

IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA TRANSMISIÓN DEL
VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE LA UIS

ELSA VIVIANA ATUESTA ROJAS

OLGA LUCIA FIGUEROA SIERRA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2008

IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA TRANSMISIÓN DEL
VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE LA UIS

Elsa Viviana Atuesta Rojas

Olga Lucia Figueroa Sierra

Trabajo de Grado:

En la modalidad de proyecto de grado como requisito para optar
al título de psicólogas

Directora:

Ps. Mónica Parada Butnaru

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

JURADO 2: _____

FLORIDABLANCA, _____

DEDICATORIA

A Dios por regalarme el don de la vida y ser mi compañía,

A mi Padre por su amor y su confianza incondicional,

A mis hermanos por su paciencia, amor y colaboración que me dieron fuerzas para alcanzar esta meta, especialmente a Carmen Alicia por hacer de mí cada día

una mejor persona guiada en valores,

A mi amigo Néstor por su confianza y apoyo incondicional en todo momento, por creer en mis capacidades para hacer realidad lo que hace años era un sueño,

A Martín y Gladys por su cariño y comprensión y por ser mi familia,

A mi asesora de proyecto Mónica Parada por orientarme en el transcurso de la tesis, por su enseñanza y conocimiento aportado,

A Viviana por su paciencia y comprensión a lo largo del proyecto.

Y a todas las personas con las que compartí y me colaboraron todo este tiempo,

gracias.

Olga lucía

Agradecimientos

A quienes participaron de este proyecto, agradecemos sinceramente, por su tiempo, disposición y colaboración, ya que sin ellos no hubiera sido posible el logro de nuestro objetivo.

Muy especialmente agradecemos a la Ps. Mónica Parada Butnaru, quien nos brindó su apoyo y conocimiento para lograr culminar con el objetivo propuesto, a la Dr. María Claudia Caballero por su confianza hacia nosotras y por el aporte de su conocimiento durante el proyecto, a la Universidad Industrial de Santander por su respaldo desde la división de Bienestar Universitario que nos posibilitaron el espacio, el tiempo y a todas aquellas personas que directa o indirectamente hicieron posible esta meta, a la Universidad Pontificia Bolivariana por ser nuestra familia y la facultad de Psicología por ser nuestra escuela y por aportarnos el conocimiento en el ejercicio de ser psicólogas.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	12
1. INTRODUCCIÓN	13
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
4. OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo General	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5. MARCO CONCEPTUAL	21
5.1 Aspectos Médicos del VIH	21
5.2 Formas de Transmisión	24
5.3 Percepción de Riesgo	26
5.4 Uso del Preservativo	34
5.5 Autoeficacia	36
5.6 Adolescencia	41
5.7 Vulnerabilidad	47
5.8 Incidencia y Datos Epidemiológicos	50
5.9 Psicología de la Salud	55
5.10 Aspectos Psicológicos del VIH	59
5.11 Intervención Psicológica del VIH	60
5.12 Educación en Salud Sexual	62
5.13 Desarrollo en Promoción y Prevención del VIH	
En Colombia	66
6. MÉTODOLOGIA	73

6.1 Diseño	73
6.2 Población	73
6.3 Instrumentos	73
1.10 Procedimiento	74
7. RESULTADOS	76
8. DISCUSIÓN	120
9. CONCLUSIONES	133
10. RECOMENDACIONES	136
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	138
12. ANEXOS	148

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Distribución por edad.

Grafica 2. Distribución por género.

Grafica 3. Distribución por estado civil.

Grafica 4. Distribución por facultad.

Grafica 5. Prácticas sexuales.

Grafica 6. Edad de la primera relación sexual.

Gráfica 7. Uso del condón en esa primera relación sexual.

Gráfica 8. Relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Gráfica 9. Relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina.

Gráfica 10. Uso del condón en las relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina

Gráfica 11. Relaciones sexuales con penetración del pene en la boca.

Gráfica 12. Uso del condón en las relaciones sexuales con penetración del pene en la boca.

Gráfica 13. Relaciones sexuales con penetración del pene en el ano.

Gráfica 14. Uso del condón en las relaciones sexuales con penetración del pene en el ano.

Gráfica 15. Relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Gráfica 16. Número de personas con quien ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Gráfica 17. Relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos 12 meses.

Gráfica 18. Uso del condón en la última relación sexual.

Gráfica 19. Por qué no usó condón en la última relación sexual.

Gráfica 20. Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias.

Gráfica 21. Acciones para evitar la transmisión del virus que causa el SIDA.

Gráfica 22. Se ha practicado el examen del SIDA.

Gráfica 23. Estudiantes que recibieron orientación previa al examen del sida.

Gráfica 24. Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual.

Gráfica 25. Qué hizo para tratar la enfermedad de transmisión sexual.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Capacidad para decir no a relaciones sexuales.

Tabla 2: Capacidad para hablar sobre experiencias previas.

Tabla 3: Capacidad para adquirir y usar condón.

Tabla 4: Creencias y riesgo percibido.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario Confidencial de Vida Sexual Activa [CCVSA]:

Anexo 2: Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA [SEA-27]

RESUMEN

El Sida se ha catalogado como un problema de salud mundial que avanza día a día. Al propagarse esta epidemia, quedan expuestos al riesgo de infección por VIH grupos de edad cada vez más jóvenes, de hecho, casi todas las infecciones por este virus tienen lugar durante la adolescencia, lo que se constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y regional; por tanto el presente estudio tenía como objetivo Identificar las conductas de riesgo de transmisión del VIH/SIDA en estudiantes universitarios de la UIS, evaluando las conductas de riesgo en los jóvenes. La muestra estuvo conformada por 200 estudiantes de primer semestre de las facultades de Ciencias, Ciencias Humanas, Ingeniería Físico-Mecánicas, Ingeniería Físico-Químicas y Salud que hacen parte de la Universidad Industrial de Santander. Los instrumentos utilizados para evaluar los aspectos antes mencionados, son los siguientes: el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa, diseñado en 1996 por el Ministerio de Salud de Colombia, OPS & Health Canada y la Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA [SEA-27] (Kasen, Vaughan & Walter, 1992), Adaptada y validada en México por López-Rosales y Moral de la Rubia (2001). Por medio de los resultados obtenidos en la investigación se pudo conocer que los jóvenes que durante los últimos 12 meses han tenido vida sexual activa el uso del condón no es totalmente frecuente como método anticonceptivo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, de ahí que, el 26,0% que equivale a 52 estudiantes contestó que ha usado condón todas las veces, el 18,5% que equivale a 37 estudiantes contestó que ha usado condón algunas veces y el 3,0% que equivale a 6 estudiantes contestó que ninguna vez ha usado condón en las relaciones sexuales penetrativas. De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que las conductas sexuales en los jóvenes si es un factor de riesgo para la transmisión de la infección de VIH/SIDA.

Palabras claves: VIH/SIDA, comportamiento sexual, Autoeficacia y conductas de riesgo.

Comportamiento sexual, VIH/SIDA

ABSTRACT

AIDS (acquired immune deficiency syndrome) has been classified as a world wide health problem reaching advanced stages day by day. The spreading of this disease to an epidemic proportion could expose persons within younger age groups in the population to an HIV infection; in fact, almost all infections take place during the adolescence which turns this problem into a world wide, national and regional public health problem. Therefore, the present study has had as objective identify the conducts of risk of transmission of HIV/ AIDS of university students from UIS, evaluating the conducts of risk in young people. The sample was constituted by 200 first semester students from the faculties of Sciences, Human Sciences, Physic Mechanic Engineering, Physic-Chemical Engineering and Health which make part of The Industrial University of Santander. The tools utilised to evaluate the aspects mentioned before are as follow: The confidential Questionnaire about active sexual life, designed in 1996 by the Minister of health of Colombia, OPS and Health Canada and The Scale of Auto efficacy For the prevention of AIDS [SEA-27] (Kasen, Vaughan & Walter, 1992), adapted and validated in Mexico by Lopez - Rosales y Moral de la Rubia (2001). Through the results obtained in the investigation we became to know that for the young people who has had active sexual life during the last 12 months the use of condoms as contraceptive method and as protection against sexual transmitted diseases was not frequent. As a result the 26% which is equivalent to 52 students answered that they have used condom every time they have had sexual intercourse, the 18,5 % which is equivalent to 37 students answered that they have used condoms some times they have had sexual intercourse and the 3,0 % which is equivalent to 6 students answered that they have not used condom during sexual intercourse. According the results obtained in the study it can be concluded that young people sexual conducts are a factor of risk in the transmission of HIV/AIDS'infection.

Key words: HIV/AIDS, Sexual Behaviour, Auto efficacy and risk conducts.

1. INTRODUCCIÓN

La salud puede entenderse como la expresión resultante de la interacción de múltiples procesos biológicos, ambientales y sociales (ONUSIDA, 2005). Se manifiesta diferencialmente dependiendo del entorno natural, contexto cultural, nivel de desarrollo social o humano de regiones y países, del momento histórico de cada sociedad; condiciones que configuran, de manera dinámica y cambiante, la realidad cotidiana en el bienestar de los seres humanos. La salud es vista entonces como un recurso positivo para el día a día, que incluye lo personal, lo social y lo físico (Mejía, 2000).

En relación con lo antes mencionado, existe una disciplina dentro del campo de la psicología, denominada Psicología de la Salud, que está relacionada tanto con la medicina conductual como con el estudio de la salud conductual; la psicología de la salud incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios (Brannon, 2000).

Expertos en salud pública coinciden que la actividad sexual sin protección maximiza el riesgo de contraer o transmitir graves enfermedades como el VIH/SIDA. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un conjunto de diferentes y diversas manifestaciones clínicas, ligadas a la infección por el VIH, que se caracteriza por un fallo del Sistema Inmunitario, y permite el desarrollo de enfermedades oportunistas y de ciertos tumores que disminuyen la salud hasta desembocar en la muerte del paciente. La

característica patogénica del agente causal, es el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), consiste en la destrucción progresiva e irreversible del Sistema Inmunológico y del sistema Nervioso de la persona infectada (Montagnier, 1983 & Gallo, 1984, citado en Martins, 2005).

Teniendo en cuenta que la infección de transmisión sexual (VIH/SIDA) termina con la muerte, desde que se diagnosticaron los primeros casos del VIH/SIDA en el mundo, se han unido esfuerzos por desarrollar tecnologías que permitan no sólo el diagnóstico precoz sino también el tratamiento retroviral más óptimo de la infección por el virus de la infección de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Uribe, 2005).

Los jóvenes son más vulnerables por su desarrollo social, emocional y psicológico incompleto; a esto se añaden las normas y las expectativas sociales que junto con la opinión de los compañeros, influye poderosamente en su comportamiento, contribuyendo a aumentar los riesgos para la salud (ONUSIDA, 2005).

En este trabajo, en sintonía con los planteamientos expuestos, se lleva a cabo el estudio de comportamiento sexual para la infección del VIH/SIDA, con la finalidad de identificar las conductas de riesgo con una muestra de 200 estudiantes de primer semestre de la Universidad Industrial de Santander. Lo que supone evaluar la forma en que los jóvenes asocian determinadas conductas con determinadas consecuencias y la relación que ello tiene con las conductas pro-salud que finalmente llevan a cabo (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002). Para la descripción del comportamiento sexual, las conductas de riesgo y

autoeficacia se recurrió a pruebas psicológicas que miden percepción de riesgo e información sobre vida sexual activa.

Finalmente, los resultados del estudio son expuestos en forma descriptiva, para lo que se realiza un análisis desde postulados teóricos y se llevan a cabo comparaciones con el resultado de otras investigaciones.

En los resultados obtenidos se puede observar que, los jóvenes con vida sexual activa durante los últimos doce meses son vulnerables a contraer alguna enfermedad de transmisión sexual debido al cambio frecuente de parejas sexuales.

En cuanto a la eficacia se encontró, que a los jóvenes se les dificulta hablar con sus padres acerca de temas sexuales que son inherentes a su formación actual.

De la misma manera, el uso del condón no es totalmente frecuente como método anticonceptivo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Una de las razones por las cuales se realizó esta investigación con los jóvenes es porque hay la necesidad de brindarles programas preventivos cada vez más acordes a su edad, sin que perciban amenazada su identidad y su proceso de maduración a nivel cognitivo, emocional y social.

2. JUSTIFICACIÓN

Desde su aparición, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, se ha constituido en uno de los principales problemas de salud del planeta debido a su impacto en lo humano, social y económico; ha llegado a ser la cuarta causa de mortalidad general y la primera en la población joven en los países desarrollados. Sin embargo, es en los países en vías de desarrollo donde habita la mayoría de personas infectadas (71%) (Navarro y Vargas, 2003).

El VIH/SIDA se ha convertido en el principal problema sanitario a nivel mundial a finales del siglo XX. En el año 1998 el número de infectados vivos había alcanzado 34 millones. Esta situación de la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica, según los datos más recientes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es cada vez más preocupante si se considera que ocupa el cuarto puesto a nivel mundial en función de la tasa de prevalencia y el tercero en cuanto al número total de personas diagnosticadas de VIH/SIDA en las distintas zonas geográficas del planeta (Buena- Casal, G; Páez, M; Sanchez, A & De los Santos, M, 2001).

En Colombia, el primer caso se reportó en Cartagena en septiembre de 1983 y hasta el 30 de junio de 2003 se habían reportado 40.072 casos, de los cuales el 96% fue transmitido por vía sexual. Es de destacarse que en departamentos de Santander y específicamente en Bucaramanga al finalizar el año 2003, 100 casos incidentes habían sido notificados al sistema de vigilancia epidemiológica, lo cual se traduce en un nuevo caso de VIH/SIDA cada 36 horas (Puerta, 2004). En el 2004, el número de personas que vivían con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

alcanzó su nivel más alto, se estima que 39,4 millones de seres humanos estaban infectados (OPS, 2005).

Se ha estimado que la transmisión del VIH en Colombia está principalmente asociada a las prácticas sexuales. Los temores, mitos y tabúes asociados a la sexualidad y su vinculación con el VIH pueden influir en la baja demanda voluntaria de pruebas diagnósticas y en el estigma, discriminación y exclusión a que pueden ser sometidas las personas que viven con el virus o que ya han enfermado de SIDA. El arraigo a ciertas tradiciones o creencias hace difícil el abordar temas de la sexualidad que son claves para la prevención y para la prestación de servicios de salud (Velandia, 2002).

La población joven es la más vulnerable como se ha reiterado varias veces (ONUSIDA, 2004) y se han realizado varias investigaciones en instituciones universitarias, de ahí, que los estudios preliminares realizados desde la División de Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander seccional Bucaramanga, indican que si bien el número y proporción de personas infectadas dentro de la comunidad estudiantil es casi nulo, las practicas sexuales dentro de la misma comunidad, como son las relaciones sexuales cóitales vaginales, anales y orales asociadas a múltiples compañeros sexuales y poca utilización del condón en las mismas, son de alto riesgo de adquisición y transmisión del VIH (Caballero, 1996).

Los jóvenes son más vulnerables por su desarrollo social, emocional y psicológico incompleto; a esto se añaden las normas y expectativas sociales que junto con la opinión de los compañeros, influye poderosamente en su comportamiento, contribuyendo a aumentar

los riesgos para la salud. Todo lo anterior, se ve reforzado por los tabúes sexuales presentes aún en ciertos sectores de la población y por la falsa invulnerabilidad que algunos jóvenes creen tener (ONUSIDA, 2005, citado por Couóh, M & Vera, L, 2006).

De acuerdo con Mendoza (1996) en la investigación realizada en la UIS, la confluencia de factores tales como comportamientos sexuales con alto riesgos de contagio, conocimientos apenas regulares sobre la enfermedad y su prevención y baja frecuencia de uso de condón permite decir que los estudiantes universitarios, están en riesgo real de contagio del virus. Institucionalmente se tiene una política de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por lo anterior, desde Bienestar Universitario adquiere singular importancia investigar qué conductas inciden como factores de riesgo de transmisión para el VIH/SIDA en la población de estudiantes.

Desde la psicología es importante conocer el actuar y el pensar del joven universitario, ya que son ellos los más propensos a adquirir este tipo de enfermedades de transmisión sexual, lo que permitirá situar al profesional en las acciones y tratamiento que se deben emprender y a la vez evaluar las actividades desarrolladas hasta el momento por parte de la disciplina en la institución desde el ámbito de la psicología Clínica y de la Salud.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, la psicología tiene un papel fundamental en el diseño de estrategias de prevención de la infección por el VIH con el fin de disminuir los nuevos casos. Por tanto, es relevante continuar con la identificación de factores de riesgo relacionados con la infección por el VIH; hasta el momento los

índices más prevalentes e incluidos en las investigaciones se relacionan con el nivel de conocimientos, las actitudes, la percepción de riesgo y la autoeficacia percibida frente a la infección por el VIH (Uribe, 2005).

El hecho de que en el año 2003 se realizaran proyecciones para el 2004, donde se estimaba que en Colombia habría más de 7.500.150 personas entre los 10 y los 30 años viviendo con VIH/SIDA, justifica la identificación de los factores de riesgo de esta enfermedad en la juventud que permita implementar estrategias u orientación adecuada para prevenir el contagio por infecciones de transmisión sexual (Navarro y Vargas, 2003).

De ahí, que la relevancia de este estudio es que en la adolescencia se inicia o instauran las conductas de salud y las habilidades para la vida que pueden ser diagnosticadas, intervenidas y modificadas a tiempo para el bienestar del adolescente y el bienestar social. A su vez, se dan cambios neuronales que facilitan el desarrollo de habilidades cognitivas a favor de los adolescentes y el aprendizaje (Uribe, 2005).

Por tanto, educar a los jóvenes acerca del VIH y enseñarles habilidades para negociar, resolver conflictos, tomar decisiones y saber comunicarse, mejora la confianza en ellos mismos y su capacidad para la toma de decisiones con conocimiento de causa, como puede ser el demorar el inicio de la actividad sexual hasta que sean suficientemente maduros para protegerse de la infección por VIH, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de los embarazos no deseados (ONUSIDA, 2002).

3. PROBLEMA

El comportamiento sexual y las infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA) en las y los jóvenes es una de las problemáticas que hoy día cobra mayor interés en el ámbito de la salud a nivel mundial, en tanto, que busca identificar la percepción de riesgo que tienen ellos frente a la enfermedad que lleven a generar estrategias preventivas hacia la misma, por lo cual, el presente estudio está dirigido hacia el VIH/SIDA, siendo este una pandemia que cada vez cobra más vidas. Describir el comportamiento sexual y la autoeficacia es lo que se indaga a través de la siguiente pregunta:

¿Qué conductas de riesgo de transmisión del VIH/SIDA tienen los estudiantes universitarios de la UIS?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Identificar las conductas de riesgo de transmisión del VIH/SIDA en estudiantes universitarios de la UIS.

4.2 Objetivos Específicos

Evaluar las conductas de riesgo que existen en los estudiantes frente a la transmisión del VIH/SIDA.

Establecer las conductas de riesgo más frecuentes para la transmisión del VIH/SIDA en estudiantes de la UIS (Bucaramanga).

Medir la prevalencia de riesgo frente a la transmisión de VIH/SIDA en los estudiantes de la UIS.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Aspectos Médicos del VIH

Desde los primeros casos del SIDA han pasado más de 20 años, durante los cuales la psicología de la salud ha cobrado un importante papel: el de actuar buscando nuevas formas de prevenir el rápido avance de la epidemia, facilitar la adaptación y mantener el bienestar y la calidad de vida de las personas que están infectadas por el virus (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

Expertos en salud pública coinciden que la actividad sexual sin protección maximiza el riesgo de contraer o transmitir graves enfermedades como el VIH/SIDA. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un conjunto de diferentes y diversas manifestaciones clínicas, ligadas a la infección por el VIH, que se caracteriza por un fallo del Sistema Inmunitario, y permite el desarrollo de enfermedades oportunistas y de ciertos tumores que disminuyen la salud hasta desembocar en la muerte del paciente. La característica patogénica del agente causal, es el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), consiste en la destrucción progresiva e irreversible del Sistema Inmunológico y del sistema Nervioso de la persona infectada (Montagnier, 1983 & Gallo, 1984, citado en Martins, 2005).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue detectado hace aproximadamente 21 años en Estados Unidos, y en el año de 1983, la comunidad determinó la existencia del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como el agente causal del SIDA, ONUSIDA & OMS (1996), uno de los factores determinantes en la transmisión de este virus es la

práctica de relaciones sexuales no protegidas como la causa más frecuente de contagio, aportando casi 80% de las infecciones de los adultos frente a otras formas de transmisión, como el uso de jeringas entre los drogodependientes y las transfusiones de sangre, modos inicialmente calificados como los responsables de la expansión de la enfermedad (OPS, 2005).

Normalmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamadas linfocitos CD4. Desafortunadamente, el VIH ataca específicamente a los linfocitos CD4 y entra en ellos. Una vez adentro, el virus les inyecta su propio material genético y los utiliza para replicarse o hacer copias de sí mismo. Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscan a otras células para atacar. Mientras, las células de donde salieron mueren. Este ciclo se repite una y otra vez. Por lo tanto, muchas copias de VIH se producen todos los días. Sin embargo, el virus gana, el número de células CD4 disminuye progresivamente y la persona sufre de inmunodeficiencia, lo cual significa que la persona no puede defenderse de otros virus y bacterias que causan enfermedades (Antela, 2004).

Las personas infectadas con VIH pueden desarrollar infecciones leves o síntomas como: diarrea, pérdida de peso, fiebre, nódulos linfáticos inflamados, tos y dificultad para respirar. Cuando se desarrolla el SIDA, la persona está susceptible a infecciones oportunistas. Los signos y síntomas de algunas de estas infecciones

incluye: sudoración nocturna, escalofríos y fiebre por semanas, tos seca y dificultad para respirar, diarrea crónica, lesiones blancas en la lengua y boca, dolor de cabeza, visión alterada y pérdida de peso (Grupo de epidemiología, 2000).

La infección por VIH se diagnostica detectando anticuerpos para el virus en sangre. Cabe aclarar que las pruebas del VIH no son totalmente seguras después de la infección ya que el cuerpo se tarda algunas semanas para desarrollar estos anticuerpos (de 6 a 12 semanas). A la persona se le pedirá una prueba de sangre llamada prueba presuntiva de ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay). Esta prueba debe repetirse si es positiva. Si la prueba resulta positiva de nuevo, se realizará otra prueba llamada Western Blot prueba confirmatoria. La prueba de Western Blot confirma la presencia de las proteínas VIH en la sangre. Esta prueba es importante para evitar falsos positivos, la persona recibirá un diagnóstico de VIH/SIDA solamente si las tres pruebas son positivas (Antela, 2004).

El curso de la infección por VIH varía enormemente, en función del paciente, a pesar de los tratamientos antirretrovirales. Algunos pacientes presentan un deterioro rápido, mientras que otros viven durante años después de ser diagnosticados de SIDA. Las razones para que se produzca esta diferencia en la progresión de la enfermedad no están totalmente claras, pero quizás las características de la cepa viral o ciertas diferencias en el proceso de replicación del virus puede ser determinantes para la mayor supervivencia o aún, como proponen Perry y FisMan (1993), las variables psicosociales también

pueden ser uno de los posibles factores que en interrelación con otros factores difieren uno u otro resultado (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

Actualmente existen guías para el tratamiento con medicamentos antirretrovirales en personas con VIH/SIDA. El propósito de los medicamentos antirretrovirales es reducir la multiplicación del virus en la sangre hasta tener niveles bajos o carga indetectable del virus, aunque esto no significa que el virus haya desaparecido. Esto generalmente se logra con un adecuado esquema retroviral, que incluye entre 1 a 3 retrovirales. Las guías de tratamiento enfatizan la importancia de calidad de vida, por lo tanto, la meta del tratamiento del VIH/SIDA, es encontrar el tratamiento más sencillo que tenga pocos efectos secundarios. La respuesta al tratamiento se mide por niveles de VIH en la sangre (carga viral), estos niveles deben ser medidos al inicio del tratamiento y cada 3 a 4 meses (Antela, 2004).

5.2 Formas de Transmisión

El SIDA es un problema de salud mundial que avanza día a día. Al propagarse esta epidemia, quedan expuestos al riesgo de infección por VIH grupos de edad cada vez más jóvenes, de hecho, casi todas las infecciones por este virus tienen lugar durante la adolescencia (ONUSIDA 2004).

La expansión de esta pandemia se ha originado por varias razones, siendo la más común de ellas la transmisión por vía sexual. Esto, obedeciendo a la gran cantidad de personas que actualmente asumen "conductas de riesgo", sobre todo al interior de la población joven. El inicio sexual en adolescentes se da en condiciones de alto riesgo debido al no-uso del preservativo en la primera y posteriores

relaciones sexuales, siendo el 57% jóvenes y adolescentes del sexo femenino (OPS, 2004). El informe sobre la epidemia mundial de SIDA (2004), evidenció que en el año 2003 entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,5% de las mujeres y el 0,8% de los varones estaban infectados con el VIH.

La transmisión del VIH en Colombia está principalmente asociada a las prácticas sexuales. Los temores, mitos y tabúes asociados a la sexualidad y su vinculación con el VIH pueden influir en la baja demanda voluntaria de pruebas diagnósticas y en el estigma, discriminación y exclusión a que pueden ser sometidas las personas que viven con el virus o que ya han enfermado de SIDA. El arraigo a ciertas tradiciones o creencias hace difícil el abordar temas de la sexualidad que son claves para la prevención y para la prestación de servicios de salud (Velandia, 2002).

Según Navarro y Vargas (2003) en la investigación desarrollada con la población joven de Barranquilla, uno de los factores de mayor relevancia como práctica sexual riesgosa fue la no utilización del condón en todas las relaciones sexuales, hecho que no demostró diferencia de acuerdo al sexo, lo que se ha encontrado en otros estudios como el realizado con estudiantes universitarios de Bucaramanga por Vera, López, Ariza y colaboradores (2004), donde se encontraron diferencias significativas por sexo, fue en haber tenido más de un compañero sexual, pues es mucho mayor en los hombres que en las mujeres. Lo anterior es importante, sobre todo si se tiene en cuenta que una de cada tres de estas relaciones se tiene con personas desconocidas.

El comportamiento sexual desprotegido no se explica solamente por la falta de educación sexual o de acceso a condones, tiene también su origen en las creencias, actitudes y prácticas instituidas en la sociedad con relación al ejercicio de la sexualidad. La representación de las prácticas sexuales estrictamente vinculadas con la función reproductiva o con su implicación placentera, sin relación necesaria con el erotismo y la afectividad, expresan relaciones de poder entre hombres y mujeres, en las cuales el hombre cumple el papel de proveedor y protector, y la mujer el de madre y reproductora (Bodnar *et al.*, 1999)

5.3 Percepción de Riesgo

Como inicio, un aspecto atrayente de descubrir en la percepción de los adolescentes, es que no surge una misma argumentación acerca de lo que se concibe como sexualidad, no obstante, la generalidad de los jóvenes concuerdan llanamente que la palabra sexualidad se vincula con relaciones sexuales, y por el contrario, es poco frecuente el surgimiento de alguna expresión que vaya a razonar la sexualidad desde un marco más extenso y completo (Córdoba, 1999).

Asimismo, las prácticas sexuales en los adolescentes, y las particularidades de éstas y la experiencia de la sexualidad sólo son aceptables de ser ilustradas por ellos, al ser aludidas a otros jóvenes. Lo anterior, evidencia que las relaciones sexuales en nuestra cultura, y especialmente tocante a los jóvenes, más aún si son mujeres, son una cuestión tabú, vigorosamente afín a la crítica, la intimidación, al reproche y al sigilo. Por otra parte, cuando se hace referencia al hablar acerca del amor, el afecto y lo afectivo que

sienten respecto a otra persona, esos sentimientos son valorados referente a la relación de pareja (Ramos y Cantú, 2003).

Así, es viable concebir una barrera sobre la sexualidad, la cual esta emparentada con la vida íntima, que emerge encubierta, y de alguna manera, fraguada en las experiencias de otros adolescentes; lo que repercute en una situación menos amenazante al hablar respecto de lo que ellos hacen o no hacen, y que implica evitar comprometerse personalmente con el tema (Ramos y Cantú, 2003).

En cuanto a la percepción de riesgo de contraer el virus VIH, se observan dos perspectivas que parecen vincularse. Una de ellas sustenta que esto puede acontecerle a toda persona en cualquier momento, al mismo tiempo que subsiste el pensamiento de que es poco probable que les ocurra ha ellos mismos. En este sentido, ambas argumentaciones se polarizan (Córdoba, 1999).

De lo anterior, se segrega que el contraer el virus se revela en una cuestión fortuita, que acontece sin que las personas logren vaticinar un escenario de riesgo y efectuar conductas designadas a impedir la transmisión del virus. La transmisión del VIH se manifiesta como un hecho tan insubordinado, que emana la conjetura de que no interesa lo que se haga para sortearla, esto puede suceder en cualquier momento, permaneciendo esta situación en manos del destino o del azar. Desde esta perspectiva, los jóvenes no cuentan con suficiente conocimiento del hecho que las personas pueden tomar un papel activo en la prevención de este padecimiento (Ramos y Cantú, 2003).

La percepción de riesgo en relación a la infección VIH/SIDA supone la valoración personal que la persona hace de su *vulnerabilidad* al contagio. A la hora de analizar la percepción de riesgo la forma más habitual de medida ha sido a través de auto-informes en los que a través de preguntas directas se valora el riesgo que el sujeto percibe de contagiarse con el VIH. En el trabajo de Fernández, González, González y López (1993) (Citado por Lameiras, 1998) el 38% de los sujetos sexualmente activos/as se consideran en riesgo respecto a la infección VIH/SIDA y dicha percepción de riesgo se incrementa notablemente en los que no usaron siempre el preservativo y han cambiado de pareja.

Oraá (1996) comprueba que la mayor percepción de riesgo se da en las mujeres y en las personas que han mantenido relaciones sexuales. Un dato interesante de este estudio es que el 94% de quienes mantienen relaciones sexuales manifiestan que se quedarían más tranquilos/as si su pareja les propusiera utilizar el preservativo porque con ello demuestra ser una persona prevenida y responsable. Teniendo en cuenta que los estudios demuestran el obstáculo que el preservativo impone para el desarrollo de la "confianza" percibido como elemento clave para el mantenimiento de la pareja (Lear, 1995), es muy probable que una vez que la pareja se estabilice, el valorarla como "prevenida y responsable" dejará paso a la confianza y por tanto a la innecesaria utilización del preservativo. En el trabajo de Planes (1993) la mayoría de los jóvenes universitarios/as evaluados creen que sus posibilidades de contagiarse con el VIH se sitúan por debajo de la media cuando se comparan con sus compañeros de curso del mismo sexo y edad, por lo que

se comprueba el sesgo optimista independientemente de su nivel de conocimientos en relación a la infección VIH/SIDA (Lameiras, 1998).

Sin embargo, incluso en aquellos sujetos con alta percepción de riesgo al contagio del VIH no utilizan de forma sistemática el preservativo en sus relaciones sexuales. Por tanto la realidad es que los datos llevan a concluir que la variable *percepción de riesgo* surge como variable necesaria pero no suficiente para explicar la conducta preventiva y evitar el contagio del VIH. Es decir, parece que es necesario percibir el riesgo para llevar a cabo una conducta preventiva en la esfera de la sexualidad (Van der Pligt et al., 1993) pero percibir el riesgo de contagio del VIH/SIDA no garantiza que la conducta preventiva se dé (Kelly, Sikkema y Winnett, 1995).

El contexto social se basa en factores como: normas y valores sociales que influyen en la percepción de lo que es aceptable y ambientes sociales que definen diferentes normas de conducta. Las normas de un grupo social específico afectan la percepción del riesgo y el significado social que se le confiere, de modo que existe un nivel de riesgo aceptable que varía de acuerdo con el contexto y el grupo social. Se ha visto que si un grupo de individuos ignora el riesgo manifiesto es porque su red social lo estimula a hacerlo. La interacción social parece jugar un papel mayor en la codificación perceptual de los riesgos" (Douglas, 1996, citado por ONUSIDA, 1999).

Existen factores propios de la interacción social en ciertos grupos poblacionales que ayudan a mantener "lo aceptable" y lo normal de tener sexo sin protección. La percepción del riesgo sexual se ve influida por normas sexuales y conductuales que son comunes a los

grupos sociales. Todo esto señala la importancia de generar intervenciones que estimulen cambios en las normas sexuales y no solo en las creencias individuales sobre la salud y la percepción del riesgo (ONUSIDA, 1999).

Las representaciones sociales sobre la sexualidad, las creencias, prácticas y comportamientos derivados de la perspectiva predominante de desigualdad de géneros, la falta de reconocimiento de las diversas formas de orientación sexual y de construcción de masculinidad y feminidad, la existencia de algunos ordenadores que rigen la cultura como el consumismo y prácticas sociales específicas como los "modos de rumba", son algunos de los procesos culturales y sociales que contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia en el país (ONUSIDA 2006).

Además de la normativa sociosexual, el riesgo también es situacional y relativo, es decir, que se percibe diferencialmente dependiendo del contexto y de la situación en la que se negocie el encuentro sexual. Lo que se percibe como un costo, un beneficio o un riesgo, no es estático o necesariamente compartido por individuos similares, sino que está situado en diferentes contextos sociales. El comprender el contexto social de la percepción del riesgo requiere evaluar lo prioritario del riesgo en el contexto de otros más cotidianos e inmediatos (ONUSIDA, 1999).

Otra de las características de los adolescentes es que tienen más en cuenta los riesgos inmediatos que los de largo plazo, ante lo cual no dimensionan la infección de VIH como de graves consecuencias al no lograr ver las consecuencias inmediatas (Moscoso- Álvarez, et al.,

2001). De igual forma, los adolescentes sobreestiman su vulnerabilidad hacia la infección por el VIH y no perciben las implicaciones físicas, psicológicas y sociales de la infección por el VIH; por tanto, estas características de los adolescentes se convierten en factores de riesgo frente al consumo de drogas, a las relaciones sexuales sin protección, y por tanto, a la adquisición de las enfermedades por transmisión sexual como el VIH (Lameiras, 1998).

De León, Pelcastre y Rojas (1999) plantean que la alta percepción de inmunidad autoadjudicada a los adolescentes se debe incluir para el diseño de programas preventivos frente a la infección por el VIH en la población adolescentes; ya que es un factor de sesgo o anulación sobre la información que se recibe en las actividades educativas. Por tanto, este aspecto justificaría la baja percepción de riesgo que tienen los adolescentes frente a la infección por el VIH y frente a la emisión de conductas de riesgos sin ser conscientes de ello y ser subvalorado las consecuencias, a lo que se le denomina también "invulnerabilidad percibida" (Becoña, 2000). Ante la vulnerabilidad frente a la infección por el VIH identificada en los adolescentes, es fundamental que los diferentes profesionales de la salud y la educación generen e implementen estrategias preventivas frente a la infección por el VIH acorde a las características de los adolescentes (Santrock, 2003).

Se concibe la percepción de riesgo como la probabilidad subjetiva de que una consecuencia negativa le ocurra al sujeto, lo que Van der Pligt (1998) define como «riesgo incondicional». Los datos obtenidos desde esta conceptualización de la percepción de riesgo dan cuenta de

una «invulnerabilidad percibida», también denominada «ilusión de control», es decir, de una valoración sistemáticamente baja del riesgo asociado a determinadas conductas. Esta invulnerabilidad se considera resultado de un optimismo no realista que se combina con la distorsión denominada *primus inter pares* que supone infravalorar el riesgo personal y sobrevalorar el ajeno. Teniendo en cuenta estas reflexiones las predicciones que se establecen a nivel teórico realmente no se corresponden a nivel empírico, esto es, que la percepción de riesgo esté vinculada a la ejecución de determinadas conductas pro-salud, en este caso el uso sistemático del preservativo en las relaciones heterosexuales; ya que independientemente de las conductas que finalmente se ejecuten la percepción de riesgo es valorada personalmente como baja (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002).

Para Van der Pligt (1998) la explicación motivacional del sesgo que da lugar a la aparición de este fenómeno de la «invulnerabilidad percibida» y que cuestiona también el fenómeno de la distorsión denominada *primus inter pares* que supone la escasa relación entre las medidas de percepción de riesgo hasta ahora masivamente utilizadas y las conductas pro-salud, está condicionada por la necesidad de reducir los sentimientos de miedo y ansiedad, lo que puede ser incluso adaptativo. Ya que tal como propone Rogers (1983) en su modelo de la Motivación de la Protección, también ampliamente utilizado para la prevención de la infección VIH/SIDA, más que apelar a los mensajes que estimulen miedo y ansiedad en los sujetos, el primer paso para alcanzar las conductas pro-salud es conseguir convencer a las personas de la asociación que hay entre determinadas conductas y determinadas

consecuencias negativas. Una conceptualización de la percepción de riesgo que encuentra su simetría positiva en el concepto de «expectativas de resultados» de Bandura (1986), definida como la vinculación de determinadas conductas con determinados resultados positivos, por ejemplo asociar la utilización del preservativo al objetivo de evitar enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como embarazos no deseados (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002).

Todo lo anterior tiene vital importancia en las campañas desarrolladas para prevenir la infección VIH/SIDA ya que favorecer la percepción de riesgo no puede ser el único objetivo con el que pueda justificarse el cambio de conducta y otras variables: a) las normas que impone el grupo de iguales, b) el incremento de la autoeficacia percibida, y c) el favorecer la identificación del sujeto con las emociones negativas que pueden surgir una vez que la conducta sexual se ha llevado a cabo sin protección, permitiendo que el sentimiento de angustia y de culpa activen el deseo y la motivación del sujeto de llevar a cabo una conducta sexual protegida y tranquilizante desde el punto de vista afectivo (van del Pligt et al., 1994, Richar y van der Pligt, 1995) pueden ayudarnos a alcanzar el objetivo de abarcar a todas las "suficientes" y conseguir con ello dar un paso firme en la lucha contra la infecciól VIH/SIDA en los más jóvenes (Citado por Lameiras, 1998).

5.4 Uso del Preservativo

El interés por evaluar el uso del preservativo viene condicionado por constituir el único profiláctico útil para prevenir ETS, y especialmente la transmisión de VIH en las relaciones sexuales que permite el intercambio de semen y fluidos vaginales (Lameiras, 1998).

La predisposición de los adolescentes para el uso del preservativo y las habilidades de negociación ante el uso del mismo han sido estudiadas por diferentes autores. Por tanto, la autoeficacia a nivel sexual es un predictor sobre el uso del preservativo (Colón, Wiatrek y Evans, 2000). El uso del preservativo es una de las conductas de protección frente a la infección por el VIH; sin embargo, esta conducta está mediada por las diferentes creencias que una persona tiene frente al preservativo, por las normas establecidas sobre la sexualidad y por el preservativo en un contexto social determinado; al igual, que la autoeficacia y las habilidades de negociación sobre el uso del preservativo que tenga una persona con su pareja sexual, ya sea estable o casual (Crosby et al, 2003). De igual forma los autores plantean que existe una relación entre la utilización del preservativo y las diferentes barreras para su uso en los adolescentes ya sean personales, sociales o económicas. Una de esas barreras es la actitud de la pareja frente al uso del preservativo ya sea de aprobación o de rechazo y a su vez, la autoeficacia y las habilidades de negociación del preservativo en la relación sexual (Villarruel, Jemmott y Ronis, 2004; Citados por Uribe Rodríguez, 2005).

La sexualidad produce en muchos jóvenes ansiedad y turbación, en parte por que es común que la sociedad misma reaccione de esta manera ante este tema. Aún los jóvenes que saben como protegerse contra el VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes para hacerlo, la ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los jóvenes utilicen condones por que para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja. Algunos jóvenes, especialmente las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o por sentirse incómodos con su sexualidad (Ramos y Cantú, 2003).

A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. Niegan que necesiten anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos. Los adolescentes que niegan el riesgo personal que corren de contraer el VIH/SIDA pueden ignorar los mensajes de prevención, descartar su importancia o pensar que ellos no son los responsables de la protección (Ramos y Cantú, 2003).

De igual modo, se encuentra una relación entre la autoeficacia y la frecuencia en el uso del preservativo en los adolescentes, es decir, en la medida que la autoeficacia se incrementa el uso de preservativo se vuelve más frecuente (Basen-Engquist y Parcel, 1992). Salazar et al. (2004) indican que el miedo a negociar el uso del preservativo, el número de comunicaciones en pareja sobre las relaciones sexuales y la autoeficacia para el uso del preservativo son indicadores para identificar el nivel de comunicación en pareja. Por tanto, las relaciones interpersonales de los adolescentes facilitan el desarrollo de la confianza en sí mismos (UNICEF, 2002). Las actitudes, las normas

y la autoeficacia son importantes para el uso del preservativo, teniendo en cuenta que cuando más favorables sean las actitudes hacia el preservativo, y se perciba capacidad para su adquisición y uso, la probabilidad de uso será mayor (Bryan, Aiken y West, 2004; Mashegoane, Moalusi, Ngoepe y Peltzer, 2004). Adicionalmente Crowell (2004) indica que las habilidades sociales como la asertividad y la autoeficacia son claves en el uso del preservativo, teniendo en cuenta que es un proceso de negociación y ante el cual se deben contar con las habilidades de interacción necesarias y sentirse capaz de lograr la negociación para protegerse en una relación sexual (Uribe Rodríguez, 2005).

5.5 Autoeficacia

En la prevención del VIH/SIDA, la conducta sexual tiene un peso significativo, las actitudes del individuo y la capacidad (autoeficacia) de controlar y planificar el comportamiento sexual son importantes para evitar las conductas sexuales de riesgo. Aunque muchos adolescentes elegirán tener relaciones sexuales y deberían estar conscientes de las consecuencias de esto y de como protegerse (Egremy, 1998), es un hecho que aun los jóvenes que saben sobre el VIH, no suelen protegerse porque carecen de conocimientos prácticos, apoyo o medios para adoptar comportamientos seguros, o por considerar que su riesgo para la infección por el VIH es muy bajo o nulo (ONUSIDA, 2005).

En la actualidad, la autoeficacia es una de las variables de mayor interés en los procesos en los cuales está implicada la salud de las personas principalmente por los beneficios que puede tener en las estrategias de autocuidado. Bandura (2001) basándose en su teoría del aprendizaje social, establece que la autoeficacia se basa en la

percepción que tiene una persona sobre su capacidad para controlar su conducta y el ambiente, y a su vez determina su estilo de vida; la persona no solo debe percibir que puede lograr un objetivo, sino que tiene la capacidad para alcanzarlo y puede responder a los diferentes obstáculos que se presenten.

Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico. Por lo cual, los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos; una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura, 2001).

Otros autores, como López Rosales (1996) indican que la autoeficacia es la habilidad que tiene un individuo para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su compañero sexual sobre las relaciones sexuales anteriores y las conductas de riesgo que hayan sido emitidas, y finalmente, la habilidad para adquirir y usar el preservativo.

En el 2003, López & Moral desarrollaron una investigación en la cual plantean que en situaciones de riesgo sexual, las creencias que un adolescente desarrolla sobre su competencia para rechazar ofrecimientos sexuales o usar protección determinan el curso del comportamiento de

acuerdo al conocimiento y a las habilidades aprendidas. De acuerdo a este planteamiento el resultado de la conducta humana está ligado a la experiencia y a las creencias adquiridas frente a la capacidad de responder ante dichas situaciones.

Diferentes autores, consideran la autoeficacia como fundamental en la reducción del riesgo frente a la infección por el VIH (Kasen, Vaughan y Walter, 1992; Mize, Robinson, Bockting y Scheltema, 2002). Bandura (1997) considera la autoeficacia como un elemento fundamental en la evaluación para la prevención de la infección por el VIH y la fundamenta en cuatro fuentes: las experiencias de éxito, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados emocionales y fisiológicos. De igual forma en algunos estudios se indica la influencia de los conocimientos sobre el VIH/SIDA en la percepción de autoeficacia en los adolescentes frente a la infección por el VIH, ya que en la medida que aumentan los conocimientos, aumenta la percepción de autoeficacia (Mize et al, 2002; Paniagua et al, 1997).

En ocasiones, los jóvenes que saben como protegerse del VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes sociales para hacerlo y muchos otros temen poner en peligro la relación si le pidieran a su pareja que les informe sobre su actividad sexual anterior o si se propone el uso del preservativo (Couón y Vera, 2006).

Así mismo, Quintana (citado en Rotter & cols, 2002) halló que las mujeres que logran negociar sexualmente con sus parejas muestran una buena autoeficacia, sobre esto, el 62.6% de su muestra reportó tener mucha influencia en la decisión de usar algún método anticonceptivo; en tanto Lameiras (citado en Rotter & cols, 2002) informa que el uso del

condón y las relaciones casuales en adolescentes varones españoles se asoció con su autoeficacia.

De igual forma, la autoeficacia es una de las variables psicológicas que ha sido, incluida en diferentes estudios relacionados con las conductas de riesgo de los adolescentes como son las conductas sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas, frente a la infección por el VIH. Swartz, Lurigio y Weiner (2004) establecieron grupos de riesgo con adolescentes encarcelados en función de las conductas de riesgo que se emitieran y su relación con el nivel de autoeficacia. Los resultados muestran que los considerados en mayor riesgo tendían a consumir más sustancias psicoactivas, y a su vez, sus niveles de autoeficacia y percepción de riesgo eran más bajos. Por tanto, la autoeficacia es un factor que se relaciona no solo con conductas de autocuidado a nivel sexual sino también frente a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, se encuentra una relación entre autoeficacia y las conductas de riesgo, estableciéndose en la investigación cuatro grupos: el de alta autoeficacia y pocas conductas de riesgo; los de baja autoeficacia y pocas conductas de riesgo, baja autoeficacia y algunas conductas de riesgo, y los de baja autoeficacia y varias conductas de riesgo; los resultados indican que a mayor autoeficacia hay menor conductas de riesgo (Mitchell, Kaufman, Beals y Pathway Choice Hlth Ways Project, 2004; citados por Uribe, 2005).

A partir de los diferentes estudios, la autoeficacia es una variable fundamental en la prevención de la infección del VIH principalmente porque se relaciona con las estrategias de prevención

como es el uso del preservativo (Zak-Place y Stern, 2004). En la misma línea, en investigaciones relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos se enfatiza en que si una mujer se siente cada vez capaz de asumir comportamientos de anticoncepción, mayor será la probabilidad de su uso y su mantenimiento en el tiempo (Cabral et al., 2004). Por tanto, se puede indicar que en la medida en que una persona reduzca su conducta de riesgo, se perciba en menor riesgo frente a la infección por el VIH y mejore sus niveles de autoeficacia van a ser indicadores de cambio a favor de las conductas de protección frente a la infección por el VIH (Longshore, Stein y Conner, 2004). De igual forma en la medida en que una persona se perciba capaz de tener relaciones sexuales, de igual forma se sentirá capaz de utilizar los métodos anticonceptivos necesarios y emitir conductas de autoprotección (Bandura, 1997; Citados por Uribe, 2005).

Finalmente, la prevención de la infección por el VIH implica comportamientos de autoprotección en la población en general pero principalmente en los adolescentes; por lo cual, el desarrollo de habilidades de autocuidado implica la percepción de control sobre la situación a partir de contar con unas habilidades básicas para responder a determinadas situaciones. Con base en lo anterior, es fundamental que el individuo genere una serie de hábitos que le permitan establecer un estilo de vida saludable y que no se modifique la conducta cuando ya se presentan consecuencias negativas en la salud (Bandura, 2001).

La intervención educativa y preventiva debe iniciarse desde la infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta que son etapas en las

cuales se inician ciertos comportamientos que se convertirán en hábitos; en la medida en que los adolescentes reciban información sobre la sexualidad, permitirá que asuman comportamientos de autoprotección a través del desarrollo de habilidades en el área sexual y social, disminuyendo la probabilidad de riesgo frente a la infección por el VIH (Bandura, 1997). Por tanto, en la medida en que las personas relacionen las conductas de riesgo con las consecuencias que se presentan a corto, mediano y largo plazo, va a determinar inicialmente un cambio en la creencia y continuar con el desarrollo de ciertas habilidades que le permitan finalmente modificar esa conducta y evitar las consecuencias negativas manteniendo la conducta protectora (Uribe, 2005).

5.6 Adolescencia

La adolescencia es un producto cultural de las sociedades desarrolladas que hace referencia a una edad de "tránsito" que se inicia con la pubertad y que finaliza con la incorporación del sujeto al grupo de adultos.

La ley de la juventud en su capítulo 1, artículo 3º entiende por juventud "a la persona entre 14 y 26 años de edad". A renglón seguido se establece que "esta definición no sustituye los límites de edad establecidos por otras leyes para adolescentes y jóvenes" (ONUSIDA, 1999).

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo de altísimo riesgo para la salud de los individuos debido a una multiplicidad de razones, dentro de las que se pueden destacar: curiosidad desbordada, necesidad de constatar por sí mismo, todas las cosas y acontecimientos del entorno, necesidad de experimentación que le

permita sentir todo de primera mano, rebeldía y culpa inconsciente, compulsión a ser diferente, falta de experiencia vital, todo ello asociado a una búsqueda de libertad sin límites (PREVEDUCAR, 1997).

Es posible establecer conceptualizaciones frente a las "fases" o estados de la adolescencia como son:

- **Adolescencia temprana:** incluye la fase prepuberal y el comienzo de la pubertad. Se presentaría entre los 12 a los 14 años. Incluye la preadolescencia, es decir, un momento localizado entre el período de latencia del desarrollo psicosexual y la adolescencia propiamente dicha. Toda la fase se caracteriza por cambios relativamente rápidos en la esfera corporal orientados hacia el desarrollo completo del ser; los cambios físicos muy precoces o los que se presentan de manera tardía, implican mayores dificultades de adaptación al implementar un sentimiento de ser diferente frente a los miembros de su grupo de pares.
- **Adolescencia mediana:** entre las edades de 15 a 17 años. Se caracteriza por un aumento de la intensidad de los sentimientos y por una mayor visión de estos, tanto por la sobrevaloración de su grupo de pares. Sus conflictos se ven en relación, entre otras cosas, con: preocupaciones y compromiso con y por grupos de pares, preocupaciones frente a imagen corporal, desarrollo de identidad; aquí aparece uno de los elementos de riesgo para el adolescente cual es el sentimiento de omnipotencia e inmortalidad que les lleva a incremento en la accidentalidad, empleo de psicotóxicos, comportamiento suicida, embarazo no deseado y presencia de ITS.

- **Adolescencia tardía:** Considerada en las edades de 18 a 20 años. Los principales retos para este momento son los de lograr una identidad personal, aumentar la capacidad de intimidad afectiva con el otro-significativo, conseguir una separación de las figuras parentales, iniciar la adquisición de responsabilidades, corrientemente dejadas a los adultos. Todo ello, sin embargo, puede conducir a incremento en los estados de depresión/tristeza, tendencias suicidas o trastornos emocionales derivados de las necesidades de independencia y de la toma de responsabilidades de adulto. (PREVEDUCAR, 1997)

Los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimenta el adolescente hace que se den conflictos individuales y de interacción por el proceso de adaptación; a su vez, recibe presiones, tiene ciertas limitaciones y no cuenta con las habilidades suficientes para afrontarlo (Moreno, Vacas y Roa, 2000). En la actualidad, la adolescencia cada vez se extiende más por lo que el adolescente continúa dependiendo económicamente de su familia, ya sea porque está estudiando o porque no encuentra trabajo. De igual forma, los cambios sociales han influido en los procesos de adaptación del adolescente en su entorno, no solo por las diferentes estructuras familiares existentes sino también por la diferencia en la escala de valores entre generaciones (Moreno et al., 2001; citados por Uribe 2005)

En los últimos años se han incrementado las problemáticas psicológicas en los adolescentes principalmente relacionados con la depresión, el intento de suicidio, la conducta antisocial, los problemas de adaptación y socialización; estas problemáticas también se

han identificado como factores de riesgo frente a la infección por el VIH (Kalichman, 1998). En un estudio epidemiológico sobre salud mental se identificaron los trastornos de conducta (26.5%) y los trastornos de ansiedad (16.9%), como los trastornos más frecuentes en los adolescentes y en las adolescentes respectivamente (Gutiérrez, Navarro y Herrero, 2003). Adicionalmente, los adolescentes tienen una visión negativa hacia el futuro, un bajo rendimiento escolar y poca expectativa laboral afectando la identidad del mismo (Santrock, 2003; Takanishi, 1993; citados por Uribe, 2005)

Otro aspecto significativo para señalar es la edad de inicio en las relaciones sexuales, donde niños y adolescentes de 9 a 10 años de edad ya han iniciado su vida sexual, presentándose claras diferencias por género (menor edad en varones y mayor en mujeres), (León & Cossio, 1993, citado en Tarazona, 2006).

La adolescencia y la juventud por sí misma no son un factor de alta vulnerabilidad para el VIH/SIDA, si bien en estos periodos del itinerario vital emerge el ejercicio de la sexualidad en sus diferentes formas, la vulnerabilidad de los y las adolescentes y jóvenes tiene su origen en la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, que conduce a comportamientos sexuales no protegidos. El inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas, la baja percepción de riesgo con el consecuente no uso del condón, las presiones de grupo para asumir comportamientos de riesgo, el alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre

transmisión y prevención de las ITS y SIDA, han sido identificados como factores de vulnerabilidad en este grupo poblacional (ONUSIDA, 2005).

Aunque durante los últimos cinco años ha habido mayor divulgación de los derechos sexuales y reproductivos, los jóvenes aún los perciben como ajenos y distantes y no han sido apropiados de manera que permitan el ejercicio de una sexualidad libre, responsable y placentera y que orienten su convivencia y desarrollo integral (ONUSIDA 2006).

Los motivos son un elemento importante en el inicio sexual ya que reflejan la existencia de planificación y libre voluntad. García, Cortés, Aguilera, Hernández & Mesquia, (2004) señalan que entre adolescentes españoles el principal motivo para iniciarse sexualmente sería el deseo y luego el enamoramiento; lo que estaría en contra de la opinión pública tradicional reflejada en el hallazgo de un estudio con adolescentes cubanos en donde el 72.5% de los varones y el 90.3% de las mujeres consideran que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando ambos miembros de la pareja lo desean y se conocen bien (Calero & Santana, 2001; citado en Tarazona, 2006).

En México, la Encuesta Nacional de Juventud 2000 (Instituto Mexicano de la Juventud, 2002), reporto que el 60% de los hombres y el 51 % de las mujeres del grupo de 15 a 29 años de edad eran sexualmente activos. Por otra parte, la epidemia del SIDA tiene un gran impacto en México, como lo demuestra el hecho de que el grupo de 25 a 44 años de edad sea el más afectado (CONASIDA 2004), y sugiere que estas personas se infectaron muy posiblemente durante la adolescencia. Así, a nivel mundial, se estima que 11.8 millones de jóvenes de 15 a 24 años viven con VIH/SIDA, y que cada día alrededor de 6000 jóvenes de estas edades

se infectan con el VIH, pero tan solo una parte de ellos saben que están infectados (ONUSIDA, 2002).

Los adolescentes cada día representan un porcentaje más alto en la población mundial; por lo cual, se están orientando diferentes estrategias preventivas hacia esta población teniendo en cuenta que se ha considerado a los adolescentes como un grupo poblacional de alto riesgo frente a las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH (Cortés Alfaro et al., 2002). Todos los días 7.000 adolescentes de todo el mundo contraen el VIH, lo cual significa que se producen aproximadamente 2,6 millones de nuevas infecciones anuales en los adolescentes, de los que figuran 1,7 millones en África y 700,000 en Asia y el Pacífico. El 85% de los adolescentes del mundo viven en países en desarrollo, y esos son precisamente los países donde se concentran más de las nuevas décimas partes de la epidemia por VIH/SIDA (ONUSIDA, 2001). Con base en las estadísticas y el número significativo de población joven hay que tener presente los factores que incrementan el riesgo frente a la infección por VIH en esta población, es decir, que son un grupo de riesgo, sino que son parte de las personas que asumen mayor número de comportamientos de riesgo por las características asociadas a la edad como los sentimientos incipientes o la exploración de nuevos comportamientos, relaciones sociales y sexuales (Espada Sánchez, Quiles y Méndez Carrillo, 2003; Uribe Rodríguez, 1999).

5.7 Vulnerabilidad

La palabra vulnerabilidad puede ser entendida como la susceptibilidad a ser herido, abierto al ataque. Este concepto puede ser aplicado a las personas y a los problemas con sentidos diferentes. Cuando se aplica a las primeras, se hace referencia a la susceptibilidad, o capacidad de los individuos de sufrir un daño particular. Cuando se aplica a los problemas de salud, hace mención a la capacidad que tiene el problema para responder a una determinada intervención; es de anotar que la vulnerabilidad no es una característica intrínseca del problema sino la expresión de nuestra capacidad para controlarlo, en cuyo caso, debería examinarse el problema desde los criterios de factibilidad técnica, factibilidad financiera y viabilidad ética y política (ONUSIDA, 1997).

Para el caso de la infección por el VIH y el SIDA, se puede comprender la vulnerabilidad como el grupo de acciones y/o situaciones identificables, visibles, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por VIH, que involucra por lo menos a dos personas, una de las cuales se encuentra infectada por el VIH (ONUSIDA, 1997).

En la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento que viene con la edad, por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos. Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos

sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables (Ramos y cantú, 2003).

Los jóvenes son más vulnerables por su desarrollo social, emocional y psicológico incompleto; a esto se añaden las normas y expectativas sociales que junto con la opinión de los compañeros, influye poderosamente en su comportamiento, contribuyendo a aumentar los riesgos para la salud. Todo lo anterior, se ve reforzado por los tabúes sexuales presentes aun en ciertos sectores de la población y por la falsa invulnerabilidad que algunos jóvenes creen tener (ONUSIDA, 2005).

Con respecto a los factores personales, Sevilla (1999) indica desde la perspectiva antropológica, la no percepción subjetiva del riesgo por parte de hombres y mujeres, lo cual provoca un "daltonismo" frente al peligro en que se encuentra de adquirir el VIH debido a los rasgos de conducta sexual. Sumado a esto, se encuentra el nivel de ignorancia y aislamiento de los circuitos informativos en que puede estar inmersa una persona en particular. También se agrega el desconocimiento de los riesgos percibidos y objetivos que enfrenta la mujer, lo cual evidentemente puede incrementar su vulnerabilidad, dadas las características de los estereotipos de género en que están inscritos hombres y mujeres y a la reconocida mayor vulnerabilidad

biológica de la mujer".(ONUSIDA, 1999) La vulnerabilidad biológica en las mujeres es mayor que en hombres, se estima que la transmisión del VIH de hombre a mujer es entre dos y tres veces más probable que la transmisión de mujer a hombre. Las niñas y adolescentes son particularmente vulnerables a causa de la inmadurez de las mucosas genitales que limita su función de barrera protectora (Mastro y Vincenzi, 1996; citado por ONUSIDA 2005).

La vulnerabilidad para el VIH esta regida por una amplia gama de factores que coexisten sinérgicamente, que toman diversos valores de acuerdo con el contexto y cultura particular en que se inscriba una persona, y que permiten diversas expresiones en una misma comunidad frente a generar o a empeorar la vulnerabilidad individual. Algunos de ellos son: a) factores personales; b) factores relativos a la calidad y cobertura de los servicios y programas de prevención, asistencia, apoyo social y mitigación de los efectos; y c) factores del grupo social (ONUSIDA, 1999).

Un claro ejemplo de ello se postula en la investigación sexo, autoeficacia y actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en la población adolescente (López & Moral, 2003) la cual propone que en la prevención de la conducta sexual tiene un peso importante y puede dividirse entre una conducta sexual planificada y controlada (uso del condón y monogamia) y una impulsiva e irresponsable (sexo no seguro). Para evitar las conductas sexuales de riesgo es fundamental saber la capacidad de autoeficacia que tiene la persona de controlar y planificar su conducta sexual.

Educar a los jóvenes acerca del VIH y enseñarles habilidades para negociar, resolver conflictos, tomar decisiones y saber comunicarse, mejora la confianza en ellos mismos y su capacidad para la toma de decisiones con conocimiento de causa, como puede ser el demorar el inicio de la actividad sexual hasta que sean suficientemente maduros para protegerse de la infección por VIH, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de los embarazos no deseados (Bayes 1998).

A pesar de este panorama, se está a tiempo para realizar intervenciones eficaces y así evitar que el VIH se transforme en una catástrofe sanitaria, tal como ha ocurrido en otras partes del mundo. Sin embargo, a menos que se tenga conocimiento sobre los comportamientos de riesgo existentes, no será posible respaldar alternativas seguras importantes. Ahora bien, los datos de conducta pueden ayudar a comunidades y a planificadores de programas a elaborar iniciativas enfocadas en la ruptura de la cadena de transmisión, así como señalar comportamientos específicos que necesitan ser modificados, resaltando aquellos que no han tenido cambios en el tiempo como respuesta a los esfuerzos de programas preventivos (Navarro y Vargas, 2003).

5.8 Incidencia y Datos Epidemiológicos

En América Latina, la infección por VIH afecta casi a dos millones de personas presentando diferencias entre los países; la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, seguida del consumo de drogas (ONUSIDA, 2003). Otros estudios establecen que en Latinoamérica, la transmisión sexual del VIH se da predominante entre homosexuales en excepción de la zona sur y de Brasil, cuya principal

vía de transmisión es el consumo de drogas intravenosas (García Abreu et al., 2004; García Calleja et al., 2002). ONUSIDA (2004) estima que el 0,5% de las mujeres y el 0,8% de los varones eran diagnosticados de VIH/SIDA a finales del 2004 en Colombia. Brasil es el país Latinoamericano con más casos de VIH/SIDA, siendo la infección del VIH cada vez menos homogénea, ya que se ha extendido a diferentes poblaciones homosexuales y heterosexuales, al igual que los consumidores de drogas inyectables. En Argentina, los casos de VIH/SIDA se concentran en la capital y se ha relacionado el riesgo frente a la infección por VIH a las carencias económicas y educativas de algunos sectores de la población, de igual forma, entre los principales mecanismos de transmisión del VIH se encuentran el consumo de drogas inyectables y las relaciones sexuales sin protección entre homosexuales. En Uruguay, la principal forma de transmisión del VIH se presenta entre consumidores de drogas intravenosas y las relaciones sexuales (ONUSIDA, 2004). En otros países como Perú, Costa Rica y Venezuela se han incrementado el números de casos de VIH principalmente por transmisión homosexual. En Bolivia la transmisión del VIH entre los trabajadores sexuales es alta porque el uso del preservativo no es frecuente en sus relaciones sexuales (Citado por Uribe, 2005).

Actualmente el VIH es reconocido como uno de los mayores peligros para el desarrollo de la sociedad en cuanto a salud pública se refiere (OPS, 2004). En los últimos estudios, Colombia se muestra como un país con infección concentrada, principalmente por el alto porcentaje de transmisión del VIH en un grupo de riesgo (p. ej. homosexuales) y una baja incidencia de transmisión vertical del VIH (García, 2003; Walter

et al., 2001). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la incidencia de VIH/SIDA entre heterosexuales, principalmente por el poco uso del preservativo en las relaciones sexuales con la pareja estable, al igual que por tener relaciones sexuales con varias personas sin el uso del preservativo, entre otras conductas de riesgo (Uribe, 2005).

En 1995, Colombia presentaba un número de infectados por VIH de 7.150 personas y los casos de SIDA de 5.816, con predominio de la transmisión por vía sexual, donde el 43% de las infecciones fueron por relaciones homosexuales, 33% por relaciones heterosexuales y 24% restante, por relaciones bisexuales (OPS, 2005). A finales del 2002, 42 millones de personas estaban infectadas con el VIH/SIDA.

De acuerdo con las estimaciones, la prevalencia nacional del VIH en población general de 15 a 49 años es cercana al 0.7% para el año 2005 y podría estar cerca del 1.5% para el año 2015. Se estima entonces para el 2005 la existencia de 171.504 personas de 15 a 49 años viviendo con VIH o SIDA, 55.804 de las cuales son mujeres. La prevalencia estimada en este mismo grupo etáreo es de 0.6921% (Ministerio de la Protección Social/ONUSIDA, 2005). El número de personas viviendo con la infección VIH o SIDA en el país se estima en un rango entre 170.000 y 220.000, de los cuales cerca de 4.000 podrían corresponder a personas con menos de 15 años de edad. Para el año 2010, el número estimado de casos podría pasar de 800.000 personas, de los cuales cerca de 16.000 corresponderían a personas con menos de 15 años de edad (ONUSIDA, 2005).

Según reportes del ministerio de salud los departamentos con mayor número de personas con VIH son Atlántico y Quindío. El total de

caso notificados de infección por VIH/SIDA ha nivel Nacional, desde 1983 hasta el 31 de diciembre del 2005, fue de 46.809 casos. Si se tiene en cuenta un ajuste efectuado a comienzos del 2006 en la base de datos del instituto Nacional de Salud, al incluir información de la ciudad de Bogotá, este total asciende a 54.805. En Santander, de acuerdo con los reportes realizados al sistema de vigilancia epidemiológica por medio del programa de salud sexual y reproductiva en el 2005 se reportaron 190 casos nuevos de infección por VIH/SIDA para una tasa de incidencia de 9 casos por 100.000 habitantes, frecuencia similar a la reportada durante el año 2004. El número de casos incidentes por año se ha mantenido estable en los últimos tres años, siendo el área metropolitana de Bucaramanga y Barrancabermeja las zonas que aportan casi la totalidad de los casos, sólo el municipio de Bucaramanga apporto en el 2005 el 71% de los casos, seguido por Floridablanca 14% y Barrancabermeja 4% (Observatorio de Salud Pública de Santander, 2007).

Con relación a los mecanismos de transmisión del VIH, en Colombia el 60% de los casos de VIH/SIDA, han sido por transmisión sexual: el 30,82% por transmisión heterosexual, el 17,12% por transmisión homosexual y el 10,18% por transmisión bisexual. Es importante resaltar que en un 39.41% de los casos de VIH/SIDA no se tiene conocimiento del mecanismo de transmisión del VIH. Se presentan transmisiones del VIH por vía sanguínea siendo en el 0.47% de los casos de VIH/SIDA, en el cual predomina la transmisión del VIH por transfusiones (0.40%), y se dan pocos casos por transmisión parenteral (0.07%) (Uribe, 2005).

En función de la edad, el mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA se presenta en personas entre los 25 y 34 años (36,71%), seguido del grupo de edad entre los 35 y 44 años (22,31%). De igual forma el porcentaje de infección por el VIH en personas entre los 15 y 24 años es de 16.16%. En la actualidad, la población colombiana de mayor riesgo frente al VIH/SIDA es la comprendida entre y los 15 y los 44 años, ya que el 75.12% de los casos de VIH/SIDA están en este rango de edad. En el primer semestre del 2004, el 78.7% de los casos nuevos de VIH/SIDA se da entre los 15 y los 44 años de edad, manteniéndose esta edad como de mayor número de casos de VIH/SIDA registrados. En esta etapa se encuentran los adolescentes que inician sus relaciones sexuales a temprana edad sin el conocimiento suficiente sobre los mecanismos de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las formas de prevención en algunas de ellas (García, 2003). Por tanto, la adolescencia y la edad adulta temprana son las etapas de la vida en las cuales se dan la mayoría de las infecciones por el VIH, aunque sean diagnosticadas años más tarde (Bermúdez y Teva- Álvarez, 2003).

Colombia es uno de los países de América Latina considerado dentro del grupo con poca calidad en el registro epidemiológico del VIH/SIDA; es fundamental tener presente que en el 39,4% de los casos diagnosticados de VIH/SIDA en Colombia hasta el 2003 no se conoce el mecanismo de transmisión del VIH por fallos en el sistema epidemiológico. En consecuencia, actualmente se asigna mayor presupuesto al control epidemiológico y a la mejora del sistema de registro de los casos de VIH con las entidades responsables a nivel nacional. Esta ha sido una de las principales dificultades para tener

datos más fiables y disminuir los subregistros de la infección por VIH/SIDA (Prieto, 2003). Se están realizando esfuerzos para vincular a los laboratorios clínicos en los informes epidemiológicos y brindarles capacitación técnica, teniendo en cuenta las inconsistencias encontradas en los casos de VIH/SIDA (Aguirre, Buitrago, Salamanca, López y Prieto, 2004; García, 2003).

Finalmente, se deben generar estrategias de prevención del VIH mucho más efectivas y que se diferencien no solo por mecanismo de transmisión de VIH sino también teniendo en cuenta el sexo, la edad y las regiones geográficas, según las diferencias en prevalencia y las proporciones de caso de VIH/SIDA en cada una de las regiones de Colombia. De igual forma, se deben continuar los controles epidemiológicos con informes sistemáticos, y con mayor cobertura para tener una caracterización de la infección por VIH mucho más consistente entre las diferentes entidades responsables. La población adolescente se convierte en el centro de atención para la prevención la infección por el VIH y para la atención integral para los adolescentes diagnosticados de VIH/SIDA (Uribe, 2005).

5.9 Psicología de la Salud

La noción de Salud como logro del potencial humano, reconoce la salud como un estado dinámico, en el que el potencial de cada cual es diferente, así como sus necesidades de salud, y en este sentido amplía el empoderamiento de las personas para que mejoren su calidad de vida. La OMS reconoce estos componentes en la medida en que incluye en su concepto de salud la capacidad de lograr las aspiraciones, satisfacer las necesidades, y cambiar y manejar aspectos del contexto. La salud es

vista entonces como un recurso positivo para el día a día, que incluye lo personal, lo social y lo físico (Mejia, 2000).

Existe una disciplina dentro del campo de la psicología, denominada Psicología de la Salud, que esta relacionada tanto con la medicina conductual como con el estudio de la salud conductual. La psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. La psicología de la salud incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios (Brannon, 2000).

Las consecuencias concretas de la distinción entre la psicología de la salud y la psicología de la enfermedad son considerables. Como reza la tradición, siempre es más simple prevenir que remediar. Mientras en la psicología de salud la intervención recurre a metodologías didácticas y racionalizadoras para anticipar peligros, a hábitos de prevención o al cambio de estilos de vida, la intervención con la persona (ya) enferma tiene que recurrir a metodologías clínicas para lidiar con todos los problemas emocionales, racionales e instrumentales ligados a un proceso de enfermedad. Por definición, la intervención en la psicología de la enfermedad es más sofisticada metodológicamente porque apunta al objeto concreto y al sufrimiento auténtico (Joyce-Moniz & Barros, 2007).

La salud supone un estado de bienestar en la vida sexual de las personas, es decir: sentirse a gusto y seguro acerca del sexo y la sexualidad; ser capaz de evitar ETS y embarazos no deseados; asegurar la fecundidad y el embarazo seguro y, de manera indirecta proteger la salud de los infantes. La OMS identifica tres elementos fundamentales en la definición de salud sexual y reproductiva:

1. la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, adaptándola a criterios de ética social y personal.

2. La ausencia de miedos, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias poco fundamentadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o cohíban las relaciones sexuales.

3. la ausencia de trastornos orgánicos, enfermedades y deficiencias que dificulten la actividad sexual y reproductiva.

De esta forma, la salud sexual busca el mejoramiento de las condiciones de vida y las relaciones interpersonales. La OMS integra en la salud sexual los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales con el fin de enriquecer y promover la personalidad como la comunicación y el amor (Mejia, 2000).

De este modo, a la psicología de la salud le corresponde el papel de combatir la epidemia del VIH/SIDA a través de la aportación de intervenciones comportamentales que previenen la transmisión del virus y estrategias terapéuticas psicológicas y de apoyo para asistir a los individuos afectados en el afrontamiento de esta enfermedad crónica. Como plantea Coates (1990), mientras una vacuna y tratamiento totalmente eficaces no estén disponibles, el cambio comportamental será

un factor esencial en la prevención y adaptación de los afectados al curso de la infección por VIH (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

En el marco de la psicología de la salud, la intervención en el VIH/SIDA tiene tres objetivos primordiales, los cuales han sido establecidos por la unidad de Investigación Social y del Comportamiento del programa central del SIDA de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1987; citado por Simón, 1999):

- a) prevención: intervención para la prevención primaria, la cual tiene como finalidad la modificación de comportamientos que sitúan a los sujetos en riesgo de poder ser infectados;
- b) Control: intervención para la prevención secundaria, que tiene como finalidad motivar a los sujetos ya infectados para que modifiquen aquellas conductas que puedan poner a otros individuos en peligro, y
- c) Apoyo: intervención para la prevención terciaria, con la finalidad de proporcionar apoyo psicológico a los sujetos infectados (cero positivos) y a los enfermos (con CRS o SIDA declarado), dando respuestas a sus necesidades emocionales y atenuando tanto su sufrimiento, como las consecuencias psicosociales de la enfermedad.

Los psicólogos emplean gran variedad de intervenciones para ayudar a los pacientes a reducir los comportamientos de alto riesgo, afrontar su enfermedad y manejar sus síntomas, por lo que la adherencia a los complejos regímenes farmacológicos ha aumentado la tasa de supervivencia. Por otra parte, los psicólogos proporcionan servicios de asesoramiento a aquellas personas que desean efectuarse la prueba y

aquellas otras cuyas pruebas revelen la presencia del virus. Estos programas no sólo animan a adoptar conductas de protección sino que destacan el papel de una salud positiva a la hora de combatir el SIDA (Brannon, 2000).

5.10 Aspectos Psicológicos del VIH

Enterarse de un diagnóstico positivo para el examen del VIH genera en la persona cambios emocionales y de comportamiento que van desde respuestas adaptativas de aceptación centradas en la realidad hasta respuestas inadaptativas como negación e ideación suicida cuyo impacto se va a ver reflejado directamente con la progresión de la enfermedad. Durante el transcurso de la infección y enfermedad la persona pasa por varios estados emocionales desencadenados por motivos internos o externos. Podrá sentir miedo de lo que le pueda pasar física y psicológicamente y/o de sentirse sola, sentirá ansiedad como una manifestación de miedo o de impotencia, podrá deprimirse y querer dejar atrás el esfuerzo psicológico y económico hecho para frenar su enfermedad y por lo tanto dejar el tratamiento, sentirá culpa por haber adquirido el VIH, de hacer sufrir a su familia o de la posibilidad de haber contagiado a otras personas. Así mismo puede defenderse con otras herramientas como fantasías sobre su estado, creer erróneamente que está sana (Remor, 2003).

Afrontar el diagnóstico por VIH/SIDA implica el surgimiento de reacciones emocionales como respuesta a las múltiples exigencias que debe asumir la persona al recibir el diagnóstico, el pronóstico, los exámenes clínicos, el inicio de los tratamientos retrovirales, la naturaleza impredecible de la enfermedad, la negociación y tramitología

con los servicio de salud, las exigencias económicas, las reacciones familiares, la amenaza laboral, el nivel de interferencia de los síntomas con sus rutinas y actividades cotidianas y la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario (Bueno y Nájera, 2001).

La epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ha introducido cambios en la vida de millones de personas en todo el planeta, incluido los familiares, allegados y comunidades a las que pertenecen los afectados. Ha incidido especialmente en la población joven y en el comienzo de las edades medianas; ha influido en la práctica medica (asistencia hospitalaria, atención primaria y servicios sociales); ha impactado en la política y ha generado la revisión de las políticas sanitarias y sociales; ha cambiado la actitud de la población en temas tabú como el comportamiento sexual y el uso de sustancias ilícitas (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

5.11 Intervención Psicológica del VIH

La intervención psicológica se realiza en diferentes momentos a lo largo del proceso de la enfermedad, así mismo responde a problemáticas específicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. Una clase de intervención psicológica que se realiza con los pacientes que conviven con VIH/SIDA, tiene que ver con la atención en crisis, generalmente presentada en la etapa inicial de la enfermedad, donde se busca dar respuesta a las múltiples reacciones emocionales al momento de conocer el diagnóstico como: estupor, miedo, tristeza, rabia, frustración, desesperanza, impotencia, culpa, ideas suicidas, etc., a partir de una intervención clínico educativa orientada a ilustrar sobre

aspectos básicos de la infección, desarticular la relación SIDA-muerte, fortalecer habilidades de afrontamiento, reactivar las redes de apoyo social y motivar la vinculación al proceso de valoración médica (Bayés y Ribes, 1992).

Una segunda clase de intervención se relaciona con el ajuste y adaptación en la convivencia del VIH/SIDA. Intervención orientada a proveer habilidades y conductas que permitan al paciente vivir con el VIH/SIDA, incorporando cambios en el estilo de vida, reestructurando creencias irracionales, promoviendo una sexualidad segura y responsable; así como contrarrestar el impacto de la depresión y el estrés, estados emocionales que interfieren en el logro de un estado óptimo de salud (Bayés y Ribes, 1992).

Una tercera intervención psicológica en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, se relaciona con el proceso de adherencia al tratamiento y que se orienta básicamente a que el paciente se comprometa activamente con el cumplimiento de las citas médicas, la toma del tratamiento retroviral, la adopción de comportamientos de autocuidado y cambios en el estilo de vida (Bayés y Ribes, 1992).

Una cuarta intervención tiene que ver con la asistencia a la familia del paciente con diagnóstico VIH. Ellas juegan un papel fundamental en el proceso de adaptación del paciente a la enfermedad. Las sesiones educativas por infección de VIH/SIDA y las intervenciones en resolución de conflictos familiares contribuyen al bienestar y calidad de vida del paciente (Bayés y Ribes, 1992).

Una quinta intervención se relaciona con la conformación de grupos terapéuticos y/o de autoapoyo. Empleando estrategias de

intervención grupal cognitivo conductual, se trabaja en grupos pequeños, donde el intercambio de experiencias y vivencias de personas afectadas por la infección por VIH/SIDA permiten confrontar información, desarticular miedos, reestructurar creencias irracionales, aprendizaje de comportamientos en situaciones específicas y la adquisición de habilidades sociales (Bayés y Ribes, 1992).

5.12 Educación en Salud Sexual

Aunque el país ha avanzado en el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión humana y de su ejercicio como una práctica legítima sujeta a regulación social, es aún hegemónica la representación social que solamente reconoce como legítimo el ejercicio de una sexualidad en el marco de los parámetros instituidos, vale decir en el marco de una pareja estable "adulta" heterosexual, avalada por el Estado y las iglesias. Este tipo de representación considera como problemática, impropia o marginal el ejercicio de la sexualidad con otra connotación como la placentera o el ejercicio de la sexualidad inscrito en el marco de otra orientación sexual. La falta de reconocimiento de estas expresiones de la sexualidad constituye en si misma un factor de vulnerabilidad para adquirir el VIH y otras ITS. Ello impide a una sociedad desarrollar procesos de regulación social consecuentes con las prácticas sociales y hacer una adecuada prevención desde la cultura (ONUSIDA 2006).

En el sistema educativo nacional se ratifica esa visión de la sexualidad. El enfoque predominante en materia de educación sexual continúa siendo moralista y no ofrece elementos suficientes para una comprensión amplia de la dimensión sexual como parte fundamental del

desarrollo humano. Las formas de relación predominantes en la escuela, desde la coerción, desde el culto a la autoridad o desde la reflexión crítica, configuran los modos de aproximación a la educación sexual. La sexualidad es una dimensión para recrear la autonomía y la educación sexual un espacio de aprendizaje tanto para lo bueno –la salud–, como para lo justo –el respeto– (Luque, 2001).

La intervención psicológica en la prevención primaria tiene como objetivo central la reducción de la transmisión y propagación del VIH, mediante una contribución a la modificación de los comportamientos que colocan a los sujetos en riesgo de poder ser infectados. Así la esencia de las medidas de prevención primaria pasa, por la reducción de los comportamientos de riesgo frente al SIDA, principalmente del uso de drogas inyectables con intercambio de jeringuillas y agujas no esterilizadas, relaciones sexuales anales o vaginales, homo o heterosexuales con intercambio de fluidos corporales y, también, cambio frecuente de pareja sexual. Considerando que a falta de vacuna o de tratamiento eficaz la única forma de controlar la epidemia es romper la cadena de transmisión del virus y que éste es transmitido por determinados comportamientos, se esta de acuerdo con Morin (1988) cuando afirma que los esfuerzos de la prevención deben centrarse en la estimulación de la modificación de los comportamientos de riesgo, sea respecto a la transmisión sexual, como al uso de drogas intravenosas. Sin embargo, no es tarea fácil, considerando la naturaleza de las problemáticas que están en juego y que, por otro lado, en muchos casos no nos parece muy recomendable que sea posible contribuir eficazmente a

la modificación a los comportamientos de riesgo sin modificar las dinámicas psicológicas subyacentes.

No obstante, hay que mencionar que la experiencia de intervención psicológica en las campañas de prevención realizadas desde 1983 en San Francisco (EEUU), que incluyen acciones en los medios de comunicación social, reuniones comunitarias, seminarios, servicio de información telefónica y asesoramiento individual dirigido a homo y bisexuales (McKusick, Conant y Coates, 1985), ha tenido resultados significativos entre los grupos poblacionales a que iban dirigidas. Aun así, ha de tenerse en cuenta que el ofrecimiento de información es necesario pero, por sí solo, no es suficiente para modificar los comportamientos de riesgo, aunque puede permitir que los sujetos en general hagan una autoevaluación de su riesgo personal y que, por otro lado, personas que se encuentran en alto riesgo se planteen dudas respecto al carácter saludable de su comportamiento y estilo de vida (Catania, Kegeles y Coates, 1988).

Está claro que la identificación de los comportamientos de riesgo podrá conducir a los sujetos a iniciar modificaciones en su estilo de vida y procurar ayuda y asesoramiento. Con todo, tal como dice Morin (1988), la percepción de la amenaza no siempre es adecuada, particularmente entre grupos específicos tales como los adolescentes. Así, es crucial que las campañas de prevención del SIDA vayan acompañadas de medidas de apoyo comunitario, en las cuales las personas potencialmente en riesgo son introducidas activamente en programas de prevención, de tal forma que los comportamientos de bajo riesgo se constituyan en expectativas de la comunidad formada por los sujetos de

ese grupo específico (McKusick, Conant y Coates, 1985; Morin 1988; citados por Grupo Epidemiología, 2000).

Considerando que la prevención es la única intervención eficaz contra la infección, el papel de los psicólogos de la salud es fundamental e incluye:

- a) proporcionar una mejor comprensión de los comportamientos implicados en la transmisión del VIH y de los factores determinantes de esos comportamientos. Específicamente, se trata de investigar para cada uno de los comportamientos de riesgo de qué factores depende la probabilidad de su aparición o no;
- b) desarrollar y evaluar programas de prevención (que tengan como finalidad la adquisición y mantenimiento de comportamientos seguros), particularmente entre los jóvenes;
- c) aumentar los conocimientos sobre las complicaciones neuropsicológicas del SIDA;
- d) clarificar el efecto que los factores psicológicos pueden ejercer en el sistema inmunitario y en la progresión de la enfermedad, en el ámbito psiconeuroinmunológico, y
- e) poner a disposición de los sujetos afectados y de sus familias funciones asistenciales directas. (Sheridan y cols., 1989; Mira Engo, 1991; Sopena 1991; citado por Simón, 1999)

La intervención psicológica en la prevención del SIDA se enfrenta, por tanto, con problemas de gran complejidad e importancia, que exigen, simultáneamente, el desarrollo de acciones en la comunidad y en los servicios de salud. En este último caso, la Psicología de la Salud debe establecer una ligazón muy estrecha con la Salud Pública y

desarrollar su intervención en el cuadro de los cuidados primarios de salud. Específicamente, los programas de prevención del SIDA deben integrarse en las campañas de prevención de las enfermedades sexuales transmisibles (ETS), independientemente de que vayan dirigidas a poblaciones de bajo o alto riesgo (Van der Veld, Van der Plicht y Hooykaas, 1994).

5.13 Desarrollo en Promoción y Prevención del VIH en Colombia

Las acciones de promoción y prevención desarrolladas en Colombia durante el periodo, comprendido entre 2001 a 2005, tuvieron énfasis en la promoción de comportamientos sexuales protegidos, en la promoción de la prueba diagnóstica voluntaria y durante el embarazo, y en la asesoría pre y post prueba (ONUSIDA 2006).

En desarrollo del proyecto "*Mobilización social para el sexo seguro en Bogotá*" (SDS de Bogotá, 2005) se diseñó e implementó una campaña de mercadeo social orientada a incentivar el uso del condón, divulgar los derechos sexuales y reproductivos y realizar distribución gratuita de condones, a través de los referentes de los programas de salud sexual y reproductiva de las empresas sociales del estado.

La iniciativa "*Por una Guajira libre de SIDA*" desarrollada por la empresa Carbones del Cerrejón con el apoyo de la Universidad del Norte, la Fundación Francois-Xavier Bagnoud y la Secretaría Departamental de Salud, adelanta desde hace tres años un programa integral orientado a reducir la incidencia del VIH en el Departamento de la Guajira, mediante acciones de promoción y prevención tanto al interior de su organización como con las comunidades de los diferentes municipios del Departamento (Carbones del Cerrejón, 2006).

En mayo de 2002 se llevó a cabo el "Encuentro intersectorial de educación y salud sexual", durante el cual se efectuó una evaluación del proyecto nacional de educación sexual (PNES), creado en 1993 mediante la formulación de la ley nacional de educación sexual. Los principales problemas identificados se ubicaron en tres categorías: la respuesta estatal, el sistema educativo y las representaciones sociales frente a la sexualidad. Dentro de la primera categoría se mencionó la presión ideológica ejercida por algunos sectores sociales, la sustancial disminución de recursos humanos y financieros asignados al PNES, la debilidad en la asistencia técnica para el desarrollo regional y local de la educación sexual. En la segunda categoría se identificó la tendencia predominante de los programas educativos hacia el desarrollo de lo cognitivo en detrimento de lo afectivo y el énfasis en aumentar la cobertura del servicio educativo, descuidando la calidad del mismo. En la tercera categoría se identificó la reproducción cultural de modelos que perpetúan la concepción de la sexualidad como tabú, la falta de diálogo intergeneracional y la inequidad de género (ONUSIDA 2006).

En lo relacionado con procesos educativos orientados a la prevención del VIH/SIDA entre adolescentes y jóvenes escolarizados, las actividades más representativas efectuadas durante los últimos cinco años, fueron las siguientes:

- El desarrollo del Proyecto "*Educación en Salud Sexual y Reproductiva de jóvenes y para jóvenes*", realizado en los departamentos de Bolívar, Cauca, Córdoba, Nariño y Sucre, con cerca de 5.000 jóvenes escolarizados, no escolarizados y agentes educativos. Resultados de

este proyecto fueron la caracterización sociocultural de la realidad juvenil y de sus vivencias de la sexualidad, y de las relaciones de género predominantes, así como el diseño y validación de los contenidos y metodologías de educación sexual con enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos, para la elaboración de materiales pedagógicos de apoyo, los cuales se constituyeron en valiosos insumos para el desarrollo de la nueva propuesta del Ministerio de Educación en materia de educación sexual.

- La implementación de siete proyectos locales diseñados y ejecutados por estudiantes y docentes de secundaria, que fueron seleccionados entre las propuestas recibidas en 1999 en el marco del proyecto nacional "*Escuchamos propuestas*". Estos proyectos locales se desarrollaron en 2000 y 2001, en los municipios de San Andrés, Icononzo, Neiva, La Dorada, Barranquilla, Cúcuta y Pereira.

- El proyecto educativo "*Tu Decides*", ejecutado en Barranquilla y Santa Marta en 2002 y 2003 por la ONG "Fundación en Acción", benefició a 3.000 estudiantes de secundaria. Esta experiencia evidenció las profundas necesidades educativas en el campo de la sexualidad, mostrando que los esquemas culturales existentes en la región Caribe que siguen prevaleciendo entre las nuevas generaciones, determinan condiciones de inferioridad de las mujeres frente a los hombres, haciéndolas más vulnerables frente a la infección por VIH. Evidenció también que involucrar a personas viviendo con VIH o SIDA en las estrategias educativas y preventivas, aumenta el impacto de estas, contribuyendo a reducir los mitos, el estigma y la discriminación y que los proyectos que demuestran ser innovadores y tener impacto en la

comunidad, sensibilizan a los medios de comunicación y despiertan el interés de los grupos sociales sobre el VIH/SIDA (Fundación en Acción/Ministerio de Salud/ONUSIDA, 2001).

En desarrollo de la propuesta *"Prevención integral de las ITS/VIH/SIDA en jóvenes y adolescentes de Quibdó"*, ejecutada en 2003 por la ONG Chocó Pacífico y por ACNUR, se capacitaron 3.019 adolescentes y jóvenes, aplicando una estrategia educacional participativa en colegios y barrios de la ciudad (Fundación Chocó Pacífico/ACNUR/ONUSIDA, 2004). Se diseñó un afiche promocional acorde con las ideas y reflexiones de los y las jóvenes, expresadas en los ejercicios de capacitación, se realizó una encuesta CAPS a 160 jóvenes y se promovió y facilitó la conformación de un comité local de lucha contra el SIDA. Entre las lecciones aprendidas de esta experiencia, se destaca la dificultad para establecer un diálogo participativo sobre sexualidad, a pesar de considerarse la cultura chocoana como alegre, abierta, espontánea y muy sensual por el manejo del cuerpo en los bailes y la forma de relacionarse. Una de las razones puede ser que las relaciones sexuales son concebidas como actos naturales y necesarios en el desarrollo de las personas y por lo tanto se viven y se comparten pero "no se hablan". La comunicación por lo tanto no fluye fácilmente para estos tópicos, a pesar de ser una cultura con una fuerte tradición oral (ONUSIDA 2006).

En el Departamento de Santander se realizó un *"Estudio comparativo de tres caracterizaciones sobre los comportamientos sexuales de los y las jóvenes de los Municipios de Mogotes, San Joaquín y El Playón"*, con estudiantes de secundaria entre mayo y octubre del

2004, los aspectos comunes encontrados en los hombres entrevistados se destaca que la sexualidad es entendida como un intercambio genital, una necesidad apremiante, fuera de control, necesaria para "hacerse hombre y madurar", en consecuencia se hace necesario hacerlo pronto; la desinformación sobre la sexualidad es notoria, lo cual conduce a que una vez enfrentados a la posibilidad de un intercambio genital o a los efectos de este, no tengan claro cómo proceder, qué esperar o a quién acudir o cuándo hacerlo; asumen la ventaja de la masculinidad para presionar el intercambio genital. En las mujeres se encuentra un gran desconocimiento sobre sexualidad, cuerpo, erotismo y genitalidad; su sexualidad es un tema tabú, del que poco desean hablar por considerarlo propio de la intimidad. En caso de permitirse una relación sexual genital esta se vincula con la necesidad de amarrar a su pareja (Velasco, 2005).

En el estudio analítico "*Asociación entre conocimientos, actitudes y las prácticas sexuales de alto riesgo para adquirir infección por VIH, en jóvenes en el departamento de Santander*" se realizó con jóvenes de 15 a 22 años de edad. Del total de la muestra, el 42.6% pertenecían a colegios oficiales y el 21.4% a colegios privados, el 18.5% a Universidades privadas y el 15.1% a Universidades oficiales. Se encontró que el promedio de edad para la primera relación sexual penetrativa fue 15.7 años. El 77% de quienes habían tenido relaciones sexuales han tenido una pareja estable. De estos el 27% dijo estar en total desacuerdo en usar el condón con su pareja estable, mientras que el 13% reporto nunca usar condón cuando tiene relaciones sexuales con una persona diferente a su pareja estable. El 20.9% de los

encuestados reportó nunca usar condón. Las razones para no usar el condón fueron "no le gusta" el 29.4%, disminución de sensibilidad el 26%, el 25.28% por no creer que la pareja estuviera infectada con el VIH y el 21.8% por no disponibilidad de condones en el momento (López et al., 2001).

Socialmente la situación actual de la epidemia indica que no se han obtenido suficientes efectos en las acciones de promoción y prevención, que las relaciones sexuales siguen siendo no protegidas, que no hay percepción de vulnerabilidad y que los resultados de la acción han sido insuficientes para alcanzar los objetivos nacionales. Se evidencia la alta vulnerabilidad de las mujeres y en la medida en que van siendo más afectadas, sigue la tendencia a la generalización de la epidemia en algunas regiones del país. El estigma y la discriminación que se perciben, aun cuando no se han estudiado suficiente, afectan mucho a los grupos familiares; aún se percibe el SIDA como una enfermedad vergonzante y no existe un nivel suficiente de apropiación de la información adecuada que permita a las personas desmitificar la situación de las personas viviendo con el VIH o con SIDA (PVVS) en relación con el diario vivir y la interacción social (ONUSIDA 2006).

A pesar de que las campañas publicitarias orientadas a la promoción de uso del condón se han incrementado durante los últimos cinco años, la frecuencia reportada de su uso consistente es aún muy baja, tanto entre la población general como entre los grupos de mayor vulnerabilidad. La visión de algunos sectores sociales que rechazan y condenan el uso del condón, por impropio o pecaminoso, ejerce aún una

fuerte influencia entre la población colombiana. Esta idea arraigada en el colectivo dificulta el posicionamiento del uso del condón como elemento efectivo para evitar la infección por el VIH, crea recelo y desconfianza sobre su uso y hace que el condón sea visto como un elemento que sólo se justifica en un marco de desconfianza hacia la pareja sexual (ONUSIDA 2006).

Por todo esto se destaca la necesidad de volver a priorizar la educación sexual en el país, asignando los recursos humanos y financieros requeridos, revisar y enriquecer las bases conceptuales del proyecto nacional, diseñar una estrategia masiva de comunicación que promueva la educación sexual, diseñar e implementar un plan de formación en educación y salud sexual dirigido a los funcionarios de los sectores educación y salud, definir estrategias de evaluación con indicadores de proceso, de gestión y de resultados, y promover y fortalecer la articulación de estrategias existentes en salud sexual y reproductiva (escuelas saludables, municipio saludable, educador familiar y observatorios de la infancia y la familia) con el sistema educativo, facilitando el acceso de los jóvenes a los servicios de atención (Grupo Epidemiología, 2000).

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño

No experimental - transeccional, de tipo descriptivo - comparativo

6.2 Población

La muestra estuvo conformada por 200 sujetos, estudiantes de primer semestre de todas las facultades de la Universidad Industrial de Santander, registrados en el segundo periodo del año 2007, con un promedio de edad entre los 15 a 25 años, cuya participación fue de carácter voluntario. Teniendo en cuenta que el total de los jóvenes admitidos de primer semestre era de 1500 se tomo una muestra representativa de 13,0%.

6.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron:

Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa. Diseñado en 1996 por el Ministerio de Salud de Colombia, OPS & Health Canada. El instrumento esta compuesto por 27 preguntas que recopilan información concerniente a datos socio demográficos (5 ítems), edad de inicio de las relaciones sexuales, relaciones en el último año, medidas de protección, tipo de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, relaciones bajo el efecto de drogas, presencia de ETS, entre otras.

Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA [SEA-27] (Kasen, Vaughan & Walter, 1992), Adaptada y validada en México por López-Rosales y Moral de la Rubia (2001). La cual consta de 27 reactivos en escala tipo Likert y la valoración de sus puntajes va de

1-5 (nada seguro equivale a muy baja autoeficacia y totalmente seguro a muy alta autoeficacia) para medir los tres siguientes aspectos:

Reactivos 1 a 11- la capacidad de decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias.

Reactivos 12 a 15.- la capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como uso de drogas.

Reactivos 16 a 27.-la capacidad percibida para adquirir y usar correctamente el condón.

6.4 Procedimiento

Primera etapa: Se respaldó la investigación desde estudios regionales, nacionales e internacionales que se han efectuado respecto al VIH/SIDA.

Segunda etapa: Selección de la muestra, se obtuvo una muestra de 200 sujetos, que hacen parte de la facultad de Ciencias, Ciencias Humanas, Ingeniería Físico-Mecánicas, Ingeniería Físico-Químicas y Salud, que hacen parte de la Universidad Industrial de Santander y cuya edad promedio es de 15 a 25 años, siendo ellos hombre y mujeres de primer semestre.

Tercera etapa: Aplicación de los instrumentos. A cada uno de los estudiantes participantes del estudio se les aplicó los instrumentos (Cuestionario Confidencial de Vida Sexual Activa [CCVSA] y la Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA [SEA-27]) de forma colectiva, individual y anónima, en una sola sesión con un tiempo promedio de 45 minutos, de esta manera se obtuvo la información.

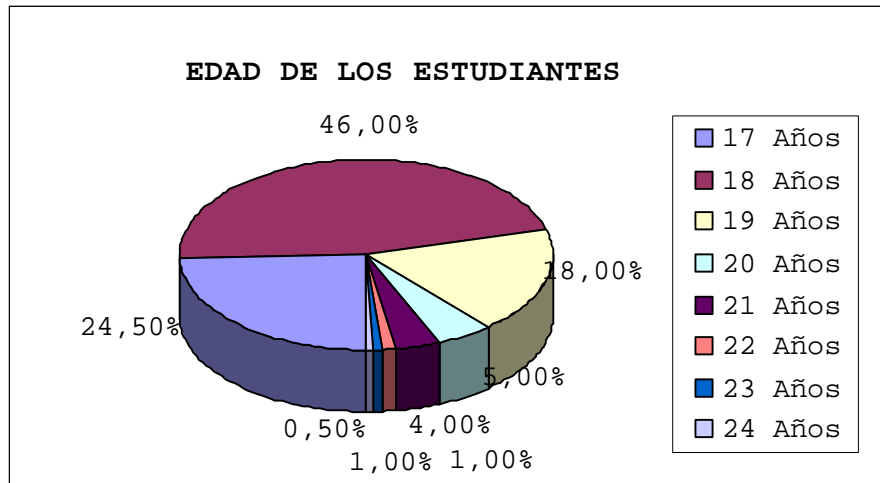
Cuarta etapa: Análisis de los datos obtenidos, después de haber culminado con la aplicación total de los instrumentos a todos los sujetos de la investigación, se procedió a organizar la información recolectada y a diligenciar los datos en el programa S.P.S.S 12.0 (Statistical Package for the Social Sciences) a través del cual fueron calificados y analizados. Finalmente, se realizó el análisis de la información con base en la teoría, dando así conclusión a la investigación.

7. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados de los análisis llevados a cabo. En primer lugar se presentan los datos descriptivos del Cuestionario Confidencial Sobre Vida Sexual Activa que recopilan información concerniente a los datos socio demográficos, edad de inicio de las relaciones sexuales, relaciones en el último año, medidas de protección, tipo de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, relaciones bajo el efecto de drogas y presencia de ETS.

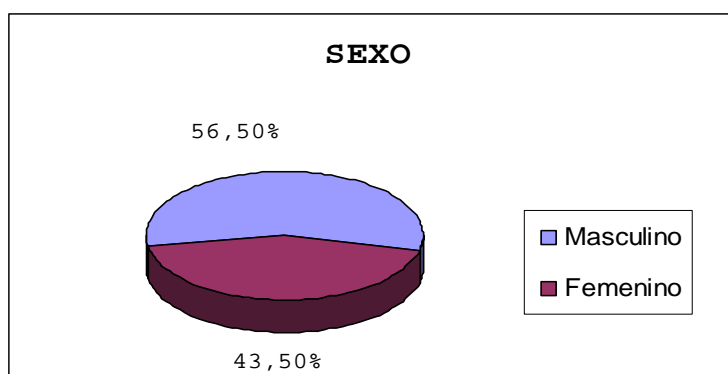
Como se puede apreciar en la gráfica 1, la distribución de la población por edad estuvo dada de la siguiente forma el 24.5% que equivale a 49 estudiantes respondió que tenía 17 años; el 46,0% que equivale a 92 estudiantes respondió que tenía 18 años; el 18,0% que equivale a 36 estudiantes respondió que tenía 19 años; el 5,0% que equivale a 10 estudiantes respondió que tenía 20 años; el 4,0% que equivale a 8 estudiantes respondió que tenía 21 años; el 1,0% que equivale a 2 estudiantes respondió que tenía 22 años; el 1,0% que equivale a 2 estudiantes respondió que tenía 23 años y el 5% que equivale a 1 estudiante que tenía 24 años.

Gráfica 1. Distribución por edad.



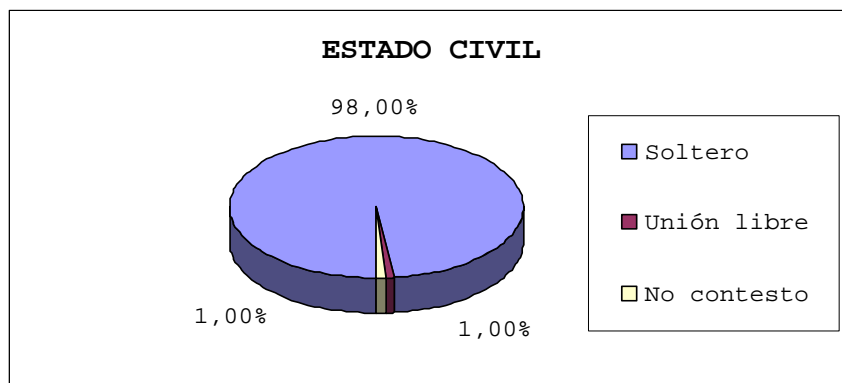
La distribución por género se dió de la siguiente manera, el 56,5% que corresponde a 113 estudiantes de género masculino y el 43,5% que corresponde a 87 estudiantes de género femenino. (Ver gráfica 2)

Gráfica 2. Distribución por género.



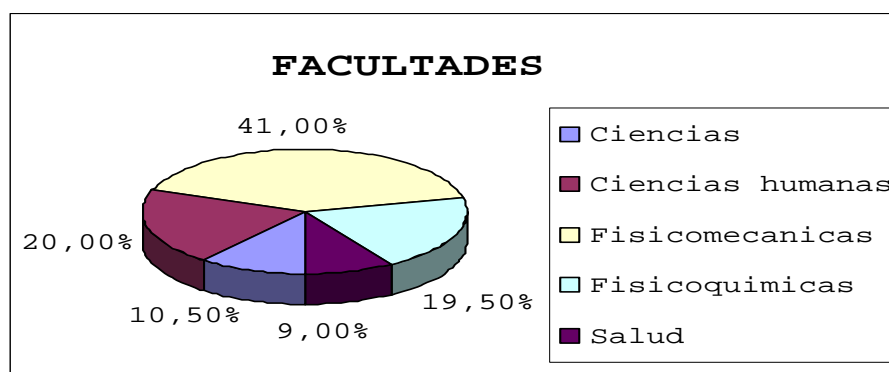
El estado civil de los encuestados fue el siguiente, el 98,0% que equivale a 196 estudiantes respondió estar solteros, el 1,0% que equivale a 2 estudiantes respondió estar en unión libre y el 1,0% que equivale a 2 estudiantes no contesto. Los resultados se pueden apreciar en la gráfica 3.

Gráfica 3. Distribución por estado civil.



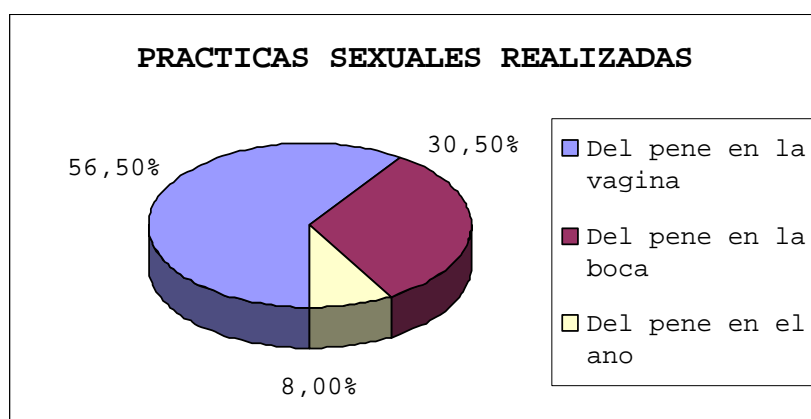
Como se puede apreciar en la gráfica 4, la distribución por facultad se dio de la siguiente forma, el 10,5% que equivale a 21 estudiantes de la facultad de Ciencias, el 20,0% que equivale a 40 estudiantes de la facultad de Ciencias Humanas, el 41,0% que equivale a 82 estudiantes de la facultad de Físico-mecánicas, el 19,5% que equivale a 39 estudiantes de la facultad de Físico-químicas y el 9,0% que equivale a 18 estudiantes de la facultad de Salud.

Gráfica 4. Distribución por facultad.



En relación a la pregunta ¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración? El 56,5% que corresponde a 113 estudiantes indicaron haber tenido relaciones sexuales del pene en la vagina, El 30,5% que corresponde a 61 estudiantes indicaron haber tenido relaciones sexuales del pene en la boca y el 8,0% que corresponde a 16 estudiantes indicaron haber tenido relaciones sexuales del pene en el ano. (Ver gráfica 5)

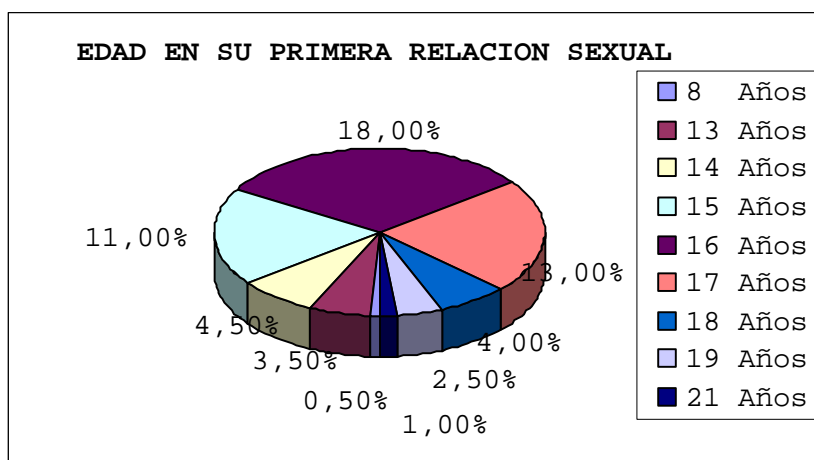
Gráfica 5. Prácticas sexuales.



En la pregunta ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene? El 1,5% que equivale al estudiante respondió haber tenido su primera relación sexual a los 8 años, el 3,5% que equivale a 7 estudiantes respondió haber tenido su primera relación sexual a los 13 años, el 4,5% que equivale a 9 estudiantes respondió haber tenido su primera relación sexual a los 14 años, el 11,0% que equivale a 22 estudiantes respondió haber tenido su primera relación sexual a los 15 años, el 18,0% que equivale a 36 estudiantes respondió haber tenido su

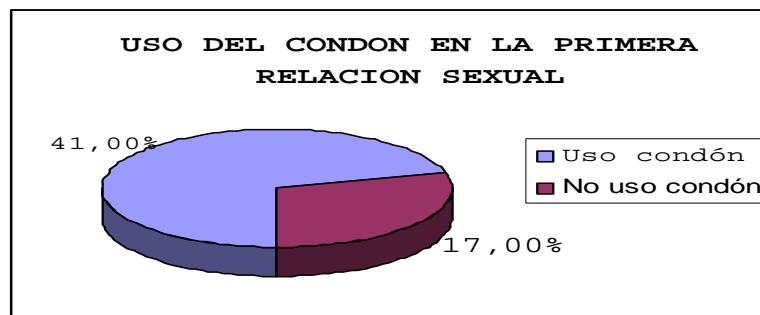
primera relación sexual a los 16 años, el 13,0% que equivale a 26 estudiantes respondió haber tenido su primera relación sexual a los 17 años, el 4,0% que equivale a 8 estudiantes respondió haber tenido su primera relación sexual a los 18 años, el 2,5% que equivale a 5 estudiantes respondió haber tenido su primera relación sexual a los 19 años, el 1,0% que equivale a 2 estudiantes respondió haber tenido su primera relación sexual a los 21 años y el 42,0% que equivale a 84 estudiantes respondió no haber tenido relaciones sexuales. (Ver gráfica 6).

Gráfica 6. Edad de la primera relación sexual.



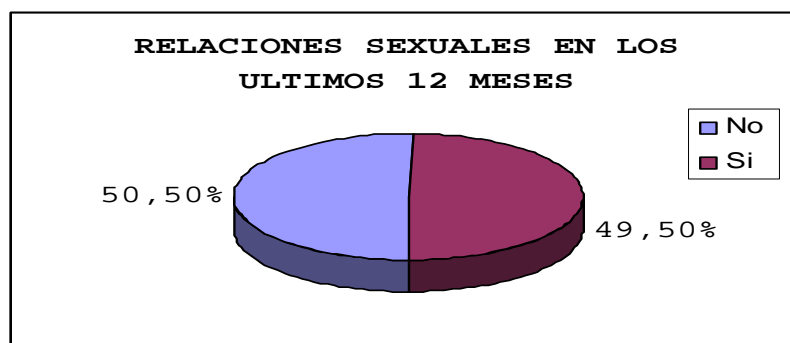
Como se puede apreciar en la gráfica 7, en la pregunta ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja usó condón? El 41,0% que equivale a 82 estudiantes respondió que si había usado condón y el 17,0% que equivale a 34 estudiantes respondió que no había usado condón.

Gráfica 7. Uso del condón en esa primera relación sexual.



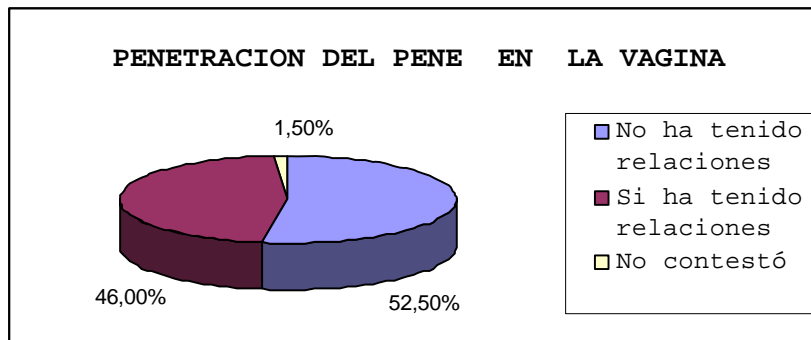
En relación a la pregunta, durante los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? El 50,5% que corresponde a 101 estudiantes contestó no haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses y el 49,5% que corresponde a 99 estudiantes contestó que si ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses. (Ver gráfica 8)

Gráfica 8. Relaciones sexuales en los últimos 12 meses.



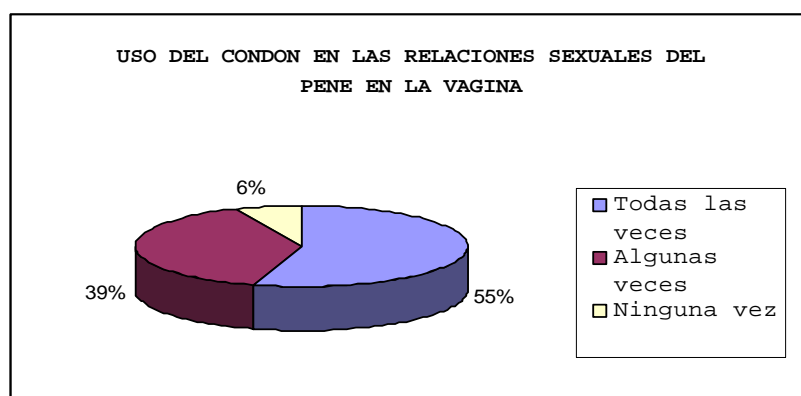
En la pregunta ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina? El 52,5% que equivale a 105 estudiantes respondió que no ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina, el 46,0% que equivale a 92 estudiantes respondió que si ha tenido este tipo de relación sexual y el 1,5% que equivale a 3 estudiantes no contestó la pregunta (Ver gráfica 9).

Gráfica 9. Relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina.



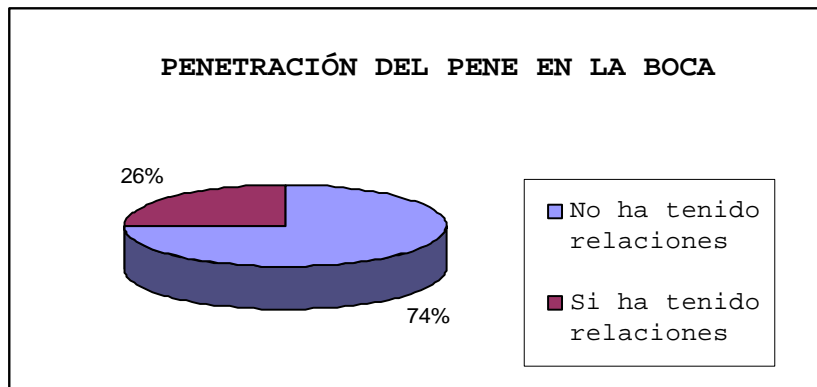
Como se puede apreciar en la grafica 10, en la pregunta, en las relaciones sexuales de penetración del pene en la vagina ¿usted o su pareja ha usado condón? El 26,0% que equivale a 52 estudiantes contestó que ha usado condón todas las veces, el 18,5% que equivale a 37 estudiantes contestó que ha usado condón algunas veces y el 3,0% que equivale a 6 estudiantes contestó que ninguna vez ha usado condón en las relaciones sexuales de penetración del pene en la vagina.

Gráfica 10. Uso del condón en las relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina



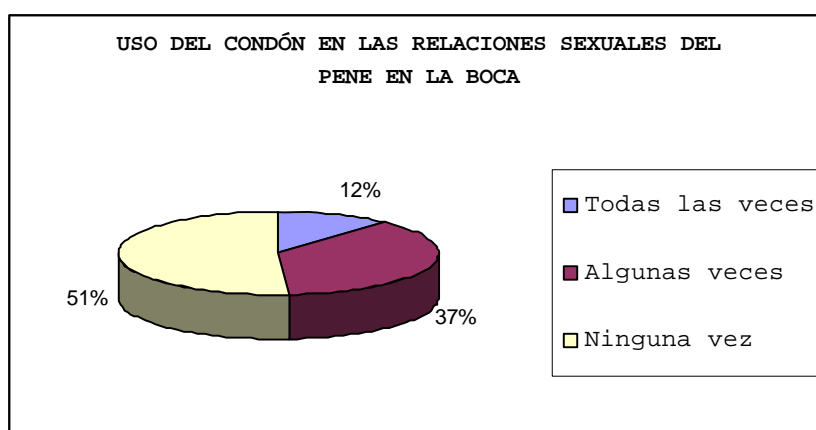
Cuando se les preguntó si en los últimos 12 meses han tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca, respondieron, el 25,5% que corresponde a 51 estudiantes contestó que si ha tenido este tipo de relación sexual y el 74,5% que corresponde a 149 estudiantes contestó que no ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca en los últimos 12 meses (Ver gráfica 11)

Gráfica 11. Relaciones sexuales con penetración del pene en la boca.



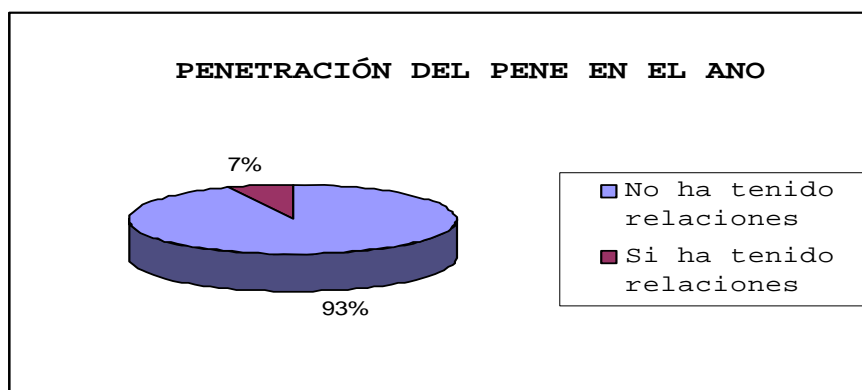
Como se puede apreciar en la grafica 12, en la pregunta, en las relaciones sexuales de penetración del pene en la boca ¿usted o su pareja ha usado condón? El 3,0% qõe equivale a 6 estudiantes contestó que ha usado condón todas las veces, %1"9,5% que equivale a 19 estudiintes contestó que ha usado condón algunas veces y el 13,0% que equivale a 26 estudiantes contestó que ninguna vez ha usado ãondón en las relaciones sexuales de penetración del pene en la boca.

Gráfica 12. Uso del condón en las relaciones sexuales con penetración del pene en la boca.



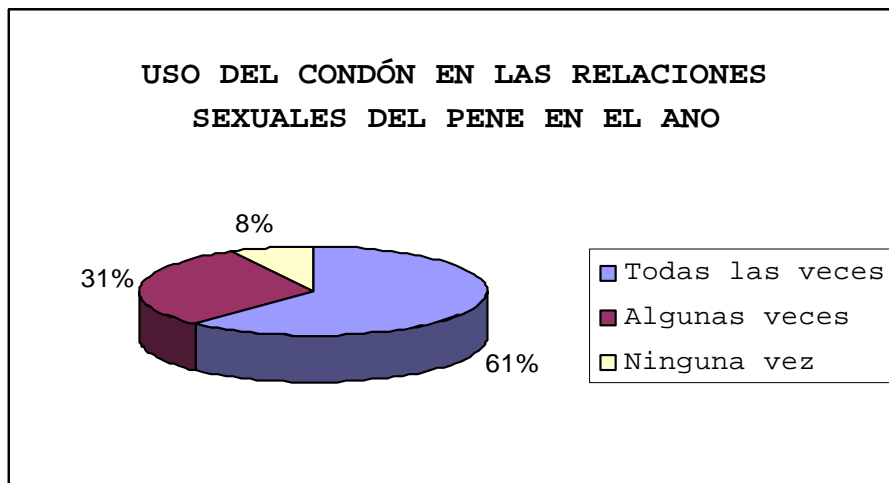
Los resultados obtenidos cuando se les preguntó si en los últimos 12 meses han tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano, el 6,5% que corresponde a 13 estudiantes contestó que si ha tenido este tipo de relación sexual y el 93,5% que corresponde a 187 estudiantes contestó que no ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano en los últimos 12 meses (Ver gráfica 13).

Gráfica 13. Relaciones sexuales con penetración del pene en el ano.



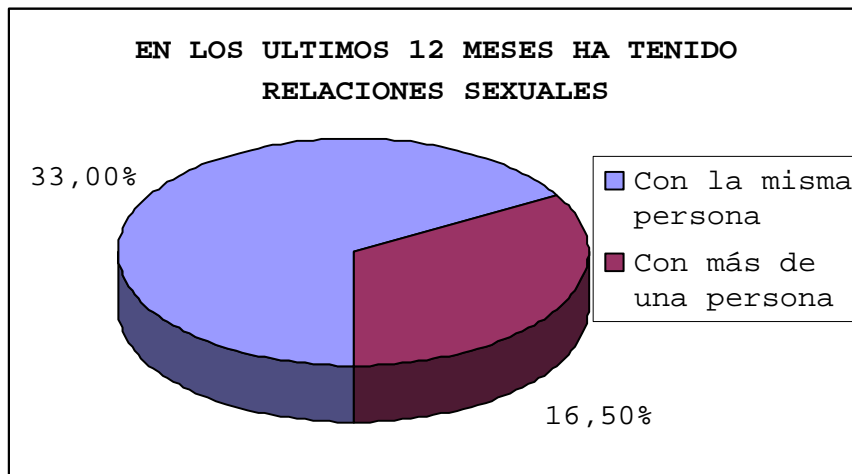
Como se puede apreciar en la grafica 14, en la pregunta, en las relaciones sexuales de penetración del pene en el ano ¿usted o su pareja ha usado condón? El 4,0% que equivale a 8 estudiantes contestó que ha usado condón todas las veces, el 2,0% que equivale a 4 estudiantes contestó que ha usado condón algunas veces y el ,5% que equivale a 1 estudiante contestó que ninguna vez ha usado condón en las relaciones sexuales de penetración del pene en el ano.

Gráfica 14. Uso del condón en las relaciones sexuales con penetración del pene en el ano.



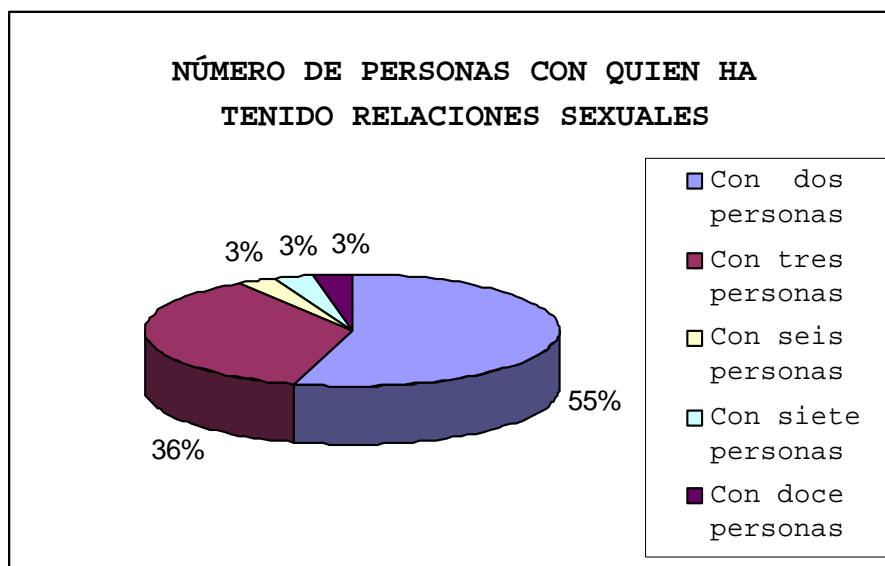
Como se puede apreciar en la gráfica 15, en la pregunta, en los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene ¿sólo con la misma persona? o ¿Con más de una persona? el 33,0% que corresponde a 66 estudiantes contestó que sólo con la misma persona y el 16,5% que corresponde a 33 estudiantes contestó que con más de una persona.

Gráfica 15. Relaciones sexuales en los últimos 12 meses.



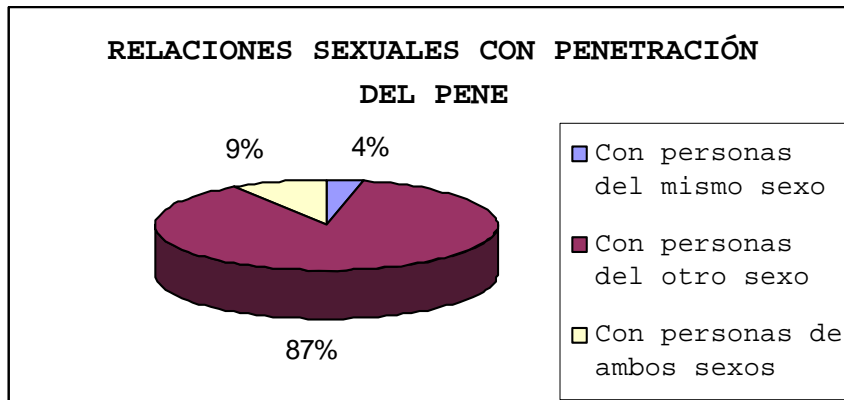
¿En los últimos 12 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? El 9,0% que equivale a 18 estudiantes respondió que con 2 personas ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene, el 6,0% que equivale a 12 estudiantes respondió que con 3 personas ha tenido este tipo de relación sexual, el ,5% que equivale a 1 estudiante respondió que con 6 personas ha tenido este tipo de relación sexual, el ,5% que equivale a 1 estudiante respondió que con 7 personas y el ,5% que equivale a 1 estudiante respondió que con 12 personas ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos 12 meses (Ver gráfica 16).

Gráfica 16. Número de personas con quien ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.



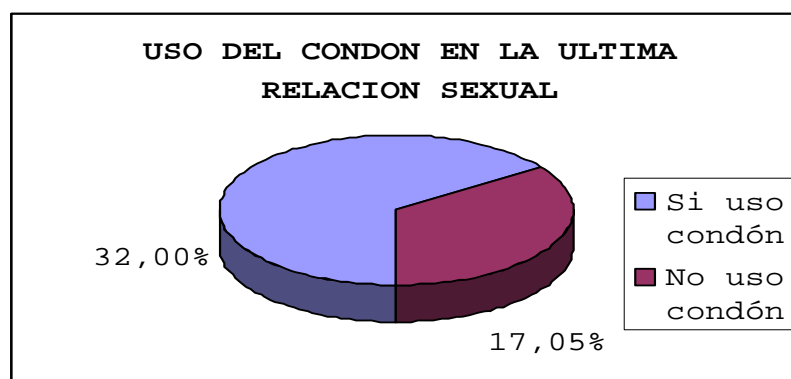
Como se puede apreciar en la gráfica 17, en la pregunta, en los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido ¿sólo con personas de su mismo sexo? o ¿sólo con personas del otro sexo? o ¿con personas de ambos sexos? El 2,0% que equivale a 4 estudiantes contestó que sólo con personas de su mismo sexo han sido sus relaciones sexuales, el 47,0% que equivale a 94 estudiantes contestó que sólo con personas del otro sexo y el 5% que equivale a 1 estudiante contestó que con personas de ambos sexos han sido sus relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Gráfica 17. Relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos 12 meses.



¿Usted o su pareja usó condón en su última relación sexual con penetración? El 32,0% que corresponde a 64 estudiantes contestó que si había usado condón en su última relación sexual y el 17,5% que corresponde a 35 estudiantes contestó que no usó condón en su última relación sexual (Ver gráfica 18).

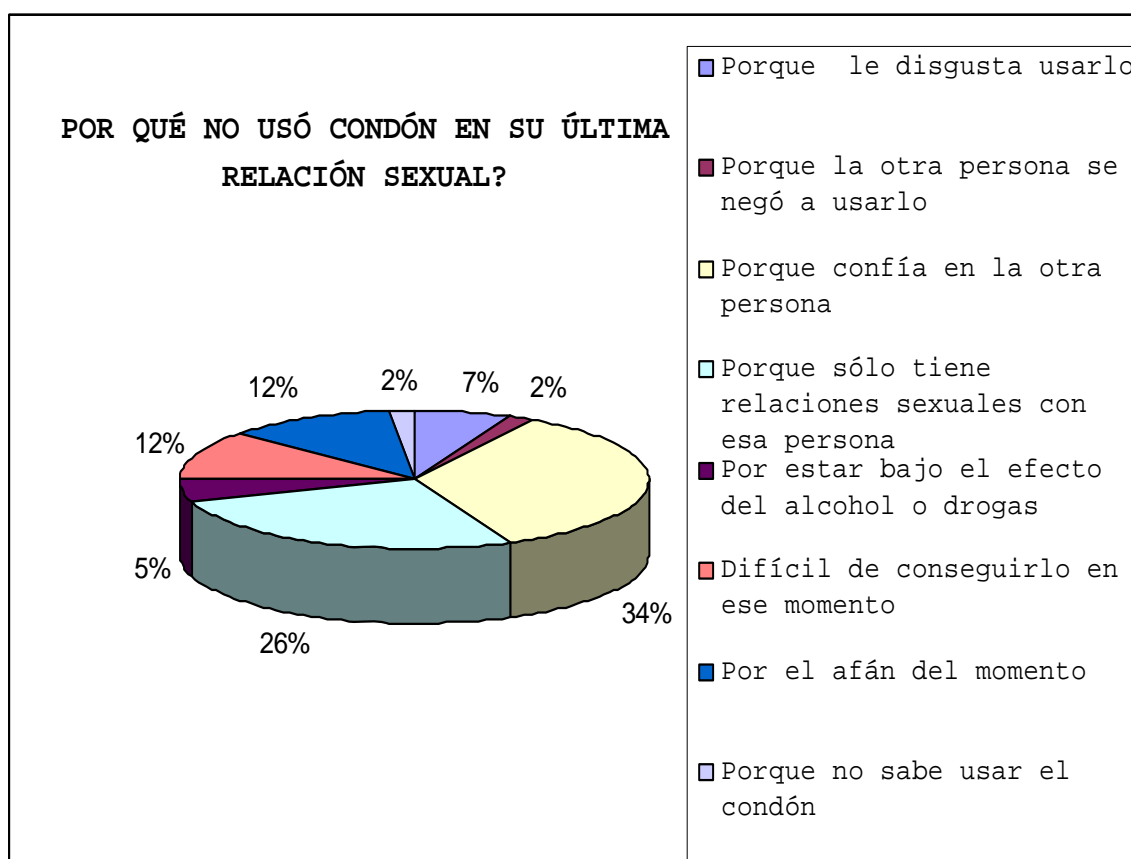
Gráfica 18. Uso del condón en la última relación sexual.



Como se puede apreciar en la gráfica 19, en la pregunta ¿Por qué no usó condón en la última relación sexual con penetración? El 2,0% que equivale a 4 estudiantes contestó que porque a ella o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo, el ,5% que equivale a 1 estudiante contestó que porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo, el 10,5% que equivale a 21 estudiantes contestó que

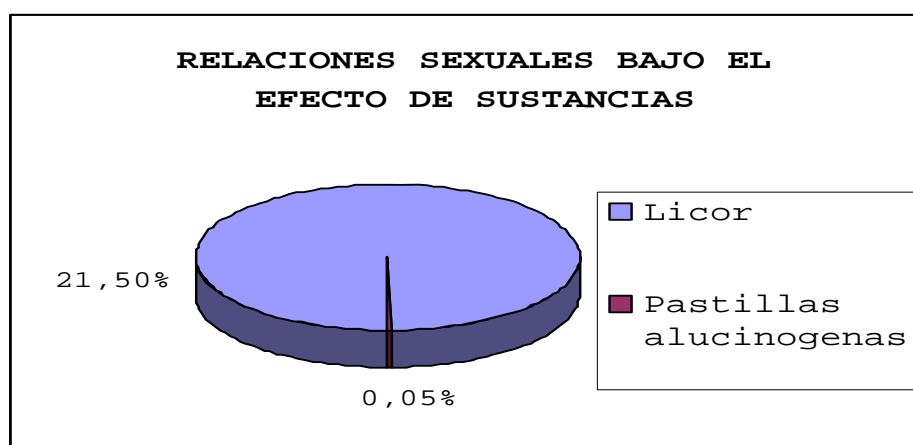
porque confía en la persona con quien tuvo esa relación, el 8,0% que equivale a 16 estudiantes contestó que porque sólo tiene relaciones sexuales con esa persona, el 1,5% que equivale a 3 estudiantes contestó que porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas, el 3,5% que equivale a 7 estudiantes contestó que porque era difícil conseguirlo en ese momento, el 3,5% que equivale a 7 estudiantes contestó que por el afán del momento y el ,5% que equivale a 1 estudiante contestó que porque no sabe usar el condón.

Gráfica 19. Por qué no usó condón en la última relación sexual.



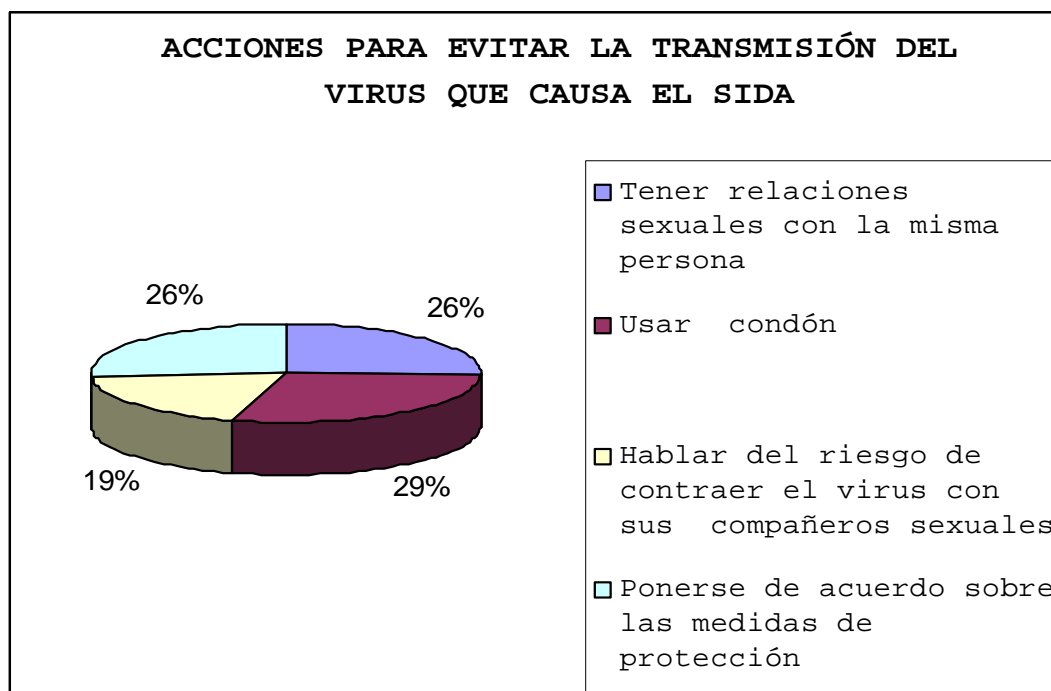
¿Durante los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto de las siguientes sustancias? El 21,5% que corresponde a 43 estudiantes contestó que ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del licor y el ,5% que corresponde a 1 estudiante contestó que ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de pastillas alucinógenas. Los resultados se pueden apreciar en la gráfica 20.

Gráfica 20. Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias.



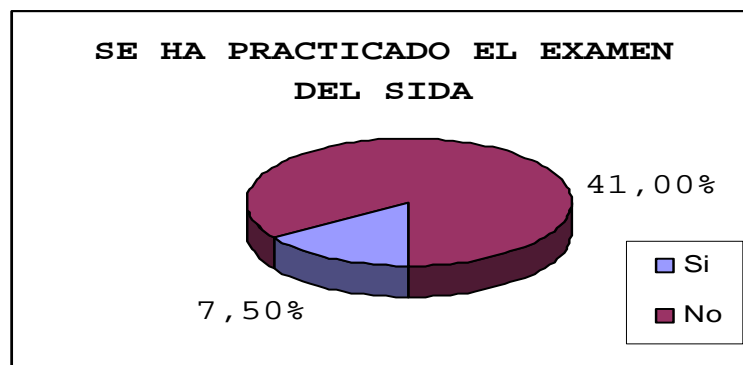
Cuando se les preguntó si en los últimos 12 meses qué cosas habían hecho para evitar la infección del virus que causa el SIDA, el 35,0% que equivale a 70 estudiantes respondió que tener relaciones sexuales sólo con una misma persona, el 39,5% que equivale a 79 estudiantes respondió que usar condón, el 26,5% que equivale a 53 estudiantes respondió que conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus y el 36,0% que equivale a 72 estudiantes respondió que ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección (Ver gráfica 21).

Gráfica 21. Acciones para evitar la transmisión del virus que causa el SIDA.



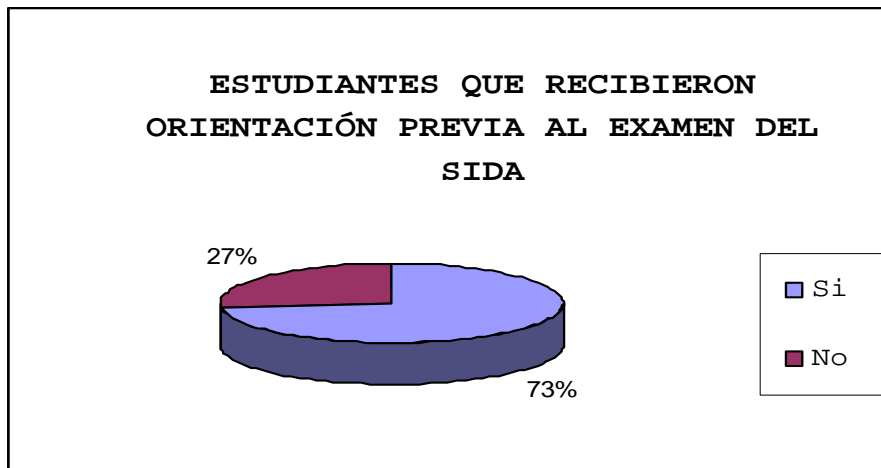
Como se puede apreciar en la gráfica 22, en la pregunta, ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA? El 7,5% que corresponde a 15 estudiantes contestó que si se ha practicado el examen y el 41,0% que corresponde a 82 estudiantes contestó que no se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA.

Gráfica 22. Se ha practicado el examen del SIDA.



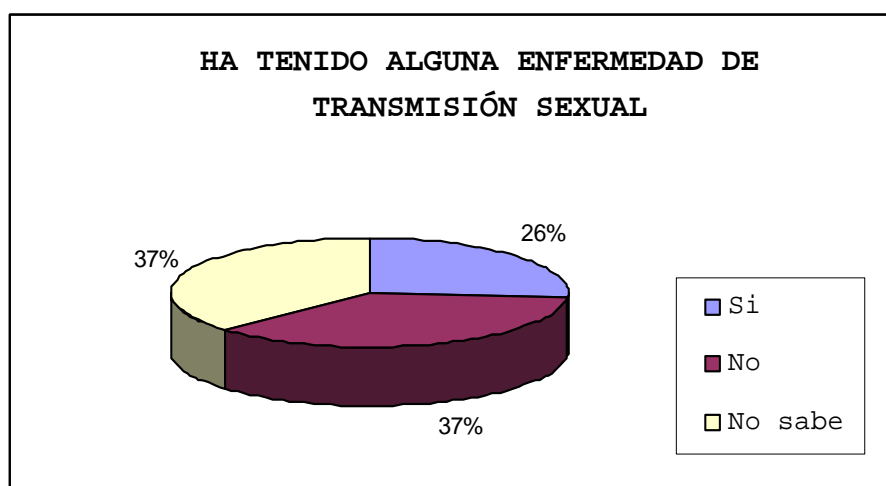
Cuando se les preguntó si habían recibido orientación previa para hacerse el examen, el 5,5% que equivale a 11 estudiantes respondió que si y el 2,0% que equivale a 4 estudiantes respondió que no recibió orientación previa para hacerse el examen (Ver gráfica 23).

Gráfica 23. Estudiantes que recibieron orientación previa al examen del sida.



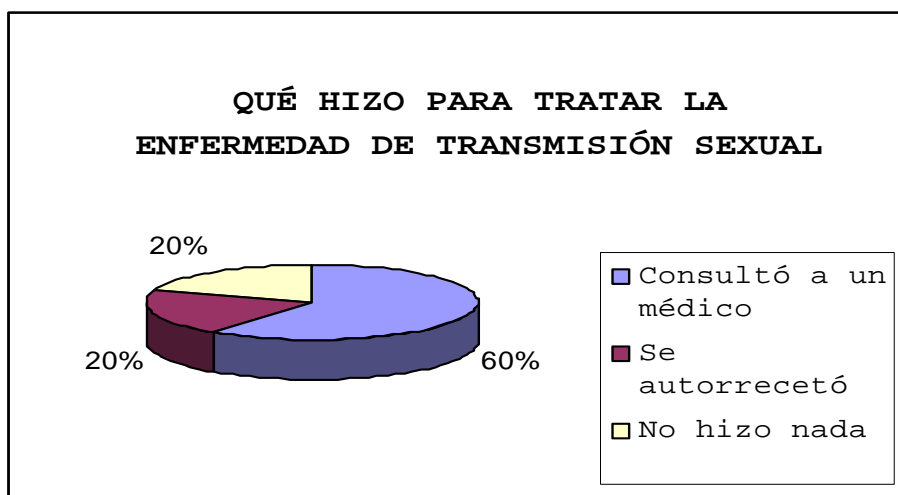
Como se puede apreciar en la gráfica 24, en la pregunta ¿Durante los últimos 12 meses han tenido enfermedades de transmisión sexual como Gonorrea, Sífilis, Condilomas y Herpes genital, etc.? El 2,5% que corresponde a 5 estudiantes contestó que si has tenido alguna de esas enfermedades, el 3,5% que corresponde 7 estudiantes contestó que no ha tenido ninguna enfermedad de ese tipo y el 3,5% que corresponde a 7 estudiantes contestó que no sabe si ha tenido alguna de esas enfermedades de transmisión sexual.

Gráfica 24. Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual.



Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de Transmisión Sexual? El 1,5% que equivale a 3 estudiantes contestó que consultó a un médico, el ,5% que equivale a 1 estudiante contestó que se autorrecetó o formuló y el ,5% que equivale a 1 estudiante contestó que no hizo nada (Ver gráfica 25).

Gráfica 25. Qué hizo para tratar la enfermedad de transmisión sexual.



A continuación se describen los resultados de la Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA [SEA-27] que evaluaba la capacidad de decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, la capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como uso de drogas y la capacidad percibida para adquirir y usar correctamente el condón.

En relación a la pregunta ¿vives en pareja? El 97.5% que equivale a 195 estudiantes respondió que no viven en pareja y el 2.5% que equivale a 5 estudiantes respondió que si conviven en pareja.

En la pregunta: total de personas que viven en tu casa, incluyéndote. El 28.5% que equivale a 57 estudiantes respondieron que 4 personas viven en su casa; el 22% que corresponde a 44 estudiantes indicaron que 5 personas viven en su casa; el 19.5% que equivale a 39 estudiantes reconocieron que viven 3 personas en su casa. El 11.5% que equivale a 23 personas respondieron que 6 personas viven en su casa; el 7% que corresponde a 14 estudiantes indicaron que viven 2 personas en su casa; el 3% que equivale a 6 personas no respondieron la pregunta. El 2.5% que corresponde a 5 personas reconocieron que 7 personas viven en su casa, el 2% que equivale a 4 personas indicaron que 8 personas viven en su casa. De igual forma se obtuvieron dos porcentajes de 1.5% que equivale a 3 personas cada uno donde se indica que viven 9 y 10 personas en su casa respectivamente. Igualmente dos porcentajes de 0.5% que corresponden a 1 persona cada uno, respondieron que viven 1 y 11 personas en su casa respectivamente.

En la pregunta ¿Viven en tu casa otros parientes o hermanos(as) casados(as)? El 85% que corresponde a 170 estudiantes contestó que no hay parientes o hermanos casados viviendo en su casa mientras que el 15% que equivale a 30 estudiantes respondió que sí conviven con parientes o hermanos casados.

El 90% que corresponde a 180 estudiantes no trabaja en la actualidad mientras que el 10% que equivale a 20 estudiantes si están trabajando.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien conocido hace 30 días o menos? El 50% que corresponde a 100 estudiantes puntaron estar totalmente seguros de decir no, el 8.5% que equivale a 17 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 18.5% que corresponde a 37 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 9% que equivale a 18 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 14% que corresponde a 28 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien conocido hace 30 días o menos.

Cuando se les preguntó si estaban seguros de DECIR NO, cuando alguien les propone tener relaciones sexuales y es alguien cuya historia sexual es desconocida, el 50.5% que corresponde a 101 estudiantes puntaron estar totalmente seguros de decir no, el 11% que equivale a 22 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 14% que corresponde a 28 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 6% que equivale a 12 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 18.5% que corresponde a 37 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien cuya historia sexuales desconocida para ti.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien cuya historia de consumo de drogas no conoces? El 47% que corresponde a 94 estudiantes puntaron estar totalmente seguros de decir no, el 16% que equivale a 32 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 14.5% que

corresponde a 29 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 5% que equivale a 10 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 17% que corresponde a 34 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien cuya historia de consumo de drogas no conoces, y el 0.5% que equivale a 1 persona no contesto.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien a quien has tratado con anterioridad? El 23.5% que corresponde a 47 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de decir no, el 23% que equivale a 46 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 18.5% que corresponde a 37 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 22% que equivale a 44 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 12% que corresponde a 24 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien a quien has tratado con anterioridad. Y 1% que corresponde a 2 estudiantes no contestaron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien a quien deseas tratar de nuevo? El 29% que corresponde a 58 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de decir no, el 19.5% que equivale a 39 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 21.5% que corresponde a 43 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 12% que equivale a 24 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 16% que corresponde a 32 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es

alguien a quien deseas tratar de nuevo. Y 2% que equivale a 4 estudiantes no respondieron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales? El 22% que corresponde a 44 estudiantes puntaron estar totalmente seguros de decir no, el 15% que equivale a 30 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 22% que corresponde a 44 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 16% que equivale a 32 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 21.5% que corresponde a 43 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien a quien has tratado con anterioridad. Y 3.5% que corresponde a 7 estudiantes no contestaron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien que quieres que se enamore de ti? El 29.5% que corresponde a 59 estudiantes puntaron estar totalmente seguros de decir no, el 18.5% que equivale a 37 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 18% que corresponde a 36 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 16% que equivale a 32 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 17% que corresponde a 34 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien que quieres que se enamore de ti. Y 1% que corresponde a 2 estudiantes no respondieron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien que te presiona a

tener relaciones sexuales? El 55% que corresponde a 110 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de decir no, el 11% que equivale a 22 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 11.5% que corresponde a 23 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 3% que equivale a 6 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 19% que corresponde a 38 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien que te presiona a tener relaciones sexuales. Y 0.5% que corresponde a 1 estudiantes no contestaron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y es alguien que ha estado bebiendo alcohol? El 47% que corresponde a 94 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de decir no, el 14.5% que equivale a 29 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 12% que corresponde a 24 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 9.5% que equivale a 19 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 16% que corresponde a 32 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien que ha estado bebiendo alcohol. Y 1% que corresponde a 2 estudiantes no indicaron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relacioneó wexualms y es alguien que ha estado utilizando drogas? El 60% que corresto~de a 120 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de decir no, el 11.5% que equivale a 23 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 5% que corresponde a 10 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 2.5% que

equivile a 5 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 20% que corresponde a 40 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y es alguien que ha estado utilizando drogas. Y 1% que corresponde a 2 estudiantes no contestaron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y tu nivel de excitación sexual es muy alto? El 26% que corresponde a 52 estudiantes puntaron estar totalmente seguros de decir no, el 12% que equivale a 24 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir no; 28% que corresponde a 56 estudiantes señalaron estar medio seguros de decir no. El 17% que equivale a 34 estudiantes indicaron estar algo seguros de decir no y el 14% que corresponde a 28 estudiantes reconocieron estar nada seguros de decir no cuando alguien le propone tener relaciones sexuales y su nivel de excitación sexual es muy alto. Y 3% que corresponde a 6 estudiantes no respondieron la pregunta.

A continuación se presenta los resultados en conjunto de las anteriores preguntas, que corresponden a la dimensión de Autoeficacia SEA-A (Ver tabla 1).

Tabla 1. Capacidad para decir no a relaciones sexuales

AUTOEFICACIA Y RELACIONES SEXUALES						
Dimensiones Autoeficacia	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro	No contesto
SEA - A Capacidad para decir no a relaciones sexuales	16,7%	10,6%	16,7%	14,5%	40,0%	1,5%

A la pregunta ¿Qué tan seguro estás de preguntar a tu pareja si se ha inyectado alguna droga? Los estudiantes respondieron así: el 57% (114 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de preguntar a su pareja, el 19% (38 estudiantes) señalan estar muy seguro de preguntar a su pareja, el 16% (32 estudiantes) indican estar medio seguros de preguntar a su pareja, el 4% (8 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 4% (8 estudiantes) de estar nada seguros de preguntar a su pareja si se ha inyectado alguna droga.

Con relación a la pregunta ¿Qué tan seguro estás de discutir sobre la prevención del SIDA con tu pareja? Los estudiantes respondieron así: el 60.5% (121 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de discutir con su pareja el tema, el 23.5% (47 estudiantes) señalan estar muy seguro de discutir con su pareja acerca del tema, el 10% (20 estudiantes) indican estar medio seguros de preguntar a su pareja, el 4.5% (9 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 1.5% (3 estudiantes) de estar nada seguros de discutir sobre prevención del SIDA con tu pareja.

A la pregunta ¿Qué tan seguro estás de preguntar a tu pareja sobre sus relaciones sexuales pasadas? Los estudiantes respondieron así: el 48.5% (97 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de preguntar a su pareja, el 23.5% (47 estudiantes) señalan estar muy seguro de preguntar a su pareja, el 15% (30 estudiantes) indican estar medio seguros de preguntar a su pareja, el 10% (20 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 3% (6 estudiantes) de estar nada seguros de preguntar a su pareja sobre sus relaciones sexuales pasadas.

De acuerdo con la pregunta ¿Qué tan seguro estás de preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual? Los estudiantes contestaron así: el 45.5% (91 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de preguntar a su pareja, el 21% (42 estudiantes) señalan estar muy seguro de preguntar a su pareja, el 16.5% (33 estudiantes) indican estar medio seguros de preguntar a su pareja, el 7.5% (15 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 9.5% (19 estudiantes) de estar nada seguros de preguntar a su pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual.

En la tabla 2 se describe el total de los porcentajes de las anteriores preguntas, que conforman la dimensión de Autoeficacia SEA-B (ver tabla 2).

Tabla 2. Capacidad para hablar sobre experiencias previas

AUTOEFICACIA Y RELACIONES SEXUALES						
Dimensiones Autoeficacia	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro	No contesto
SEA - B Capacidad para hablar sobre experiencias previas	4,5%	6,5%	14,3%	21,8%	52.9%	0%

A la pregunta ¿Qué tan seguro estás de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales? Los estudiantes respondieron así: el 59% (118 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de usar el condón, el 25% (50 estudiantes) señalan estar muy seguro de usar el condón, el 12% (24 estudiantes) indican estar medio seguros de preguntar a su pareja, el 3% (6 estudiantes) respondieron estar algo

seguros y 1% (2 estudiantes) de estar nada seguros de usar el condón cada vez que tengan relaciones sexuales.

Conforme a la pregunta ¿Qué tan seguro estás de usar correctamente el condón? Los estudiantes manifestaron su opinión así: el 64% (128 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de usar correctamente el condón, el 21% (42 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 11% (22 estudiantes) indican estar medio seguros de usar correctamente el condón, el 1.5% (3 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 1.5% (3 estudiantes) de estar nada seguros de usar correctamente el condón. Y el 1% que equivale a 2 estudiantes no contestaron esta pregunta.

Referente a la pregunta ¿Qué tan seguro estás de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol? Los estudiantes contestaron así: el 50% (100 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de usar el condón en este caso, el 19% (38 estudiantes) señalan estar muy seguro de usar el condón en esta situación, el 16.5% (33 estudiantes) indican estar medio seguros de usar el condón en este caso, el 4.5% (9 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 5% (10 estudiantes) de estar nada seguros de usar el condón durante el acto sexual después de estar bebiendo alcohol.

A la pregunta ¿Qué tan seguro estás de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? Los estudiantes respondieron así: el 51% (102 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de usar el condón en este caso, el 15% (30 estudiantes) señalan estar muy seguro de usar el condón en esta situación, el 9% (18 estudiantes) indican estar medio seguros de usar

el condón en este caso, el 6% (12 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 8% (16 estudiantes) de estar nada seguros de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga. De igual forma el 11% que equivale a 22 estudiantes no contestaron esta pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo? El 60.5% que corresponde a 121 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de insistir en este caso, el 21% que equivale a 42 estudiantes marcaron estar muy seguros insistir; 12% que corresponde a 24 estudiantes señalaron estar medio seguros de insistir en el uso del condón. El 2.5% que equivale a 5 estudiantes indicaron estar algo seguros de insistir y el 2% que corresponde a 4 estudiantes reconocieron estar nada seguros de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo. Y 2% que corresponde a 4 estudiantes no contestaron la pregunta.

De acuerdo con la pregunta ¿Qué tan seguro estás de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón? Los estudiantes contestaron así: el 46.5% (93 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de negarse en este caso, el 19.5% (39 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 17% (34 estudiantes) indican estar medio seguros de negarse, el 8.5% (17 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 5.5% (11 estudiantes) de estar nada seguros de negarse a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón. Y el 3% que equivale a 6 estudiantes no respondieron la pregunta.

Conforme a la pregunta ¿Qué tan seguro estás de contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones? Los estudiantes manifestaron su opinión así: el 48% (96 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de contar siempre con el dinero suficiente, el 27% (54 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 16% (32 estudiantes) indican estar medio seguros de contar siempre con el dinero suficiente, el 3.5% (7 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 3.5% (7 estudiantes) de estar nada seguros de contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones. Y el 2% que equivale a 4 estudiantes no contestaron esta pregunta.

Con relación a la pregunta ¿Qué tan seguro estás de acudir a la tienda a comprar condones? Los estudiantes respondieron así: el 53.5% (107 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de acudir a la tienda, el 22% (44 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 11% (22 estudiantes) indican estar medio seguros. El 7% (14 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 4.5% (9 estudiantes) de estar nada seguros de acudir a la tienda a comprar condones. De igual forma el 2% que corresponde a 4 estudiantes no respondieron la pregunta.

En la pregunta ¿Qué tan seguro estas de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio? El 16.5% que corresponde a 33 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de no tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, el 7.5% que equivale a 15 estudiantes marcaron estar muy seguros; 16% que corresponde a 32 estudiantes señalaron estar medio seguros de esperar hasta el matrimonio. El 10% que equivale a 20 estudiantes indicaron estar algo seguros y el 46% que corresponde a 92 estudiantes reconocieron estar nada seguros de no

tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio. Y 4% que corresponde a 8 estudiantes no contestaron la pregunta.

A la pregunta ¿Qué tan seguro estás de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida? Los estudiantes respondieron así: el 22.5% (45 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida, el 11.5% (23 estudiantes) señalan estar muy seguro mantener este tipo de relación, el 21% (42 estudiantes) indican estar medio seguros, el 15.5% (31 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 25.5% (51 estudiantes) de estar nada seguros mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida. De igual forma el 4% que equivale a 8 estudiantes no respondieron esta pregunta.

Referente a la pregunta ¿Qué tan seguro estás de charlar con tu papá sobre temas sexuales? Los estudiantes contestaron así: el 16% (32 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de charlar con su papá sobre temas sexuales, el 14% (28 estudiantes) señalan estar muy seguro de tener este tipo de charlas, el 21% (42 estudiantes) indican estar medio seguros, el 18.5% (37 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 29% (58 estudiantes) de estar nada seguros de charlar con su papá sobre temas sexuales. Y el 1.5% que corresponde a 3 estudiantes no contestaron la pregunta.

Así mismo en la pregunta ¿Qué tan seguro estás de charlar con tu mamá sobre temas sexuales? Los estudiantes contestaron así: el 25% (50 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de charlar con su mamá sobre temas sexuales, el 17.5% (35 estudiantes) señalan estar muy seguro de tener este tipo de charlas, el 15.5% (31 estudiantes) indican

estar medio seguros, el 13% (26 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 27.5% (55 estudiantes) de estar nada seguros de charlar con su mamá sobre temas sexuales. Y el 1.5% que corresponde a 3 estudiantes no respondieron la pregunta.

En la tabla 3, se presentan los resultados en conjunto de las anteriores preguntas, que corresponden a la dimensión de Autoeficacia SEA-C.

Tabla 3. Capacidad para adquirir y usar condón

AUTOEFICACIA Y RELACIONES SEXUALES						
Dimensiones Autoeficacia	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro	No contesto
SEA - C Capacidad para adquirir y usar condón	13,2%	7,6%	15,3%	18,3%	42,5%	3,1%

En los siguientes resultados se les pidió a los estudiantes que expresaran el grado de acuerdo que tenían en cada una de las siguientes afirmaciones:

De acuerdo a la afirmación: "La mujer es la que debe solicitar el uso del condón". Los estudiantes contestaron así: el 27.5% (55 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de estar de acuerdo, el 22% (44 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 26.5% (53 estudiantes) indican estar medio seguros de esta afirmación, el 8.5% (17 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 15.5% (31 estudiantes) de estar nada seguros de que la mujer es la que debe solicitar el uso del condón.

Conforme a la enunciación: "El hombre es el que debe comprar los condones". Los estudiantes respondieron así: el 36% (72 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de que el hombre es el que debe comprar los condones, el 20% (40 estudiantes) señalan estar muy seguro del enunciado, el 23.5% (47 estudiantes) indican estar medio seguros, el 7% (14 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 13% (26 estudiantes) de estar nada seguros de que el hombre es el que debe comprar los condones.

Con relación a la expresión: "El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual". Los estudiantes respondieron así: el 14.5% (29 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de esta afirmación, el 15% (30 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 36% (72 estudiantes) indican estar medio seguros de esta responsabilidad. El 10% (20 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 23.5% (47 estudiantes) de estar nada seguros de que el hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual. De igual forma el 1% que corresponde a 2 estudiantes no respondieron la pregunta.

A la afirmación: "La mujer debe traer los condones". Los estudiantes respondieron así: el 14.5% (29 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de que la mujer debe traer los condones, el 16.5% (33 estudiantes) señalan estar muy seguro de esta afirmación, el 36% (72 estudiantes) indican estar medio seguros, el 16% (32 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 17% (34 estudiantes) de estar nada seguros de que la mujer debe traer los condones.

Referente al enunciado: "Las relaciones sexuales deben ser espontáneas". Los estudiantes contestaron así: el 24.5% (49 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de que las relaciones sexuales deben ser espontáneas, el 17% (34 estudiantes) señalan estar muy seguro de esta expresión, el 22.5% (45 estudiantes) indican estar medio seguros, el 14% (28 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 21% (42 estudiantes) de estar nada seguros de que las relaciones sexuales deben ser espontáneas. Y el 1% que corresponde a 2 estudiantes no contestaron la pregunta.

En la expresión: "El uso del condón es bueno para mi salud". El 72.5% que corresponde a 145 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de que el uso del condón es bueno para su salud, el 13% que equivale a 26 estudiantes marcaron estar muy seguros; 8% que corresponde a 16 estudiantes señalaron estar medio seguros de que el uso del condón es bueno para su salud. El 1% que equivale a 2 estudiantes indicaron estar algo seguros y el 3% que corresponde a 6 estudiantes reconocieron estar nada seguros de que el uso del condón es bueno para su salud. Y 2.5% que corresponde a 5 estudiantes no contestaron la pregunta.

De acuerdo con la afirmación: "El uso del condón disminuye la satisfacción sexual". Los estudiantes contestaron así: el 11% (22 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de estar de acuerdo con esta expresión, el 11% (22 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 24% (48 estudiantes) indican estar medio seguros de esta afirmación, el 16.5% (33 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 33% (66 estudiantes) de estar nada seguros de que el uso del condón disminuye

la satisfacción sexual. Y el 4.5% que equivale a 9 estudiantes no contestaron esta pregunta.

Con relación a la expresión: "Mi situación económica me permite comprar condones". Los estudiantes respondieron así: el 50.5% (101 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de esta afirmación, el 21.5% (43 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 9% (18 estudiantes) indican estar medio seguros de esta situación. El 4% (8 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 10% (20 estudiantes) de estar nada seguros de que su situación económica me permite comprar condones. De igual forma el 5% que corresponde a 10 estudiantes no respondieron la pregunta.

Conforme a la enunciación: "Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifica con tiempo". Los estudiantes respondieron así: el 37% (74 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de que las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifica con tiempo, el 16% (32 estudiantes) señalan estar muy seguros del enunciado, el 22% (44 estudiantes) indican estar medio seguros, el 9% (18 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 12% (24 estudiantes) de estar nada seguros de que las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifica con tiempo. Y el 4% que corresponde a 8 estudiantes no contestaron esta pregunta.

A la afirmación: "Las relaciones sexuales solo deben tenerse con la misma persona de por vida". Los estudiantes respondieron así: el 15.5% (31 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de que las relaciones sexuales solo deben tenerse con la misma persona de por vida, el 11.5% (23 estudiantes) señalan estar muy seguro de esta

afirmación, el 27.5% (55 estudiantes) indican estar medio seguros, el 16% (32 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 27.5% (55 estudiantes) de estar nada seguros de que las relaciones sexuales solo deben tenerse con la misma persona de por vida. Y el 2% que equivale a 4 estudiantes no respondieron la pregunta.

Referente al enunciado: "Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, que no tener relaciones sexuales". Los estudiantes contestaron así: el 3.5% (7 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de preferir arriesgarse a contraer una enfermedad que no tener relaciones sexuales, el 3% (6 estudiantes) señalan estar muy seguro de esta expresión, el 11.5% (23 estudiantes) indican estar medio seguros, el 4.5% (9 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 76% (152 estudiantes) de estar nada seguros de preferir arriesgarse a contraer una enfermedad que no tener relaciones sexuales. Y el 1.5% que corresponde a 3 estudiantes no contestaron la pregunta.

En la expresión: "El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja". El 4.5% que corresponde a 9 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros de que el SIDA es muy difícil que le dé, aunque no se proteja, el 4.5% que equivale a 9 estudiantes marcaron estar muy seguros; 4% que corresponde a 8 estudiantes señalaron estar medio seguros de esta afirmación. El 10.5% que equivale a 21 estudiantes indicaron estar algo seguros y el 74.5% que corresponde a 149 estudiantes reconocieron estar nada seguros de que el SIDA sea algo muy difícil que le dé, aunque no se proteja. Y 2% que corresponde a 4 estudiantes no contestaron la pregunta.

De acuerdo con la afirmación: "Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es suficiente". Los estudiantes contestaron así: el 25.5% (51 estudiantes) refieren estar totalmente seguros de estar de acuerdo con esta expresión, el 30% (60 estudiantes) señalan estar muy seguro, el 27.5% (55 estudiantes) indican estar medio seguros de esta afirmación, el 11.5% (23 estudiantes) respondieron estar algo seguros y 5.5% (11 estudiantes) de estar nada seguros de considerar que la información que tiene sobre sexualidad es suficiente.

En la tabla 4 se describe el total de los porcentajes de las anteriores preguntas, que conforman la dimensión de Autoeficacia SEA-D.

Tabla 4. Creencias y riesgo percibido

AUTOEFICACIA Y RELACIONES SEXUALES						
Dimensiones Autoeficacia	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro	No contesto
SEA - D Creencias y riesgo percibido	25,5%	9,6%	21,3%	15,4%	25,6%	2,6

8. DISCUSIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue detectado hace aproximadamente 21 años en Estados Unidos, y en el año de 1983, la comunidad determinó la existencia del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como el agente causal del SIDA, (ONUSIDA & OMS, 1996). Uno de los factores determinantes en la transmisión de este virus es la práctica de relaciones sexuales no protegidas siendo esta la causa más frecuente de contagio, aportando casi 80% de las infecciones de los adultos frente a otras formas de transmisión, como el uso de jeringas entre los drogodependientes y las transfusiones de sangre, modos inicialmente calificados como los responsables de la expansión de la enfermedad (OPS, 2005). Estos datos resaltan la importancia de identificar los comportamientos de riesgo que se presentan en los jóvenes, en el caso de esta investigación en un ambiente específico como es el universitario en donde se mezclan culturas y creencias que los hacen cada vez más vulnerables, dadas las características de la etapa de desarrollo en que se encuentran. De acuerdo con Uribe (2005) en la adolescencia se inicia o instauran las conductas de salud y las habilidades para la vida que pueden ser diagnosticadas, intervenidas y modificadas a tiempo para el bienestar del adolescente y el bienestar social. A su vez, se dan cambios neuronales que facilitan el desarrollo de habilidades cognitivas a favor de los jóvenes y el aprendizaje.

Otras de las características que se resaltan de la muestra que hace parte del estudio es que son jóvenes estudiantes de primer semestre que iniciaron su carrera de pregrado, teniéndose que adaptar a un estilo de vida diferente, donde adquieren más responsabilidades,

muchos de ellos dejando a sus familias, y ocupando nuevos roles dentro de otros círculos sociales.

Es así que aunque se han identificado grupos de riesgo para contraer la infección del VIH/SIDA, son los adolescentes (cuando la mayoría inicia su vida sexual) los que se destacan, y quienes se ven más afectados, especialmente por estar expuestos a una gran cantidad de factores de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo, promiscuidad, mayor consumo de alcohol y drogas, y conocimientos inadecuados o deficientes, entre otros. De allí la necesidad de considerar a los jóvenes como agentes de cambio para desarrollar estrategias preventivas (Navarro & Vargas, 2003).

En la prevención del VIH/SIDA, la conducta sexual tiene un peso significativo, las actitudes del individuo y la capacidad (autoeficacia) de controlar y planificar el comportamiento sexual son importantes para evitar las conductas sexuales de riesgo. Aunque muchos adolescentes elegirán tener relaciones sexuales y deberían estar conscientes de las consecuencias de esto y de cómo protegerse (Egremy, 1998), es un hecho que aún los jóvenes sabiendo sobre el VIH, no suelen protegerse porque carecen de conocimientos prácticos, apoyo o medios para adoptar comportamientos seguros, o por considerar que su riesgo para la infección por este virus es muy bajo o nulo (ONUSIDA, 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior y con base en un estudio previo que se realizó en la UIS en 1996, "Estudio descriptivo sobre comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en la comunidad estudiantil de la UIS", se presentan los resultados de la actual investigación y se hará una comparación entre los dos estudios

para identificar cambios de comportamientos en el tiempo y observar las variables de riesgo de infección por VIH/SIDA manifiestas hace 12 años y en el momento actual, en una población similar. Vale la pena aclarar que la muestra del presente estudio estuvo compuesta por jóvenes de primer semestre y la anterior investigación fue realizada con estudiantes de todos los semestres, lo que pudo afectar los resultados obtenidos en el momento.

De los estudiantes que participaron en la presente investigación, en relación con el estado civil, el 98% son jóvenes solteros que en comparación a los resultados obtenidos en Caballero en 1996, ha aumentado sólo un 8% lo cual es un indicador de riesgo de contagio debido a la relativa facilidad de cambio de pareja.

Uno de los indicadores del presente estudio, identifica que más de la mitad de la muestra ya ha iniciado su vida sexual, representando el 58% de la población; mientras que hace 12 años, en el estudio de Caballero(1996), se obtuvo como resultado que sólo un 43% de la población ya era sexualmente activa. Por lo anterior se puede deducir que el riesgo a contraer la infección por VIH es cada vez mayor.

Así pues, dentro de la población sexualmente activa se resalta la mayor frecuencia del inicio de las relaciones sexuales en las edades comprendidas entre los 14 a los 17 años (correspondiente al 46,5%); lo que estaría acorde con el estudio analítico "*Asociación entre conocimientos, actitudes y las prácticas sexuales de alto riesgo para adquirir infección por VIH, en jóvenes en el departamento de Santander*" el cual se realizó con jóvenes de 15 a 22 años de edad. Del total de la

muestra, el 42.6% pertenecían a colegios oficiales y el 21.4% a colegios privados, el 18.5% a Universidades privadas y el 15.1% a Universidades oficiales. Se encontró que el promedio de edad para la primera relación sexual penetrativa fue 15.7 años (López et al., 2001). Al comparar estos estudios (el presente y el de López, 2001), con el estudio de Caballero (1996), se puede evidenciar que cada día el inicio de las relaciones sexuales es más temprano, debido a que en éste último se reportó como rango de inicio de la actividad sexual de 15 a 19 años de edad. Esto podría ser un indicador de riesgo de infección en cuanto los jóvenes son más vulnerables por su desarrollo social, emocional y psicológico incompleto; a lo que se suman las normas y las expectativas sociales que junto con la opinión de los compañeros, influye poderosamente en su comportamiento, contribuyendo a aumentar los riesgos para la salud (ONUSIDA, 2005).

Frente al comportamiento en las relaciones sexuales penetrativas el 33% de los estudiantes tiene sexo sólo con la pareja regular; mientras que el 16,5% tienen parejas ocasionales, lo anterior, teniendo en cuenta que sólo el 49,5% de la población encuestada ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses. El hecho que tengan pareja estable hace que el riesgo frente a una posible infección disminuya, mientras que para los que tienen parejas ocasionales implica mayor vulnerabilidad, más aún si no utiliza el preservativo en cualquiera de los dos casos.

Aunque es inevitable el inicio de las relaciones sexuales tempranas, se esperaría de igual forma que los adolescentes adoptaran métodos anticonceptivos para la prevención de infecciones de transmisión sexual

y embarazos no deseados, resultados que en esta investigación difieren con los antes mencionados ya que el porcentaje del uso de preservativo es del 41,0% que equivale a 82 estudiantes y el 17,0% que equivale a 34 estudiantes que señalaron no haber usado condón en su primera relación sexual. La cantidad de población que usa el preservativo es muy baja si se tienen en cuenta las consecuencias que podría acarrear y los conocimientos adquiridos frente al uso del mismo. La teoría indica que el uso del preservativo es una de las conductas de protección frente a la infección por el VIH; sin embargo, esta conducta está mediada por las diferentes creencias que una persona tiene frente a éste método, por las normas establecidas sobre la sexualidad y por su significado en un contexto social determinado; de igual forma influye, la autoeficacia y las habilidades de negociación sobre el uso del preservativo que tenga una persona con su pareja sexual, ya sea estable o casual (Crosby et al, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia en los resultados que la autoeficacia de los jóvenes para adquirir o negociar con su pareja sobre el uso del condón es baja, de ahí, que el promedio en el presente estudio es de 42,5% que dicen estar totalmente seguros de usarlo como método anticonceptivo. Según el cuestionario confidencial sobre vida sexual activa, el 32,0% que corresponde a 64 estudiantes contestó que si había usado condón en su última relación sexual, lo que contradice el porcentaje obtenido en la pregunta sobre el riesgo de contraer la infección por VIH/SIDA en el que el 85% de los estudiantes consideran que están expuestos a ser infectados; lo que refleja que aunque los jóvenes son conscientes del riesgo que asumen de ser infectados

teniendo relaciones sexuales sin protección aún su comportamiento no es eficaz, y el restante 15% de la población asegura que es muy difícil que se adquiriera el virus que causa el VIH/SIDA aunque no se protejan lo que es más alarmante. Córdoba (1999) plantea que en cuanto a la percepción de riesgo de contraer el virus VIH, se observan dos perspectivas que parecen vincularse. Una de ellas sustenta que esto puede acontecerle a toda persona en cualquier momento, al mismo tiempo que subsiste el pensamiento de que es poco probable que les ocurra a ellos mismos. En este sentido, ambas argumentaciones se polarizan.

Lo anterior permite deducir que incluso aquellos sujetos con alta percepción de riesgo al contagio del VIH no utilizan de forma sistemática el preservativo en sus relaciones sexuales. Por tanto la realidad es que los datos llevan a concluir que la variable *percepción de riesgo* surge como variable necesaria pero no suficiente para explicar la conducta preventiva y evitar el contagio del VIH. Es decir, parece que es necesario percibir el riesgo para llevar a cabo una conducta preventiva en la esfera de la sexualidad (Van der Pligt et al., 1993) pero percibir el riesgo de contagio del VIH/SIDA no garantiza que la conducta preventiva se de (Citado por Kelly, Sikkema y Winnett, 1995).

Villarruel, Jemmott y Ronis, (2004) (Citados por Uribe Rodríguez, 2005) plantean que existe una relación entre la utilización del preservativo y las diferentes barreras para su uso en los adolescentes ya sean personales, sociales o económicas. Una de esas barreras es la actitud de la pareja frente al uso de éste método ya sea de aprobación

o de rechazo y a su vez, la autoeficacia y las habilidades de negociación del preservativo en la relación sexual.

Entre las razones por las cuales los adolescentes refieren no usar el condón en sus relaciones sexuales se encuentra que confían en el otro, que sólo tienen relaciones sexuales con la misma persona o porque a la pareja le disgusta usarlo; esto evidencia que la responsabilidad del uso del preservativo está mediada por la confianza o decisión de su compañero sexual. De igual modo, se encuentra una relación entre la autoeficacia y la frecuencia en el uso del preservativo en los adolescentes, es decir, en la medida que la autoeficacia se incrementa el uso de preservativo se vuelve más frecuente (Basen-Engquist y Parcel, 1992). De la misma forma, Salazar et al. (2004) indican que el miedo a negociar el uso del preservativo, el número de comunicaciones en pareja sobre las relaciones sexuales y la autoeficacia para el uso del preservativo son indicadores para identificar el nivel de comunicación en pareja. Por tanto, las relaciones interpersonales de los adolescentes facilitan el desarrollo de la confianza en sí mismos (UNICEF, 2002).

A pesar que la autoeficacia para negociar con su compañero sexual el uso del condón y que la utilización del mismo no es tan alta, el 85,5% de los jóvenes refieren estar conscientes del beneficio que tiene este método anticonceptivo para la salud. Lo que reafirma la necesidad que desde la infancia y adolescencia se hagan intervenciones educativas y preventivas, teniendo en cuenta que son etapas en las cuales se inician ciertos comportamientos que se convertirán en hábitos; en la medida en que los adolescentes reciban información sobre la sexualidad, permitirá

que asuman comportamientos de autoprotección a través del desarrollo de habilidades en el área sexual y social, disminuyendo la probabilidad de riesgo frente a la infección por el VIH (Bandura, 1997).

Adicionalmente Crowell (2004) indica que las habilidades sociales como la asertividad y la autoeficacia son claves en el uso del preservativo, teniendo en cuenta que es un proceso de negociación y ante el cual se deben contar con las habilidades de interacción necesarias y sentirse capaces de lograr la negociación para protegerse en una relación sexual (Uribe Rodríguez, 2005). Esta confianza y comunicación con la pareja esta relacionada con la capacidad para hablar sobre experiencias previas, en la población encuestada en el presente estudio el 52.9% está totalmente seguro de cuestionar a su pareja acerca de relaciones sexuales pasadas, consumo de drogas, experiencias homosexuales o prevención del SIDA, y solo el 4.5% no le preguntaría a su pareja acerca de estos temas.

El inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas, la baja percepción de riesgo con el consecuente no uso del condón, las presiones de grupo para asumir comportamientos de riesgo, el alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre transmisión y prevención de las ITS y SIDA, han sido identificados como factores de vulnerabilidad en este grupo poblacional (ONUSIDA, 2005). En los resultados de esta investigación se muestra que el número de personas con las que los adolescentes han tenido relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos doce meses, oscila entre 2 a 3

personas que corresponde 30 estudiantes encuestados y entre 6 a 12 personas que equivale a 3 estudiantes.

Igualmente se evidenció que en las relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto de alguna sustancia, el 21,5% que corresponde a 43 estudiantes lo ha hecho bajo el efecto del licor y el ,5% que corresponde a un estudiante bajo el efecto de pastillas alucinógenas. Al comparar estos datos con los resultados expuestos en el estudio de Caballero (1996) donde la cifra de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales penetrativas bajo el efecto de algún tipo de estimulante es del 4%, se evidencia que el porcentaje de la actual investigación es significativamente alto y alarmante dado el riesgo de adquirir una ITS.

En este tipo de situaciones juega un papel importante el nivel de autoeficacia, en este caso la seguridad para decir "no" ante relaciones sexuales con personas de cuya historia de consumo de drogas desconoce el adolescente, los resultados muestran un porcentaje alto de estudiantes que están conscientes del riesgo que corren en este tipo de situaciones, los puntajes fueron así: El 47% que corresponde a 94 estudiantes puntuaron estar totalmente seguros y el 16% que equivale a 32 estudiantes marcaron estar muy seguros de decir "no" a tener relaciones sexuales con personas de cuya historia de consumo de drogas desconoce. En el caso de tener relaciones sexuales con una persona que haya estado bebiendo alcohol el 61,5% que corresponde a 123 estudiantes puntuaron con alta autoeficacia al responder que no tendrían relaciones sexuales bajo estas circunstancias.

En cuanto a la percepción de riesgo y las conductas preventivas se evidenció, que sólo la tercera y cuarta parte de la población asumen conductas preventivas, algunas de ellas son: el tener relaciones sexuales sólo con una misma persona, a la cual respondieron el 35,0% que equivale a 70 estudiantes, el usar condón el 39,5% que equivale a 79 estudiantes, conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus el 26,5% que equivale a 53 estudiantes y el ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección el 36,0% que equivale a 72 estudiantes. Lo anterior refleja que la prevención de la infección por el VIH aún no es constante, si tenemos en cuenta que ésta según Bandura (2001) implica comportamientos de autoprotección desde la adolescencia, por lo cual, el desarrollo de habilidades de autocuidado implica la percepción de autocontrol sobre la situación a partir de contar con unas habilidades básicas para responder a determinadas situaciones donde el individuo genere una serie de hábitos que le permitan establecer un estilo de vida saludable y que no se modifique la conducta cuando ya se presentan consecuencias negativas en la salud.

El informe sobre la epidemia mundial de SIDA (2004), evidenció que en el año 2003 entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,5% de las mujeres y el 0,8% de los varones estaban infectados con el VIH. Pese a estas alarmantes cifras, son muy pocos los jóvenes que se practican el examen que sirve para saber si se está infectado por el virus que causa el SIDA, de ahí que en el presente estudio sólo el 7,5% que corresponde a 15 estudiantes contestó que sí se ha practicado el

examen y el 41,0% que corresponde a 82 estudiantes no se ha practicado el examen. Porcentaje que no es desconocido por los sistemas de salud que cada día trabajan en las acciones de promoción y prevención desarrolladas en Colombia, que durante el periodo, comprendido entre 2001 a 2005, tuvieron énfasis en la promoción de comportamientos sexuales protegidos, en la promoción de la prueba diagnóstica voluntaria y durante el embarazo, y en la asesoría pre y post prueba (ONUSIDA 2006). A pesar de que se han desarrollado diversas campañas y estrategias de prevención en instituciones educativas comparando los resultados expuestos anteriormente con la investigación de Caballero (1996) donde el 25% de los estudiantes se habían realizado la prueba del SIDA, las cifras han disminuido lo que quiere decir que este es un factor de riesgo claramente identificado.

Aunque las conductas de comportamiento sexual en los estudiantes no son las más favorables para el cuidado de la salud, también es cierto que los jóvenes están en un proceso de maduración a nivel físico, social y emocional que de acuerdo con el planteamiento de Ramos y Cantú (2003) en la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento que viene con la edad, por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos. Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene manifestaciones inmediatas. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros

puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de que se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables.

Por lo tanto, se puede indicar que en la medida en que una persona reduzca su conducta de riesgo en concordancia con su percepción del riesgo frente a la infección por el VIH y mejore sus niveles de autoeficacia van a ser indicadores de cambio a favor de las conductas de protección frente a la infección por el VIH (Longshore, Stein y Conner, 2004).

Finalmente, la prevención de la infección por el VIH implica comportamientos de autoprotección en la población en general pero principalmente en los adolescentes; por lo cual, el desarrollo de habilidades de autocuidado implica la percepción de control sobre la situación a partir de contar con unas habilidades básicas para responder a determinadas situaciones. Con base en lo anterior, es fundamental que el individuo genere una serie de hábitos que le permitan establecer un estilo de vida saludable y que no se modifique la conducta cuando ya se presentan consecuencias negativas en la salud (Bandura, 2001).

De este modo, a la psicología de la salud le corresponde el papel de combatir la epidemia del VIH/SIDA aportando intervenciones comportamentales que prevengan la transmisión del virus y estrategias terapéuticas psicológicas y de apoyo para asistir a los individuos afectados en el afrontamiento de esta enfermedad crónica. Como plantea

Coates (1990), mientras una vacuna y tratamiento totalmente eficaces no estén disponibles, el cambio comportamental será un factor esencial en la prevención y adaptación de los afectados al curso de la infección por VIH (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

9. CONCLUSIONES

A la luz de los resultados obtenidos en la investigación con los estudiantes de primer semestre de la Universidad Industrial de Santander, los indicadores de riesgo sexual muestran una realidad altamente preocupante, en la medida que el inicio de la actividad sexual de los y las jóvenes es a una edad temprana y sin mayor uso de preservativo, siendo unas de las causas las connotaciones sociales que tiene para los hombres y las mujeres. En el caso de las jóvenes proponer el uso del condón puede llevar a pensar que se encuentra sexualmente disponible y si el joven es quien lo propone puede significar que piensa que ella no es confiable.

Otro de los factores alarmantes es el bajo uso de métodos anticonceptivos en primera y última relación sexual y la baja demanda y propuesta (a la pareja) de uso de condón, lo que implica un problema para los y las adolescentes que no alcanzan a percibir el riesgo que se tiene de contraer una infección de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Los indicadores de consumo de alcohol durante las relaciones sexuales es alto, lo que supone un incremento de riesgo para la infección por VIH/SIDA, en cuanto que reduce la probabilidad de usar protección.

La visión de los y las jóvenes frente al VIH/SIDA coexiste aún con la idea de ser una entidad propia de ciertos "grupos de riesgo"; en este sentido el riesgo frente al VIH no hace parte de su agenda cotidiana, en la medida en que sigue siendo vigente la idea errada de pensar la posibilidad del VIH en "otros" y no en si mismos. El contar con una pareja estable es visto en si mismo como una protección.

Se evidencia la conducta de riesgo viéndose reflejada en aspectos propios del comportamiento adolescente, como la tendencia a la no planeación (relaciones sexuales) y a trasladar a factores externos las consecuencias y responsabilidades de sus actos, haciendo menos probable la autonomía en la conducta y por ende la incorporación de conductas de autocuidado.

Se visualiza la necesidad de realizar intervenciones para que los jóvenes estimen adecuadamente su nivel de riesgo, y su nivel de exposición al contagio, porque aunque su percepción de riesgo a contraer alguna enfermedad de carácter sexual es significativamente positiva la conducta hacia la misma es totalmente amenazante.

Es así como desde la discusión se viene planteando la necesidad de aproximarse a esta realidad a la luz de los múltiples factores que sustentan y moldean el comportamiento humano y más puntualmente el comportamiento de riesgo sexual. En este sentido y como lo señala Stimson citado por Mejía (2000) es necesario que las intervenciones que persigan finalmente un cambio real en las conductas que amenazan la

salud, se basen en la comprensión de la naturaleza de los comportamientos de riesgo y su compleja interacción con el individuo, el contexto y las normas sociales. Ello supone superar la típica presunción de un ser humano motivado "naturalmente" a evitar eventos que le amenacen y a cuidar su salud como si esta fuera un valor enteramente comprendido y compartido por todos por igual.

10. RECOMENDACIONES

Se espera que los resultados arrojados en esta investigación aporten a los programas desarrollados desde Bienestar Universitario UIS aspectos significativos de los comportamientos de riesgo identificados en los estudiantes de primer semestre de todas las facultades, así como los niveles de autoeficacia que se deben potencializar para prevenir enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA) que cada vez ganan terreno en la población juvenil y de esta manera tener parámetros de intervención más óptimos a las necesidades de los adolescentes.

Es importante, desde el mismo grupo de adolescentes, promover la identificación de factores y situaciones propios de las circunstancias juveniles, que aumentan o dificultan la probabilidad de involucrarse en comportamientos de no cuidado. Entrar a reforzar desde la normativa de grupo toda conducta que muestre intención de cuidado en los individuos; y también desde el mismo grupo reevaluar aquella normativa que refuerza, estimula y/o valida los comportamientos de riesgo.

No se puede obviar a los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales (42,0%), dado que la misma universidad debe propiciar ambientes sanos y de reflexión sobre el manejo de la sexualidad.

Se recomienda, que a partir de los resultados evidenciados en esta investigación con los jóvenes universitarios se propicie e incentive a los profesionales de la salud a realizar estudios

correlacionales y proponer estrategias de prevención y promoción de estilos y comportamientos sexuales saludables.

REFERENCIAS

- Aguirre, L.; Buitrago, M.; Salamanca, A.; López, Y. & Prieto, F. (2004) Vigilancia por laboratorios del VIH. Hepatitis B y Sífilis gestacional, Sibilab. Informe quincenal epidemiológico nacional, 9, 36-40.
- Antela, A. (2004) Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con VIH/SIDA para equipos de atención primaria en Latinoamérica y el Caribe. Consultado el 15 de septiembre (2007) en la pagina web <http://www.ONUSIDA.org.co/publicaciones/mmanual/persvih.pdf>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Self-efficacy and health. En International Encyclopedia of the social & Behavioral Sciences (Vol. 20, pp. 13815-13820). Oxford: El Sevier.
- Basen-Engquist, K. & Parcel, G.S. (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: A model of adolescents` HIV-related sexual risk behavior. Health Education Quarterly. 19, 263-277.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. México: Editorial UNISON.
- Bayes R, Villamarin F, Ochoa (1998). El SIDA en los adolescentes mexicanos: un análisis de las conductas de riesgo desde la teoría de la autoeficacia. *Psicología Contemporánea* 5: 46-55.
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*. 77, 25-32.

- Bermúdez, M. P. & Teva-Álvarez, I. (2003) Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. *Revista Internacional De Psicología Clínica Y De La Salud/International Journal of Clinical Health Psychology*, 3, 89-106.
- Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud*. Thomson Editores Spain.
- Bodnar, Y.; Cortes, E.; Arias, RL.; Boguña, NM.; Briceño, P.; Murillo, JE. & Rodríguez, E. (1999). *Cultura y Sexualidad en Colombia: Un espacio para leer relaciones de poder, formación de actitudes y valores humanos*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Conciencias, BID. Colombia.
- Buela-Casal, G.; Páez, M.; Sánchez, A. & De los Santos, M. (2001). Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica Chile*, Vol. 129 n. 8.
- Bueno, F. & Nájera, R. (2001) *Salud Publica y SIDA. Infección por VIH, aspectos psicológicos*. Madrid, Ediciones Doyma.
- Caballero, M. (1996) *Estudio descriptivo sobre comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en la comunidad estudiantil de la UIS*. Tesis de grado Universidad Industrial de Santander.
- Carbones del Cerrejón LLC. (2006). *Proyecto Por una Guajira libre de SIDA*. Divisiones médica y de comunidades y tierras. Informe de gestión. Riohacha.

- CONASIDA (2004). Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2004. Secretaria de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. www.salud.gob.mx/conasida Revisado Marzo 2007.
- Córdoba, C. (1999). VIH- SIDA: La mirada de los jóvenes. Revista Umbral, 2000, No 1: 37 pp.
- Couóh, M. & Vera, L. (2006) Autoeficacia Ante Conductas De Riesgo Para La Infección Por VIH/SIDA En Jóvenes De Sinanché, Una Comunidad Rural De Yucatán, México. [En línea] <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=12&sid=9198bca8-95fd-4df5-8507-33e3e8604a4d%40sessionmgr3>
- Crosby, r.; Holtgrave, D.; DiClemente, R.; Wingood, G.; & Gayle, J. (2003). Identification of strategies for promotion condom use: A prospective analysis of high-risk African American female teens. *Prevention Science*, 4, 263-270.
- Crowell, T. (2004). Seropositive individuals williangness to communicate, self-efficacy, and assertiveness prior to HIV infection. *Journal of Health communication*. 9, 395-424.
- De León, V.; Pelcastre, B. & Rojas, J. (1999). Exploración de las creencias y conocimientos entorno al SIDA en una población de adolescentes. *Psicología y Salud* 13, 55-62.
- Espada Sánchez, J.; Quiles, M. y Méndez Carrillo, F. (2003) Prevención del SIDA en la infancia y la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. J. Méndez (Eds.) *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.

- Fundación Chocó pacífico, ACNUR, ONUSIDA (2004). Proyecto prevención integral de las ITS/VIH/SIDA en jóvenes y adolescentes de Quibdó. Informe final. Bogotá.
- Fundación en Acción, Ministerio de Salud, ONUSIDA (2001). Proyecto Tú Decides. Informe Final. Bogotá, Colombia.
- García, R. (2003) SIDA: Situación en el mundo y en Colombia, veinte años después. *Revista biomédica*, 23, 1-5 p.
- García, Cortés, Aguilera, Hernandez y Mesquia (2004, Septiembre) Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. [En línea] http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm. [2007, Abril 3]
- Grupo de Epidemiología (2000) Protocolo de vigilancia epidemiológica. Secretaria de la Salud de Santander. Primera Edición.
- Informe sobre la epidemia del sida. (2004) El VIH y los jóvenes: la amenaza para la juventud de hoy [en línea] http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_03_sp.htm#P21742042 [2007, Abril 9].
- Joyce-Mainz, L. & Barros, L. (2007) *Psicología de la Enfermedad para cuidados en la Salud. Desarrollo e intervención*. Editorial El Manual Moderno (Colombia), LTDA.
- Kasen, Vaughan & Walter. (1992). Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA SEA-27.
- KELLY, J. A; SIKKEMA, K. J.; WINETI, A. A Factors predicting continued high-risk behavior among gay men in small cities: Psychological, behaviors and demographic characteristics

- related to unsafe sex. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 63, p. 101-102, 1995.
- Lameiras, M. (1998). El estudio de la sexualidad en jóvenes españoles. Vol. 2, p. 133-161.
- Lameiras, M.; Rodríguez, Y. & Dafinve, OS. (2002) Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Revista Psicothema*, Vol. 14, No : , 255-261.
- Longshore, D.; Stein, J. y Conner, B. (2004) Psychosocial antecedents of injection risk reduction: A multivariate analysis. *AIDS Education and Prevention*, 16, 353-366.
- López, F. (1996). SIDA, comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años. México, D.F: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López, F. & Moral, J. (2003). Sexo, autoeficacia y actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en la población adolescente. *Medicina Universitaria*, 5, 3-11. [En línea] www.revistasmedicas.com.mx [2007, Marzo 29].
- López, N. Vera, LM. & Caicedo P. (2001). Asociación entre conocimientos, actitudes y las prácticas sexuales de alto riesgo para adquirir infección por VIH. Universidad Industrial de Santander. Secretaria de Salud Departamental de Santander, RENISS, Colciencias.
- Luque, R. (2001) El SIDA en primera persona. Editorial PANAMERICANA, Colombia.

- Martins, F. (2005). Valoración del comportamiento sexual y de la autoeficacia para la protección de la infección por el VIH/SIDA en jóvenes/adultos estudiantes de Maputo Mozambique. [En línea] http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0628106-127631//martins.pdf [2007, Abril 9].
- Mejía, I. (2000). Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Programa la casa, ceso Universidad de los Andes. Primera Edición, Santa fe de Bogotá.
- Mendoza, A. (1996) Estudio Descriptivo Sobre Conocimientos Acerca Del VIH/SIDA En La Comunidad Estudiantil De Pregrado En Modalidad Presencial De La UIS. Tesis de grado Universidad Industrial de Santander.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1996). Cuestionario confidencial de vida sexual activa [CCVSA]. OPS & Health Canadá.
- Moscoso-Álvarez, M. R.; Rosario, R. W. & Rodríguez, L. (2001). Nuestra Juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? Revista interamericana de Psicología, *Interamerican Journal of psychology*, 35, 79-91.
- Navarro, E. & Vargas, R. (2003). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. [En línea] [2007, Octubre 10].
- Oblitas, L. (2004) Psicología de la Salud y Calidad de vida. International Thomson Editores S.A.
- Observatorio de Salud Pública de Santander (2007). "Un año más de lucha contra el VIH/SIDA". Disponible en

<http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/noticias.php?idnews=34>

ONUSIDA y OMS. (1996). Estadísticas mundiales VIH/SIDA. [En línea] <http://www.sld.cu/servicios/sida/>. [2007, Abril 9].

ONUSIDA (1997). Impacto de la educación en materia de la salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los adolescentes: actualización de un análisis. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (1999) Infección por VIH y SIDA en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santa fe de Bogotá.

ONUSIDA (2002). Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en un momento crítico. Ginebra Suiza, p.5-20. Disponible en: http://data.unaids.org/Topics/YoungPeople/YoungpeopleHIV/AIDS_es.pdf Revisado Octubre 2007.

ONUSIDA (2004) Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. ONUSIDA/OMS, diciembre 2004. Ginebra, Suiza. Disponible en: <http://www.unaids.org>. Revisado en Agosto 2007.

ONUSIDA (2005). *El VIH/Sida y los jóvenes: la esperanza del mañana*. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRCpub06/JC785-YoungPeople_es.pdf. Revisado Septiembre 2007.

ONUSIDA (2005) Infección por VIH y SIDA en Colombia: Estado del Arte 2000-2005. Ministerio de la Protección Social. Santa Fe de Bogotá.

ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Las nuevas estimaciones sobre la prevalencia del VIH se basan en encuestas

demográficas y de salud, que toman muestras representativas del total de la población en las edades de 15 a 49 años. Ginebra: ONUSIDA.

OPS, (2004, Febrero 2). Organización panamericana de la salud. Vigilancia del sida en las Américas [en línea] www.who.int/topics/hiv_infections/es/ - 16k. [2007, Abril 8].

OPS, (2005, Septiembre 20). Organización panamericana de la salud. Infecciones de transmisión sexual. [En línea] <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161706> [2007, Abril 8].

Paniagua, F.; Oboyle, M. & Wagner, K. (1997). The assessment of HIV/AIDS Knowledge. Attitudes. Self-efficacy and susceptibility among psychatrically hospitalised adolescents. *Journal of HIV/AIDS prevention & Education for Adolescents & Children*, 1. 65-104.

Preveducar. (1997). Adolescencia. Santafé de Bogotá. Mecanografiado.

Prieto, F. (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la Vigilancia Epidemiológica. *Informe Quincenal Epidemiologico Nacional*, 8, 355- 364.

Puerta, N. (2004). Intervención ambiental y educativa en una población de alto riesgo para transmisión y contagio de ITS/VIH-SIDA. Tesis de Grado no publicada, Universidad Pontificia Bolivariana.

Ramos, M. & Cantú, P. (2003) El VIH/SIDA y la adolescencia. Facultad de Salud Publica y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (México)Vol 4, No 4.

- Remor, E.; Arranz, P.; Ulla, S. (2003) El psicólogo en el ámbito hospitalario. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Rotter, Mischel & Bandura (2002, Octubre 10). *El acercamiento social-cognitivo* [en línea] <http://html.rincondelvago.com/acercamiento-social-cognitivo.html>. [2007, Abril].
- Salazar, L.; DiClemente, R.; Wingood, G.; Crosby, R.; Harrington, K.; Davis, S. & Hook, E. (2004). Self-concept and adolescent' refusal of unprotected sex: A test of mediating mechanisms among African American girls. *Prevention Science*, 5, 137-149.
- Santrock, J. W. (2003) *Psicología del Desarrollo en la Adolescencia*. Madrid: McGraw Hill.
- Swartz, J.; Lurigio, A. & Weiner, D. (2004). Correlates of HIV-risk behaviors among prison inmates: Implications for tailored aids prevention programming. *Prison Journal*, 84, 486-504.j
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, (2005). Informe general de salud sexual y reproductiva 2003-2004. Bogotá, Colombia.
- Sevilla, E. (1999). Modelos analíticos de las ciencias sociales y del comportamiento para la prevención de la infección por VIH - Reflexiones a partir de una experiencia de encuesta CAP. Ministerio de Salud de Colombia y UNIAIDS.
- Simón, M. (1999) *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid.
- Tarazona, D. (2006, Abril 7). Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente [en línea].

http://www.ipside.org/dispersion/2006-7/7_tarazona.pdf. [2007, Abril 23].

UNICEF (2002). Adolescencia una etapa fundamental. Recuperado el 15 de septiembre de 2007 en: <http://www.unicef.org.com>.

Uribe, A. (2005). Evaluación de Factores Psicosociales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. Granada (España)

Velandia, M.; Luna, G.; Rojas, CE & Molano, AR (2002) ¿Ofertan los servicios lo que el cliente necesita? Etnográfica sobre salud sexual y reproductiva en desplazados viviendo en Soacha, Colombia. Fundación apoyémonos. Bogotá.

Velasco, C.; Jiménez, A. (2005) Estado nutricional y antropométrico en niños VIH positivos con transmisión vertical. Universidad del Valle, Colombia. Journal Pediatr Gastroenterol Nutr. Vol.41.

Vera L, López N, Ariza N, Díaz L, Flórez Y, Franco S y cols. (2004) Asociación entre el área de estudio y lo conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. [En línea]

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No2/cm35n2a2.htm>

[2007, Abril 23].



Anexo 1

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
PROGRAMAS PREVENTIVOS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE VIDA SEXUAL ACTIVA¹

La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de los jóvenes universitarios de la Universidad Industrial de Santander frente al ejercicio de su sexualidad, que nos permita identificar conductas de riesgo para la transmisión de VIH/SIDA.

Su respuesta debe estar orientada a lo que usted hace y no a lo que desearía hacer. De otra parte le solicitamos que siga las instrucciones que encuentra a lo largo del cuestionario.

1. Edad (escriba el número de años cumplidos) _____ años

2. Sexo (marque con X): Hombre_____ Mujer_____

3. Estado civil actual (marque con X):

- Soltero(a) _____
- Viudo(a) _____
- Casado(a) _____
- Unión Libre _____
- Separado (a) o divorciado (a) _____

4. Escriba la facultad a la cual pertenece:

5. ¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración? (responda SI o NO para cada una de las posibilidades. Marque X)

- Del pene en la vagina? SI_____ NO_____
- Del pene en la boca? SI_____ NO_____
- Del pene en el ano? SI_____ NO_____

(Si respondió NO a TODAS las opciones anteriores fin de la encuesta)

6. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene?

A los _____años

¹ Cuestionario Confidencial Sobre Vida Sexual Activa. República de Colombia. Ministerio De Salud. (Dirección General De Promoción y Prevención Subdirección de Prevención. Programa Nacional De Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA.

De aquí en adelante señale con X sus respuestas:

7. ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja usó condón? SI___ NO___

8. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? SI___ NO___

(Si respondió NO, fin de la encuesta)

9. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina? SI___ NO___

(Si respondió NO, pase a la pregunta 11)

10. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón? Todas las veces ___ Algunas veces ___ Ninguna vez ___

11. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca? SI___ NO___

(Si respondió NO, pase a la pregunta 13)

12. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón? Todas las veces ___ Algunas veces ___ Ninguna vez ___

13. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano? SI___ NO___

(Si respondió NO, pase a la pregunta 15)

14. ¿En este tipo de penetración usted o su pareja ha usado condón? Todas las veces ___ Algunas veces ___ Ninguna vez ___

15. En los 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene (marque una sola respuesta):

- Sólo con la misma personas ___ (si contestó esta opción pase a la pregunta 17)
- Con más de una persona ___ (si contestó esta opción siga a la pregunta 16)

16. ¿En los últimos 12 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? (en las casillas escriba el número correspondiente):
___ ___ ___ personas diferentes

17. En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido (marque una sola respuesta):

- Sólo con persona(s) de SU MISMO sexo: ___
- Sólo con persona(s) del OTRO sexo: ___

- Con personas de Ambos sexos: _____

18. ¿Usted o su pareja usó condón en su última relación sexual con penetración?

SI____ NO____

(Si respondió SI, pase a la pregunta 20)

19. ¿Porqué no uso condón en esa relación? (marque una o más opciones)

- Porque a usted o a la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo _____
- Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo _____
- Porque le resultó difícil hablar del uso del condón _____
- Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación _____
- Porque sólo tiene relaciones sexuales con esa persona _____
- Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas _____
- Porque era difícil conseguirlo en ese momento _____
- Por el afán del momento _____
- Porque no sabe usar el condón _____

20. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto de algunas de las siguientes sustancias? (Responda SI o NO para cada una de las posibilidades):

- | | | |
|--------------------------|--------|--------|
| • Licor | SI____ | NO____ |
| • Marihuana | SI____ | NO____ |
| • Cocaína | SI____ | NO____ |
| • Basuco | SI____ | NO____ |
| • Tranquilizantes | SI____ | NO____ |
| • Pastillas alucinógenas | SI____ | NO____ |
| • Heroína | SI____ | NO____ |
| • Pegantes o inhalantes | SI____ | NO____ |

21. ¿ En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA? (Responda SI o NO para cada una de las posibilidades):

- Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona SI____ NO____
- Usar condón SI____ NO____
- Conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus SI____ NO____
- Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección SI____ NO____

22. ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA?

SI_____ NO_____

(Si respondió NO, pase a la pregunta 24)

23. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen?

SI_____ NO_____

24. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual como Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes Genital, etc.?

SI_____ NO_____ NO SE _____

(Si respondió NO o NO SE, PARE, Fin de la encuesta.)

24. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de Transmisión Sexual? (puede marcar una o más opciones):

- Nada _____
- Consultó en una farmacia, droguería o botica _____
- Consultó a un médico (profesional de la salud) _____
- Consultó a un amigo, vecino o conocido _____
- Se autorrecetó o formuló _____

Muchas gracias por su colaboración.

Sus respuestas serán manejadas con un total anonimato.

DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
Sección Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial





Anexo 2

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
PROGRAMAS PREVENTIVOS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA SEA-27²

La presente encuesta tiene como objeto identificar y evaluar algunos aspectos del comportamiento de la vida sexual de los jóvenes universitarios de la Universidad Industrial de Santander frente al riesgo de la Transmisión del VIH/SIDA.

¿Vives en pareja?: Si_____ No_____

Total de personas que viven en tu casa (incluyéndote):_____

¿Viven en tu casa otros parientes o hermanos(as) casados(as)?:
Si_____ No_____

¿Trabajas actualmente?: Si_____ No_____

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a señalar el grado de seguridad que crees tener. Marca con una X dentro de la opción que mejor describe tu nivel de seguridad: Nada, Algo, Medio, Mucho y Total.

A) ¿Qué tan seguro estás de DECIR NO, cuando alguien te propone tener relaciones sexuales y...?	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Totalmente Seguro
1. Es alguien conocido hace 30 días o menos					
2. Es alguien cuya historia sexual es desconocida para ti					
3. Es alguien cuya historia de consumo de drogas no conoces					
4. Es alguien a quien has tratado con anterioridad					
5. Es alguien a quien deseas tratar de nuevo					

² Kasen, Vaughan & Walter. (1992). Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA SEA-27.

6. Es alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales					
7. Es alguien que quieres que se enamore de ti					
8. Es alguien que te presiona a tener relaciones sexuales					
9. Es alguien que ha estado bebiendo alcohol					
10. Es alguien que ha estado utilizando drogas					
11. Tu nivel de excitación sexual es muy alto					

B) ¿Qué tan seguro estás de:	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Totalmente Seguro
1. Preguntar a tu pareja si se ha inyectado alguna droga?					
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu pareja?					
3. Preguntar a tu pareja sobre sus relaciones sexuales pasadas?					
4. Preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual?					

C) ¿Qué tan seguro estás de:	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Totalmente Seguro
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
2. Usar correctamente el condón?					
3. Usar el condón					

durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
8. Acudir a la tienda a comprar condones?					
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?					
11. Charlar con tu papá sobre temas sexuales					
12. Charlar con tu mamá sobre temas sexuales					

D) Expresa el grado de acuerdo que tengas con las siguientes afirmaciones.	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Totalmente Seguro
1. La mujer es la que debe solicitar el uso del condón					
2. El hombre es el que debe comprar los condones.					
3. El hombre es el					

responsable de la protección durante la relación sexual.					
4. La mujer debe traer los condones.					
5. Las relaciones sexuales deben ser espontáneas.					
6. El uso del condón es bueno para mi salud.					
7. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual.					
8. Mi situación económica me permite comprar condones.					
9. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifica con tiempo.					
10. Las relaciones sexuales solo deben tenerse con la misma persona de por vida.					
11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, que no tener relaciones sexuales.					
12. El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja.					
13. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es suficiente.					

DIVISIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
Sección Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial

