

Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga¹

**Nahyr López, Ing. Sist., MBE.², Lina María Vera, M.D.³,
Luis Carlos Orozco, M.D., Mag. Epi.⁴**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con 272 mujeres y 186 hombres entre los 15 y 22 años, para establecer las diferencias existentes por sexo en los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en relación con el síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA), aplicando una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), analizada con el software Stata 6.0. El promedio de edad fue similar en ambos grupos. La información sobre SIDA es recibida principalmente por televisión. El nivel de conocimientos (escala: 0-5) tuvo un promedio de 3.6 en mujeres y 3.8 en hombres, con diferencia estadísticamente significativa. Presentaron diferencias estadísticamente significativas las actitudes hacia la disponibilidad de condones, al uso del condón con la pareja estable y la disminución del placer sexual al usar condón. El nivel de riesgo promedio para hombres fue 19.7 y para mujeres 18.1 (escala: 1-85); sólo 2.3% practica sexo seguro.

Palabras claves: Conocimientos. Actitudes. Prácticas sexuales. Hombres. Mujeres. VIH/SIDA.

Desde la década de 1980, se comienza a conocer un nuevo problema de salud que afecta a la población mundial, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que rápidamente cobra gran cantidad de víctimas llegando a existir para finales de 1999, 18.8 millones de personas fallecidas por causa del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹.

Hoy el VIH se encuentra en los cinco continentes y se estima que hay 33 millones de adultos entre 15 y 49 años, que viven con VIH/SIDA, de los cuales 48% son mujeres¹. Del total de personas adultas que viven con VIH/SIDA, 94% se encuentra en países en vía de desarrollo, especialmente en las regiones africanas, donde habita 71% del total de los adultos infectados¹⁻⁴. Durante 1999 hubo 5.4 millones de nuevas infecciones por el VIH ocurridas la mayor parte de ellas en

personas menores de 25 años de edad^{1,3,5}, contagiadas entre 75% y 80% de ellas por relaciones sexuales sin protección, correspondiendo 70% a relaciones heterosexuales y 10% a relaciones homosexuales². En Latinoamérica de los 1.2 millones de personas adultas con VIH/SIDA 25% son mujeres¹.

Colombia no está exenta de esta preocupante situación; para 1995 había 7,150 infectados por el VIH y 5,816 con SIDA, predominando entre estos la transmisión por vía sexual, correspondiendo 43% por relaciones homosexuales, 33% heterosexuales y 24% por relaciones bisexuales⁶, ubicados principalmente en las zonas urbanas. Para el mismo año en Santander existían 453 casos de VIH/SIDA sobre todo en Bucaramanga y Barranquermeja, donde 77% de infectados eran hombres y 23% mujeres, rela-

ción hombre-mujer 4:1; el grupo de mayor prevalencia las personas entre 20 y 39 años; se deduce que la infección está ocurriendo en la etapa de la adolescencia, porque el período asintomático de la enfermedad es aproximadamente de 10 años. La transmisión por vía sexual en Santander representa 88.3% de los casos y en Bucaramanga 91.5%. Actualmente en Colombia 0.3% de la población entre 15 y 49 años (70 mil personas) viven con el VIH/SIDA, siendo mujeres 14%.

Hoy, años después de identificar el primer caso de SIDA, esta epidemia representa el mayor problema de salud pública en todos los países⁷, entre otras razones, porque se trata de una enfermedad con elevada letalidad (80% a 100%), que no posee vacuna alguna y los tratamientos disponibles no son curativos. Así, analizando la situación epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en Santander, se observa que año tras año ha aumentado el número de casos nuevos, a pesar de los programas educativos preventivos que se adelantan en el ámbito mundial, nacional y departamental desde el año de 1991 cuando el

1. Proyecto financiado por la Universidad Industrial de Santander, la Secretaría de Salud de Santander, COLCIENCIAS-Red Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Derivado del trabajo de investigación ganador del segundo premio en el concurso de trabajos de tema libre del XVI Congreso Colombiano de Medicina Interna, octubre de 2000.
2. Profesora Asistente, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.
3. Docente de Cátedra, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.
4. Profesor Asociado, Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.

Ministerio de Salud de Colombia, estableció a través de un plan intersectorial, las normas del programa de control y prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS-SIDA)^{6,8,9}, con el objetivo de detener el aumento, la propagación y las complicaciones de las ETS-SIDA y obtener información adecuada para la toma de decisiones. Para 1995 la Secretaría de Salud del departamento de Santander siguiendo las políticas nacionales contenidas en el Decreto 14081 de 1991 y en el plan intersectorial a mediano plazo del Ministerio de Salud^{9,10}, encaminó su plan de acción a grupos específicos tales como mujeres en edad fértil, homosexuales, bisexuales, población carcelaria y adolescentes entre otros^{8,10}.

Sin embargo, sigue el aumento progresivo y constante de la incidencia de la infección por el VIH, por la persistencia de las prácticas sexuales de riesgo en los jóvenes de Bucaramanga. Por ende y tomando en consideración la utilización de la investigación como una estrategia indispensable para el diseño de programas de prevención tal como lo expone el Ministerio de Salud, se hizo evidente la necesidad de reorientar el programa de la Secretaría de Salud Departamental, basándose en los resultados de una investigación científica que llevara a conocer el enfoque más acertado en la búsqueda de un mayor nivel de prevención, tanto en hombres como en mujeres, que permitiera disminuir en los jóvenes, las prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH.

Dentro de las estrategias presentes para el logro de los objetivos del programa en mención, se planteó la necesidad de estudiar múltiples componentes que puedan estar influyendo en la aparición de nuevos casos, basados en las diferencias existentes en el nivel de conocimientos frente al tema,

la influencia de los medios de comunicación, los factores sociodemográficos, las actitudes y creencias frente a la enfermedad y las prácticas sexuales de riesgo entre hombres y mujeres jóvenes, a fin de determinar cuál debe ser el enfoque a seguir al diseñar las campañas de prevención, teniendo en cuenta las diferencias encontradas entre estos dos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal. La información se recolectó en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, durante el primer trimestre de 1999. Se estudiaron jóvenes entre 15 y 22 años de edad, matriculados en los dos últimos años de educación media o en los tres primeros años de educación superior y no escolarizados, pertenecientes a los grupos del programa social de la Alcaldía.

La muestra se calculó inicialmente en 404 individuos con error alfa de 5% y poder de 80%, asumiendo una relación de 1 a 9 entre los jóvenes que no tenían conocimientos sobre la enfermedad y los que sí tenían, y que 75% de los del primer grupo frente a 50% del segundo, tiene prácticas sexuales de riesgo para infectarse por VIH/SIDA. Se aumentó 10% de sujetos por posibles pérdidas de información y finalmente se ajustó la muestra en 500 para facilitar la distribución del número de encuestas en el muestreo por conglomerados¹¹.

Se exploraron diferentes aspectos, con variables orientadas hacia aspectos sociodemográficos (edad, sexo, estrato socioeconómico, religión, entre otros), medios de comunicación y grupos de apoyo social a través de los cuales les llega información sobre VIH/SIDA, el nivel de conocimientos que tienen sobre el tema, las actitudes frente al VIH/SIDA expresadas en la percepción de grave-

dad de la enfermedad, facilidad de tener una pareja sexual estable, uso de medidas preventivas, etc. y por último, las prácticas sexuales de riesgo para infectarse por el VIH, como el número de compañeros sexuales, el uso del condón, la promiscuidad, etc. Además el nivel de riesgo (según la exposición a prácticas riesgosas) y el tener sexo seguro (uso adecuado del condón), variables generadas en la investigación¹²⁻¹⁹.

Cada uno de los individuos de la muestra diligenció la encuesta diseñada para medir conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), a la que se le hizo una prueba piloto para determinar su validez y aplicabilidad²⁰. Para la creación y análisis de la base de datos se utilizaron los programas Epi-Info 6.04²¹ y Stata 6.0²², generando medidas de tendencia central y variabilidad en el caso de variables continuas, tablas de frecuencias, otras medidas de resumen y comparación de medias y proporciones.

Cada uno de los puntos correspondientes al área de conocimientos se evaluó con puntaje de 0 a 5, de acuerdo con la respuesta correcta en cada caso y a partir de éstos, a cada individuo se le generó una nueva variable correspondiente a la calificación promedio de todas las respuestas dadas, con lo cual se determinó el nivel de conocimientos en relación con el VIH/SIDA.

La variable nivel de riesgo indica el riesgo al que está expuesto el joven con vida sexual activa durante sus prácticas sexuales y fue generada contemplando únicamente los ítems relativos a las diferentes prácticas sexuales riesgosas, de tal manera que la escala resultante empieza con el valor 1 cuando ha iniciado su vida sexual y se incrementa según las prácticas de riesgo que presente. Además, cada uno de los jóvenes que ya habían iniciado su vida sexual fue clasificado

en uno de dos grupos, aquellos que se protegen adecuadamente durante sus prácticas o los que no lo hacen. Esta clasificación generó la variable sexo seguro considerando únicamente los puntos relacionados con el uso apropiado del condón en todas las relaciones sexuales, pues esta acción es la que determina que las demás se clasifiquen como seguras o inseguras.

RESULTADOS

Se estudiaron 272 mujeres (60%) y 186 hombres (40%), con edades promedio de 18.1 y 18.3 años respectivamente y desviación estándar de 2.2 años en ambos casos. Del total de mujeres 35.3% pertenecía a colegios, 61.4% a universidades y 3.3% al programa social de la Alcaldía; en el caso de los hombres, 31.2% a colegios, 67.7% a universidades y sólo 1% al programa social de la Alcaldía. Recibían dinero como pago por realizar labores 58 (56%) de las mujeres y 46 (44%) de los hombres.

Ahora bien, los estratos socioeconómicos fueron agrupados en tres niveles: bajo (estratos 1 y 2), medio (estratos 3 y 4) y alto (estratos 5 y 6) donde 11.2% de las mujeres correspondió al nivel bajo, 70.4% al medio y 18.4% al alto; en el caso de los hombres, 9.3% eran de nivel bajo, 76% nivel medio y 14.7% nivel alto. Se encontró diferencia significativa ($p=0.004$) por sexo en cuanto a la práctica de la religión católica.

Al analizar se observa que para ambos grupos, el promedio de años de escolaridad fue similar: 11.78 con desviación estándar de 1.91 para las mujeres y 11.69 con desviación estándar de 1.56 para los hombres. Los dos grupos presentaron un rango de 11.5 años, con valores mínimos y máximos diferentes, para las mujeres el mínimo fue de 6 años y el máximo de 17.5, mientras que para los hom-

bres, fueron 4 y 15.5 años respectivamente.

En relación con la influencia ejercida por los medios de comunicación, se encontró que el mismo porcentaje de mujeres y hombres (93%) dicen haber recibido información sobre SIDA a través de sus profesores y cuando tienen inquietudes sobre sexualidad, acuden principalmente a los amigos (67% de las mujeres y 59% de los hombres) y en segundo lugar a las madres (33% y 25% respectivamente).

Se evidenció que el medio de comunicación nombrado con mayor frecuencia como fuente de información sobre el SIDA, tanto por las mujeres como por los hombres, fue la televisión (86.4% y 91.4% respectivamente), seguido de la prensa (71% en ambos casos) y la radio (51.8% y 50% respectivamente).

En cuanto a los medios impresos en los cuales se difunde la información sobre SIDA, los folletos aparecen en primer lugar para ambos grupos de lectores con 88% de mujeres y 87% de hombres, seguidos por los afiches en el caso de las mujeres (52.6%) y las cartillas en el caso de los hombres (63%).

Entre los hallazgos relativos a los conocimientos que sobre el tema poseen los jóvenes se tiene que 94.5% de las mujeres y 98.9% de los hombres, dijeron saber qué son las enfer-

medades de transmisión sexual (ETS), con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.013$). Entre las opciones expuestas identificaron en su mayoría al SIDA (97% de las mujeres y 98% de los hombres) y la gonorrea (91% y 95% respectivamente).

Se presentó 3% de mujeres y 2% de hombres que afirman que el SIDA no se puede prevenir y 5% de ellas frente a 1% de ellos no saben si esto se puede hacer, mientras que 3% de mujeres y 4% de hombres consideran que el SIDA tiene cura y un alto porcentaje en ambos grupos no saben nada al respecto (18% de mujeres y 24% de hombres). Porcentajes altos tanto de mujeres como de hombres identificaron adecuadamente los medios de transmisión de la enfermedad y sólo una mujer dijo no saber nada sobre este tema (Cuadro 1).

Los resultados arrojaron que las medidas preventivas del SIDA identificadas principalmente por el grupo de mujeres y hombres respectivamente fueron: tener pareja sexual única (82% y 86%), no tener relaciones sexuales con desconocidos (72% y 68%) y usar condón en las relaciones sexuales (71% y 87%); 51% de las mujeres y 67% de los hombres identificó a los homosexuales como grupo a riesgo de adquirir SIDA, 56% de ellas frente a 70% de ellos consideró a las (os) prostitutas (os) de igual manera, mientras que en proporcio-

Cuadro 1
Conocimientos de los medios de transmisión del SIDA según el sexo

Medios de transmisión del SIDA	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Por sangre	267	98.2	186	100.0
Por relaciones sexuales genitales	246	90.4	173	93.0
De madre a hijo durante el embarazo	245	90.1	169	90.9
Por la saliva o el sudor	24	8.8	12	6.5
Por vivir o trabajar con una persona infectada	6	2.2	4	2.2
Otra	1	0.4	2	1.1
No sé	1	0.4	0	0.0

nes similares tanto hombres como mujeres (90% y 91% respectivamente) dijeron que cualquier persona tiene riesgo de adquirir el SIDA.

Respecto al VIH, 4% de las mujeres y 3% de los hombres lo señalaron como un examen de laboratorio, 2% tanto de mujeres como de hombres, lo determinaron como un tratamiento para el SIDA, 2% de las mujeres y 0.5% de los hombres no supo qué era, mientras que un alto porcentaje de ambos grupos identificaron que se trataba de la causa del SIDA (95% de mujeres y 96% de hombres).

En cuanto a la diferencia existente entre VIH y SIDA, sólo 42% de las mujeres y 48% de los hombres dijeron que si existía; sin embargo, 16% de las mujeres y 17% de los hombres no sabe si una persona infectada por el VIH, sin síntomas, puede transmitir el virus, mientras que 2% de las mujeres y 3% de los hombres dicen que no puede transmitirlo.

Tanto en mujeres como en hombres un alto porcentaje identificó correctamente las prácticas de riesgo para infectarse por el VIH, llamando la atención el bajo porcentaje de mujeres (48.5%) que marcó el sexo oral como práctica de riesgo y los porcentajes que no supieron identificar ninguna de ellas (Cuadro 2).

Donar sangre fue considerado factor de riesgo para adquirir la infección

por VIH para 56% de las mujeres y 54% de los hombres.

Se encontró que 6% de las mujeres y 8% de los hombres consideran que las personas que tienen relaciones sexuales con más de una persona, no tienen más probabilidades de contraer el VIH que aquellas que no son promiscuas.

El 16% de las mujeres y 5% de los hombres no identifican ninguna de las acciones a tener en cuenta al utilizar el condón para prevenir la infección por VIH, mientras que 38% de las mujeres y 55% de los hombres las identificaron todas.

El nivel de conocimientos fue establecido mediante una nueva variable en escala continua, con valores entre 0 y 5, que presentó una distribución normal estadísticamente significativa ($p < 0.05$) tanto en mujeres como en hombres. En el primer caso, el promedio fue 3.6 y en el segundo 3.8, ambos con desviación estándar de 0.04, encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0018$) en los promedios por sexo. El nivel más bajo en las mujeres fue 0.6 mientras que en los hombres fue 2.2, en tanto que el nivel más alto para ambos fue de 4.8.

El nivel de conocimientos alcanzado en el grupo de quienes no han tenido relaciones sexuales, comparando el promedio para hombres (3.7)

y mujeres (3.4), presentó diferencias significativas ($p=0.028$), en tanto que los promedios entre hombres (3.9) y mujeres (3.8) que han tenido relaciones sexuales no fueron diferentes estadísticamente (Figura 1).

En cuanto al nivel de conocimientos de las mujeres comparando las medias de aquellas que no han tenido relaciones sexuales (3.5), frente a las que si las han tenido (3.8), se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$), y para el grupo de hombres la diferencia entre los que no han tenido relaciones sexuales y los que sí, no fue significativa.

Al clasificar como bajo un nivel de conocimientos inferior a 3, en el grupo de las mujeres éste se presentaría en 14% y en el de hombres en 8%.

Respecto a las actitudes de los jóvenes relacionadas con el SIDA, se obtuvo que 60% de mujeres y 67% de hombres están de acuerdo en que las personas con SIDA son culpables de la situación que padecen frente a 40% y 33% respectivamente que están en desacuerdo; sin embargo, porcentajes altos en ambos grupos (99%) estuvieron de acuerdo en que si su mejor amigo o amiga tuviera SIDA, lo deberían apoyar.

En lo concerniente a sí se deben aislar las personas que padecen de SIDA, 18% de las mujeres y 20% de los hombres estuvieron de acuerdo, mientras que 82% de ellas y 80% de ellos estuvieron en desacuerdo. Porcentajes similares (84% de mujeres y 85% de hombres) consideran que cualquier persona de su familia podría llegar a infectarse con el VIH y 16% de ellas y 15% de ellos están en desacuerdo con esto. Sólo 2% de las mujeres y 4% de los hombres están en desacuerdo en que todas las personas se deben realizar la prueba del SIDA.

Estadísticamente significativa ($p=0.001$) resultó la diferencia por

Cuadro 2
Conocimientos de las prácticas sexuales de riesgo para infectarse por el VIH según el sexo

Prácticas sexuales de riesgo	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Penetración vaginal	234	86.0	175	94.1
Penetración anal	196	72.1	155	83.3
Sexo oral	132	48.5	120	64.5
Masturbación en pareja	34	12.5	26	14.0
Masturbación individual	0	0.0	1	0.5
Otra	0	0.0	2	1.1
No sé	23	8.5	4	2.2

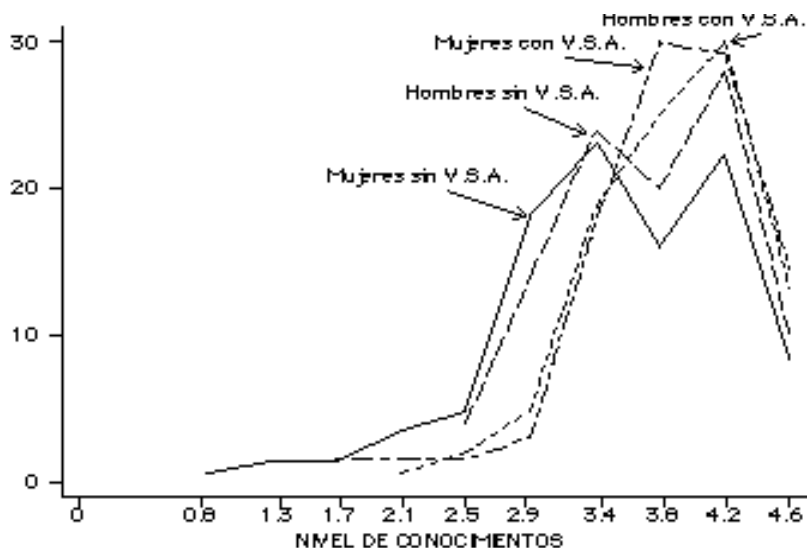


Figura 1. Distribución del nivel de conocimientos por sexo y vida sexual activa (VSA)

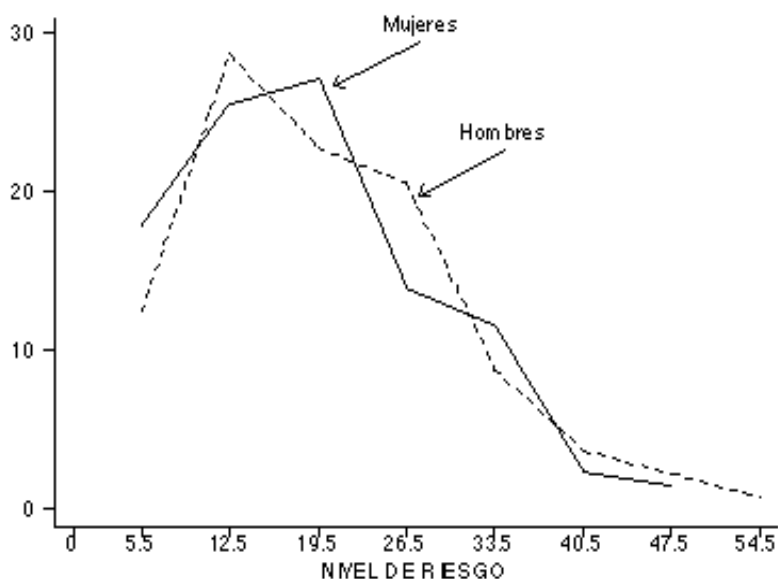


Figura 2. Distribución del nivel de riesgo de jóvenes con vida sexual activa según el sexo

sexo con respecto a si la opinión de los amigos o amigas debe influir en las decisiones sobre sexualidad, en donde no estuvo de acuerdo con esta afirmación 79% de las mujeres frente a 65% de los hombres, mientras que 21% de ellas y 35% de ellos si estuvieron de acuerdo. Sin embargo, 97% de las mujeres y 94% de los hombres

estuvieron de acuerdo en que es recomendable hablar con los amigos sobre sexualidad y SIDA y 91% de ellas junto a 94% de ellos, estuvieron de acuerdo en que debe hablarse con la pareja sexual sobre la forma de protegerse del SIDA.

En referencia a que el condón disminuye el placer sexual, se halló una

diferencia significativa por sexo ($p < 0.001$); 37% de las mujeres y 63% de los hombres estuvieron de acuerdo, mientras que 63% de ellas y 37% de ellos no lo estuvieron.

De igual manera, se encontró diferencia significativa con $p=0.015$, con respecto a que deberían existir dispensadores públicos de condones, opinión que compartió 87% de las mujeres y 94% de los hombres, mientras no estuvo de acuerdo 13% y 6% respectivamente.

A la pregunta si el condón se debe usar en toda relación sexual cuando no hay intención de tener hijos, 84% de las mujeres frente a 88% de los hombres estuvieron de acuerdo con ello. En cambio, se presentaron bajos porcentajes en no estar de acuerdo con la necesidad de usar condón con la pareja sexual estable (48% y 38% para mujeres y hombres respectivamente), diferencia por sexo estadísticamente significativa ($p=0.042$).

El considerar que el rechazo del uso del condón por parte de la pareja, no es razón para impedir las relaciones sexuales penetrativas, se hallaron porcentajes similares tanto para acuerdo como desacuerdo en el grupo de mujeres y hombres; 48% de las mujeres y 54% de los hombres estuvieron de acuerdo y 52% frente a 46% estuvieron en desacuerdo respectivamente.

En cuanto a la facilidad de tener sólo una pareja sexual, se encontró que 88% de las mujeres frente a 72% de los hombres están de acuerdo, mientras que 12% de las primeras y 28% de los segundos no lo están (diferencia estadísticamente significativa con $p < 0.001$).

Otra diferencia significativa entre hombres y mujeres ($p < 0.001$) resultó ser su actitud hacia no desperdiciar la oportunidad de tener relaciones sexuales, en donde 87% de mujeres frente a 55% de los hombres estuvieron de

Cuadro 3
Actitud hacia la promiscuidad según el sexo

Sexo	Es fácil tener relaciones sexuales con amistades casuales		Total (%)
	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	
Femenino	56 (20.6)	216 (79.4)	272 (100)
Masculino	141 (75.8)	45 (24.2)	186 (100)
Total	197 (43.0)	261 (57.0)	458 (100)

acuerdo, y 13% y 45% en desacuerdo respectivamente (Cuadro 3).

Respecto a la repercusión en una relación sobre el rechazo de tener relaciones sexuales con la otra persona, en el primer caso, tratándose de amigos, 90% de las mujeres y 86% de los hombres estuvieron en desacuerdo que la amistad se perdería; tan sólo 10% de ellas y 14% de ellos estuvieron de acuerdo; en el segundo caso, tratándose de una pareja, 81% de mujeres y 75% de hombres estuvieron en desacuerdo que se debería acabar la relación, mientras que 19% y 25% respectivamente estuvieron de acuerdo en acabarla.

Otra diferencia por sexo estadísticamente significativa ($p=0.001$) fue sobre si las propagandas sobre SIDA influyen en las prácticas sexuales de las personas, con un porcentaje de 72% en mujeres y 85% en hombres a favor, en contraste con 28% y 15% respectivamente que estuvieron en contra. Muy pocos estuvieron en desacuerdo con la influencia que pueden tener las campañas educativas en la prevención del SIDA (3% de mujeres y 4% de hombres).

Con relación a la vida sexual de los jóvenes, el volumen de mujeres que ha tenido estas relaciones fue 129 (47%) en comparación con el de hombres 136 (73%); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0.001$), al igual que la diferencia en los promedios de la edad en que tuvieron su primera relación sexual, que en mujeres fue aproximadamente de 17 años con una desviación estándar de 1.9 años y en hombres de aproxi-

madamente 15 años y desviación estándar de 2.2 años; 50% de mujeres y hombres iniciaron su vida sexual antes de los 17 y 15 años respectivamente. La edad más temprana de inicio para las mujeres fue 11 años y en los hombres 8 años.

El tiempo de vida sexual activa también registró diferencia estadísticamente significativa entre sexos ($p<0.001$), en donde el grupo de mujeres tiene un promedio aproximado de 2.4 años de vida sexual activa con desviación estándar de 1.9 años, en tanto que para los hombres su promedio fue de 4 años y desviación estándar de 2.5 años. La mediana en mujeres fue 2 años frente a la de hombres de 4 años.

Nuevamente se encontraron diferencias significativas estadísticamente ($p<0.001$) en relación con las medidas preventivas tomadas al saber de la existencia del SIDA, específicamente en disminuir el número de parejas sexuales y en utilizar condón. En el primer caso se halló 4% de mujeres frente a 17% de los hombres y en el segundo caso, 16% y 50% respectivamente. Las diferencias en las frecuencias de uso de condón en las relaciones sexuales también fueron estadísticamente significativas ($p<0.001$); 22% de mujeres y el 39% de los hombres siempre lo usan y/o exigen que su pareja sexual lo use; 48% de ambos lo usan algunas veces y 30% de las mujeres y 13% de los hombres nunca lo usan. Entre las razones por las cuales no usan condón en sus relaciones sexuales, 25 (20%) mujeres y 44 (32%) hombres justifican no usarlo porque disminuye

la sensibilidad, encontrándose esta diferencia significativa ($p=0.016$), mientras que 34% de ellas y 25% de ellos no lo usan porque no les gusta.

Ha tenido o tiene pareja sexual estable 95% de las mujeres y 60% de los hombres ($p<0.001$). También es estadísticamente significativa ($p<0.001$) la diferencia entre 16% de las mujeres que ha tenido relaciones sexuales con otra persona durante el tiempo en que tiene pareja sexual estable, frente al 42% de los hombres que lo ha hecho.

Otra diferencia significativa ($p<0.001$) corresponde al promedio de compañeros sexuales que se han tenido en toda la vida; para las mujeres fue 2.2 y desviación estándar de 2.1, en comparación con los hombres 6.5 y desviación estándar de 6. La mitad de las mujeres ha tenido sólo un compañero sexual, mientras que la mitad de los hombres ha tenido hasta 4.

La tasa de promiscuidad calculada según López²³ arrojó un promedio armónico para las mujeres de 0.61 compañeros sexuales por año, lo que significa que en promedio ellas cambian de pareja cada 20 meses, en tanto que para los hombres el promedio armónico fue de 1.09 compañeros sexuales por año, indicando que el cambio de pareja sexual lo hacen aproximadamente cada 11 meses; 43% de los hombres y 4% de las mujeres han acudido a lugares públicos en busca de pareja sexual; una 1 (0.8%) mujer y 14 (10.5%) hombres han acudido a prostitutas (os) para su satisfacción sexual y sólo 5 (3.7%) hombres aceptaron tener relaciones sexuales en grupo intercambiando pareja. En relación con tener relaciones sexuales bajo efecto del alcohol, se halló diferencia significativa ($p=0.008$) entre los dos sexos (33% de mujeres y 49% de hombres); 50% de las mujeres y 61% de los hombres

niegan que su pareja sexual estable tenga relaciones sexuales con otras personas; 5% de las mujeres y 3% de los hombres dicen que su pareja sí lo hace y 46% de ellas frente a 27% de ellos dicen que es posible que lo haga pero no saben con seguridad ($p=0.013$).

La práctica de relaciones anales se encuentra en 21% de las mujeres y 27% de los hombres, de los cuales, sólo 12% y 27% respectivamente siempre utilizan condón en dichas prácticas. La práctica de sexo oral la realiza 86 (67%) de mujeres y 96 (71%) de hombres, entre quienes únicamente 2 mujeres y 5 hombres dicen utilizar siempre algún elemento protector en su práctica. Se halló que sólo 3 mujeres y 3 hombres tienen prácticas de sexo seguro, según la definición hecha de la respectiva variable.

A quienes ya habían iniciado su vida sexual activa (265 jóvenes) se les calculó el nivel de riesgo en una escala cuyos posibles valores oscilan entre 1 y 85, obteniéndose para las mujeres un promedio de 18.1 con desviación estándar de 9.8 y para los hombres 19.7 y desviación estándar de 10.3, no siendo significativa esta diferencia. El valor mínimo para las mujeres fue de 2 y para los hombres de 3, mientras que el máximo fue de 47 y 57 respectivamente (Figura 2).

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada se observó que en la distribución por sexo existe un mayor número de mujeres, lo cual está acorde con la distribución poblacional de Bucaramanga. Se determinó que tanto el nivel de escolaridad como la distribución por estrato socioeconómico fue similar en los dos grupos por lo que se presume que ambos han tenido igual posibilidad de acceder a la información sobre

SIDA.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se establece que los principales medios por los cuales tanto hombres como mujeres han recibido información sobre el SIDA son la televisión, la prensa y los folletos; sin embargo, al analizar las prácticas sexuales que tienen, se concluye que el objetivo perseguido no se ha alcanzado.

Se encontró que la mayoría de los jóvenes conoce sobre el tema e identifica el SIDA como ETS, sus vías de transmisión y las principales acciones preventivas, pero contrario a ello, especialmente las mujeres, aún tienen conocimientos errados sobre aspectos tan importantes como las prácticas sexuales de riesgo para adquirir la infección y el adecuado uso del condón, situación que se vio reflejada en las prácticas sexuales que tiene esta población. Se pudo establecer que el nivel de conocimientos del grupo, al igual que el encontrado en otras poblaciones, fue bajo en relación con la información que se les ha brindado a través de las campañas de prevención y significativamente menor en las mujeres^{24,25}.

Los hallazgos sugieren que el inicio de la actividad sexual estimula a las mujeres a obtener conocimientos sobre el SIDA, a diferencia de los hombres en quienes al parecer el tener actividad sexual no influye en el nivel de conocimientos que poseen sobre el tema. Aunque una gran proporción de hombres y mujeres tiene una actitud sentenciadora hacia los enfermos de SIDA, casi la totalidad de estos están de acuerdo en que los enfermos de SIDA no deben ser aislados y consideran que si la enfermedad la presenta uno de sus amigos debe ser apoyado.

Si bien es cierto que tanto hombres como mujeres están de acuerdo con que se debe hablar sobre sexualidad con el grupo de amigos, los

hombres en forma significativamente mayor, consideran que las opiniones dadas por ellos deben influir sobre su sexualidad, de ahí la importancia de hacer tomar conciencia a los padres sobre la educación que deben dar a sus hijos en relación con los criterios a tener en cuenta al escoger a sus amigos.

En cuanto a la actitud hacia el uso del condón, se señaló que la creencia que el condón disminuye el placer sexual, informada también por Shapiro²⁶, se presenta en la mayoría de los hombres y en muy pocas mujeres, siendo lo anterior un hallazgo relevante para el diseño de campañas preventivas. Es importante el hallazgo que la mayoría de las veces, cuando se usa el condón, son los varones quienes toman la iniciativa de usarlo²⁷ y si la actitud hacia su uso es desfavorable, esto repercutirá en la falta de utilización del condón en las relaciones sexuales, tal como se evidenció en este estudio y se ha informado en la literatura sobre el tema²⁴⁻²⁷. Además, se encontró que una gran proporción de hombres considera que no se debe desperdiciar la oportunidad de tener relaciones sexuales y que es fácil tener sexo con amistades casuales, determinando estas actitudes un estímulo importante para la promiscuidad, que unida al no uso del preservativo, se convierte en la principal causa de infección por el VIH²⁸ y la base de campañas preventivas.

Al igual que en el estudio nacional realizado por Profamilia y el Instituto de Seguro Social²⁵, la proporción de hombres que ya han iniciado su actividad sexual fue significativamente mayor que la de mujeres. Al considerar el promedio y la mediana de inicio de las relaciones sexuales en el presente estudio, se encontró que para los dos grupos fueron similares a los informados para otras poblaciones del mismo grupo étnico^{24,26}. Sin embar-

go, los hombres están iniciando su actividad sexual a una edad más temprana que las mujeres, siendo ésta inversamente proporcional al tiempo de vida sexual activa, lo que aumenta su posibilidad de tener más compañeros sexuales, encontrándose una diferencia significativa entre los dos grupos y por ende de tener contacto con el VIH.

Pese a que las campañas de prevención no han logrado los objetivos esperados, la gran cantidad de información que sobre VIH/SIDA ha circulado desde el inicio de la epidemia, ha hecho que los jóvenes en el ámbito mundial, adopten cambios en sus prácticas sexuales como el aumento del uso del condón²⁹, manifestado también por la mitad de los varones que participaron en el presente estudio.

En otras poblaciones en las que se ha indagado sobre el uso del condón en adolescentes^{24,26,30,31}, se ha confirmado la baja prevalencia de su uso, siendo similar a la encontrada en este estudio para las mujeres pero menor a la determinada para los hombres, que corresponde con lo mencionado antes sobre el aumento del uso del condón en este grupo.

La proporción de hombres que dijeron tener pareja sexual estable fue significativamente menor que la de mujeres pero mayor que la informada por Shapiro *et al.*²⁶ en una población de similares características en California. Sin embargo, al comparar la proporción de hombres que aceptaron haber tenido otros compañeros sexuales ocasionales durante el tiempo que tenían pareja estable, dicha proporción fue significativamente mayor que la de mujeres y la de ambos grupos mayor que la informada en la población de jóvenes de California²⁶.

La prevalencia de relaciones anales fue similar entre hombres y mujeres de este estudio y a la encontrada en el grupo de adolescentes serone-

gativos estudiado por Hein³² en Nueva York, pero más alta que la informada en otras poblaciones^{24,26}. Para la práctica de sexo oral se encontró una prevalencia en hombres similar a la descrita por otros autores^{24,26} pero la prevalencia en mujeres fue menor. La elevada prevalencia de la práctica de relaciones sexuales anales y orales es preocupante porque sólo un pequeño porcentaje en ambos grupos dijo usar el condón durante las mismas, es decir, que los jóvenes aún no se han concienciado de la necesidad de protegerse durante estas prácticas e incluso algunos de ellos no las identifican como relaciones sexuales.

Aunque los promedios del nivel de riesgo calculados para hombres y mujeres no mostraron diferencia estadísticamente significativa y según la escala construida, todos tienen algún grado de riesgo desde el momento en que inician su actividad sexual, los valores más altos se presentaron en el grupo de los hombres, lo cual indica que son ellos los que se están exponiendo en mayor grado a prácticas sexuales de riesgo para adquirir la infección por VIH. Sin embargo, en ambos grupos sólo una mínima proporción tuvo prácticas de sexo seguro.

Finalmente, se debe dar importancia a los resultados obtenidos en el cálculo de la tasa de promiscuidad (variable que no ha sido explorada en otros estudios sobre el tema), que fue casi el doble en el grupo de hombres comparado con la de mujeres, resultados que unidos a los otros hallazgos mencionados antes, constituyen el punto de partida para la orientación de nuevas campañas de prevención de la infección por el VIH, donde se tiene en cuenta que el enfoque debe ser diferente para hombres y mujeres pues para ellos se deben concentrar principalmente en lograr que sus relaciones sexuales sean sólo con una pareja

estable mientras que en las mujeres el énfasis debe hacerse en la exigencia del uso del condón en todas sus relaciones.

SUMMARY

Being the investigation a fundamental strategy to design effective prevention programs of infection by HIV, was made a descriptive study with 272 women and 186 men among 15 and 22 years, to establish the existing differences by sex in the knowledge, attitudes and sexual practices in relationship to the AIDS, applying a knowledge, attitudes and practices' survey (KAP), analyzed with the Stata 6.0 software. The age average was similar in both groups. The information on AIDS is received mainly by television. The knowledge level (scale: 0-5) had an average of 3.6 in women and 3.8 in men, with statistically significant difference. The attitudes toward the availability of condoms, toward use of condom with the stable couple and toward the decrease of the sexual pleasure upon using condom presented statistically significant differences. The risk level average for men was 19.7 and for women 18.1 (scale: 1-85). Only 2.26% practises sure sex.

Key words: Knowledge. Attitudes. Sexual practices. Men. Women. HIV/AIDS.

REFERENCIAS

1. UNAIDS, Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 2000. www.unaids.org
2. Ardila H. Aspectos básicos sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA para educadores. Estrategia nacional "El SIDA tiene algo bueno". Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, 1993.
3. ONUSIDA y OMS VIH/SIDA. La epidemia mundial. La situación del VIH/SIDA. Diciembre 1996. www.us.unaids.org/highband/document/epidemiology

- situat96sp.html
4. Quinn TC. The epidemiology of the acquired immunodeficiency syndrome in the 1990s. *Emerg Med Clin North Am* 1995; 13: 1-21.
 5. ONU-SIDA y OMS. Estadísticas mundiales VIH/SIDA, 1997. www.us.unaids.org/highband/document/epidemiology/situat97sp.html
 6. Ministerio de Salud de Colombia. Programa nacional prevención y control ETS/VIH/SIDA. *Bol Epidemiol Nal* 1995; 2: 16-25.
 7. Velásquez VG de. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: la epidemiología, el virus, fisiopatología y diagnóstico. En Díaz F, Ospina S, Orozco B, Estrada S (eds.). *Enfermedades de transmisión sexual*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1995. Pp. 156-164.
 8. Servicio de Salud de Santander. *Bol Epidemiol* 1994; 15: 3-7.
 9. Ministerio de Salud de Colombia. Plan intersectorial a mediano plazo (1994-1996). *Programa nacional de prevención y control de las ETS/VIH/SIDA*, 1994.
 10. Hernández LM, Guzmán DE. *Programa de fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud*. Componente: prevención y control de ETS/SIDA. Normas técnico-administrativas. Ministerio de Salud de Colombia, 1991.
 11. Silva LC. *Muestreo para la investigación en ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1993. Pp. 85-120.
 12. Ardila H, Alvarez A, Pardo M, et al. La asesoría en VIH/SIDA como una estrategia efectiva en prevención. *Estrategia nacional "El SIDA tiene algo bueno"*. Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, 1993.
 13. OMS-OPS. *El SIDA y la planificación familiar*. Prevención del SIDA, normas para los administradores de los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar.
 14. Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Organización Mundial del Movimiento Scout. En acción con los jóvenes. *Manual de capacitación sobre el SIDA*, 1990.
 15. Population Information Program, Center for Communication Programs. The Johns Hopkins University. AIDS Education. A beginning. *Popul Rep* 1989; 17: 1-32.
 16. Edwards M, Pictures S. Promoviendo la salud sexual. *Acción en SIDA* 1991; 13: 1-16.
 17. Filgueiras/OMS. ¡Primero los jóvenes! *Acción en SIDA* 1995; 25: 1-15.
 18. Guarita C. Claves para el aconsejamiento. *Acción en SIDA* 1995; 24: 1-15.
 19. Family Health International. SIDA y adolescentes, las comunidades y la prevención del SIDA, movilización del sector privado. SIDA: El desafío. *Global AIDS Captions* 1995; 4-47.
 20. OMS-OPS. Manual de encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre SIDA y ETS.
 21. CDC/WHO. Epi Info v6.04a, 1996. www.cdc.gov/epiinfo
 22. Stata Corporation. Stata Statistical Software: release 6.0, 1999.
 23. López N. *Aplicación del modelo de regresión logística en un estudio de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual con relación al VIH/SIDA*. Tesis para optar al título de Magister en Bioestadística. Universidad de Chile, 1995.
 24. Quijano CI, Jaimes M. Actitudes, prácticas y conocimientos sobre el SIDA estudiantes UIS 1994. *Salud UIS* 1998; 27: 37-41.
 25. Ordoñez M, Gómez LC, Ramírez E, Murad R. Características de la población y de la muestra. En *Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes*. Bogotá: Instituto de Seguros Sociales, Profamilia, ISS, 1994, tomo 1.
 26. Shapiro J, Radecki S, Charchian AS, Josephson V. Sexual behavior and AIDS-related knowledge among community college students in Orange County, California. *J Community Health* 1999; 24: 29-43.
 27. Meluk S. Prevención del SIDA en adolescentes. *Trib Med* 1991; 84: 101-104.
 28. Samet JH, Winter MR, Grant L, Hingson R. Factors associated with testing among sexually active adolescents: A Massachusetts survey. *Pediatrics* 1997; 100: 371-377.
 29. CDC. Trends in HIV-related sexual risk behaviors among high school students-selected US cities, 1991-1997. *MMWR* 1999; 48: 440-443.
 30. Castilla J, Barrio G, De la Fuente R, Belza MJ. Sexual behavior and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care* 1998; 10: 667-676.
 31. Tovar MC. SIDA: sí..., pero no. *Ciencia al día*. Cali: Agencia Universitaria de Periodismo Científico y Cultural del Valle, Boletín 40, 1996.
 32. Hein K, Dell R, Futterman D, Rotheramb-Borus MJ, Shaffer N. Comparison of HIV+ and HIV- adolescents: risk factors and psychosocial determinants. *Pediatrics* 1995; 95: 96-104.