

**ESTUDIO SOBRE LA VULNERABILIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL VIH-SIDA  
EN HABITANTES DE BARRIOS ESTRATOS BAJOS 1 Y 2 EN LOS MUNICIPIOS  
DE VALLEDUPAR, PALMIRA, FLORENCIA Y ARMENIA**

**JAIRO RAMOS AGUDELO  
GLORIA EDILMA ARCILA  
DIANA JATSBLEIDY GAITAN  
CARLOS AUGUSTO MENDINUETA GIACOMETTO  
LILIA MARLEN RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
“UNAD”  
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA  
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA  
PALMIRA  
2011**

**ESTUDIO SOBRE LA VULNERABILIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL VIH-SIDA  
EN HABITANTES DE BARRIOS ESTRATOS BAJOS 1 Y 2 EN LOS MUNICIPIOS  
DE VALLEDUPAR, PALMIRA, FLORENCIA Y ARMENIA**

**JAIRO RAMOS AGUDELO  
GLORIA EDILMA ARCILA  
DIANA JATSBLEIDY GAITAN  
CARLOS AUGUSTO MENDINUETA GIACOMETTO  
LILIA MARLEN RODRIGUEZ**

**Trabajo de Grado presentado como  
Requisito para optar al título de  
Tecnólogo en Regencia de Farmacia**

**Asesor:**

**MILEIDIS VILLALOBOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
“UNAD”  
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA  
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA  
PALMIRA  
2011**

## CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	4
INTRODUCCION	5
1. JUSTIFICACION	6
2. ANTECEDENTES	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
4. OBJETIVOS	9
4.1. OBJETIVO GENERAL	9
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
5. MARCO TEORICO	10
6. MARCO CONCEPTUAL	15
6.1. ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL VIH- SIDA	17
6.1.1. Algunas creencias en relación con la sexualidad	19
7. MARCO REFERENCIAL	21
8. MARCO LEGAL	22
9. CRONOGRAMA	25
10. PRESUPUESTO	26
11. METODOLOGIA	27
11.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
11.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
11.2.1. Población	27
11.2.2. Muestra	28
11.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
11.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	

## GLOSARIO

Para poder tener claro el tema de investigación, es bueno tener claro los siguientes conceptos:

**LA VULNERABILIDAD:** Es el grado de impacto de la enfermedad entre comunidades e individuos, como resultado de la influencia de complejos factores e interacciones: desde los biológicos (susceptibilidad individual) hasta los institucionales (servicios de salud inadecuados).

**RIESGO:** La probabilidad de que en esta caso el VIH SIDA ocurra en un sujeto a causa de sus propios actos o de los de otras personas (ejemplos: prácticas sexuales no protegidas, uso de drogas inyectables, mala práctica en las instituciones prestadoras de servicio).

**SIDA:** Son las siglas de Síndrome De inmunodeficiencia Adquirida

**SINDROME:** Un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiologías.

**INMUNODEFICIENCIA:** Es un estado patológico en el que el sistema inmunitario no cumple con el papel de protección que le corresponde dejando al organismo vulnerable a la infección por patógenos.

**ADQUIRIDA:** No es hereditaria.

**AUTOESTIMA:** Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

**PROMISCUIDAD:** Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales

**SEXOFÓBICA:** Persona que evita constantemente sensaciones o experiencias sexuales

**LINFOCITOS:** Son un tipo de leucocito (glóbulo blanco) comprendidos dentro de los agranulocitos.

**MONOGAMIAS:** Es un modelo de relaciones afectivo-sexuales basado en un ideal de exclusividad sexual para toda la vida entre dos personas unidas por un vínculo sancionado por el matrimonio, por la ley.

## INTRODUCCION

Colombia, al igual que el resto del mundo, ha sido testigo del vertiginoso avance de la epidemia del VIH y de otras situaciones en Salud Sexual y Reproductiva que afectan en forma muy importante la calidad de vida de la humanidad. Las infecciones de transmisión sexual, tienen un impacto significativo en el futuro de nuestra sociedad. Es por eso importante actuar desde ya hacia las formas más adecuadas de prevención de la enfermedad como lo es el SIDA.

Son muchas las entidades estatales y privadas que se han preocupado por tratar de contrarrestar el índice de mortalidad y grado de propagación de la infección en población vulnerable o expuesta a contraerla. Pensamos que la clave está en la **PREVENCIÓN**; si es un reto consolidar, mejorar y difundir abiertamente las herramientas para poder cumplir lo que exige el Plan Nacional de Salud Pública.

Por eso, es importante empezar por afianzar el conocimiento a los profesionales, para que estos se enfoquen en la Detección de Riesgo y Vulnerabilidad y en la Asesoría para la Prevención y Detección de la Infección por VIH, siendo este un paso significativo para disminuir las posibles barreras de acceso y mejorar el seguimiento de los pacientes. Muchos son los factores que hacen que el virus del SIDA, toque las puertas a un sinnúmero de personas, pero en su mayor dependen del grado de enseñanza, medio ambiente donde se desenvuelve, la importancia del estrato socioeconómico entre otros. **En este caso, nos enfocaremos a los estratos más bajos de los municipios de Palmira, Florencia, Armenia y Valledupar**, ya que los índices más altos de prevalencia del VIH está en este sector social. Nos basaremos en el marco ético de los derechos sexuales y reproductivos comprendidos como derechos humanos. Por ende, tiene en cuenta ejes transversales la **PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL, ENFOQUE DE GÉNERO, REDUCCIÓN DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN**, así como la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. También se quiere aportar reflexiones claves que ayuden a las personas y los profesionales de los sistemas de Salud Sexual Reproductiva a evaluar y detectar la vulnerabilidad y los riesgos relacionados con la infección por VIH, y a identificar a aquellas personas más expuestas, para así ofrecerles la adecuada asesoría. Su contenido se encuentra estructurado en tres partes: En la primera se refiere a los servicios de Salud Sexual Reproductiva desde un enfoque que contemple los derechos humanos y la bioética, haciendo alusión al marco nacional, político y normativo respectivo. En la segunda, denominada Identidades culturales y Salud Sexual Reproductiva, se propone una discusión en torno a las diferencias y la diversidad como posibilidades de vulnerabilidad y riesgo frente a la infección. Y como tercero, la Vulnerabilidad y riesgo en Salud Sexual Reproductiva, se desarrollan los aspectos teóricos básicos y se brindan herramientas prácticas que ayuden a detectar situaciones de vulnerabilidad y riesgo, con el objetivo de ofrecer la asesoría como principal espacio para la prevención individual.

## 1. JUSTIFICACION

En nuestro territorio y en todo el mundo, para nadie es un secreto el gran impacto que tienen las Enfermedades de Trasmisión Sexual, para este caso lo es el VIH-SIDA que toma cada vez más víctimas, entre jóvenes, ancianos, mujeres y hombres entre otros. Por eso, lo importante es prevenir y no “curar” la enfermedad. Nos referimos, a la detección rápida y eficaz de los Riesgos y Vulnerabilidad de la población de estrato socioeconómico bajo en los municipios de Valledupar, Palmira, Florencia y Armenia. Los niveles de analfabetismo, falta de afecto, dura situación de supervivencia, desempleo y sufrimiento diario, para nombrar unos cuantos, envuelven al individuo en un sinnúmero de situación donde se expone su salud a todo tipo de enfermedades sin tener en cuenta los riesgos que existen, en especial, de contraer enfermedades como lo es el SIDA. Se lograría mucho, detectando que personas son más vulnerables, para que por ende, poder actuar de la manera más adecuada e inmediata y suministrar las herramientas necesarias para crear conciencia de las consecuencias físicas y psicológicas que ocasiona esta enfermedad. Además resaltar que el “SIDA si da” y que nadie está exento de poder adquirirlo. Por eso, más que una misión es un compromiso del grupo de la salud brindar al ciudadano las pautas para llevar su vida de la manera más sana, tranquila y segura. Realizando un estudio de Vulnerabilidad, pensamos que se ahorraría costos, en el sentido, que identificaríamos rápidamente en una población cualquiera que sea, que porcentaje de riesgo tiene de contraer el VIH SIDA y poder decidir de igual manera que acciones preventivas aplicar y que grado se deben aplicar las ayudas.

## 2. ANTECEDENTES

La prevalencia y la incidencia de casos de infección por VIH y algunos eventos adversos en Salud Sexual Reproductiva siguen en aumento. Muchas personas no perciben su propio riesgo y muchos médicos no perciben el riesgo de sus pacientes. Se ha descubierto que la percepción de riesgo y de vulnerabilidad es mucho menor en las mujeres, que de cierta manera, son las que propagan más el virus del SIDA. Basta con ser hermosas y de cuerpos esbeltos para atraer a los hombres, infectarlos y que estos a su vez lo hagan con otras parejas que en muchos casos son embarazadas y tienen hijos con la enfermedad. Es importante ser perceptivos al riesgo de contagio, de lo contrario se detectarían diagnósticos tardíos y se utilizarían técnicas o estrategias de prevención inadecuadas.

El diagnóstico oportuno de la infección por VIH es un imperativo en la actualidad. Se estima que los avances en terapia antirretroviral pueden agregar por lo menos 15 años de vida y mejorar su calidad. Por otro lado la gran mayoría de las Infecciones de Trasmisión Sexual son tratables o curables cuando hay un diagnóstico adecuado y oportuno, evitando posteriores complicaciones. Conocer la infección por VIH permite que las personas asuman cambios en los comportamientos de riesgo que pueden reducir la transmisión del virus y romper el ciclo de nuevas infecciones. Se ha reconocido que los médicos con frecuencia no abordan con sus pacientes un tema sensible como lo es la sexualidad, importante para la detección del riesgo y de la vulnerabilidad.

A faltado, en cierta forma, compromiso social por parte del cuerpo médico y enfermeras, que por lo menos, en cada consulta realizada incitar al paciente la importancia de cuidar su cuerpo y de esta manera crear una conciencia tal, que la misma persona se encargue de protegerse de los virus mortales, en especial el del VIH. El grupo de salud, no hay que negarlo, ha hecho campañas y esfuerzos por tratar de prevenir la enfermedad, pero hay que seguir luchando para reducir los índices de mortalidad y morbilidad en todo el territorio nacional y el mundo. Por otra parte, existen una barreras que han truncado la detección de riesgo y de vulnerabilidad en los servicios de Salud Sexual Reproductiva como los son: restricciones de tiempo, incomodidad para hablar de temas como sexualidad, falta de entrenamiento y falta de percepción de la importancia de su papel y su responsabilidad en el diagnóstico y la prevención, falta de conocimiento sobre el tema, ideologías predominantes.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A pesar de que el SIDA se ha expandido de una manera indiscriminada a nivel mundial y en diferentes tipos y estratos sociales, existen muchos factores claves para analizar e investigar. Tales como la baja autoestima, falta de responsabilidad consigo mismo, necesidades básicas como el hambre, vivienda y la crianza para citar algunos, que en algunas veces hace que hombres y mujeres pierdan el ánimo de vivir no queriendo y proteger su cuerpo. En los estratos sociales bajos tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades oportunistas, la cual los hace más vulnerables a padecer de SIDA. A eso se le suma, la falta de seguridad social en salud, empleo, Tratamientos farmacológicos y más que hacen que estas personas puedan ser contagiados y contagiar a los demás. Por eso, la detección temprana permitirá reducir en cierta forma los índices de morbilidad y poder aplicar el método más adecuado para contrarrestar esta situación. Es misión del cuerpo de salud, estar capacitándolos y brindarles todas las herramientas para aumentar el conocimiento de cuidados y peligros que se tienen al tener una relación sexual de manera irresponsable, sin protección y de manera promiscua.



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Detectar cual es el índice de riesgo y vulnerabilidad de contraer el VIH SIDA en los habitantes de barrios estratos bajos en los municipios de Valledupar, Palmira, Florencia y Armenia a través de encuestas para poder brindar las ayudas adecuadas para su control.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar cuáles son los factores Psicosociales más influyentes en el sector social que estén favoreciendo a la propagación de la enfermedad.
- Crear conciencia de la importancia del sexo seguro y responsable.
- Capacitar al grupo de alto riesgo, desde el más pequeño hasta el adulto de la importancia de quererse a sí mismo.
- Replantear mecanismos de control para que la enfermedad no se siga propagando.
- Descubrir cuál es la percepción que posee este grupo social con respecto a la enfermedad.
- Identificar que están haciendo para evitar el contagio.

## 5. MARCO TEORICO

El objetivo de la Plan Nacional Salud Sexual Reproductiva es: “Mejorar la Salud Sexual Reproductiva (SSR) y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población, con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas” (Ministerio de la Protección Social, 2003). El UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) impulsa condiciones favorables para el ejercicio informado y protegido de la sexualidad, a través de la promoción de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, y la superación de los determinantes sociales y económicos que contribuyen a la vulnerabilidad frente al VIH. La transmisión del VIH/Sida está relacionada por las diferencias en las relaciones socioeconómicas y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiencia de la educación sexual, con la reproducción de valores, creencias, tabúes y prácticas que legitiman ejercicios desprotegidos de la sexualidad, sumado a la falta de información y asesoría, y la debilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Es por eso, que la exclusión social enlazada a la marginación y el analfabetismo se cuentan entre los principales factores que facilitan la propagación del VIH/SIDA, y favoreciendo a un mas, el índice de pobreza en Colombia. Teniendo en cuenta la variable de escolaridad dada en nuestro país disponible desde 1998 de personas infectadas por el virus a partir de ese año, se puede apreciar una distribución predominante de primaria, secundaria y sin información. Para el año 2006 se reportaron 722 casos con educación secundaria, 690 sin dato, 655 primaria, 186 universitaria, 88 sin educación y 2 en preescolar. Lo cual, ratifica que estos niveles educativos son los que manifiestan mayor vulnerabilidad. Durante los últimos años las estrategias de desarrollo social han tenido una amplia transformación, evolucionando desde las corrientes teóricas que enfatizaban en el incremento del crecimiento económico, hasta llegar a las que proponen una estrategia de satisfacción de las "necesidades humanas básicas" (Consuegra Bolívar, 1994). Desde esta perspectiva, el desarrollo social se concibe como un proceso conducente a la satisfacción de las necesidades humanas y a la obtención de una mejor calidad de vida para todos los integrantes de una sociedad. Consuegra Bolívar (1994) plantea que la salud es un factor fundamental en la dinámica del desarrollo social por su doble condición de meta específica del desarrollo y de medio indispensable para garantizar los niveles mínimos de productividad, ahorro y crecimiento económico, tanto a nivel individual como colectivo. El 52% de la población colombiana presenta carencias materiales y no materiales que limitan la potenciación de capacidades e impiden que se alcance una calidad de vida digna (Montoya Serrano, 1998). Podríamos decir que existen cuatro grandes causas de este fenómeno: la concentración de la propiedad, la debilidad del estado, el modelo de desarrollo y la cultura del pueblo colombiano. Este último factor es de mucha importancia para los estudiosos del amor, la vida en pareja, los fracasos matrimoniales, los embarazos prematuros, la salud sexual, las infecciones de

VIH/SIDA, la violencia intrafamiliar y demás aspectos que componen la sexualidad humana. Una investigación reciente muestra una serie de creencias, costumbres y valores que tienden a producir estilos de vida poco saludables y que interfieren con el desarrollo personal y social de los colombianos pertenecientes a los estratos 1 y 2, que son los más pobres del país. Por considerarlo importante para las personas que nos preocupamos por el bienestar y la calidad de vida de nuestra comunidad.

En general, se puede decir que en la población más pobre de nuestro país se encuentra dificultades para expresar el cariño, el amor o la ternura (sobre todo en los hombres) por el sentimiento machista que existe. También es común que se tengan creencias erróneas con respecto al amor, lo que genera mucha frustración al llevar a choques entre la fantasía y la realidad afectiva de la vida cotidiana.

Frecuentemente se espera que la persona amada satisfaga todas las necesidades de la pareja; se ansía un amor incondicional, sin límites, un amor eterno. Se espera que la persona amada "sea" como la pareja desea que sea (no como ella "es" en realidad). Se cree que el dolor, el sufrimiento y los celos son una parte importante e imprescindible de la vida amorosa. Por lo general, se espera que la mujer sea quien sostenga la relación, esto desde el punto de vista afectivo. Es frecuente observar la exigencia de "pruebas de amor", en donde el hombre exige la entrega sexual para que ella le "pruebe que realmente lo ama".

También se cree que una forma de evitar que el hombre se vaya (o que regrese a la relación amorosa, cuando ya se ha ido) es teniendo relaciones sexuales. Todo lo anterior dificulta seriamente la elección de una pareja adecuada, ya que no se escoge tomando como base la realidad, sino con base en creencias irreales que pueden llevar rápidamente a la frustración y la decepción. Entre estas personas, la infidelidad es uno de los principales problemas (con todas las secuelas de dolor y destrucción de la vida conyugal que ella trae frecuentemente). La familia, célula básica de la sociedad, por lo general se trastorna intensamente con la infidelidad. Se encontró la creencia de que la infidelidad masculina es mucho menos grave que la femenina. Parece que se piensa que los hombres son infieles en forma natural, "biológica", mientras que las mujeres no. Las separaciones son frecuentes y se ven en este grupo como algo normal.

El matrimonio tiende a tener poca acogida, mientras que se buscan más las uniones libres, sobre todo entre los jóvenes. La población pobre presenta una profunda carencia de información acerca de la reproductividad. No conoce cómo se produce la fecundación, cómo se puede regular la fertilidad, qué deberes y obligaciones tienen los padres y las madres con respecto a los hijos, cuáles son los derechos de los niños y las niñas, etc. Es evidente la falta de preparación para asumir adecuadamente la paternidad y la maternidad. Muchas veces esto se refleja en graves conflictos familiares. El aborto es algo bastante común entre estas personas, algunas veces por cuidar las apariencias y otras porque no hay

los recursos económicos para criar otro hijo. La creencia absurda de que la madre es la única que tiene la responsabilidad de los hijos lleva frecuentemente a situaciones en donde la mujer esta recargada de obligaciones. Mujeres adoloridas, frustradas y con una enorme tensión emocional. Esta creencia lleva a muchos casos en que el padre está completamente ausente en la educación integral de sus hijos. Por otra parte, las ideas observadas es la creencia errada de que un hijo "amarra a la pareja". Esto lleva a embarazos donde lo que se desea es fortalecer el vínculo deteriorado de la pareja. Son hijos que realmente no son deseados por sí mismos. Generalmente la relación afectiva de la pareja no mejora con la llegada del hijo, por el contrario, muchas veces se acaba de destruir y entonces las falsas expectativas que se tenían con el hijo generan mucho malestar, dolor y frustración.

Se observan algunos casos de fanatismo religioso, donde las personas (con mucha comodidad) culpan a Dios de su realidad. ¡Como si los seres humanos no fueran responsables de manejar adecuadamente su sexualidad! La población más pobre presenta una gran desinformación acerca del placer sexual. No conoce los mecanismos fisiológicos y psicológicos que regulan la vida erótica y tienen al respecto una serie de creencias irracionales, algunas veces absurdas. La creencia de que el placer sexual es algo malo, sucio, feo y denigrante es bastante común. Esta concepción SEXOFÓBICA distorsiona la vivencia cotidiana de los encuentros eróticos de las parejas, impidiéndoles tener una sexualidad saludable. Por otro lado, algunas personas viven las relaciones sexuales como una competencia, en la que la ausencia de ternura y afecto se llena con la necesidad de satisfacer al otro y quedar bien. El interés por demorar la eyaculación o por el tamaño del pene (o de los senos) está muchas veces en esta línea.

Otros aspectos observados son:

La actividad sexual de los hombres se inicia más temprano, es más intensa y más promiscua.

La satisfacción sexual es deficiente, tanto en los hombres como en mujeres.

Hay gran irresponsabilidad sexual, tanto en hombres como mujeres.

La masturbación, el coito anal y la homosexualidad son tres aspectos controvertidos hacia los cuales hay bastantes inquietudes y muchas creencias falsas.

También es frecuente la desinformación acerca de la sexualidad femenina.

Se observa muchas veces que la mujer desea un cambio en las condiciones en la relación conyugal, buscando más equidad, pero el hombre recurre a la violencia para controlarla. También se ve, por otro lado, que algunas creencias religiosas - que enfatizan la resignación - contribuyen a perpetuar la injusticia en el ámbito

conyugal. Las personas de escasos recursos presentan una gran desinformación acerca de la masculinidad, la feminidad y la relación entre los géneros. La visión del hombre se relaciona con el dinero, el poder, la valentía y la libertad, mientras que la figura de la mujer se asocia a la ternura, la sumisión, la capacidad de sufrir y soportar, la necesidad de satisfacer sexualmente a su compañero y la ausencia de su propio placer erótico. Esto preocupa porque la falta de equidad de género trae serias consecuencias para los seres humanos y para la comunidad, como el incremento de divorcios y separaciones, la iniciación prematura de las relaciones coitales, las enfermedades de transmisión sexual, los abortos, las lesiones físicas y psicológicas en la mujer y los niños (as), la adicción al alcohol y a otras drogas, los embarazos no deseados, las disfunciones sexuales, el estrés, la depresión, los homicidios y suicidios, por solo nombrar las más importantes.

A pesar de que el VIH/SIDA es más común entre la población más pobre (Bayes, 1995), esta enfermedad no le preocupa. Creen que "eso no tiene nada ver conmigo; el VIH/SIDA es algo que solo afecta a los homosexuales". El machismo aumenta la predisposición de la mujer al VIH/SIDA porque la subordinación al hombre la pone en una situación de desventaja para negociar o controlar las características de la relación sexual (como el uso de condón, la fidelidad, etc.). En el hombre también se incrementa el riesgo, ya que éste, para cumplir su rol de macho, se siente obligado a ser infiel, promiscuo, parrandero y consumidor de mucho alcohol, lo cual baja la probabilidad de relaciones sexuales seguras (Bayes, 1995; Flores Colombino, 1997). En lo relacionado a valores, es evidente la falta de responsabilidad, ternura, diálogo, placer sexual, fidelidad, solidaridad, respeto, autonomía, lealtad, equidad y justicia entre los géneros. Esa investigación muestra claramente la crisis de valores que estamos viviendo en Colombia, que amerita el interés en la educación de la sexualidad que nos lleve a una mejor vida para las próximas generaciones de colombianos. La calidad de vida mejorará en la medida que mejoren los valores que orientan nuestra vida en pareja. Esa investigación también muestra que, por lo general, los colombianos de los estratos 1 y 2 llegan a un hogar que no está preparado para darles a sus hijos una adecuada educación para la vida, la convivencia y el amor, que les permita lograr una vida sexual saludable, responsable, gratificante y constructiva.

Para el adecuado desarrollo de la población más pobre y vulnerable de nuestro país y de la comunidad en general, es necesario adelantar proyectos que estimulen el desarrollo de creencias, costumbres y valores que produzcan estilos de vida más saludables. Debemos fomentar valores éticos como la responsabilidad, la ternura, el diálogo, el placer erótico, la fidelidad, la solidaridad, el respeto, la autonomía, la lealtad, la equidad y la justicia entre los géneros, si creemos en el ideal bolivariano de un ser humano autónomo, ético y culto y una sociedad libre, justa y solidaria. Las estrategias están orientadas a: la integración de la prevención, detección y atención del VIH/Sida en los servicios de salud sexual y reproductiva; al desarrollo de procesos de comunicación educativa para prevenir el VIH, así como para eliminar el estigma y la discriminación; a la

promoción del acceso, disponibilidad y uso consistente del condón; y al compromiso masculino en el cuidado de la salud sexual y reproductiva y en el ejercicio protegido de la sexualidad. Podemos notar de todo esto, que el VIH SIDA tiene totalmente “abierta las puertas” para entrar en este tipo de población con mayor porcentaje y vulnerabilidad.

## 6. MARCO CONCEPTUAL

El SIDA es una afección médica. A una persona se le diagnostica SIDA cuando su sistema inmunológico es demasiado débil para combatir las infecciones. Desde que el SIDA se identificó por primera vez a comienzos de la década de los ochenta, un número sin precedentes de personas se vieron afectadas por la epidemia mundial de SIDA. Actualmente, se calcula que hay 33,3 millones de personas que viven con VIH/SIDA.

El causante de la enfermedad es un Virus llamado Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Este ataca poco a poco las células del sistema inmunológico, directamente a los linfocitos CD4. Estos tipos de leucocitos son los encargados de protegernos de cualquier agente patógeno como los son las bacterias, hongos y virus entre otros. Al afectar este sistema, el virus daña en forma progresiva estas células, el cuerpo se expone a infecciones, haciéndolas muy difíciles de combatir.

Se dice que una persona tiene SIDA cuando la infección por VIH está en un nivel muy avanzado. Pueden pasar años antes de que el VIH haya producido suficiente daño en el sistema inmunológico y que el SIDA se desarrolle.

Por otra parte, a una persona se le diagnostica SIDA cuando ha desarrollado una afección o un síntoma relacionado con el SIDA. Lo anterior se denomina infección oportunista o cáncer relacionado con el SIDA. Las infecciones se denominan „oportunistas“ porque aprovechan la oportunidad que les ofrece un sistema inmunológico debilitado para afectar órganos comprometidos. Es posible que a alguien se le diagnostique SIDA incluso si no ha desarrollado una infección oportunista. El SIDA se puede diagnosticar cuando el número de células del sistema inmunológico (células CD4) en la sangre de una persona VIH positivo se reduce a un cierto nivel. En lo referente al tratamiento antirretrovirico, este puede prolongar el tiempo transcurrido entre la infección por VIH y la manifestación del SIDA. Las politerapias modernas son altamente eficaces, y una persona infectada con VIH que está recibiendo tratamiento podría vivir toda la vida sin desarrollar SIDA. Un diagnóstico de SIDA no necesariamente equivale a una sentencia de muerte. Muchas personas aún pueden salir beneficiadas al comenzar una terapia antirretrovírica, incluso una vez que hayan desarrollado una enfermedad característica del SIDA. También se han desarrollado mejores tratamientos y medidas preventivas para las infecciones oportunistas a fin de mejorar la calidad y el tiempo de vida de las personas infectadas.

El tratamiento de algunas infecciones oportunistas es más fácil que aquel que se utiliza para otro tipo de infecciones. Las infecciones tales como el herpes zoster y la candidiasis de la boca, garganta o vagina, pueden tratarse en forma eficaz en numerosos entornos. Por otro lado, las infecciones más complejas, tales como la toxoplasmosis, deben tratarse con equipos e infraestructura médica de avanzada. Lamentablemente, muchas zonas de pocos recursos no cuentan con estos

equipos. También es importante que se proporcione tratamiento para lidiar con el dolor provocado por esta infección, el cual es experimentado por todas las personas que se encuentran en los niveles avanzados de la enfermedad. Mientras se descubre la cura contra el SIDA, es función de los entes de territoriales capacitar a las personas en general cuales son los cuidados que se deben tener para evitar que la infección siga aumentando poblacionalmente. Desde el año de 1981 que se descubrió el primer SIDA, son más de 25 millones de personas han muerto por causa de esta enfermedad, y la cifra sigue en aumento. Aunque el tratamiento antirretrovírico puede evitar la manifestación del SIDA en una persona que vive con el virus del VIH, a numerosas personas se les diagnostica SIDA en la actualidad. Hay cuatro razones principales para esto:

En algunos países con pocos recursos, el tratamiento antirretrovírico no es accesible para todos. Incluso en los países más ricos, tales como los Estados Unidos, muchas personas no poseen seguro médico y no pueden afrontar el gasto económico de un tratamiento.

Algunas personas que se han infectado en la primera etapa de la epidemia antes de que la politerapia fuera accesible, han desarrollado resistencia a los medicamentos y en consecuencia, sus opciones de tratamiento se han restringido. Muchas personas nunca se realizan la prueba de detección del VIH y solamente conocen su estado cuando desarrollan enfermedades relacionadas con la infección. Estas personas poseen un riesgo mayor de mortalidad, ya que responden más negativamente al tratamiento en esta etapa.

Las personas que realizan el tratamiento no pueden cumplir con la ingesta de medicamentos ni tolerar sus efectos secundarios.

¿Cómo brindarle ayuda a un infectado?

En las etapas posteriores de la infección, el infectado necesitará cuidados paliativos y apoyo emocional. En muchas partes del mundo, los amigos, la familia y las organizaciones de lucha contra el SIDA proporcionan cuidados en el entorno doméstico. Éste es el caso en países con alta prevalencia de VIH y sistemas de salud colapsados. El cuidado en la última etapa de la enfermedad se vuelve necesario. En esta etapa, la preparación para la muerte y el debate abierto acerca de si la persona va a morir, a menudo, contribuye con el tratamiento de determinadas cuestiones problemáticas y la garantía de que se respeten los deseos finales de la persona. Alrededor de 2,6 millones de personas se infectaron en el 2009 y, en este mismo año, 2 millones de personas murieron de SIDA. África subsahariana es la zona más afectada por la epidemia. En el 2009, aproximadamente tres cuartos de las muertes por SIDA se produjeron en esta región.



La epidemia ha tenido un impacto devastador en las sociedades, economías e infraestructuras. En los países más gravemente afectados, la esperanza de vida se ha reducido a 20 años. Los adultos jóvenes durante los años productivos son la población de mayor riesgo. Por lo tanto, muchos países han padecido una reducción del crecimiento económico y un incremento de la pobreza interna, esta infección provoca una pérdida de la productividad mayor que cualquier otra afección. Los años más productivos de un adulto son también aquéllos en donde se incrementan las posibilidades de reproducción. Además, aquéllos que han muerto de SIDA suelen dejar hijos huérfanos. Más de 16 millones de niños han perdido a uno o a ambos de sus padres a causa del SIDA. En los últimos años, la respuesta a la epidemia se ha intensificado. En los últimos diez años, en los países de ingresos bajos a medios, el gasto invertido en esta infección se ha sextuplicado. También se ha incrementado el número de personas que realizan tratamientos antirretrovíricos; el número anual de muertes por SIDA ha disminuido, y el porcentaje mundial de infectados con VIH se ha estabilizado. No obstante, los logros recientes no deben llevarnos a tomar actitudes complacientes. En todas partes del mundo, las personas infectadas con VIH aún enfrentan el estigma social y la discriminación que provoca esta enfermedad. Además, muchas personas no pueden acceder al tratamiento y los cuidados adecuados. Las tasas de infectados se están elevando, lo que indica que la prevención es ahora más importante que nunca. Los esfuerzos preventivos que han evidenciado su eficacia deben incrementarse, y también deben alcanzarse los objetivos del tratamiento. Deben intensificarse los compromisos en el ámbito gubernamental y comunitario y deben llevarse a cabo de manera tal que un día el mundo pueda presenciar el final de esta epidemia mundial.

## **6.1. ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL VIH- SIDA**

La posibilidad de adquirir el VIH, ITS, cáncer o sufrir consecuencias no deseadas en el ejercicio de la Salud Sexual Reproductiva está presente en todos y todas. En sentido estricto, ellas no permiten hacer distinciones entre unos cuerpos u otros. Sin embargo, para algunas personas los determinantes que propician estos eventos adversos son mayores en relación con las identidades culturales desde las cuales se narran. Aspectos como las prácticas sexuales, las interacciones que se establecen, el cuidado de sí, y/o las conductas de riesgo asumidas tienen que ver con las construcciones culturales que proveen identidades tanto individuales como colectivas. “Ser parte de” configura al mismo tiempo ciertas particularidades en la propia experiencia, lo que hace a unos sujetos distintos de otros. En el marco de las sociedades contemporáneas, globalizadas, transnacionales, informatizadas y virtuales, expuestas a una interconexión sociocultural sin precedentes, el tema de la diferencia de los sujetos constituye un nodo relevante para la coexistencia y para el bienestar de las poblaciones.

En el planeta emerge una gran heterogeneidad cultural, al tiempo que se homogeniza progresivamente a los distintos pueblos en un mismo modelo

socioeconómico. Por tanto, la diferencia de Identidades, la pluralidad de concepciones sobre la vida y la sociedad y la diversidad de apuestas sociales se evidencian en la cotidianidad. Grupos antes invisibilidades reclaman -no sin conflicto- lugares más protagónicos en los escenarios sociales. El mundo ya no es esencialmente para los hombres, patriarcales, heterosexuales, católicos, urbanos y productivos. Las distintas maneras de ser mujer, las masculinidades, los/as jóvenes y sus culturas, las diversas etnias y colectividades indígenas, las distintas gamas de la orientación sexual, las subjetividades rurales, los grupos en situaciones de migración y desplazamiento, constituyen ejemplos de una interculturalidad en que las multiplicidades desbordan ese sujeto unívoco, racional, fijo que dominó los sentidos de Occidente.

En un país como Colombia, las regiones y grupos étnicos desde los que se narra cada sujeto, conforman una cultural variada. Esto afecta notablemente la propia Salud Sexual Reproductiva, ya sea para promoverla o menoscabarla. En particular, alrededor de la sexualidad circulan concepciones e imaginarios que inciden en las interacciones entre aquellos y aquellas que pueden resultar diferentes, y que les abocan o no a la posibilidad de la infección por VIH y otros eventos adversos. Es entonces clave identificar aspectos del contexto que en últimas inciden en las prácticas de **AUTOCUIDADO** de las personas. Si bien no se Trata de establecer perfiles antropológicos, la sensibilidad del funcionario/a de salud frente al asunto de las identidades culturales, puede constituir la diferencia para la vida de muchos sujetos. Por esta razón, es relevante que la atención en salud no se desarrolle para un sujeto homogéneo; los protocolos de salud no impiden que una consulta se sitúe como un escenario de encuentro entre culturas, una de las cuales tiene sus raíces en el discurso médico.

El discurso médico se ha caracterizado porque el poder y la autoridad residen exclusivamente en el/la profesional de la salud, por ser vertical, centrado en la patología y no en la persona, por ver como menores de edad a las mujeres y no valorar sus reales expectativas de salud. De allí que las concepciones del personal de salud entran inevitablemente en interacción con aquellas que los/as consultantes tienen debido a su género, procedencia regional, generacional o étnica. Ello se aprecia en frases, creencias, chistes que indican eventualmente que el cuerpo y el ejercicio sexual son definidos de maneras diversas. En Colombia varios estudios han mostrado cómo la diversidad regional, cultural y socioeconómica incide en los conocimientos, actitudes y prácticas alrededor del ejercicio de la sexualidad. Aspectos como los discursos amorosos cambian no sólo entre géneros sino por regiones, haciendo que tanto roles como actividades sexuales varíen notablemente.

Por ejemplo, en varias zonas del país es importante no presuponer asuntos como la monogamia, pues culturalmente se incentiva en los hombres la pluralidad de encuentros sexuales y de parejas, al tiempo que las mujeres suelen aceptar tal modelo, siempre que se mantengan el vínculo de pareja y las responsabilidades

familiares. Igualmente, es importante entender que si bien un hombre se narra heterosexual, esto no contradice que asuma relaciones penetrativas hacia otros hombres a quienes si concibe como homosexuales. 27

### **6.1.1. Algunas creencias en relación con la sexualidad**

Diversas creencias circulan al respecto de las opciones de anticoncepción y a la Infección por VIH:

“Que el embarazo no ocurre en la primera relación sexual”.

“Que los padres o abuelos deben ser los primeros en tener relaciones sexuales con sus hijas, hijos o nietas”.

“Que un abusador sexual siempre es un hombre, un extraño y un enfermo mental”.

“Que el Sida es exclusivo de homosexuales”.

“Que el condón disminuye el placer”.

“Que el condón no se necesita una vez que ya se conoce a la pareja (hombre o mujer)”.

“Que se ve mal que la mujer cargue el condón”.

“Que el condón lo usan personas promiscuas”.

“Que las personas con VIH se ven pálidas”.

“Que las ITS se notan o solo les dan a las prostitutas”

“Que el Sida es un asunto de destino -algo así como una búsqueda inconsciente”

“Que tomando ciertas infusiones no sólo se incrementa la potencia sexual del hombre sino que además se „hace resistente al virus”.

“Que el VIH le da más a los blancos que a los negros”.

“Que ese virus no existe en el campo y por tanto es exclusivo de quienes habitan las ciudades”.

“Que ciertas prácticas rituales -tipo tomas de *yagé*- logran curarlo”.

Otros asuntos a considerar se relacionan con las condiciones socioeconómicas de los y las consultantes. Si bien los problemas en SSR afectan a todas las clases sociales, no está de más reiterar que algunas circunstancias asociadas a la pobreza y la desventaja social convocan más determinantes para padecerlos.

## **7. MARCO REFERENCIAL**

Bajo la base que se tiene del alto índice de infectados por el VIH a nivel de los países de Latinoamérica, entre ellos Colombia, se han presentado una gran preocupación al respecto. La población de escasos recursos económicos son los más susceptibles a adquirirla. El incremento de la sociedad marginal con problemas de pobreza, hacinamiento, deterioro de los programas de control de esta enfermedad favorece la propagación de la enfermedad. Por eso no dirigimos diferentes sectores de estrato social bajo de los municipios de Valledupar, Palmira, Florencia y Armenia donde se ha detectado mucha vulnerabilidad por parte de sus habitantes. En este estudio se desarrollaran las actividades que serán realizadas por nosotros los estudiantes y algunos miembros de la comunidad.

## 8. MARCO LEGAL

Mediante la ley 972 de 2005 en los artículos del 1 al 7. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Además de la ley 1220 de 2008 en su artículo 3. EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA DECRETA:

**Artículo 1°:** Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-.

El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

**Parágrafo 1°.** El día primero (1°) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación con la comunidad internacional representada en la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS.

**Parágrafo 2°.** Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, en esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, Onusida, y promoverá, en forma permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 2°:** El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente.

Se preservará el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad.

**Artículo 3º.** Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas. El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS.

Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto. El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

**Parágrafo:** La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT.

**Artículo 4º.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, diseñará en un término no mayor de seis (6) meses a partir de la promulgación de esta ley, unas estrategias claras y precisas conducentes a disminuir los costos de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos utilizados en las enfermedades de alto costo, en particular el VIH/SIDA, cuyas acciones serán de aplicación inmediata.

**Parágrafo.** A partir de la vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional, podrá hacer uso de los mecanismos que la normatividad le asigna con el fin de garantizar el acceso de la población a los medicamentos que sean objeto de algún tipo de protección.

**Artículo 5º.** En desarrollo del artículo anterior, y con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en

particular el VIH/SIDA, la Insuficiencia Renal Crónica y el Cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la farmacovigilancia de los productos adquiridos.

**Artículo 6º.** Las autoridades responsables de la aplicación de la presente ley, serán el Ministerio de la Protección Social y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en el marco de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, el Decreto 1543 de 1997 y de las demás normas que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan. Bajo la dirección, supervisión y control del Ministerio de la Protección Social y para los efectos de la presente ley, actuarán las entidades públicas y privadas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



## 9. CRONOGRAMA

Este trabajo se desarrollara en un tiempo de 7 días en los Barrios de estratos bajos 1 y 2 de los municipios de Valledupar, Florida, Florencia y Armenia de la siguiente manera.

	PROGRAMA	DIAS						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Salida a los barrios a Estudiar	■						
2	Invitacion	■						
3	Introduccion al programa a realizar		■					
4	Aplicación de las encuestas			■				
5	Charlas "como prevenir el contagio" en hombres y mujeres en edades fertiles				■	■	■	■
6	Donacion de preservativos						■	■
7	Despedida							■

## 10. PRESUPUESTO

ITEM	COSTO
<b>PERSONAL:</b> MEDICO, ENFERMERA, CAPACITADOR Y ESTUDIANTES.(El médico y la enfermera solo por un día)	\$350.000
<b>EQUIPOS:</b> PORTATIL, PROYECTORES, MICROFONO, AMPLIFICACION, MEGAFONO, CAMARA DE VIDEO E IMPRESORA.	\$ 125.000
<b>VIAJES:</b> TAXIS	\$ 25.000
<b>MATERIALES:</b> PAPEL, LAPIZ, BORRADORES Y TABLILLAS	\$ 15.000
<b>SERVICIOS TECNICOS:</b> TRANSCRIPCION E IMPRESIÓN DE LAS ENCUESTAS.	\$ 6.000
<b>OTROS:</b> PRESERVATIVOS	DONACION
<b>TOTAL</b>	\$ 521.000

## 11. METODOLOGIA

En este trabajo se pretende estudiar la vulnerabilidad y los comportamientos del VIH SIDA en habitantes de barrios de estratos 1 y 2 en los municipios de Valledupar, Palmira, Florencia y Armenia, haciendo visitas informativas a la población pobre, donde se les demostrará la importancia de prevenir la infección. Se observo muy detallada y analíticamente cuales fueron los factores que más repercutían en el alto índice de personas infectadas. Se utilizó la encuesta como herramienta para poder identificar cual son las actitudes de las personas ante esta enfermedad y que están haciendo para no caer.

### 11.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo, porque pretende describir, analizar y registrar de un modo sistemático las causas que hacen que los habitantes de los estratos 1 y 2 sean vulnerables a adquirir la enfermedad VIH-SIDA. Mediante la aplicación de la encuesta de una manera aleatoria, con preguntas de libre respuesta, donde esta va ser según el criterio y la visión que tenga el encuestado de su vida sexual pasada y presente y futura. En el desarrollo de la presente investigación se utiliza además una investigación de tipo exploratoria que sirve para tener información de los hábitos de las personas en el plano sexual responsable.

### 11.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

**11.2.1. Población.** La población corresponde a 32 habitantes de cada barrio de estrato bajo de los municipios de Valledupar, Palmira, Florencia y Armenia.

**11.2.2. Muestra.** Se tomara una muestra representativa de la población de cada barrio de estrato bajo de los municipios de Valledupar, Palmira, Florencia y Armenia., los cuales se les aplica una encuesta, de manera aleatoria sobre el tema en alusión.

La muestra utilizada es lo suficientemente representativa, ya que se tomo con un nivel de confianza del 95 por ciento. Se aplico la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

**Donde:**

Z = Nivel de confianza  
N = Tamaño de la población  
p = probabilidad de éxito  
q = probabilidad de fracaso  
E = Error máximo permitido

**Entonces:**

Z = 95 % = 1.96  
N = 32 personas  
P = 50 % = 0.5 Q = 50 % = 0.5  
E = 5 % = 0.05

**Se reemplaza,**

$$n = \frac{(1.96)^2 * 32 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 (32-1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{30.7328}{1.0379}$$

$$n = 29.61 = 30 \text{ personas}$$

### 11.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas que se emplearon para la recolección de la información son de una fuente primaria como la encuesta que se aplicó, en barrios de estratos 1 y 2 en los municipios de Valledupar, Palmira, Florencia y Armenia de una manera aleatoria para obtener una información clara y precisa en cuanto al comportamiento y vulnerabilidad de sus habitantes a la enfermedad del VIH SIDA.

Observacional porque permite adquirir mayor experiencia a la vez que se toma nota del verdadero comportamiento del grupo a estudio, y así poder analizar las experiencias, opiniones, actitudes dentro del estudio.

### 11.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En base a los resultados dados por la encuesta realizada a 30 habitantes de estratos bajos 1 y 2 de los municipios de Valledupar, Florencia, Palmira y Armenia,

se puede notar que en promedio el 61% no existe a un centro médico asistencial para en los casos en que se presenta una enfermedad de transmisión sexual, ellos nos comentaban que les da "pereza" ir a los hospitalitos a hacer filas interminables, ellos comentan que se les hace más fácil ir a droguerías y solicitar un medicamento que le apacigüe el dolor. Es quizás, este la principal causa de los altos índices de enfermos de SIDA, la poca actuación de los entes de salud en sitios como estos donde la vulnerabilidad es marcada. Además, como coadyuvante a este problema se suma la ausencia del condón. Estos resultados mostraron que el 50% dice haber tenido una relación sexual sin condón haciéndolos más susceptibles de adquirir la enfermedad. En estos barrios se pudo apreciar un sinnúmero de vicios y malos hábitos de vivir, acompañados un poco del machismo, promiscuidad, entre otros. Por tal razón, el 58% dice haber tenido sexo, tanto casual como con un novio/novia, y no siempre usando condón, lo que confirma, más de la mitad en promedio esta propensa a tener relaciones distintas con su pareja. Por otra parte, el uso del condón no se mira como un protector en contra de las enfermedades venéreas, si no como una técnica anticonceptiva únicamente, hasta tal punto que 44 % de las encuestadas toman la pastilla y no usan el preservativo, porque dicen ser incómodos.

El 35% de los encuestados dicen que tuvieron sexo con un condón que tuvieron a la mano, lo cual muestra que no hay conciencia de su uso. Dicen que cuando se presenta la oportunidad, se hace con o sin condón. Muchas veces, en situaciones de embriaguez, cuando uno no es consciente de lo que hace se abre una puerta al contagio. Se pudo notar, que hay presencia de establecimientos como bares, cantinas, donde el comercio del sexo, favorece aun más al fácil contagio, y que estos a su vez, lo llevan a sus familias, esposas o novias. En cuanto a su detección por laboratorio, 30 % dice que no se hacen la prueba para no saber los resultados, dicen que prefieren morir sin saber. Epidemiológicamente se ha demostrado que las mujeres recurren mas a hacerse los diagnósticos que los hombres, es decir, ellas se preocupan más por su salud.

Se observa también, que el 55% de los casos dicen que hablan de sexo y protección con personas de la misma edad. Pareciera ser un punto a favor para el control de la enfermedad pero no. Muchas personas de estas, no son lo suficientemente capacitadas para dar una adecuada orientación a los cuidados y ventajas que no permite el uso del condón. Por lógica, el buen uso del condón, va a depender de la buena información que se le al individuo y pareja. Por eso, el 35% a veces tienen condones y a veces no. Todo depende del día, del programa de la oportunidad, por que el 25% de ellos dicen que nunca se pueden conseguir condones cuando los necesitan. Muchas oportunidades no los adquieren por problemas de tipo económico y de acceso a los puntos donde los hay, como en la droguería y los hospitales. Las respuestas dadas muestran que este grupo de han vivido muchas experiencias que aumentan tu vulnerabilidad al VIH/SIDA. Deben pensar en todas las maneras de protegerse, buscar orientación por parte de profesionales de la salud, y ¡luchar por sus derechos de estar libres de VIH. Tal

vez no puedan contar con todas las formas de protección, pero seguramente pueden contar con algunos recursos y personas cercanas a ellos. En la institución de salud donde te prestan los servicios, pueden buscar más información y asegurarse de estar saludables. Junto con un profesional de la salud, pueden decidir hacerse una prueba de VIH, la cual obtendrán tranquilidad al respecto de si están infectados o infectadas. Además, estarás en mayor capacidad de protegerte a ti mismo(a) y a tus parejas en el futuro.

TABLA N° 1

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PRIMEDIOS	PRIMEDIO
	VALLEDUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA	%	HABITANTES
<b>EN MIS RELACIONES SEXUALES...</b>						
1						
He tenido relaciones sexuales y usamos un condón cada vez que tuvimos sexo.	20	25	7	20	20	30
Nunca he tenido relaciones sexuales.	0	5	13	0	5	5
He tenido por lo menos una relación sexual sin usar condón.	30	20	27	37	20	40
He tenido sexo antes, pero nunca he usado condones.	15	5	13	5	8	22
TOTAL	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 1

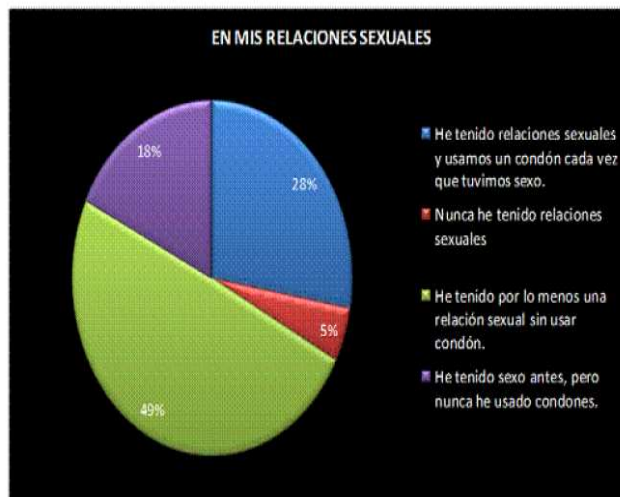


TABLA N° 2

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS %	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR %	PALMIRA %	FLORENCIA %	ARMENIA %		
2. RECIENTEMENTE CONOCI A UNA PERSONA INTERESANTE Y BIEN ATRACTIVA REALMENTE TENIA GANAS DE TENER SEXO Y ...						
Tuvimos sexo usando un condón que estaba a mano.	7	31	33	14	15	15
Casi tuvimos sexo sin condón, pero luego decidimos no hacerlo.	20	15	10	11	14	17
Acabamos teniendo sexo sin condón.	10	5	17	21	27	32
Nunca he estado en esta situación.	0	49	38	6	21	27
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 2

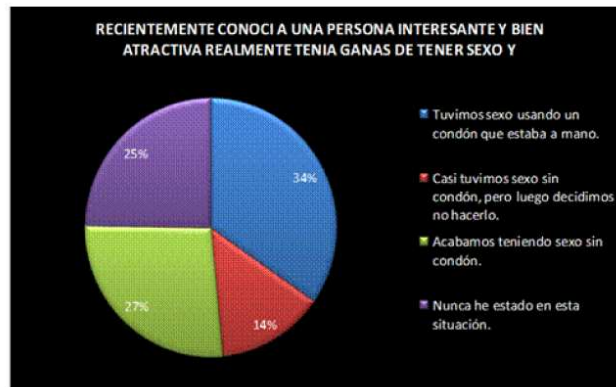


TABLA N° 3

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS %	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR %	PALMIRA %	FLORENCIA %	ARMENIA %		
3. ¿HE TENIDO RELACIONES QUE PUEDEN AUMENTAR MI EXPOSICIÓN VIH-SIDA?						
He tenido sexo, tanto casual como con un novio/novia, y no siempre uso condón.	24	20	27	21	24	25
Sólo he tenido sexo con un novio o una novia, y no usé condón porque hemos prometido sernos fieles.	27	21	20	11	20	24
Nunca he tenido ninguna de estas experiencias.	49	59	53	68	56	51
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 3



TABLA N° 4

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS %	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR %	PALMIRA %	FLORENCIA %	ARMENIA %		
4 EL EMBARAZO SÓLO SE PRESENTA CUANTO NO TENEMOS SEXO SEGURO... ¿HE PASADO POR ESTO ANTES?						
Nunca he estado embarazada, o nunca he embarazado a alguien, porque siempre uso condones.	3	42	7	56	28	33
Nunca he estado embarazada, o nunca he embarazado a alguien, porque yo (o mi pareja) tomé la pastilla.	57	16	33	37	14	52
He estado embarazada, o embarazado a alguien, y durante el embarazo nunca nos hicimos la prueba del VIH.	13	0	20	5	10	11
He estado embarazada, o embarazado a alguien, pero nos hicimos la prueba del VIH.	27	11	10	0	20	23
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 4



TABLA N° 5

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS %	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR %	PALMIRA %	FLORENCIA %	ARMENIA %		
EN LAS TIENDAS Y BARES SE PUEDE COMPRAR ALCOHOL, Y EN ALGUNOS SITIOS SE ADQUIEREN OTRAS DROGAS COMO LA COCAÍNA, EL BAZUCO O LA MARIHUANA DE FORMA ILEGAL. EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS ALTERAN NUESTRA FACULTAD DE PERCEPCIÓN Y COMPRESIÓN DE LO QUE OCURRE EN NUESTRO ENTORNO. ¿ALGUNA DE ELLAS ESTÁ AFECTANDO MI 5. VULNERABILIDAD AL VIH? ¿ALGUNA DE ELLAS ESTÁ AFECTANDO MI 5. VULNERABILIDAD AL VIH?						
Me gusta beber con mis amigos(as). Una vez estuve "prendido(a)" y casi tuve sexo sin un condón.	27	25	13	4	16	25
Nunca he usado ninguna clase de droga, incluida el alcohol.	13	20	0	5	14	17
Alguna vez he estado medio "prendido(a)" y acabé teniendo sexo sin condón.	57	16	33	11	33	40
He utilizado una o varias de las drogas mencionadas arriba, pero nunca perdí el control como consecuencia.	0	0	13	0	13	16
He usado drogas inyectadas antes, y compartí la misma jeringa con otros.	10	0	0	0	3	3
He usado drogas inyectadas antes, pero cada persona utilizó su propia jeringa desechable.	0	0	0	0	0	0
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 5

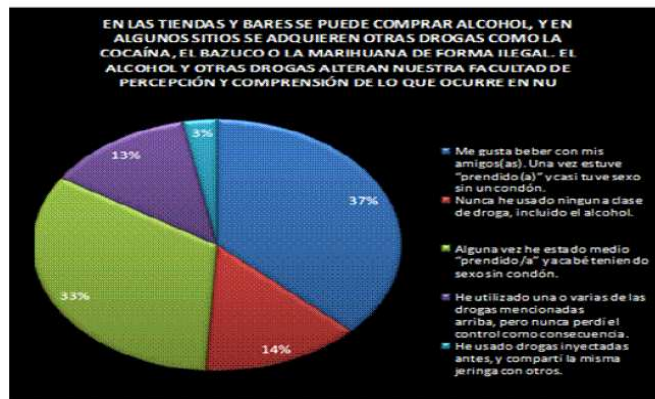


TABLA N° 6



TABLA N° 6

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS %	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA		
6. ¿HE IDO CON UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA PREVENIR O TRATAR UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y/O EL VIH/SIDA?						
No. Heo bastante que no he acudido a un servicio de salud o un médico(a).	12	5	10	6	72	
No. He tenido una enfermedad con cortadas, secreciones o alguna lesión en mis órganos sexuales, pero no busqué ayuda profesional.	17	5	0	6	7	
SI. He tenido cortadas, secreciones o alguna lesión en mis órganos sexuales y acudí a un profesional de la salud.	13	10	7	8	9	
SI. Me hago chequeos de vez en cuando, y acudo con un profesional de la salud cuando tengo problemas de salud.	7	25	20	14	17	
He procurado ir a un servicio de salud (o profesional), pero no recibí atención cuando la necesitaba.	11	0	0	12	15	
	100	100	100	100	100	

GRAFICA N° 6



TABLA N° 7

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS %	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA		
7. DURANTE UNA RELACIÓN SEXUAL EL CONDÓN SE ROMPIÓ Y ...						
No pudimos parar y seguimos adelante con la relación sexual.	25	11	10	11	27	32
Cambiamos de condón y seguimos.	23	6	37	28	28	24
Nos lavamos los genitales, conseguimos un condón nuevo y seguimos.	7	5	0	5	4	5
Se dañó la relación y nos fuimos sin lavarnos ni nada.	10	0	3	0	3	4
Esto nunca me ha pasado.	10	10	10	21	11	11
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 7

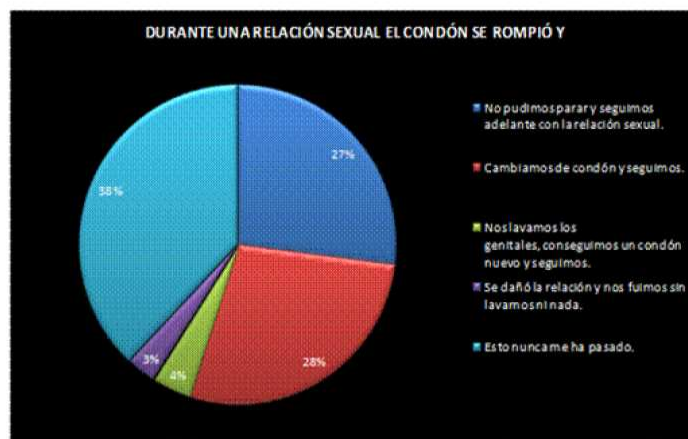


TABLA N° 8

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				VALLE DUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA	PROMEDIOS	PROMEDIO
	%	%	%	%						
8	CONSIDERO QUE LOS CONDONES ...									
Son fáciles de colocar.	7	25	0	5	23	28				
Pueden ser utilizados con placer o no obstaculizan el placer.	10	20	0	26	14	17				
No son necesarios cuando lo hacemos con alguien a quien amamos y en quien confiamos.	23	10	17	1	15	13				
Son incómodos y no vale la pena usarlos.	17	5	0	21	17	20				
Son una buena forma de evitar tener hijos.	20	0	27	0	17	17				
	100	100	100	100	100	100				

GRAFICA N° 8

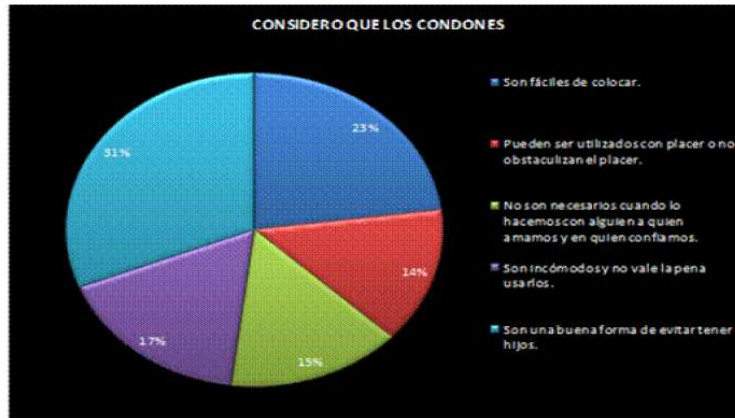


TABLA N° 9

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				VALLE DUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA	PROMEDIOS	PROMEDIO
	%	%	%	%						
9	A VECES PIENSO EN HACERME LA PRUEBA DEL VIH/SIDA ...									
Sólo por saber si lo tengo.	17	30	30	24	25	30				
Porque estoy preocupado(a) por una experiencia no protegida que tuve.	7	10	20	5	11	13				
Para que pueda tener sexo sin condón.	10	5	0	0	4	5				
Porque estoy preocupado(a) porque uso drogas inyectables y comparto las jeringas.	0	0	0	0	0	0				
Porque una pareja sexual me lo sugirió.	15	10	20	15	14	17				
No me haría la prueba porque no quiero saber la respuesta.	20	10	20	5	20	25				
	100	100	100	100	100	100				

GRAFICA N° 9



TABLA N° 10

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA		
<b>10 ¿PUEDO CONTAR CON OTROS PARA HABLAR SOBRE EL SEXO Y DE CÓMO PROTEGERME DE LAS ETS?</b>	%	%	%	%	%	%
Si puedo. Puedo hablar de sexo y de cómo protegerme con personas de mi misma edad.	27	24	40	3	24	26
Puedo contar con un medico u otro profesional de la salud para hablar de temas relacionados con el sexo y la prevención, de manera abierta.	20	17	10	5	12	16
No puedo contar con ningún adulto cercano, para hablar del tema.	23	12	3	0	9	11
Si puedo contar con un adulto cercano porque sé que él/ella me apoyará, aun cuando estemos en desacuerdo.	27	7	47	5	23	28
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 10



TABLA N° 11

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS	PROMEDIO HABITANTES
	VALLEDUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA		
<b>11 ¿SONAR SOBRE EL FUTURO TAMBIÉN NOS DA LA FUERZA DE CUIDARNOS A NOSOTROS MISMOS EN EL PRESENTE, AUNQUE A VECES SEA MOLESTO. ¿CUÁLES SON SUS PLANES PARA EL FUTURO Y EL DE AQUELLOS QUE SON SUS AMIGOS Y AMIGAS MÁS CERCANAS?</b>	%	%	%	%	%	%
Hemos hablado de nuestros planes, por ejemplo estudiar una carrera técnica o profesional, trabajar o hacer otras cosas que nos gustan.	30	47	44	42	46	44
Mis amigos y yo vivimos en el presente. ¡Podemos pensar en el futuro más tarde!	33	0	10	32	19	23
Creo que la mayoría de mis amigos u amigas quieren construir una vida con alguien a quien aman.	3	53	30	16	26	30
Mis amigos u amigas creen que es mejor no pensar en el futuro porque nuestras vidas podrían ser peores más adelante.	34	0	0	11	11	14
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 11



TABLA N° 12

PREGUNTAS	MUNICIPIOS				PROMEDIOS	PROMEDIO
	VALLEDUPAR	PALMIRA	FLORENCIA	ARMENIA		
12. PARA PREVENIR LA INFECCIÓN CON EL VIH, TIENES QUE HACER MÁS QUE SOLO ESPERAR NO CONTRAERLO. DEBES SIEMPRE TENER CONDOMES A LA MANO. ¿QUÉ TAN FÁCIL ES CONSEGUIR LOS CONDOMES?	%	%	%	%	%	HABITANTES
Nunca puedo conseguir condones cuando los necesito.	37	0	33	11	25	25
Siempre tengo condones porque los compro en la farmacia o en el supermercado.	7	10	33	15	24	25
A veces tengo condones y a veces no. Todo depende del día.	50	20	17	31	33	42
Los consigo en un centro de salud, en la escuela o en la casa.	0	0	0	15	4	5
Dejo de los condones a mi pareja.	6	20	0	26	13	16
No tengo condones porque me da pena o tengo miedo de lo que pensarán de mí.	0	0	0	0	0	0
	100	100	100	100	100	100

GRAFICA N° 12



## CONCLUSIONES

Los obstáculos y logros de las mujeres para desarrollar una sexualidad más protegida frente a las ITS, el VIH y los embarazos no deseados, se asocian con dificultades en la negociación con los varones, falta de información adecuada, carencias respecto del conocimiento del propio cuerpo y de su sexualidad, ausencia de conciencia del riesgo de infección, temor a la pérdida del amor, ausencia de grupos de pertenencia y/o de referencia para fortalecer su autoafirmación, dificultad para integrar la anticoncepción con el cuidado de la salud sexual, debilidad de las políticas oficiales específicas, aislamiento comunitario. Se suma a esto la violencia intrafamiliar y la falta de acceso al preservativo femenino o a métodos seguros de prevención que no dependan de los varones. Los adolescentes priorizan la necesidad de evitar embarazos no deseados, pero difícilmente perciben el riesgo de una infección por VIH. En jóvenes pobres, se suma los consumos de drogas con inicio en la niñez. Un círculo que se ve profundamente acrecentado por la pobreza de nuestros conciudadanos. Ambos grupos refieren un proceso de exclusión del sistema de salud y falta de empoderamiento para la resolución de los problemas de salud en forma comunitaria. Por otra parte se pudo notar que:

De acuerdo con la encuesta realizada podemos concluir que es alarmante el porcentaje de jóvenes que no tienen en cuenta los métodos anticonceptivos los cuales son fáciles de obtener.

También podemos agregar que al tener relaciones sexuales han sido tanto casuales como con varias personas lo que conlleva a tener más riesgos de contraer ETS. El plan a seguir es que las entidades encargadas de dar información con respecto al tema utilicen métodos que refuercen este tipo de campañas.

El 67% de los encuestados dice que ha tenido por lo menos una relación sexual sin usar condón, el 7% dice que ha tenido relaciones sexuales y usamos un condón cada vez que tuvimos sexo, el 13% Nunca he tenido relaciones sexuales., y el otro 13% ha tenido. sexo antes, pero nunca han usado condones.

El 77% de los encuestados dice que ha tenido sexo, tanto casual como con un novio/novia, y no siempre uso condón.

El 57% de los encuestados dice alguna vez he estado medio "prendido/a" y acabé teniendo sexo sin condón.

El 56% de los encuestados dicen que los condones son fáciles de colocar, y el 27% dice que los condones no son necesarios cuando lo hacemos con alguien a quien amamos y en quien confiamos.

El 50% de los encuestados dice que no se harían la prueba de VIH, solo por no saber si lo tiene.

## RECOMENDACIONES

Es necesario la implementación de políticas públicas que den respuestas urgentes a la problemática del sector poblacional de escasos recursos económicos y la promoción de abordajes comunitarios que, desde la perspectiva de género, proporcionen respuestas adecuadas y comprometidas, de tal manera se eliminen las barreras de acceso a la salud y se fortalezcan el desarrollo y la organización social emergente que está construyendo la población en condición de pobreza como modo de supervivencia. Se desarrollaran talleres, actividades lúdicas o educativas, en las que se suministra información básica sobre VIH/Sida para luego determinar cuál es su grado de vulnerabilidad, frente al VIH. Se deben explicar las maneras en que los y las adolescentes pueden acceder a los Sistema de Salud Sexual Reproductiva para recibir asesoría, orientación o solicitar pruebas diagnósticas, si lo llegaran a considerar. Es muy importante que la encuesta se utilice solo en ese contexto y como parte de la estrategia, pues de otra manera se convierte en un instrumento que puede generar muchas dudas que luego es posible que nadie responda, produciéndose un daño en vez de un beneficio. No olvide tener en cuenta los posibles daños asociados con la detección del riesgo, de la infección por VIH como los son los temores a rechazo, abandono, discriminación, abuso verbal o físico alteraciones emocionales. Una vez que el personal de la salud ha identificado factores de vulnerabilidad y riesgo en hombres o mujeres que acuden a los servicios de Salud Sexual Reproductiva, en el marco de una relación democrática y respetuosa y en un clima institucional de bioética y derechos humanos, debe proceder para la realización de la asesoría respectiva.

A los médicos, organizar una jornada de capacitación, donde se le instruya la manera de cómo romper la barrera médico-paciente utilizando un lenguaje propicio y donde no se les haga sentir como personas moribundas y rechazadas por la sociedad. Por ejemplo: ¿Cuál es su problema? – reemplazarlos por - ¿Qué dificultades tiene? Si no se toma los medicamentos se va a morir – por - Veamos que desventajas puede tener no tomar los medicamentos... Ya no hay nada que hacer – por - Hay muchas cosas que se pueden hacer... Siempre llega tarde a sus citas – por - He observado, que ha llegado varias veces tarde a sus consultas. Si sigue así, nunca se va a mejorar – por - Es importante que revise la forma como está manejando su vida. Tiene que tomarse los medicamentos - por - Es muy importante para su mejoría, tomar adecuadamente el tratamiento. ¿Por qué no está utilizando el condón? – por - ¿Cómo le ha ido con el uso del condón? Otra manera de facilitar la comunicación es comentar y buscar con el consultante ejemplos de conductas positivas. También se pueden usar las metáforas (relatos, figuras), ejemplos, fábulas, cuentos o historias, para relacionarlos con la vida del consultante.

## **BIBLIOGRAFIA**

El SIDA: Responsabilidad de todos, Padre Domingo M. Basso, Editorial Lumen, Argentina, 1991

Ministerio de la Protección Social. {En línea} {Consultado en Mayo de 2011}  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/comunicadosPrensa/Paginas/ColombiacumpleconindicadorespositivosenlaluchacontraelVIHSida.aspx>

Pobreza y Sexualidad. {En línea} {Consultado en Mayo de 2011} Disponible en:  
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-188-1-pobreza-valores-humanos-y-sexualidad.html>



# ANEXOS

## ENCUESTA

**Preguntas claves que permiten identificar cuáles son los comportamientos que hacen a un individuo ser vulnerable al VIH**

**¿Cuán vulnerable estás al VIH/Sida y las otras enfermedades de transmisión?**

**Sexual (ETS)?**

Pues bien, en algún nivel todos somos vulnerables, porque una ETS o el VIH pueden afectar a cualquiera, sin importar la edad, el sexo o la orientación sexual. Sin embargo, dependiendo de tu comportamiento, puedes estar más vulnerable o menos vulnerable.

### **ESTE TEST SE PODRIA PLATEAR PARA SABER QUE TAN VULNERABLE SON LAS PERSONAS ANTE EL VIH SIDA**

Este cuestionario puede ayudarte a aprender que tan vulnerable estás al VIH/Sida. Puedes seleccionar más de una respuesta a cada pregunta, o ninguna. Todo depende de tus experiencias. Además, no se tiene que dar tu nombre.

#### **1. En mis relaciones sexuales . . .**

- He tenido relaciones sexuales y usamos un condón cada vez que tuvimos sexo.
- Nunca he tenido relaciones sexuales.
- He tenido por lo menos una relación sexual sin usar condón.
- He tenido sexo antes, pero nunca he usado condones.

#### **2. Recientemente conocí a una persona interesante y bien atractiva. Realmente tenía ganas de tener sexo y . . .**

- Tuvimos sexo usando un condón que estaba a mano.
- Casi tuvimos sexo sin condón, pero luego decidimos no hacerlo.
- Acabamos teniendo sexo sin condón.
- Nunca he estado en esta situación.

#### **3. ¿He tenido relaciones que pueden aumentar mi exposición al VIH/Sida?**

- He tenido sexo, tanto casual como con un novio/novia, y no siempre uso condón.
- Sólo he tenido sexo con un novio o una novia, y no usé condón porque hemos prometido sermos fieles.
- Nunca he tenido ninguna de estas experiencias.

#### **4. EL EMBARAZO SÓLO SE PRESENTA CUANTO NO TENEMOS SEXO SEGURO... ¿HE PASADO POR ESTO ANTES?**

- Nunca he estado embarazada, o nunca he embarazado a alguien, porque siempre uso condones.
- Nunca he estado embarazada, o nunca he embarazado a alguien, porque yo (o mi pareja) tomé la pastilla.
- He estado embarazada, o embarazado a alguien, y durante el embarazo nunca nos hicimos la prueba del VIH.
- He estado embarazada, o embarazado a alguien, pero nos hicimos la prueba del VIH.

**5. EN LAS TIENDAS Y BARES SE PUEDE COMPRAR ALCOHOL, Y EN ALGUNOS SITIOS SE ADQUIEREN OTRAS DROGAS COMO LA COCAÍNA, EL BAZUCO O LA MARIHUANA DE FORMA ILEGAL. EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS ALTERAN NUESTRA FACULTAD DE PERCEPCIÓN Y COMPRENSIÓN DE LO QUE OCURRE EN NUESTRO ENTORNO. ¿ALGUNA DE ELLAS ESTÁ AFECTANDO MI VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA?**

- Me gusta beber con mis amigos(as). Una vez estuve "prendido(a)" y casi tuve sexo sin un condón.
- Nunca he usado ninguna clase de droga, incluido el alcohol.
- alguna vez he estado medio "prendido/a" y acabé teniendo sexo sin condón.
- He utilizado una o varias de las drogas mencionadas arriba, pero nunca perdí el control como consecuencia.
- He usado drogas inyectadas antes, y compartí la misma jeringa con otros.
- He usado drogas inyectadas antes, pero cada persona utilizó su propia jeringa desechable.

**6. ¿HE IDO CON UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA PREVENIR O TRATAR UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y/O EL VIH/SIDA?**

- No. Hace bastante que no he acudido a un servicio de salud o un médico(a).
- No. He tenido una enfermedad con cortadas, secreciones o alguna lesión en mis órganos sexuales, pero no busqué ayuda profesional.
- Sí. He tenido cortadas, secreciones o alguna lesión en mis órganos sexuales y acudí a un profesional de la salud.
- Sí. Me hago chequeos de vez en cuando, y acudo con un profesional de la salud cuando tengo problemas de salud.
- He procurado ir a un servicio de salud y/o profesional, pero no recibí atención cuando la necesitaba.

**7. DURANTE UNA RELACIÓN SEXUAL EL CONDÓN SE ROMPIÓ Y...**

- No pudimos parar y seguimos adelante con la relación sexual.
- Cambiamos de condón y seguimos.
- Nos lavamos los genitales, conseguimos un condón nuevo y seguimos.
- Se dañó la relación y nos fuimos sin lavarnos ni nada.
- Esto nunca me ha pasado.

**8. CONSIDERO QUE LOS CONDONES...**

- Son fáciles de colocar.
- Pueden ser utilizados con placer o no obstaculizan el placer.
- No son necesarios cuando lo hacemos con alguien a quien amamos y en quien confiamos.
- Son incómodos y no vale la pena usarlos.
- Son una buena forma de evitar tener hijos.

**9. A VECES PIENSO EN HACERME LA PRUEBA DEL VIH/SIDA...**

- Sólo por saber si lo tengo.
- Porque estoy preocupado(a) por una experiencia no protegida que tuve.

- Para que pueda tener sexo sin condón.
- Porque estoy preocupado(a) porque uso drogas inyectables y comparto las jeringas.
- Porque una pareja sexual me lo sugirió.
- No me haría la prueba porque no quiero saber la respuesta.

**10. ¿PUEDO CONTAR CON OTROS PARA HABLAR SOBRE EL SEXO Y DE CÓMO PROTEGERME DE LAS ETS?**

- Sí puedo. Puedo hablar de sexo y de cómo protegerme con personas de mi misma edad.
- Puedo contar con un médico u otro profesional de la salud para hablar de temas relacionadas con el sexo y la prevención, de manera abierta.
- No puedo contar con ningún adulto cercano, para hablar del tema.
- Sí puedo contar con un adulto cercano porque sé que él/ella me apoyará, aun cuando estemos en desacuerdo.

**11. SOÑAR SOBRE EL FUTURO TAMBIÉN NOS DA LA FUERZA DE CUIDARNOS A NOSOTROS MISMOS EN EL PRESENTE, AUNQUE A VECES SEA MOLESTO. ¿CUALES SON SUS PLANES PARA EL FUTURO Y EL DE AQUELLOS QUE SON SUS AMIGOS Y AMIGAS MÁS CERCANAS?**

- Hemos hablado de nuestros planes; por ejemplo estudiar una carrera técnica o profesional, trabajar o hacer otras cosas que nos gustan.
- ¡Mis amigos y yo vivimos en el presente! ¡Podemos pensar en el futuro más tarde!
- Creo que la mayoría de mis amigos y amigas quieren construir una vida con alguien a quien aman.
- Mis amigos y amigas creen que es mejor no pensar en el futuro porque nuestras vidas podrían ser peores más adelante.

**12. PARA PREVENIR LA INFECCIÓN CON EL VIH, TIENES QUE HACER MÁS QUE SOLO ESPERAR NO CONTRAERLO. DEBES SIEMPRE TENER CONDONES A LA MANO. ¿QUÉ TAN FÁCIL ES CONSEGUIR LOS CONDONES?**

- Nunca puedo conseguir condones cuando los necesito.
- Siempre tengo condones porque los compro en la farmacia o en el supermercado.
- A veces tengo condones y a veces no. Todo depende del día.
- Los consigo en un centro de salud, en la escuela o en la casa.
- Dejo lo de los condones a mi pareja.
- No tengo condones porque me da pena o tengo miedo de lo que pensarán de mí.

## CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y sexo

Colombia 1983 a 2010 (Semana 40)\*

DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD	HOMBRE	MUJER	SIN DATO	TOTAL
BOGOTA	15.250	2.766	19	18.035
VALLE	10.636	3.523	12	14.171
ANTIOQUIA	8.763	1.723	93	10.579
SANTANDER	2.344	856	4	3.204
BARRANQUILLA DT.	2.144	959	4	3.107
RISARALDA	1.765	619	32	2.416
NORTE DE SANTANDER	1.350	600	2	1.952
CUNDINAMARCA	1.085	809	83	1.977
QUINDIO	1.230	447	51	1.728
SIN DATO	973	501	3	1.477
META	1.042	566	2	1.610
HUILA	1.043	482	4	1.529
CESAR	900	557	24	1.481
CORDOBA	976	446	3	1.425
CARTAGENA. DT.	998	371	28	1.397
CALDAS	866	262		1.128
ATLANTICO	724	382	9	1.115
TOLIMA	806	260		1.066
NARIÑO	611	365		976
BOLIVAR	494	259	107	860
SANTA MARTA. DT.	548	274		822
SUCRE	517	251		768
BOYACA	420	195		615
MAGDALENA	333	184		517
CAUCA	293	179		472
LA GUAJIRA	295	163	1	459
GUAVIARE	223	173		396
PUTUMAYO	182	150	2	334
CAQUETA	179	117	1	297
CASANARE	188	88		276
ARAUCA	114	72	1	187
CHOCO	87	79		166
SAN ANDRES	102	39		141
AMAZONAS	71	45		116
VICHADA	24	8		32
GUAINIA	6	8		14
VAUPES	6	4		10
Y EXTERIOR	8		28	36
TOTAL GENERAL	57.596	18.782	513	76.891

CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE  
Distribución por DTS y sexo Colombia 2010 Semana 40\*

DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD	HOMBRE	MUJER	SIN DATO	TOTAL
ANTIOQUIA	532	187	23	719
ATLÁNTICO	243	142		385
BOGOTÁ, D.C.	831	181		1.012
BOLÍVAR	199	100		299
BOYACÁ	29	17		46
CALDAS	56	19		75
CAQUETA	13	16		29
CAUCA	33	31		64
CEBSAR	52	60		112
CÓRDOBA	120	80		200
CUNDINAMARCA	88	33		121
CHOCÓ	20	12		32
HUILA	53	36		89
LA GUAJIRA	39	29		68
MAGDALENA	88	59		147
META	93	49		142
NARIÑO	78	36		114
NORTE DE SANTANDER	63	27		90
QUINDIO	87	46		133
RISARALDA	95	45		140
SANTANDER	176	74		250
SUCRE	72	40		112
TOLIMA	81	26		107
VALLE DEL CAUCA	563	201		764
ARAUCA	2	1		3
CASANABE	16	6		22
FUTUMAYO	14	15		29
SAN ANDRÉS	4	7		11
GRUPO AMAZONIA	12	21		33
SIN DATO	22	7	5	34
TOTAL NACIONAL	3.756	1.598	28	5.382

Fuente: Base de datos SIVGIIa INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Semana 40 2010\*.