No sé	50	13.7%	37	14.4%	87	14.0%
Total	365	100.0%	257	100.0%	622	100.0%

Dar la mano, un abrazo o un beso social es considerado riesgoso para el 1.1% de la población encuestada, el 97.6% reconocen que no existe riesgo de contagio y el 1.3% no saben si existe riesgo o no (ver tabla 19).

Tabla 19. Item 3 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
DAR LA MANO, UN ABRAZO, UN BESO SOCIAL A UN ENFERMO DE SIDA						
Verdadero	6	1.6%	1	.4%	7	1.1%
Falso	356	96.7%	254	98.8%	610	97.6%
No sé	6	1.6%	2	.8%	8	1.3%
Total	368	100.0%	257	100.0%	625	100.0%

Para el 17.2% es un riesgo trabajar, estudiar y/o convivir con una persona portadora del SIDA; el 78.7% saben que no existe riesgo alguno y el 4.2% no saben la respuesta (ver tabla 20).

El 83.4% sabe que el uso del condón puede prevenir la adquisición y transmisión del VIH; el 13.7% contestaron que no (ver tabla 20).

Tabla 20. Item 4 y 5 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
UNA PERSONA CON SIDA ES UN RIESGO PARA LAS PERSONAS CON QUIEN TRABAJA, ESTUDIA Y/O CONVIVE						
Verdadero	65	17.8%	42	16.3%	107	17.2%
Falso	282	77.0%	208	80.9%	490	78.7%
No sé	19	5.2%	7	2.7%	26	4.2%
Total	366	100.0%	257	100.0%	623	100.0%
EL USO DEL CONDON PUEDE PREVENIR LA ADQUISICION Y TRANSMISION DEL VIRUS DEL SIDA						
Verdadero	313	85.3%	205	80.7%	518	83.4%
Falso	47	12.8%	38	15.0%	85	13.7%
No sé	7	1.9%	11	4.3%	18	2.9%
Total	367	100.0%	254	100.0%	621	100.0%

Respecto a los resultados de "falso negativo" en las pruebas aplicadas para detectar el VIH se encontró que el 57.8% consideró correctamente que es posible que una persona con VIH resulte negativa en una prueba siendo que es portadora. El 29.9%

señalo no saber sobre este tema y el 12.3% respondieron equivocadamente este ítem (ver tabla 21).

Tabla 21. Ítem 6 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
ES POSIBLE QUE UNA PERSONA RESULTE NEGATIVA EN LA PRUEBA DEL SIDA SIENDO QUE ES PORTADORA						
Verdadero	225	61.0%	136	53.1%	361	57.8%
Falso	49	13.3%	28	10.9%	77	12.3%
No sé	95	25.7%	92	35.9%	187	29.9%
Total	369	100.0%	256	100.0%	625	100.0%

El 85.5% de los estudiantes tanto hombres como mujeres contestaron adecuadamente que la principal forma de transmisión del SIDA en nuestro país es la vía sexual, el 11.6% erróneamente considera falsa la anterior afirmación y el 2.9% dicen no tener conocimiento al respecto (ver tabla 22).

Tabla 22. Ítem 7 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
LA PRINCIPAL FORMA DE TRANSMISION DEL SIDA EN NUESTRO PAIS ES POR VIA SEXUAL						
Verdadero	315	86.1%	217	84.8%	532	85.5%
Falso	40	10.9%	32	12.5%	72	11.6%
No sé	11	3.0%	7	2.7%	18	2.9%
Total	366	100.0%	256	100.0%	622	100.0%

El 87.0% de la población sabe que no se puede identificar a simple vista a una persona con el virus del SIDA, el 3.2% erróneamente cree que si es posible y el 9.8% desconoce si es posible o no identificarla (ver tabla 23).

Tabla 23. Item 8 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
UNA PERSONA CON EL VIRUS DEL SIDA SE PUEDE IDENTIFICAR A SIMPLE VISTA						
Verdadero	10	2.7%	10	3.9%	20	3.2%
Falso	322	87.3%	220	86.6%	542	87.0%
No sé	37	10.0%	24	9.4%	61	9.8%
Total	369	100.0%	254	100.0%	623	100.0%

El 70.0% de los encuestados creen acertadamente que la única forma de detectar la presencia del virus del SIDA es a través de un examen de sangre, 14.4% no están de acuerdo con tal afirmación y el 15.7% no saben la respuesta y del total 3 personas no contestaron (ver tabla 24).

Tabla 24. Item 9 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
UNICAMENTE A TRAVES DE UN EXAMEN DE SANGRE SE PUEDE DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA						
Verdadero	263	71.3%	175	68.1%	438	70.0%
Falso	56	15.2%	34	13.2%	90	14.4%
No sé	50	13.6%	48	18.7%	98	15.7%
Total	369	100.0%	257	100.0%	626	100.0%

El 86.3% de la muestra sabe que la abstinencia sexual no es la única forma de prevenir el SIDA, el 9.3% respondieron equivocadamente tal afirmación, y el 4.3% restante dicen no saber la respuesta (ver tabla 25).

Tabla 25. Item 10 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
LA UNICA FORMA DE PREVENIR ES SIDA ES LA ABSTINENCIA SEXUAL						
Verdadero	30	8.2%	28	10.9%	58	9.3%
Falso	322	88.0%	215	84.0%	537	86.3%
No sé	14	3.8%	13	5.1%	27	4.3%
Total	366	100.0%	256	100.0%	622	100.0%

El 59.5% de la población respondió correctamente que las personas con pareja regular tienen poco riesgo de adquirir el SIDA, el 35% no están de acuerdo con tal afirmación; el 5.4% de los estudiantes dicen no saber la respuesta (ver tabla 26).

Tabla 26. Item 11 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
LAS PERSONAS CON PAREJA REGULAR TIENEN POCO RIESGO DE ADQUIRIR EL SIDA						
Verdadero	237	64.2%	135	52.7%	372	59.5%
Falso	116	31.4%	103	40.2%	219	35.0%
No sé	16	4.3%	18	7.0%	34	5.4%
Total	369	100.0%	256	100.0%	625	100.0%

El 78.2% de la muestra sabe que es verdadero la afirmación "el SIDA es una enfermedad adquirida que daña el sistema inmunológico"; el 21.8% restante distribuyeron sus respuestas inadecuadamente entre las alternativas falso y no sé (ver tabla 27).

Tabla 27. Item 12 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD ADQUIRIDA QUE DETERIORA EL SISTEMA INMUNNOLOGICO						
Verdadero	293	79.8%	195	75.9%	488	78.2%
Falso	41	11.2%	27	10.5%	68	10.9%
No sé	33	9.0%	35	13.6%	68	10.9%
Total	367	100.0%	257	100.0%	624	100.

Ante la afirmación "una cosa es tener el virus del SIDA y otra desarrollar el SIDA", el 82.4% acertadamente afirmaron esta frase, el 6.4% contestó que era falso y el 12.2% del total contestaron "no sé" (ver tabla 28).

Tabla 28. Item 13 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
UNA COSA ES TENER EL VIRUS DEL SIDA Y OTRA DESARROLLAR EL SIDA						
Verdadero	307	83.4%	202	78.6%	509	81.4%
Falso	22	6.0%	18	7.0%	40	6.4%
No sé	39	10.6%	37	14.4%	76	12.2%
Total	368	100.0%	257	100.0%	625	100.0%

El 96.2% del total de los estudiantes encuestados consideran todavía que los homosexuales y las prostitutas son grupos de riesgo para adquisición del virus; solo el 2.2% manifestó correctamente no estar de acuerdo con tal afirmación y el 1.6% dicen no saber la respuesta (ver tabla 29).

Tabla 29. Item 14 de la prueba B por sexo

	SEXO				Total	
	Hombres		Mujeres		Frec.	% col.
	Frec.	% col.	Frec.	% col.		
LOS HOMOSEXUALES Y PROSTITUTAS SON GRUPOS DE RIESGO PARA EL SIDA						
Verdadero	352	95.4%	250	97.3%	602	96.2%
Falso	12	3.3%	2	.8%	14	2.2%
No sé	5	1.4%	5	1.9%	10	1.6%
Total	369	100.0%	257	100.0%	626	100.0%

Analizando la percepción de las conductas o prácticas sexuales de riesgo para la adquisición del VIH en los estudiantes encuestados encontramos que el 75.6% consideran ciertamente que la penetración vaginal es de alto riesgo, el 1.9% manifestaron no saber la respuesta, el 21.5% restante de la muestra respondieron alternativas como de menor riesgo e inexistente.

La penetración anal es percibida correctamente por el 72.1% de la población como una practica sexual de alto riesgo, el 14.6% consideran esta practica de moderado riesgo, erróneamente el 4.9% considera la practica como de menor riesgo y el 1.5% considera esta penetración sin ningún riesgo para la transmisión del VIH y no saben la respuesta un 7%.

El 25.4% de los estudiantes saben que el dar sexo oral es de riesgo moderado para la transmisión del VIH, el 46.8% considera que puede existir un riesgo alto y menor al realizar esta practica sexual, y el 15.2 dicen no saber la respuesta.

El 52.8% de la población creen que no existe ningún riesgo en los besos boca a boca, el 35.2% sabe que el riesgo es menor, el 2.45 cree erróneamente que el riesgo es alto.

Para el 91.6% de la población, abrazarse, tocarse y acariciarse no representa riesgo alguno lo cual es correcto, el 8.4% restante consideraron alternativas erradas como: que el riesgo es menor (5.8%), moderado para (1.6%), alto (0.2%) y no saben la respuesta el 0.8%.

Masturbar una pareja femenina fue contestada acertadamente como una practica sexual de menor riesgo por el 21.6% de la población, cree erróneamente que no existe riesgo alguno el 53.7% y para el resto de la muestra el riesgo es moderado y alto (10.3%

y 3.2% respectivamente); el 11.1% de la población universitaria no saben que tanto riesgo representa esta practica sexual.

El 19.7% de la población sabe que la practica sexual de masturbar a una pareja masculina es de menor riesgo para la adquisición del VIH/SIDA, el 53.3% creen que no existe riesgo alguno, y resto de la población considera que el riesgo es moderado (un 11.4%) y alto (un 3.6%). No saben si existe o no riesgo el 12.0% de la muestra.

El sexo oral sin eyaculación no tiene ningún riesgo para la adquisición del virus y fue contestada equivocadamente por el 31.6% de la muestra; el 26.2% contestaron correctamente que el riesgo es menor, el 27.2% moderado y alto riesgo, el 15% restante no saben el nivel de riesgo que representa esta practica sexual.

Según el 32.3% de la población el sexo oral con eyaculación es de alto riesgo, el 25.0% respondió correctamente que el riesgo es moderado, de ninguno y menor riesgo para el 27.4% y no saben que tanto riesgo corren el 15.3%.

Dar sexo oral a pareja femenina es de riesgo moderado para el 24.6% de la población, el 21.2% saben que el riesgo es menor, el 19.4% considera que es de alto riesgo esta practica, dicen no existir riesgo alguno para el 17.9% de los encuestados; el 16.9% dicen no saber el nivel de riesgo.

El 40.6% de los encuestados dicen que no existe ningún riesgo de contraer el VIH con pareja exclusiva, el 39.4% dicen correctamente que el riesgo que se corre es menor, un 5.9% consideran que existe un alto riesgo. No saben si existe riesgo o no en la penetración con pareja exclusiva un 2.3%.

La penetración sin condón con pareja desconocida es identificada acertadamente como de alto riesgo para el 92.1% de los estudiantes, un 0.6% considera

equivocadamente que no existe ningún riesgo, manifiestan no saber la respuesta el 1.0% de la población.

El 42.6% de la población cree que se corre un menor riesgo si existe penetración sin condón con pareja conocida, el 34.9% dice que el riesgo es moderado y solo el 11.3% sabe que el riesgo es alto y para 10.5% no hay riesgo alguno.

Equivocadamente se cree que la abstinencia sexual no representa riesgo alguno para el 72.1% de los estudiantes, saben que el riesgo es menor el 19.5%, un bajo porcentaje consideró alternativas incorrectas como que el riesgo es moderado (el 3.7%) y alto (el 0.6%). Desconocen la respuesta el 4.0% de la muestra.

El 68.6% de los encuestados consideran acertadamente que tener relaciones ocasionales sin condón es de alto riesgo, el 23.8% contestaron incorrectamente que el riesgo es moderado, el 5.3% consideran que el riesgo es menor y un 0.6% cree que no existe riesgo algún al tener relaciones sexuales con parejas ocasionales sin condón.

Referencias

Alfaya, M., Cerutti, M., Corral, A., Dí Candía, D., Kapitze, E., Kleinman, R., Kurlat, S., Macrí, O., Machado, V., Maya, E., Messana, G., Rodríguez, S., Santos de los, P. Y Sikos, G. (1996). Integración de diferentes edades en la prevención del VIH. Trabajo presentado en el VIII Congreso Latinoamericano de Sexología y educación sexual por la asociación Argentina de educadores sexuales, Colombia.

Anderson, W. & Parry, R. (1997). Preventing HIV infection. Inglaterra: Jamm.

Bartlett, J. & Finkbeiner, A. (1996). La guía para vivir con la infección VIH. (Diana, S.A. de CV, trad.) México: Diana (original publicado en 1991).

Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología, 24. (N. 1- 2) 35-56.

Bayés, R. (1995). SIDA y Psicología. Barcelona: Martínez Roca S.A.

Caballero, M. (1996). Conocimiento y comportamientos de riesgo de infección por VIH en estudiantes universitarios. Un caso: universidad Industrial de Santander-Colombia. Revista Latinoamericana de Sexología, 11 (No. 1) 41- 55.

Caballero, M. (1996). Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamientos sexuales de riesgo para VIH/SIDA en estudiantes universitarios de la universidad Industrial de Santander. Tesis de grado profesional no publicada, UIS, Bucaramanga.

Costa, M. y López, E. (1986). Salud Comunitaria. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Barcelona: Martínez Roca S. A.

Cunningham, I. & Rodríguez, M. (1991). Prácticas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH y medidas de prevención entre estudiantes de la universidad de Puerto Rico. En I. Cunningham, C. Ramos y R. Ortiz. (Eds), El SIDA en Puerto Rico. Acercamientos multidisciplinares. (Pp. 147- 171). Puerto Rico: Impreso en Puerto Rico.

Goldstein, B., Castañera, M. y Ladisa, H. (1996). SIDA: del dicho al hecho. No basta con negar ni con informarnos es urgente adoptar nuevas actitudes. Revista Argentina de Sexualidad (No. 1), 23- 37.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Jennings, C. (1995). Qué es el SIDA y cómo prevenirlo_ (Norma S.A., Trad.) Santa fe de Bogotá: Norma S.A. (original publicado en 1985).

Magaña, R. y Batista, J. (1992). Una pedagogía de concientización para la prevención del VIH/SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología, 24. (N. 1- 2) 97-108.

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R., (1995), La sexualidad humana. (Grijalbo, Ed y Trad.) Vol. 3. Barcelona : Grijalbo Mondadori, S.A. (original publicado en 1987).

Mane, P. (1996). Desidamos SIDA. Relato final del área social: Investigación, política y acción, 2. Argentina: Feim.

Ministerio de Salud (1997). Estadísticas de VIH/SIDA. Colombia. Autor.

Ordoñez, (1994). Conductas sexuales de la población adulta con respecto al SIDA según encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Santa fe de Bogotá: Presencia.

Parry, R. (1996). Understanding HIV infection and AIDS. Inglaterra: Jamm.

Parry, R. (1998). Test issues. A booklet for people thinking of having and HIV test. Inglaterra: Jamm.

Population information program, center for communication de programs. (1989). Population Reports. Educación sobre el SIDA: Un buen comienzo. Serie L (N. 8). Baltimore: The Johns Hopkins University.

Romero, L. (1996). Sobre el SIDA y su prevención. Una compilación, Barranquilla.

Ruiz, M. (1996). Talleres para adolescentes sobre sexualidad. Santa fe de Bogotá:
Printex impresores Ltda.

Varón, L. (1994). Diccionario de Sinónimos Y antónimos de la lengua española.
Manual básico. Barcelona: Varón/Editores.

A N E X O S

ANEXO A

Numero de casos de SIDA por año
Colombia 1.983 - 1.997 (*)

AÑO	SIDA	
	No	ACUM
1,983	3	3
1,984	12	15
1,985	16	31
1,986	148	179
1,987	190	369
1,988	338	707
1,989	453	1,160
1,990	781	1,941
1,991	863	2,804
1,992	934	3,738
1,993	740	4,478
1,994	1,361	5,839
1,995	910	6,749
1,996	1,095	7,844
1,997	589	8,433

SIDA = Personas con serología positiva para VIH con síntomas y puntajes de acuerdo a definición OPS/Caracas

No = Numero de casos por año

ACUM = Numero de casos acumulados por año

(*) = Informe parcial a diciembre de 1997

FUENTE = Programa nacional de prevención y control de las ETS- VIH/SIDA Ministerio de salud

ANEXO B

No. de Casos de SIDA por mecanismo de transmisión sexual por año
Colombia 1983-1997 (*).

ANOS	SIDA				TOTAL
	HOMO.	BIS.	HET.	S.D.	
1,983			1		1
1,984	1	1			2
1,985	11	1	4		16
1,986	17	10	5		32
1,987	87	27	25		139
1,988	165	57	57		279
1,989	153	66	87		306
1,990	270	142	161	1	574
1,991	200	118	165	10	493
1,992	136	102	134	104	476
1,993	149	89	165	4	407
1,994	393	195	399		987
1,995	266	153	407		826
1,996	282	198	468	7	955
1,997	170	84	264	6	524
TOTAL	2,300	1,243	2,342	132	6,017

SIDA = Personas con serología positiva para VIH con síntomas y Puntajes de acuerdo a definición OPS/Caracas

HOMO = Mecanismo de transmisión sexual. Comportamiento homosexual

BIS. = Mecanismo de transmisión sexual. Comportamiento bisexual

HET. = Mecanismo de transmisión sexual. Comportamiento heterosexual

S.D. = De los 6,017 casos registrados a la fecha, no se encontraron datos Del tipo de transmisión sexual en 132 fichas

(*) = Informe parcial a diciembre de 1997

FUENTE = Programa nacional de prevención y control ETS-VIH/SIDA Min.- salud.

ANEXO C

No. de Casos de SIDA por grupos de edad por año
Colombia 1983- 1997 (*).

GRUPOS EDAD	AÑOS														
	< 85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	SBT	%
0-4	0	0	0	3	9	11	11	15	7	14	11	24	13	118	1.4%
5-14	0	0	1	3	4	10	13	4	1	4	6	4	4	54	0.6%
15-24	4	7	20	41	58	83	86	60	86	137	93	118	61	854	10.1%
25-34	7	31	83	158	172	328	364	220	310	636	394	468	232	3,403	40.4%
35-44	7	9	46	69	103	217	191	144	214	370	259	290	191	2,110	25.0%
45-59	2	0	21	36	46	85	93	60	96	145	110	140	67	901	10.7%
> 60	0	0	4	4	7	16	17	13	10	35	27	22	13	168	2.0%
S/INF	11	101	15	24	54	31	88	418	16	20	10	29	8	825	9.8%
TOTAL	31	148	190	338	453	781	863	934	740	1,361	910	1,095	589	8,433	100.0%

SIDA = Personas con serología positiva para VIH con síntomas y
puntajes de definición OPS/Caracas

S/Inf = Sin dato de edad. Aparecen registradas 825 de 8,433
fichas

(*) = Informe parcial a Diciembre
de 1997

Fuente = Programa nacional prevención
las ETS- VIH/SIDA
Ministerio de Salud

ANEXO D

No. de Casos de SIDA por mecanismos de transmisión por añoColombia 198-1997 (*).

ANOS	SIDA				TOTAL
	SEX	SANG	PNT	SINF	
1,983	1			2	3
1,984	2			10	12
1,985	16			0	16
1,986	32			116	148
1,987	139	2		49	190
1,988	279	9	3	47	338
1,989	306	4	13	130	453
1,990	574	6	18	183	781
1,991	493	15	23	332	863
1,992	476	6	16	436	934
1,993	407	6	5	322	740
1,994	987	23	16	335	1,361
1,995	826	7	13	64	910
1,996	955	17	28	95	1,095
1,997	524	6	16	43	589
TOTAL	6,017	101	151	2,164	8,433

SIDA Personas serología positiva para VIH mas puntajes por enfermedad
Según clasificación OPS/Caracas

Sex Mecanismo de transmisión sexual

Sang Mecanismo de transmisión a través de sangre
o de psicoactivos intravenosos (drogadicción)

Pnt Mecanismo de transmisión perinatal (madre- hijo)

S/inf Sin información de mecanismo de transmisión se han registrado
2,164 de 8,433 fichas

(*) Informe parcial a diciembre de 1.997

Fuente Programa nacional de prevención y
Control de las ETS- VIH/SIDA - Ministerio de Salud

ANEXO E

Numero de casos de SIDA por sexo por año
Colombia 1.983 - 1.997 (*)

AÑO	SIDA				
	HOM	MUJ	SUBTOT	SD	TOTAL
1,983	1	1	2	1	3
1,984	2	0	2	10	12
1,985	15	1	16	0	16
1,986	47	1	48	100	148
1,987	183	7	190	0	190
1,988	303	27	330	8	338
1,989	403	30	433	20	453
1,990	704	62	766	15	781
1,991	760	57	817	46	863
1,992	577	51	628	306	934
1,993	673	61	734	6	740
1,994	1,235	117	1,352	9	1,361
1,995	806	98	904	6	910
1,996	943	141	1,084	11	1,095
1,997	514	75	589	0	589
TOTAL	7,166	729	7,895	538	8,433

SIDA = Personas con serología positiva para VIH más puntajes por enfermedad según clasificación OPS/Caracas

HOM = Hombres

MUJ = Mujeres

SD = Sin dato. no aparecen registrados datos de sexo
 En 538 de 8,433 casos (fichas)

(*) = Informe parcial a diciembre de 1.997

FUENTE = Programa nacional de prevención y control de las ETS- VIH/SIDA. Ministerio de salud

ANEXO F

No. Casos de SIDA por departamento por año Colombia 1983- 1997(*)

DEPARTAMENTO	83	84	85	86	87	89	90	91	92	93	94	95	96	97	TOTAL
BOGOTA		2	8	29	83	187	427	492	435	416	753	350	361	185	3894
ANTIOQUIA			5	15	38	86	98	65	110	135	177	169	196	43	1203
VALLE	1		2	3	32	58	99	114	32	8	155	125	146	128	952
RISARALDA			1		2	23	21	42	20	31	5	27	60	27	270
ATLANTICO					3	23	34	27	31	23	20	29	22	43	259
SANTANDER				1	1	13	17	26	29	28	37	13	28	22	224
N.SANT/DER				1		13	10	4	12	16	41	30	45	40	214
QUINDIO				4	16	5	20	20	9		22	32	44	6	187
CALDAS					5	4	15	11	33		15	14	25		130
TOLIMA				1	3	5	9	7	3	8	38	13	18	8	117
HUILA							5	5	13	20	8	13	17	22	105
MAGDALENA					1	9	8	13	8	15	10	10	21	5	100
CORDOVA						3	2	2	15	9	1	17	22	10	82
BOLIVAR	2			2	2	8		1			21	4	13	6	59
META							1	5	11	9	13	8	4	7	58
CESAR						3		4	3	1	13	14	9	8	55
C/MARCA					1	3	3	4	13		1	5	7	2	42
GUAJIRA						1		1	5	2	11	5	12	2	39
SUCRE					2	2	2	3	2	2	6	8	10	2	39
CAUCA					1	2	5	3	8	1			5	3	30
BOYACA						1	1	4	2	6	5	5	5		29
NARIÑO						1	1	2	4		3	5	4	3	23
SAN ANDRES							1	4	3	3	3	1			16
PUTUMAYO						1			1	1	1	6	4	0	14
CAQUETA								1		1		1	7	2	12
CASANARE								1	3			4	2	2	12
AMAZONAS						1	1	1	2				2	4	11
GUAVIARE							1		4				3	2	10
ARAUCA										1	1	1	2	3	8
CHOCO										3		1		3	8
VICHADA						1				1	1		1		4
GUAINIA														1	1
VAUPES															0
SD		10		92				1	123						226
TOTAL	3	12	16	148	190	453	781	863	934	740	1361	910	1095	589	8433

SIDA = Personas con serología positiva para VIH con síntomas

y puntajes por enfermedad según clasificación OPS/Caracas

SD = Sin dato. no aparecen registrados en las fichas

no se pudo establecer la procedencia en 226 de 8,433 fichas

(*) = Informe parcial a diciembre de 1.997

S R = Departamento sin reportar casos

FUENTE = Programa nacional de prevención y control

de las ETS- VIH/SIDA - ministerio de salud

ANEXO G

Casos de SIDA por mecanismos de transmisión por departamento
Colombia 1983-1997 (*).

DEPARTAMENTO	MECANISMO							TOTAL
	HETERO	HOMO	BIS	IV	TRANSF	PNT	DESC.	
AMAZONAS	2	2				1	1	6
ANTIOQUIA	133	104	105		3	3	60	408
ARAUCA	4		1				1	6
ATLANTICO	64	13	13			2	2	94
BOGOTA	314	346	191	11	7	6	21	896
BOLIVAR	12	5	5				1	23
BOYACA	5	1	1				3	10
CALDAS	12	9	2			1	8	32
CAQUETA	3	4	2				1	10
CASANARE	2	3	2				1	8
CAUCA	5		1			2		8
CESAR	19	4	3		1		4	31
CHOCO	2		1				1	4
CORDOVA	31	8	3		1	4	2	49
C/MARCA	10	2	2					14
GUAINIA		1						1
GUAJIRA	11	2	2		2		2	19
GUAVIARE	5							5
HUILA	37	5	2			1	7	52
MAGDALENA	25	5	2			1	3	36
META	11	5	1				2	19
NARIÑO	9		1			1	1	12
NOR.SANTANDER	62	22	21			5	5	115
PUTUMAYO	7	1				1	1	10
QUINDIO	39	9	14			2	18	82
RISARALDA	48	24	17		1	10	14	114
SAN ANDRES	1							1
SANTANDER	28	13	5			8	9	63
SUCRE	12	5	2	1				20
TOLIMA	17	11	4	2		1	4	39
VALLE	209	116	34	1		8	31	399
VAUPES								S R
VICHADA	1							1
TOTAL	1,140	720	437	15	15	57	203	2,587
PORCENTAJE	44.07	27.83	16.89	0.58	0.58	2.20	7.85	100.00

(*) = Casos reportados en 1995 - 1997 reporte parcial a diciembre de 1997

S R = Departamento sin reportar casos

FUENTE = Programa Nacional de Prevención y Control

De Las ETS-VIH/SIDA- Ministerio de Salud



*Centro de
Asesoría
y Consultoría*

ANEXO I

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

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

Es importante que tenga en cuenta que éste es un cuestionario anónimo, nadie sabrá su respuesta, en este estudio interesan las tendencias grupales y no las respuestas individuales. Le solicitamos responda con toda sinceridad, no deja respuestas en blanco, la falsedad de las respuestas perjudicarían este esfuerzo investigativo

Si no comprende alguna pregunta, pida clarificación al instructor(a). El cuestionario consta de tres partes: IDENTIFICACION, PARTE I que explora conocimientos y una PARTE II para comportamiento.

IDENTIFICACIÓN

1. FACULTAD	C	2. UNIVERSIDAD

I SEM	V SEM	ULTIMO
1	2	3

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

8. RELIGION	9. QUÉ TAN PRACTICANTE SE CONSIDERA USTED DE SU RELIGIÓN?
<input type="checkbox"/> 1. Católica <input type="checkbox"/> 2. T. de Jehová <input type="checkbox"/> 3. Evangélica <input type="checkbox"/> 4. Adventista <input type="checkbox"/> 5. Otra: _____	<input type="checkbox"/> 1. Nada practicante <input type="checkbox"/> 2. Poco practicante <input type="checkbox"/> 3. Regularmente practicante <input type="checkbox"/> 4. Practicante <input type="checkbox"/> 5. Muy practicante

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

6. LUGAR DE		7. AÑOS	11. CUAL ES SU ORIENTACION O PREFERENCIA SEXUAL?	
10. ESTADO CIVIL				
Municipio	Casado(a)		<input type="checkbox"/>	1. Heterosexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas del otro sexo)
	<input type="checkbox"/> 2. En convivencia o Unión libre		<input type="checkbox"/>	2. Homosexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas del mismo sexo)
	<input type="checkbox"/> 3. Separado(a)		<input type="checkbox"/>	3. Bisexual (Que siente atracción sexual y/o amorosa por personas de ambos sexos)
Departamento	Vuelto(a)			
	<input type="checkbox"/> 5. Soltero(a)			
	<input type="checkbox"/> 6. Otro tipo de relación estable:			

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

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

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

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

PARTE I : A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. El virus del SIDA puede ser transmitido:

1. Por Transfusión sanguínea, relaciones sexuales penetrativas, uso compartido de jeringas, transmisión de la madre al hijo.

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

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

PARTE I: B

Frente a las siguientes afirmaciones seleccione y marque falso, verdadero o no sé, según su conocimiento:

#	ITEMS	1	2	3
		V	F	NO SE
1.	Al ingerir comida preparada por alguien que es portador del virus del SIDA, usted puede infectarse			
2.	Compartir el sanitario con personas portadoras del Virus del SIDA podría ser de riesgo para contagiarse			
3.	Dar la mano, un abrazo o un beso social a un enfermo de SIDA lo puede contagiar			
4.	Una persona infectada con el virus del SIDA es un riesgo para las personas con las que trabaja, estudia y/o convive			
5.	El uso del condón puede prevenir la adquisición y transmisión del virus del SIDA			
6.	Es posible que una persona resulte negativa en la prueba del SIDA, siendo que es portadora del virus del SIDA			
7.	La principal forma de transmisión del virus del SIDA, en nuestro medio, es por vía sexual			
8.	Una persona portadora del virus del SIDA, se puede identificar a simple vista.			
9.	Únicamente a través de un examen de sangre se puede saber si alguien es portador del virus del SIDA			
10.	La única forma de prevenir el SIDA es la abstinencia sexual			
11.	Las personas con pareja regular (matrimonio, unión libre, noviazgo, amante) tienen riesgo poco de adquirir el virus del SIDA			
12.	El SIDA es una enfermedad adquirida que se desarrolla como consecuencia del deterioro del sistema inmunológico producido por el Virus del SIDA			
13.	Una cosa es tener el virus del SIDA y otra desarrollar el SIDA			
14.	Los homosexuales y prostitutas son grupos de riesgo para el SIDA			

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

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

13.	Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja conocida					
14.	Abstinencia sexual					
15.	Relaciones sexuales ocasionales sin condón					