

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y DE
LA AUTOEFICACIA PARA LA PROTECCIÓN DE LA
INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA EN JÓVENES/ADULTOS ,
ESTUDIANTES DE MAPUTO, MOZAMBIQUE

FLORINDO MARTINS MUDENDER

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2005

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 29 de Juny de 2005 davant un tribunal format per:

- D. José María Martín Moreno
- D. Alberto Manuel Torres Cantero
- D^a. Ramona Mateo Campos
- D. Miguel Luis Martín Mateos
- D. Elías Ruiz Rojo

Va ser dirigida per:

D^a. María Morales Suárez-Varela

D. Agustín Llopis González

©Copyright: Servei de Publicacions
Florindo Martins Mudender

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-6283-7

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

TESIS DOCTORAL

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y DE LA AUTOEFICACIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA EN JÓVENES/ADULTOS, ESTUDIANTES DE MAPUTO, MOZAMBIQUE.

Florindo MARTINS MUDENDER

Valencia, ESPAÑA, 2005

A María Neta y a Evaristo, mis padres

AGRADECIMIENTOS

María MORALES SUÁREZ-VARELA y Agustín LLOPIS GONZÁLEZ, tuvieron gran confianza y acreditaron en mí desde el primer instante sin que necesitaran de referencias, y a lo largo del proceso, supieron disculpar mis vaivenes, mi inconstancia, mis imprevisibilidades y frente a ello, fueron una suerte de contrapeso; y sin embargo, pese a todo, me permitieron la libertad necesaria para diseñar el enfoque, y establecer el ritmo en que se desarrolló el trabajo. Me mantuvieron intensamente motivado durante todo el proceso, me apoyaron incondicional e incansablemente y me guiaron con sabiduría y humildad, pero sobretodo, estuvieron presentes. Cuando pienso en ello, me siento abrumado de gratitud.

Otras personas que jugaron papeles distintos, y en algunos casos, múltiples y que fueron todos imprescindibles son: Jorge A. PIVIDAL GRANA, Alfons GARCÍA NINET, y el Profesor José MICÓ CATALÁN.

El colegio Mayor Universitario de La Coma ha constituido una oportunidad para crecer y compartir con una comunidad de personas que poseen las raras cualidades de tener un inmenso caudal de afecto y compasión por los demás, además de ser estudiantes y profesionales consagrados al servicio del prójimo. Y estoy muy agradecido a los distintos y sucesivos miembros de la dirección del Colegio y al magnífico y atento equipo de servicios que con abnegación y alegría le dieron a nuestras vidas una calidad indescriptible.

Y este estudio no hubiera sido posible sin el generoso respaldo brindado por un número de individuos, entidades oficiales, fundaciones y organizaciones. Fueron más destacables el Ministerio de la Salud Pública de Mozambique, el Patronat Sud - Nord de la Universidad de Valencia, la Fundació Bancaixa de Valencia, el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia, el Colegio Mayor Universitario de La Coma, el Hospital Central de Maputo y el GATV do Centro de Saúde de Alto Maé en Maputo.

También quiero expresar mi gratitud a todas las personas que ofrecieron tal vez lo más difícil y que es a la vez lo crucial; aquellas que desinteresadamente permitieron que información referente a su ámbito personal e íntimo fuera utilizada para la realización de este trabajo, ellos son los Enfermos Con SIDA del Hospital Central de Maputo; los Estudiantes del Instituto de Ciências da Saúde de Maputo, los estudiantes de Psicopedagogía y de Literatura Francesa de la Universidad Pedagógica de Maputo, los estudiantes de la Escola Secundaria da Matola en Maputo, los del Instituto Pedagógico de Umbeluzi y aquellos del Instituto Agrario ambos en Boane.

Varias personas, todos entrañables amigos, me escucharon con atención y me dieron sus impresiones sobre diversos temas, de diferentes maneras, todas ofrecieron una inestimable colaboración; nombraré a algunas, aún a sabiendas que la magnitud de las omisiones se ensanchará a medida que crecen las inclusiones, y que cada omisión, será también, como todas las omisiones: grave e injusta. Nombro a Helio M. MUDENDER, a Arissis M. MUDENDER y a Ana NAVARRO, también a Irene Alda LANGA y a Adelia PEDRO AGOSTINHO, en la realización de las encuestas y a Nuria MARTÍ, en la informatización de los datos. A Tatiana MONTOYA MARTÍNEZ y Paola BLANCO, por toda la magia. Y otras fueron: João ZAQUEU y Joaquim SIMÃO, Tomás MANUEL RONDINHO, Inocencia MANUEL y Bai LAN. Agradezco a Dominique ARTHUR DELLEY, coordinador del Proyecto SIDA de Médicos Sin Fronteras-Suiza en Maputo, a Minna TOUMINEN, Representante de ONUSIDA en Maputo y a Felipe BILA de PSI-Mozambique.

Agradezco a todas las personas, todas muy queridas, que supieron disculpar mi ausencia durante el tiempo en que me dediqué a la realización de este trabajo: mis sobrinos Clarence, Eric, Xanana, Branquinho y Jenine. A Timoteo, a Tomás e a Inocencia, a Arissis, Helio, Tónica, Zanda y a Assa, a todos por constituir una suerte de puentes y de resortes. A Roberto RENAD MAGANZO, que me hizo vislumbrar el sentido y la dimensión de la amistad.

Y a mi madre y a mi padre, a quienes he forzado a los mayores de todos los sacrificios: las sucesivas, prolongadas e incomprensibles ausencias.

1.0. INTRODUCCIÓN

El número de personas que vive actualmente con el VIH y el SIDA crece de una manera alarmante. Los datos mundiales, y en particular aquellos referentes a la situación de la epidemia en Mozambique, muestran como el impacto del VIH y el SIDA en la vida cotidiana de las personas se vuelve cada vez más dramático (51-67).

El 95% de las personas infectadas por el VIH y el SIDA viven en el mundo en desarrollo; y a lo largo del año 2004, cumulativamente, contando desde la identificación de los primeros casos al inicio de la década de los años 80 (2), se han infectado en el mundo al rededor de 39.5 millones de personas, y cerca de 2 millones de esas infecciones ocurrieron a lo largo de los últimos dos años. África meridional, con tasas de prevalencia media del orden de los 25% de la población adulta, sigue siendo la región más afectada (78), y es también donde diversas razones han convertido a la mujer, y sobretodo a la mujer joven, en el rostro de la epidemia.

Por otra parte, en todo el mundo en desarrollo, y en particular en el África subsahariana, la infección por el VIH y el SIDA se ha unido a otras infecciones, algunas endémicas como la Malaria, la Tuberculosis, las infecciones parasitarias y también se ha unido a factores de índole político, socio-económico y ambiental como pueden ser los conflictos armados, las sequías recurrentes y prolongadas, y la inseguridad alimentaría, con lo cual se ha potenciado el impacto del SIDA sobre la población. De ese modo la epidemia del SIDA plantea al sistema político, económico y sociocultural diversos desafíos de difícil abordaje.

Entre los enfermos de SIDA, el grupo más afectado es el que tiene la edad comprendida entre los 15 y los 24 años. Y de modo general, las campañas de prevención se suelen caracterizar por ser abundantes en el ámbito urbano, a la misma medida que resultan escasas y discontinuas en el rural.

Y partiendo del hecho que la infección por el VIH es esencialmente una cuestión ligada al comportamiento y por tanto, susceptible de ser evitada, la prevención mediante el cambio del comportamiento y la educación, se convierte en la opción más efectiva en el combate de la epidemia. Y si la población falla en saber cómo debe cuidarse para prevenir la infección por el VIH, no se podrá evitar que la epidemia siga en aumento; y frente a esa situación se hace necesario buscar y compartir

estrategias de prevención y promover la participación de toda la sociedad, incluyendo la comunidad educativa, en el proceso de fomentar los conocimientos, de expandir la conciencia y de motivar la introducción de cambios en las actitudes que lleven a la adopción de conductas más saludables respecto al VIH y el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Existe un consenso acerca del papel que juega la Educación en la lucha contra la transmisión del VIH/SIDA. La mayoría de la información de que se dispone pone en evidencia que una educación sobre sexualidad bien diseñada puede reducir la ocurrencia de aquellos comportamientos de mayor riesgo para la infección por el VIH, y resulta, por consiguiente, en la reducción de la ocurrencia de infecciones por el VIH, de las ETS y de los embarazos no deseados. Los mismos estudios (49) ponen igualmente de manifiesto que no ha sido encontrada una asociación entre estos programas y un inicio temprano de la vida sexual, o incremento en el número de parejas sexuales entre los jóvenes adolescentes.

2.0. OBJETIVOS

PRIMERO

Con este trabajo se pretende acceder a los conocimientos, al comportamiento y a la capacidad de autodominio con respecto a la infección por el VIH y el SIDA de un grupo de jóvenes adultos, estudiantes de Maputo, Mozambique.

SEGUNDO

Se pretende indagar el tipo de contenidos que deben ser adoptados de forma complementaria a los que actualmente se desarrollan, de modo a que se permitan el diseño de estrategias de actuación de mayor eficacia que contribuyan para la mejora de la prevención de la infección por el VIH y el SIDA en ésta población.

TERCERO

Y, se pretende conocer la demanda de atención sanitaria que sufre el Hospital Central de Maputo a causa del SIDA y valorar el perfil del Enfermo con diagnóstico de SIDA que solicita atención en dicho Hospital.

3.0. ANTECEDENTES

3.1. LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA

Se conoce como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a un conjunto de diferentes y diversas manifestaciones clínicas, ligadas a la infección por el VIH, que se caracteriza por un fallo del Sistema Inmunitario, en especial, el dependiente de los Linfocitos T, y permite el desarrollo de enfermedades oportunistas y de ciertos tumores que disminuyen la salud hasta desembocar en la muerte del paciente. La característica patogénica del agente causal, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), descrito por L. Montagnier en 1983 y, posteriormente, en 1984 por R. Gallo, consiste en la destrucción progresiva e irreversible del Sistema Inmunológico y del Sistema Nervioso de la persona infectada. La progresión de la enfermedad causada por el VIH comienza desde un estadio clínico asintomático a otro que se caracteriza por una profunda afectación del Sistema Inmunológico y corresponde a las etapas finales de la enfermedad.

El virus penetra en la célula a través de una molécula receptora, la CD4, presente en la superficie de los Linfocitos -T "helper" y de otras células sanguíneas, como los monocitos - macrófagos. La infección de los Linfocitos-T condiciona un estado de latencia relativa y una replicación explosiva cuando éste es activado (19-9) durante el intervalo que media entre el momento de la exposición al virus y un espacio de tiempo que en la mayoría de los casos, 95%, es inferior a los seis meses, tiene lugar lo que se denomina como "el periodo de ventana", durante el cual el antígeno p24, el DNA viral y el cultivo, son los únicos marcadores que pueden ser detectados en la sangre.

Los niveles del antígeno p24 comienzan a descender, por lo general a partir del quinto mes, coincidiendo con la progresiva aparición de los anticuerpos específicos anti-p24 y anti-p41. El anticuerpo anti-p41 se mantiene a lo largo de toda la infección, mientras que el anticuerpo anti-p24 disminuye a medida que ésta progresa al cabo de años, en esa fase reaparece el antígeno-p24 marcando la última etapa de la enfermedad. Aunque el anterior sea el patrón dominante, sin embargo también se dan casos en que, tras la exposición al virus y la aparición del antígeno p24, éste persiste durante toda la infección. Cuando ello ocurre suele asociarse a un pronóstico desfavorable.

Otros modelos de evolución serológica diferentes del habitual, consisten en la Seroconversión Tardía y en la Serorreversión (68). En la Seroconversión Tardía pueden transcurrir alrededor de catorce meses tras la exposición al virus, antes de que se puedan detectar anticuerpos específicos anti-VIH en la sangre. Mientras que la Serorreversión, se caracteriza por la negativización de la detección de los anticuerpos anti-VIH y del cultivo viral, siendo la presencia de DNA viral, la única evidencia de la infección. En una elevada proporción de los individuos infectados, el 95% de los casos, la seroconversión es marcada por un cuadro viral inespecífico, similar a un síndrome gripal o mononucleósido que puede estar acompañado de fiebre, mialgias, cefaleas, artralgias, diarrea y un exantema maculopapuloso, por lo general, poco trascendente (87).

3.2. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El VIH es un virus citopático de la familia de los Retrovirus. La estructura del VIH está constituida por una envoltura de naturaleza lipídica y una nucleocapside central denominada Core (97). La estructura de la envoltura externa, consta de una doble capa de lípidos que provienen de las células infectadas, y contiene varias proteínas virales; mientras que el Core, es una estructura de naturaleza proteica y envuelve en su interior a dos cadenas idénticas de Ácido Ribonucleico (RNA) y las enzimas Transcriptasas Reversas, Proteasas e Integrasas, necesarias para la integración en el genoma del hospedero. Desde el punto de vista genético, los virus de la Familia de los Retrovirus, están formados por un Ácido Ribonucleico (RNA), que debe ser copiado a Ácidos Deoxirribonucleico (DNA) para su integración en el núcleo celular. La conversión del RNA en DNA es la característica que define a los Retrovirus. En la Tabla-1, se ilustra la clasificación de los Retrovirus en función del efecto que ejercen sobre la célula infectada.

Tabla-1: Clasificación de los Retrovirus según su efecto sobre la célula infectada.

FAMILIA	ESPECIE PROTOTIPO	EFEECTO SOBRE LA CÉLULA
Retrovirus Transformantes	Virus de la Leucemia-T Humana (HTLV-1)	Induce a cambios tumorales
Retrovirus Citopáticos No Transformantes o Lentivirus.	Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Induce a degradación lenta e irreversible.

3.3. MECANISMOS DE INFECCIÓN DEL VIH

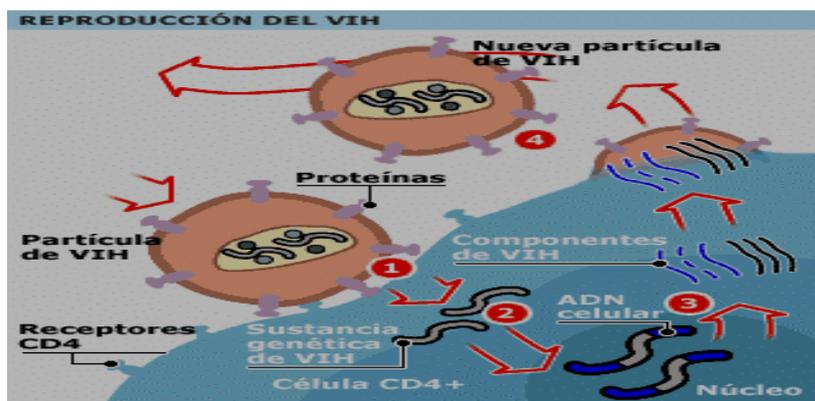
Para que se pueda dar el inicio del Ciclo Biológico del Virus, es imprescindible que previamente haya tenido lugar la entrada del virus en la célula del hospedero. El mecanismo de entrada del virus está ligado a la presencia en la superficie de la célula de receptores constituidos por moléculas de tipo CD4 que actúan de manera específica. Algunas células del organismo, sobretodo las células del sistema inmune como los Linfocitos T “helper” expresan la molécula CD4, y ésta les caracteriza fenotípicamente. La molécula CD4 también se encuentra en alrededor del 40% de los monocitos; en células presentadoras de antígenos y en ciertos Linfocitos de tipo-B (40). El ciclo viral comienza con la adhesión de la glicoproteína de envoltura gp120 a la molécula receptora CD4. Hay propuestos 10 pasos del Ciclo Biológico del VIH, cuyos pormenores se ilustran en la Tabla-2.

Tabla-2. Fases del ciclo biológico del VIH.

FASES	EVENTOS
1 ^{ra}	Unión del VIH a la membrana celular.
2 ^{da}	Internacionalización de la nucleocapside vírica en el citoplasma de la célula.
3 ^{ra}	Desprendimiento de la envoltura vírica.
4 ^{ta}	Transcripción inversa.
5 ^{ta}	Integración del provirus en el genoma celular.
6 ^{ta}	Transcripción del RNA mensajero.
7 ^{ma}	Síntesis de proteínas virales.
8 ^{va}	Modificación de proteínas virales.
9 ^{na}	Ensamblaje de viriones.
10 ^{ma}	Salida de la célula por gemación.

Cuando ya se ha dado la penetración del virus en la célula, el RNA viral es transformado en DNA mediante el proceso de transcripción inversa. Éste proceso implica la acción combinada y secuencial de las enzimas virales que constituyen el complejo Transcriptasa Inversa. El DNA resultante, denominado Provirus, es integrado mediante la acción de una integrasa, en el genoma celular; sin embargo, parte del provirus puede permanecer en el citoplasma celular en forma no integrada. Se postula que la acumulación de provirus no integrado en el citoplasma puede ser la causa del efecto citopático del VIH, Fig. 1(40-97).

FIG.1. Ciclo viral del VIH.

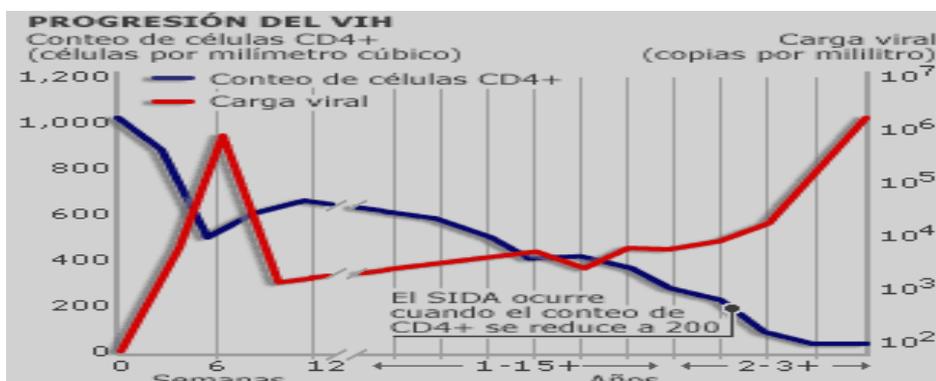


Fuente: ONUSIDA, 2004.

Otros posibles mecanismos citopáticos del VIH son el Ciclo Lítico celular; las alteraciones en la membrana por gemación; los fenómenos de autoinmunidad, entre otros. Por otro lado, el proceso de transcripción se realiza con una elevada tasa de errores, estas fallas dan origen a una amplia variabilidad genética en la progenie de una determinada estirpe viral. La variabilidad viral puede estar en la base de los mecanismos de escape a la respuesta inmune, lo que por otro lado constituye uno de los más importantes obstáculos para la obtención de una vacuna efectiva anti-VIH.

El deterioro del Sistema Inmune, Fig.2, causado por la infección por el VIH, conlleva secundariamente al desarrollo de procesos patológicos de naturaleza tumoral como es el caso del Sarkoma de Kaposi, del Linfoma No Hodgkin, o de diversos síndromes neurológicos, y otros pueden derivar de infecciones oportunistas (40). El rango de periodo para el desarrollo de esas manifestaciones puede ser de semanas a varios años. Típicamente se estima en 8 a 10 años. Sin embargo, hasta la actualidad no está aún claro el número máximo de años que puede comprender ese período.

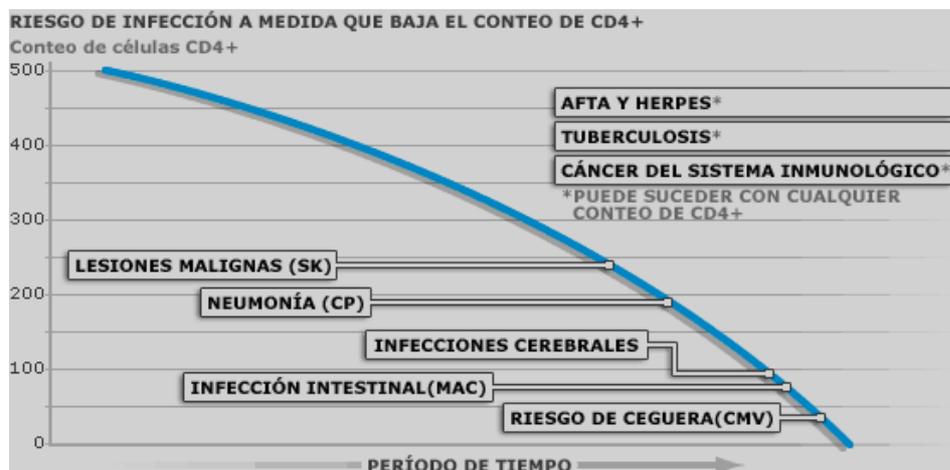
Fig. 2. Relación entre la progresión de la infección por el VIH y la caída de los Linfocitos T.



Fuente: ONUSIDA, 2004.

La ocurrencia de algunas o varias de estas manifestaciones, no están directamente ligadas a la inmunodeficiencia, aunque asociadas a ella, y en presencia de la infección por el VIH define el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La relación entre la caída de los linfocitos T-4 y la progresión de la infección se ilustra en la Figura-3. El VIH, además de causar un deterioro progresivo del Sistema Inmune, está también dotado de unos mecanismos de escape, que son los responsables por la ineficacia de la respuesta inmune.

Fig. 3. Relación entre la caída de los Linfocitos-T y el riesgo de Infecciones Oportunistas.



Fuente: ONUSIDA, 2004

El primero de los mecanismos involucrados en ese proceso constituye la variabilidad genética, que lleva a un alto grado de variabilidad antigénica, producto de los múltiples errores de transcripción inversa del Virus; el segundo mecanismo es la existencia de células de reservorio, dotadas de capacidad para sustentar la replicación viral de forma crónica sin que resulte destruida por el virus ni por la respuesta del Sistema Inmune generada frente al VIH. El tercero mecanismo consiste en la existencia de una infección “latente” que es capaz de reactivarse durante el ciclo biológico celular. Se ha observado que algunos linfocitos presentan copias del genoma del VIH en ausencia de una antigenemia viral, en ausencia de anticuerpos o en ausencia de un deterioro apreciable del Sistema Inmune (97).

3.4. DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

La infección por el VIH puede ser identificada de forma rutinaria a escala de laboratorio mediante la determinación de anticuerpos anti-VIH, y de antígenos virales; mediante el cultivo viral y, por último, mediante la identificación del provirus (DNA viral). El diagnóstico basado en la determinación del DNA viral es utilizado en personas seropositivas pero con cultivo negativo y en aquellas en que, tras la infección, no se ha desarrollado la seroconversión. Éste método, al ser capaz de determinar el RNA viral, permite igualmente diferenciar una infección latente de la activa, como también diferenciar las dos principales estirpes del virus: el VIH-1 y el VIH-2. Los dos virus conocidos como responsables por causar el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida en humanos, (SIDA), el VIH-1 y el VIH-2, se caracterizan por compartir algunos genes, como aquellos que codifican la síntesis de las proteínas de la envoltura y del Core (68- 96). Debido a esta peculiaridad, tienen lugar reacciones cruzadas cuando se realizan métodos serológicos para la detección de anticuerpos contra los antígenos de la envoltura como los del Core.

El cultivo de linfocitos de pacientes junto con una línea de células no infectadas con adición de un mitógeno e Interleukina-2, constituye el fundamento del método basado en el cultivo viral. La identificación de transcriptasa inversa al cabo de unas cuatro semanas es una evidencia de la presencia del Virus. Mientras que la determinación de antígeno viral se emplea en el diagnóstico de la infección en recién nacidos y en adultos que no han desarrollado una respuesta inmunitaria ya sea por tratarse de una infección temprana o de casos de enfermedad avanzada. Éste método se emplea para aquellos casos en que las pruebas basadas en la identificación de anticuerpos anti-VIH resultan negativas pero se observan elementos que sugieren infección por el VIH.

La determinación de anticuerpos anti-VIH, por su elevada fiabilidad, bajo coste y sencillez, es el método más utilizado como prueba de screening (96). La baja especificidad de este método hace que para aquellas muestras repetidamente positivas se requieran pruebas de confirmación mediante métodos más específicos, que por razones de costes y de complejidad técnica resultan inviables para su uso en masas de grandes poblaciones. Entre estos métodos, el más universalmente utilizado es el de Enzima-inmunoanálisis y las pruebas confirmatorias son el método de Western Blot, la Inmunofluorescencia Indirecta y la radioinmunoprecipitación.

La técnica de Enzaimunoenálisis indirecta se basa en la utilización de proteínas víricas parcialmente purificadas que se fijan sobre un soporte sólido y se incuban con el suero problema. El revelado se hace con una antiglobulina humana marcada con una enzima (peroxidasa o fosfatasa alcalina), que a su vez reacciona con un sustrato específico con producción de color en proporción de la cantidad de los anticuerpos de tipo Inmunoglobulina-G (IgG) anti-VIH presentes. Cuando una muestra es positiva mediante éste método, la prueba se vuelve a realizar, y en caso de que sea positiva repetidamente, se procede a un examen confirmatorio, que puede ser positivo o negativo.

El test confirmatorio Western Blot emplea antígenos virales obtenidos por cultivo celular. Mediante la técnica de electroforesis se separan las diferentes proteínas víricas en función de su peso molecular que posteriormente son incubados con el suero problema. La adición de una anti-IgG humana marcada con una enzima (peroxidasa) y la posterior producción de bandas coloreadas al serle agregada un sustrato, constituye el modo de detección de los anticuerpos anti-VIH (68). Éste método permite la identificación de anticuerpos específicos frente a las distintas proteínas del VIH a la vez que permite el seguimiento de su dinámica a lo largo de la evolución de la infección por el VIH. De modo estricto, se considera como test positivo cuando son detectados anticuerpos frente a las tres estructuras importantes del virus. Es negativo cuando ningún anticuerpo es detectado mientras que cuando aparece cualquier otra combinación diferente de las dos anteriores, el resultado del test es indeterminado. La aplicación de este protocolo incrementa la especificidad, y potencia su aplicabilidad para grupos de bajo riesgo o en contextos de baja prevalencia, sin embargo ello reduce su sensibilidad (68-96). Y la mayoría de los recién nacidos, hijos de madres seropositivas para el VIH, debido a la transmisión de anticuerpos maternos que persisten hasta los quince meses tras su nacimiento, tienen también pruebas positivas. Además del criterio madre infectada por el VIH, se requiere también el cultivo del virus, la detección de los antígenos p24 circulantes o la prueba de Reacción en Cadena de polimerasa (PCR) del VIH, para que sea dado como positivo el diagnóstico en niños menores de quince meses.

Los métodos anteriormente descritos requieren para su realización de un equipamiento sofisticado, además de que resultan altamente costosos para su uso rutinario en países de baja renta, del mismo modo que su complejidad impide que se puedan usar en las consultas o en servicios de urgencia. Como modo de salvar este vacío se emplean las pruebas de detección rápida de anticuerpos anti-VIH. Por otro lado, en todos los métodos pueden observarse resultados que no corresponden con el estado real de la persona. Las causas de los resultados falsos en las pruebas presuntivas suelen ser fundamentalmente las que se describen en la Tabla-3.

Tabla-3: Causas de resultados falsos en las pruebas presuntivas de la infección por el VIH.

FALSOS POSITIVOS	FALSOS NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Presencia de anticuerpos contra la clase II de antígenos ● Anticuerpos contra antígenos nucleares mitocondriales, del músculo liso y células parietales; ● Enfermedad hepática alcohólica; ● Cirrosis biliar primaria; ● Serología positiva para sífilis; ● Inactivación del suero por calor; ● Infecciones agudas por Virus DNA; ● Falla renal hepática ● Síndrome Steven-Jhonson; ● Falla renal crónica; ● Anticuerpos anti-VIH adquiridos de manera pasiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedad aguda por VIH preseroconversión ● Terapia inmunosupresora; ● Transfusión de reemplazo; ● Disfunción de células B.

El diagnóstico del SIDA es inminentemente clínico y está basado en la identificación de algunas de las entidades mencionadas por el CDC como definidores de SIDA en presencia de una infección por el VIH. En la infección por el VIH, el número de absoluto de linfocitos CD4 cae de manera progresiva y acentuada y es, en la actualidad, el indicador de pronóstico de mayor utilidad. Otros criterios establecidos en 1992 por el Center for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos de América, para el diagnóstico de la infección por el VIH se basan en patrones epidemiológicos y clínicos. Las Tablas 4 y 5, detallan los criterios relacionados con un mayor riesgo de infección.

Tabla-4: Criterios Epidemiológicos para la identificación de la infección por el VIH.

CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Personas con elevado número de parejas sexuales. ● Personas dedicadas a prácticas del sexo por dinero. ● El abuso del alcohol y de otras drogas como la marihuana, la cocaína, la morfina, etc. ● Parejas sexuales de personas infectadas por el VIH. ● Personas con alguna enfermedad de transmisión sexual. ● Receptores de sangre o de órganos en condiciones no controladas. ● Ser pareja sexual de personas que ha recibido sangre u órgano en condiciones no controladas. ● Trabajadores de la salud que manifiesten exposición percutánea. ● Hijos recién nacidos de madres infectadas o que pertenezca a alguno de los grupos considerados de riesgo. ● Historia de tatuajes, acupuntura o procedimientos quirúrgicos con instrumental no esterilizado.

Tabla: 5. Criterios clínicos para la identificación de la infección por el VIH.

CRITERIOS CLÍNICOS	
•Linfoadenopatía persistente generalizada.	•Citomegalovirus en retina, bazo, hígado, o nódulo linfático.
•Endocarditis bacteriana.	•Encefalopatía en menores de 60 años.
•Neumonía recurrente.	•Neumonía, bronquitis, o esofagitis por herpes.
•Meningitis aséptica en personas sexualmente activas.	•Candidiasis esofágica, de traquea o bronquios.
•Candidiasis vulvo-vaginal de más de un mes de evolución.	•Isosporidiasis de más de un mes de evolución.
•Candidiasis orofaríngea.	•Sarkoma de Kaposi.
•Leucoplasia oral vellosas.	•Linfoma No Hodgkin, linfoma de burkity y sarcoma inmunoblásticas.
•Úlcera hepática de más de un mes de evolución.	•linfoma primario del SNC, infección extrapulmonar por <i>Micobacterium avium</i> o <i>kansassi</i> .
•Más de un episodio de herpes zoster, o uno que comprometa más de un dermatoma.	•Neumonía por <i>Pneomocistis carinii</i> .
•Fiebre mayor de 38°C, o diarrea de más de un mes de evolución; sin otras causas que la explique.	•Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
•Pérdida de peso mayor del 10% en tres meses.	•Diarrea por criptosporidium.
•Púrpura trombocitopénico idiopático.	•Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> .
•Displasia cervical severa o carcinoma <i>in situ</i> de cérvix.	•Toxoplasmosis cerebral.
•Tuberculosis pulmonar.	•Síndrome Caquetizante.
•Norcardiosis.	•Angiomatosis bacilar.
•Neuropatía periférica.	•Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
•Enfermedad pélvica inflamatoria.	
•Criptocosis extrapulmonar.	

Sin embargo, la reducción de los linfocitos CD4 no es una consecuencia específica de la infección por el VIH, la malnutrición, los tratamientos con altas dosis de corticoides, los inmunosupresores o citotóxicos y otras infecciones también se asocian a la alteración de la población de éstas células, debido a ello, es imprescindible una prueba de laboratorio que confirme la infección por el VIH para que se pueda dar el diagnóstico del SIDA.

Y en función de las limitaciones atribuibles al sistema de clasificación de caso SIDA vigente hasta la fecha, que están destinados especialmente a su aplicación en la vigilancia epidemiológica, en 1986 fue establecido un nuevo sistema específico para aquellos contextos de escasos recursos donde no se dispone de pruebas de laboratorio para la identificación del VIH. En un taller realizado en Bangui, República Centroafricana, la Organización Mundial de la Salud desarrolló una definición clínica para

África (23) región donde con frecuencia no se dispone de pruebas para el diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH (Tabla-6).

Tabla-6. Criterios clínicos para la definición del SIDA en ausencia de pruebas de laboratorio específico para África. (OMS/CDC- Bangui, 1986).

ADULTOS	SIGNOS MAYORES	NIÑOS
x	● Pérdida de un 10% del peso corporal	X
	● Crecimiento anormal	X
x	● Diarrea, 1 un mes;	X
x	● Fiebre intermitente o constante, un mes	X
	SIGNOS MENORES	
X	● Tos por un mes.	
X	● Dermatitis pruriginosa generalizada.	X
X	● Linfadenopatía generalizada.	X
X	● Herpes zoster recurrente en los últimos 5 años.	
X	● Candidiasis orofaríngea.	X
X	● Herpes Simplex diseminado.	
	● Infecciones repetidas. Otitis, faringitis.	
	● Infección materna LAV/HTLV-III (VIH).	X

Mediante este criterio, un caso de SIDA se define cuando el paciente presenta al menos dos signos mayores y uno menor en ausencia de otra causa de inmunodepresión en adultos, mientras que en niños, basta con la presencia de un signo mayor y uno menor. Esa clasificación omite la necesidad de medios de diagnóstico adecuados para la identificación de casos de SIDA (44).

Otra definición basada en criterios clínicos fue desarrollada en 1989 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y es conocida como La Definición de Caracas (102); aplicable para aquellos países en vías de desarrollo donde la definición del Centro para el Control de Enfermedades, CDC, de los Estados Unidos, no resulta viable, mientras que los Criterios de Bangui desaprovecharían los recursos para el diagnóstico serológico, a veces disponibles.

La definición de Caracas (Tabla-7), requiere una serología positiva al VIH y también tiene en cuenta la radiología y el laboratorio clínico para el estudio de los pacientes; y requiere un mínimo de diez puntos, en ausencia de otras causas de inmunodepresión.

Tabla: 7. Definición de Caracas para el Caso de SIDA en América Latina. OPS, 1989.

SÍNTOMA Y DIAGNOSTICO	PUNTOS
Sarkoma de Kaposi.	10
Tuberculosis diseminada/ extrapulmonar y pulmonar no cavitária.	10
Candidiasis oral/leucoplasia oral vellosa.	5
Tuberculosis pulmonar cavitária.	5
Herpes Zoster en menores de 60 años.	5
Disfunción del Sistema Nervioso Central.	5
Diarrea intermitente o constante en un mes o más.	2
Fiebre intermitente o constante en un mes o más.	2
Pérdida del 10% del peso corporal.	2
Astenia por un mes.	2
Dermatitis persistente.	2
Anemia, linfopenia, trombocitopenia.	2
Tos persistente o neumonía no tuberculosa.	2
Linfadenopatía en un mes o más en 2 o más cadenas extraganglionares.	2

De acuerdo con Díaz Torres, HM. y colaboradores (25) el conocimiento y la definición de casos en base a los criterios de Bangui y de Caracas, permite al médico enfrentar el diagnóstico positivo del SIDA y el diagnóstico diferencial en condiciones de carencia de recursos, de falta de facilidades de laboratorio para definir las Infecciones Oportunistas o las Neoplasias que pueden estar afectando al paciente y brinda la posibilidad de orientar el diagnóstico del SIDA aún cuando no se disponga de pruebas serológicas de detección de anticuerpos contra el VIH. Por otro lado, el valor predicativo de estas definiciones depende de los niveles de prevalencia de la infección por el VIH en la población general donde se emplee.

En 1990 la Organización Mundial de la Salud, propuso otra clasificación basada en datos clínicos y de laboratorio que agrupa a las personas con infección por VIH en cuatro estadios diferentes según categorías de pronóstico clínico y escala de desempeño. Los estadios se subdividen por su turno en tres categorías de pronóstico clínico, de los cuales el primero corresponde a los casos asintomáticos o con Linfadenopatía Persistente Generalizada; el segundo, corresponde a una Enfermedad Leve; el tercero a Enfermedad Moderada; y el cuarto a la Enfermedad Severa, equivalente a SIDA. Mediante esta clasificación se ha mostrado que el tiempo promedio de progresión a estadio 4 desde los estadios 1, 2 y 3, fue de 6.4; 5.3 y de 3.8 años respectivamente; y no se observó una variación en los resultados cuando se reemplazó el nivel de células CD4⁺ por el nivel de linfocitos en los análisis, por ello se considera que esta clasificación proporciona una adecuada información para el pronóstico (45).

Sin embargo en 1993, (17) a partir de la calificación anterior, la CDC propuso una nueva que considera como casos de SIDA a todos los pacientes con niveles de CD4+ inferiores a 200/mm³, aunque no se observen manifestaciones clínicas indicadoras de SIDA; del mismo modo que pasó a considerar la Neumonía Recurrente, la Tuberculosis Pulmonar y el Cáncer Invasivo de Cérvix como condiciones indicadoras de SIDA; mientras que la Candidiasis Orofaringea, la Angiomatosis Bacilar, la Candidiasis Vulvovaginal Persistente, la Displasia Cervical Moderada a Severa, Carcinoma Cervical in situ, Fiebre de 38.5°C o más, la Diarreas por más de un mes, Leucoplasia Velloso, la Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Listeriosis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica y Neutropenia Periférica, como indicadoras de defecto de la Inmunidad Celular. La dificultad de este método radica en que las manifestaciones clínicas aparecen cuando ya hay establecido un compromiso serio sobre el Sistema Inmunológico, lo cual ocurre en la fase tardía de la evolución de la infección por el VIH (56) y debido a ello, se usa fundamentalmente para documentar el estadio de la infección. Posteriormente, la introducción de la técnica basada en la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), ha posibilitado el recuento del número de copias de DNA viral (carga viral) presente en el suero o plasma.

3.5. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

El VIH ha sido aislado en Sangre Periférica, en los Nódulos Linfáticos, en la Médula Ósea, en el Líquido Cefalorraquídeo, en el Semen, en las Secreciones Vaginales, en las Secreciones Bronquiales y en las lágrimas (87), sin embargo, la transmisión efectiva parece estar limitada a la sangre y a productos plasmáticos contaminados, al semen, a las secreciones vaginales y cervicales, y a través de la leche materna durante la lactancia (13-87-9).

La capacidad infectante del VIH aumenta con el mayor número de partículas virales presentes en la sangre. El periodo inicial del proceso infeccioso y la etapa terminal, que coincide con el establecimiento del SIDA, están relacionados con una mayor capacidad infectiva.

Son consideradas formas eficientes de contagio tanto la sangre total de una persona infectada como los productos derivados de su fraccionamiento. La transmisión por esta vía, produce la enfermedad entre el 90 al 100 por cien de los casos (13). Esta forma de transmisión cobra cada vez menos importancia en la diseminación de la infección por el VIH, ya que los métodos de cribado ampliamente extendidos en los servicios de Bancos de Sangre han reducido los riesgos.

Puede que el uso de material de inyección o quirúrgico contaminado y no esterilizado haya constituido una causa de infección en ambiente hospitalar, no obstante, el hábito de intercambio de material inyectante contaminado y no esterilizado, es una forma de importancia en la diseminación de la infección entre la población usuaria de drogas por la vía endovenosa. Y aquellas maniobras que conllevan a una rotura de la piel o mucosa en presencia de sangre contaminada, encierran también un riesgo de infección. Ésta situación puede darse fácilmente cuando se comparten objetos como maquinas de afeitar, tijeras, cepillos de diente, etc. La transmisión sexual es considerada como la responsable por la mayoría de las infecciones en todo el mundo. La efectividad de esta vía depende del estado clínico de la persona infectada, de la frecuencia de las relaciones sexuales, de la presencia de úlceras mucosas o en piel debidas a lesiones o a la presencia de enfermedades de transmisión sexuales ulcerosas como la Sífilis, el Chancro Blando, la Herpes y a las prácticas sexuales durante el periodo menstrual.

Al coito anal receptivo, asociado a una elevada probabilidad de traumatismos en la mucosa, se le asocia también una mayor efectividad en la transmisión; mientras que el coito vaginal resulta más efectivo para la transmisión de hombre a mujer. Entre las mujeres el riesgo de resultar infectada es mayor en las jóvenes adolescentes y luego en las mayores de 45 años, éste fenómeno está asociado a la falta de madurez de la mucosa cervical en el primer caso y a la escasa producción de moco y la resequedad de la mucosa vaginal, en el segundo.

En la diseminación de la epidemia, la persona infectada y que permanece asintomática constituye el elemento de mayor importancia, dado que su aspecto aparentemente saludable le permite mantener actividad sexual y presentarse como donante voluntario de sangre y de órganos.

La transmisión vertical o peri natal tiene lugar durante el embarazo, en el momento del parto o durante el periodo de lactancia a través de la leche materna. Al momento de parto se le asocia el mayor riesgo de transmisión por la vía vertical. No hay documentado algún riesgo de infección por el VIH a través del contacto humano a nivel de la piel, o mediante el contacto con objetos usados por una persona infectada, ni por compartir espacios como los aseos, las oficinas, etc. La literatura tampoco reporta (27) infección por VIH a través de la picadura de los mosquitos; o por baños en piscinas publicas, ni mediante el agua o los alimentos.

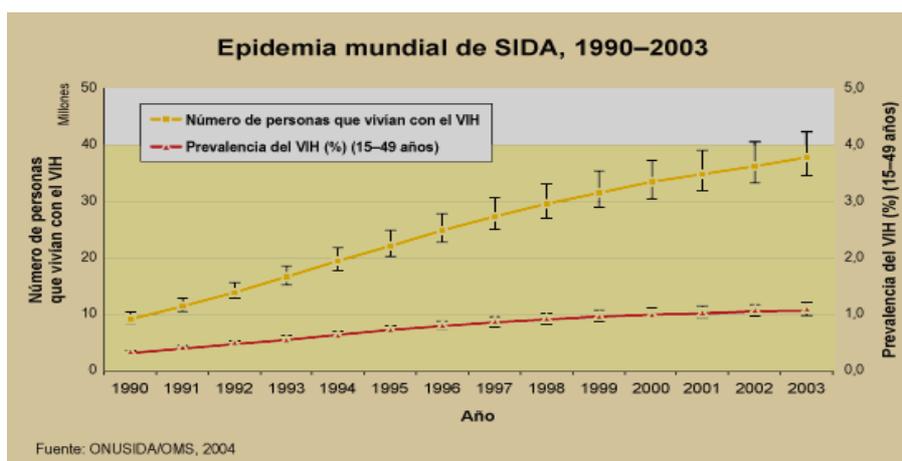
4.0. SITUACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA

4.1. DISTRIBUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA EN EL MUNDO

Las implicaciones derivadas de la infección por el VIH abarcan tres variantes fundamentales: 1- Los aspectos relacionados meramente con la salud física y psíquica de la persona infectada; 2- los aspectos relacionados con las implicaciones sociales derivados del hecho de estar infectado por el VIH; y, por último, aquellos aspectos relacionados con el impacto en la economía de las personas infectadas o afectadas por el VIH. Pero también la muerte de la persona infectada y la gama de implicaciones económicas y sociales que de ello derivan.

Cerca de 39.4 millones de personas viven, a finales del 2004, con el VIH en todo el mundo. Ésta cifra representa un incremento de casi 3 millones de nuevos casos, con respecto a lo descrito para el año anterior (78) y es estimado para la misma época, en 3 millones, el número de vidas perdidas a causa del SIDA, que cumulativamente, desde la identificación de los primeros casos, suman más de 20 millones. Por otro lado, tal como se ilustra en la figura 4, el crecimiento de la epidemia global del VIH ha sido sostenido desde el comienzo de la década de los años 80 cuando comenzaron a ser identificados los primeros casos de la Enfermedad.

Fig. 4. Crecimiento de la Epidemia mundial de la infección por el VIH.

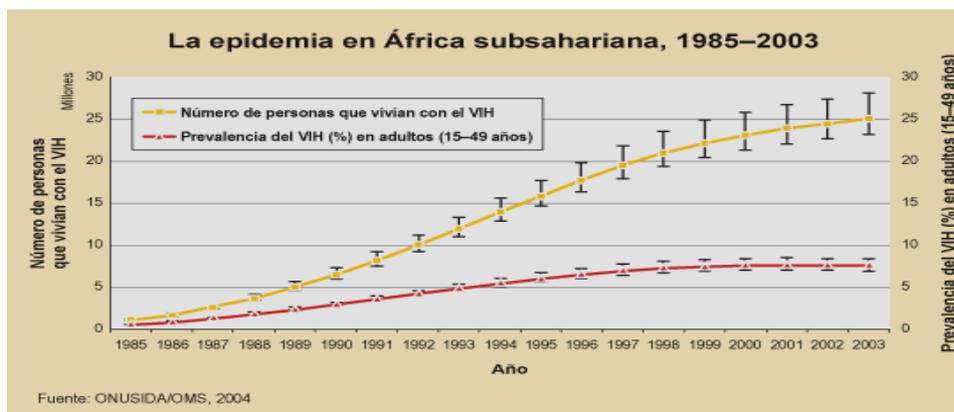


Fuente: ONUSIDA/OMS, 2004

África Subsahariana (Fig.5), con una población esencialmente joven y donde la pobreza se encuentra tan ampliamente distribuida, y donde también se concentra cerca del 95% del total de la población

que vive con el VIH y el SIDA en el mundo, es la región más dramáticamente afectada, el Caribe, es después de África, la región con las mayores proporciones de infección por el VIH y el SIDA, mientras que Asia, donde en los últimos años se ha observado un crecimiento más acentuado de la epidemia y con más de 7.8 millones de personas viviendo con el VIH y el SIDA es, después de África, la región con las mayores cifras globales.

Fig. 5. Crecimiento de la Epidemia de la infección por el VIH en África Subsahariana.

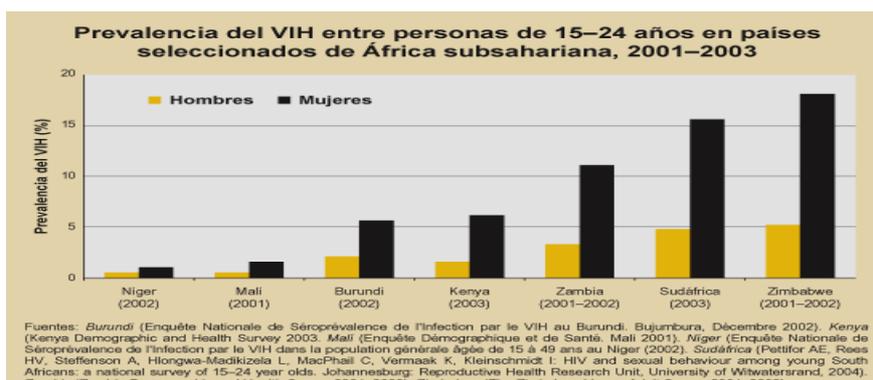


Fuente: ONUSIDA/OMS, 2004.

Uno de los elementos que caracteriza la epidemia del VIH y el SIDA, es su dinamismo, que le permite crecer y cambiar de naturaleza; a la vez que adquiere características peculiares y específicas para cada grupo y región. Así, en las fases iniciales, la epidemia suele basarse en patrones de diseminación específicos que se restringen a grupos poblacionales concretos que pueden ser formados por los usuarios de drogas por la vía endovenosa; o por personas que practican sexo por dinero, o aquellos hombres que tienen sexo con otros hombres, por grupos de poblaciones móviles, reclusos, etc., sin embargo, a medida que ésta crece entre la población general, la transmisión sexual heterosexual se convierte en la vía de diseminación más efectiva. Ésta vía constituye también, el patrón de diseminación dominante desde el inicio de la epidemia, en algunas regiones geográficas, como es el caso de África Subsahariana. La transmisión sexual heterosexual se caracteriza fundamentalmente por la paridad en la cantidad de hombres y de mujeres infectados; fenómeno que con el tiempo, y unido a otros factores como son las inequidades sociales que desfavorecen a la mujer, la anatomofisiología de la mujer, etc., convierten a la mujer, y sobretodo, la mujer joven, en la principal víctima de la epidemia. En 1997, las mujeres representaban el 41% del total de las infecciones por el VIH en el mundo, tres años más tarde la cifra alcanzaba los 50% (78) por otro lado, aunque la feminización de la epidemia es un fenómeno en franco crecimiento en todas las partes, sin embargo, es en África subsahariana donde ésta ha alcanzado magnitudes descomunales. ONUSIDA

en 2004, estima que éstas constituyen el 57% del total de las personas infectadas por el VIH en la región. Y en determinados grupos de edades, las proporciones hombres/mujeres son aún más dispares; por ejemplo, entre la población joven, el 75% del total de las personas infectadas son mujeres. La Fig. 6 se ilustra la distribución de la infección en función del sexo entre la población joven en países seleccionados del África subsahariana.

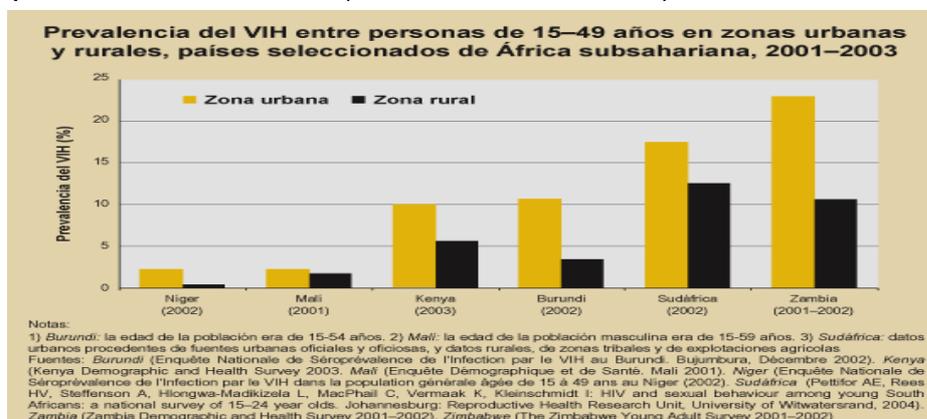
Fig. 6. Distribución de la Epidemia del SIDA en función del Sexo. África Subsahariana. 2001-03.



Fuente: ONUSIDA/OMS, 2004.

Dentro de los países puede haber variaciones en la prevalencia por región. Se reconoce desde hace tiempo que, en la mayoría de los países, los niveles de infección por el VIH son mayores en las zonas urbanas que en las rurales, una revisión de estudios nacionales de base comunitaria en países seleccionados del África subsahariana indica que la prevalencia del VIH en las zonas urbanas es unas dos veces mayor que en las zonas rurales (Fig.7), pero también muestra que la magnitud de la epidemia es importante en las zonas rurales.

Fig.7. Prevalencia de la infección por el VIH en zonas urbanas y rurales



Fuente: ONUSIDA/OMS, 2004.

Históricamente, las movilidades han jugado un papel importante en la diseminación de las epidemias, sobretudo, aquellas causadas por enfermedades infecciosas. En toda África meridional se está

generalizando el fenómeno de que los varones migren a centros urbanos en busca de trabajo y dejen a sus esposas e hijos en zonas rurales. Las migraciones de hombres del campo hacia las ciudades le llevan a interactuar con vínculos sexuales que pueden exponerlos a mayores riesgos de infección. Cuando los hombres están vinculados laboralmente a regímenes que involucran migraciones temporales, cada vez que regresan a sus comunidades de origen, las parejas sexuales se encuentran en graves riesgos de infección, y la situación se complica por el hecho de que las parejas sexuales duraderas tendrán serias dificultades para exigir el uso del preservativo cuando sus parejas han estado ausentes por largo tiempo y para un trabajo arduo con la finalidad de sostener a la familia.

En un estudio sobre la relación entre movilidad, comportamiento sexual e infección por el VIH en una población urbana, se entrevistó a una muestra representativa de 1913 hombres y mujeres de Yaoundé, Camerún; el estudio examinó la movilidad durante un periodo de un año, y constató una prevalencia de infección por el VIH del 7,6% en hombres que habían estado “fuera” durante periodos superiores a 31 días. La prevalencia entre los que se habían ido menos de 31 días al año era del 3,4%, mientras que la prevalencia entre los que no se habían marchado de casa durante los 12 meses previos al estudio era del 1,4% (78). La asociación entre movilidad de los hombres y VIH se relacionaba aparentemente con comportamientos sexuales de riesgo y seguía siendo significativa después de controlar otras variables importantes.

La gran pobreza prevalente en la región, los conflictos armados, el débil acceso a la educación, a la información y a los servicios de la salud, algunos aspectos socioculturales que favorecen las desigualdades de género se cuentan entre las causas que colocan a la mujer en condiciones de extrema vulnerabilidad para la infección por el VIH. Hombres y mujeres en desventajas económicas tienen menos posibilidades de acceder a la formación sobre el VIH y el SIDA que aquellos con mayores posibilidades económicas, y en consecuencia son también más vulnerables a la infección por el VIH/SIDA.

Los estudios demuestran que los conocimientos sobre el VIH son más elevados en individuos de clases con mayor poder económico que entre la población de baja renta; en las ciudades que en el campo, pero por otro lado, en todas las clases sociales y en todos los países, hay un desfase en el nivel de los conocimientos sobre el VIH basado en el género, y en esto, el hombre sale más favorecido.

Y en la epidemia del VIH y el SIDA, el género, entendido como las aceptaciones sociales de las normas, las costumbres y prácticas que definen los atributos y los comportamientos de la masculinidad y de la feminidad, ejerce un importante papel en la determinación de la vulnerabilidad individual para la infección por el VIH, en la habilidad individual para acceder a los cuidados o atención y, una vez que la persona se ha infectado, en las habilidades para afrontar su nuevo estado (52).

En algunas cuestiones los papeles de género dictan, por ejemplo, que la mujer debería tender hacia la ignorancia, a ser más pasiva en cuestiones relacionadas con la sexualidad, y ello condiciona su habilidad para negociar el sexo seguro, o para acceder a los diferentes servicios (52). Estos mismos papeles, enfocan a la mujer como la responsable a nivel del hogar por la reproducción y por las actividades productivas, mientras que al hombre se le reserva la tarea de brindar el sostén económico mediante actividades que se llevan a cabo fuera del hogar. Y este hecho hace que la mujer tenga muy reducidas posibilidades de acceso a la educación, a los medios productivos como la tierra, los créditos, ingresos monetarios, y el empleo, los cuales reducirían las desventajas que ella afronta cuando tiene que negociar con su pareja aquellos aspectos que la protejan y ello, en última instancia, merma su habilidad de afrontar la epidemia del SIDA. Es el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 15 a los 20 años el que presenta la mayor vulnerabilidad para la infección por el VIH, mientras que las mayores tasas de infección en los hombres se registran, en media, cinco años más tarde, entre los 20 y los 24 años. Otras de las razones para la mayor vulnerabilidad de la mujer en edades tempranas pueden atribuirse a elementos de naturaleza biológica y a aspectos socioculturales. La mezcla de edades que se dan en parejas sexuales formadas entre mujeres jóvenes con hombre de mucha mayor edad cuya vida sexual es larga, es uno de los elementos más crítico en la diseminación del VIH. Esa es alguna de las razones por las que a esa edad los jóvenes varones presentan tasas de infecciones mucho menores que los descritos para las mujeres a la misma edad.

Por otro lado, para el hombre, las normas de género como aquellas que definen la necesidad de probar su virilidad mediante un número elevado de parejas sexuales, constituyen fuentes de presión para la adopción de conductas de riesgo. Dichas normas exponen a los jóvenes u hombres adultos a riesgos de infección y representan obstáculos para la adopción de prácticas que los protejan de la infección por el VIH/SIDA.

Por lo que las desigualdades de géneros colocan a ambos en situación de elevada vulnerabilidad. Muchas normas de géneros alientan a los hombres a asumir riesgos sexuales como modo de autoafirmación, mientras que hacen que corresponda a la mujer la responsabilidad última en materias

de la anticoncepción y de la protección frente a las Enfermedades de Transmisión Sexual; lo cuál también incluye las cuestiones relativas al uso del preservativo, pese a tratarse de un medio profiláctico controlado por el hombre. Con ello, implícitamente, se pide a la mujer que abandone el estereotipo de pasividad que arraigadamente se le atribuye, y guíe el contacto sexual de manera que sean evitados los riesgos de transmisión de enfermedades, con lo cual hay una clara contradicción inherente en pedir a la mujer que asegure la utilización del preservativo o que rechace las relaciones sexuales que involucran penetración cuando su papel culturalmente legitimado es el de la pasividad (100), por lo que, tanto la mujer como el hombre, afrontan múltiples situaciones en las que se exponen a importantes riesgos de infectarse por el VIH y las ETS.

Por otro lado, la mayoría de los factores que ponen a las personas en condición de elevada vulnerabilidad a la infección por el VIH son susceptibles de ser modificados, y por consiguiente, cualquier elemento que reduzca la diseminación del VIH en la mujer, también repercute en la reducción de la infección en el hombre o viceversa (91).

Comparado con otras enfermedades infecciosas de elevada mortalidad, constituye uno de los rasgos más distintivos que caracteriza la infección por el VIH y el SIDA en las regiones donde se observa una epidemia generalizada como son los países del África meridional, entre ellos Mozambique, es que, a raíz de que los jóvenes adultos constituyan la población más afectada, que engendra una gran cantidad de niños huérfanos, lo que por un lado se traduce en una enorme carga para la sociedad y por el otro, representa una importante crisis humanitaria ya que la mayor parte de esos niños se encuentran desprotegidos y expuestos a carencias afectivas y materiales que comprometen la propia supervivencia, a la vez que están marginados del sistema de enseñanza, y sujetos a abusos perpetrados por personas mayores que, muchas de las veces, serían las responsables por su protección.

Y desde el punto de vista económico y psicológico, éstos niños presentan necesidades diferentes de las que se observan en aquellos que tienen a sus padres. Algunos pierden su infancia con la muerte de los padres, viéndose muchas veces forzados a sobrevivir por sus propios medios, y los niños de mayor edad asumen la responsabilidad de sus hermanos menores, y psicológicamente muchos cargan los traumas asociados a la enfermedad, la degradación física y psicológica y en último, la muerte de los padres. Éste cuadro afecta también de manera más dramática a los miembros del sexo femeninos del grupo, que al no encontrar otras alternativas viables, son más susceptibles de adoptar prácticas

que las exponen a numerosas infecciones incluyendo la causada por el VIH. Todos esos son desafíos a los que la sociedad de la era del SIDA debe hacer frente.

En la educación, los profesores constituyen uno de los grupos más vulnerables a la infección por el VIH y el SIDA, este hecho concuerda con los hallazgos que plantean la existencia de una correlación directa entre el nivel de educación (24) y el status socioeconómico con el riesgo de infectarse por el VIH y el SIDA. Y el impacto del VIH y el SIDA sobre la educación se manifiesta también a través de diferentes mecanismos: ésta afecta la oferta y la calidad de la educación a causa de la reducción en la disponibilidad de recursos y de la reducción del número de niños interesados en recibir educación; reduce el número de los niños en condiciones de permanecer en la escuela hasta terminarla; fuerza el reajuste del sistema para adecuar la educación a un rápido crecimiento del número de huérfanos; impone la modificación del currículo; la altera los papeles que los profesores y el sistemas de educación deben desempeñar; y altera el sistema de financiación, a raíz de un incremento de las necesidades (58).

En Mozambique, al igual que acontece en los países de la región, es cada vez más claro el impacto del VIH/SIDA en la educación. De acuerdo con la información disponible (94), el índice de infección entre los profesores de en Malawi supera el 30%, y una situación similar es descrita para Zambia (38). La muerte prematura de los profesores obliga su precoz reposición, generalmente a un ritmo superior al que el sistema puede responder. Otro de los caros impactos que tiene el VIH/SIDA en la sociedad es la reducción en el crecimiento de la población comparado con lo que sería en un escenario sin el VIH y el SIDA. Las pérdidas se deben fundamentalmente, además del incremento en la mortalidad de los adultos y de los niños por causas directamente asociables al VIH y al SIDA, a la reducción de la fertilidad, y reducción de la natalidad a causa de la muerte de potenciales madres antes de que pudieran concebir, y el impacto del uso del preservativo. La decisión personal de no concebir a causa de la incertidumbre generada por la enfermedad y en personas afectadas, por la incertidumbre de dejar niños huérfanos desprotegidos y eventualmente también infectados, son otros de los elementos que tienen un apreciable impacto en el crecimiento de la población. Todo lo anteriormente planteado deja ver que, en ausencia de un tratamiento curativo y/o de una vacuna preventiva efectiva, la prevención de la infección seguirá siendo la clave para la reducción del impacto del VIH y el SIDA en los individuos y en la sociedad; y la educación, el uso del preservativo, la reducción del número de parejas sexuales y la abstinencia, constituyen los principales medios disponibles para llevarla a cabo.

La opinión científica considera que el preservativo reduce los riesgos de contraer una Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el VIH; su efectividad para la reducción del riesgo de infección por el VIH cuando es utilizado correctamente es ubicada a nivel del 80% (101). La experiencia tailandesa “Condom 100%” se reveló en una reducción significativa de la incidencia de las ETS y de la infección por el VIH en las trabajadoras del sexo (47). Algunos estudios (41) han estimado que la cifra de preservativo requerida durante un año para cubrir las necesidades de prevención de la infección por el VIH en la población joven en todo el mundo es equivalente a 24 mil millones de preservativos, sin embargo la cifras correspondiente a lo que en actualidad se puede disponer para este fin ronda entre los 6 y los 9 mil millones.

Una de las ventajas de las estrategias de prevención de la infección por el VIH basadas en la promoción del uso del preservativo radica en que la práctica vinculada a su uso no implica cambios profundos en el comportamiento individual y/o colectivo. Las personas pueden, a grandes rasgos, mantener inalterado su comportamiento sexual, el cambio más dramático que impone ésta práctica radica en que éste se siga haciendo y de manera consistente. Es un cambio pequeño en magnitud y en complejidad cuando es comparado con otras estrategias, como por ejemplo, aquellas basadas en la promoción de la reducción del número de parejas sexuales y, sobretodo, en la promoción de la abstinencia.

Sin embargo, para la ejecución de las acciones se necesita que el proceso se de sin trabas, que fluya. Se necesita que dicha acción se halle asociada al comportamiento normal del individuo, que se vuelva un hábito. Pero el establecimiento de un hábito se realiza con lentitud, requiere que se sea capaz de influir sobre el propio comportamiento, sobre uno mismo, y ese es un aspecto crucial en la prevención de la infección por el VIH/SIDA y en la adopción de otras prácticas que sean convenientes para la salud: la capacidad de influir sobre el propio comportamiento.

El marketing social del preservativo que consiste en la promoción del uso del preservativo e incluye entre sus componentes básicos, la difusión de mensajes que alientan su uso, subsidian el preservativo de modo a tornarlo accesible y asequible y establece redes de distribución, es una estrategia que ha sido aplicada con éxito en Mozambique, y ello ha permitido la reducción del desfase entre la disponibilidad y la necesidad del preservativo, no obstante, aun en presencia de programas de ésta naturaleza, la promoción del uso del preservativo como medio para el combate de la infección por el VIH y el SIDA no siempre resulta fácil. En un contexto como el que se observa en las zonas urbanas

de Mozambique, donde, producto de la labor desarrollada en los últimos años y del impacto de la enfermedad sobre la sociedad, la mayoría de las personas jóvenes posee información sobre el VIH y el SIDA, conoce el preservativo, su finalidad, sabe donde obtenerlo, éste es accesible y existe una concienciación general, donde el mayor factor de riesgo para la infección por el VIH es el simple hecho de vivir allí (34), y cualquier actividad sexual no acompañada por el uso del preservativo implica un elevado riesgo, y cualquier persona sexualmente activa se halla en permanente riesgo de infección, por lo que la percepción individual de la vulnerabilidad de infección por el VIH tiene una importancia limitada, la capacidad individual de influir sobre uno mismo es uno de los elementos que determina el que se pueda adoptar un comportamiento preventivo y conveniente para la propia salud.

Una prevención basada en el uso del preservativo tiene también, más allá de las dificultades asociadas al modo de tornarlo accesible a un gran número de potenciales consumidores, la principal desventaja de que es el hombre quien controla su uso. La mujer, añadida a las demás limitantes que la impiden ejercer un control pleno sobre su sexualidad, también, para las cuestiones relacionadas con el uso del preservativo, depende de la cooperación del hombre. Pero, el principal obstáculo al uso del preservativo radica más en las personas que disponiendo de información sobre el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual; conociendo los beneficios que derivan de su uso, sin embargo pesan para ellas en mayor medida las dificultades y el desconforte asociadas a la realización de éstas prácticas, que los beneficios derivados de su cumplimiento. Lograr el uso del preservativo no es del todo difícil entre la población joven no casada, mientras que entre las personas involucradas en relaciones estables puede ser más complicado lograr la fidelidad a sus parejas por lo que se debería reforzar la necesidad de la opción referente a la adherencia al uso del preservativo. Por lo que, el uso del preservativo se halla influenciado por numerosos factores, algunos de difícil control para el potencial utilizador, que pueden facilitar o dificultar su uso, pero en última instancia, la elección individual de mantener relaciones sexuales utilizando o no el preservativo tiene significados, consecuencias e implicaciones que repercuten más allá de lo individual, llegando a escalas de las redes sociales en las que se participa.

Pero, como se ha planteado anteriormente, para la observancia regular y sistemática de esas prácticas una vez adoptadas, requiere que se vuelvan un hábito, lo que en ese caso exige también el abandono del hábito anterior ligado a la no observancia de dichas prácticas. La ventaja del hábito es que una vez establecido, la acción se realiza sin trabas, sin gasto de energía, se realiza automáticamente, y en ello radica también su complejidad: la dificultad en abandonarlo o implantarlo, procesos que se dan con gasto de energía, y consumo de tiempo, lo cual es incompatible con la adopción de algunas

prácticas como el uso o no del preservativo, fumar o no fumar, uso o no del cinturón de seguridad en el coche, cuestiones que no se dan de manera lenta y gradual, sino mediante un corte drástico en el comportamiento, una vez percibida su necesidad. Y aunque persistan los obstáculos que rodean el uso del preservativo, las evidencias de su efectividad respaldan la conveniencia de que se mantenga y de que se potencien los esfuerzos tendientes a lograr su uso como medio para el combate de la infección por el VIH.

La educación, gracias a su potencial para actuar en dominios fundamentales como proveedora de información y de conocimientos, es el Talón de Aquiles de la sociedad en el combate de la epidemia. La educación constituye la base de los medios para la autoprotección contra la infección; y la base para la construcción del sistema de valores incluyendo las habilidades requeridas para la protección individual y colectiva contra la infección y la conformación de unos modelos de comportamientos adecuados para la salud; y cuando la infección se ha dado, la educación refuerza las habilidades individuales y colectivas para lidiar con la nueva condición; como la enfermedad, el silencio, en el combate del estigma y la discriminación; y cuando ha ocurrido la muerte de la personas infectada, la educación ayuda a lidiar con el dolor causado por la pérdida, y en la reorganización de la vida. La educación también es la herramienta básica para la reducción de la pobreza, mediante la potenciación de las personas expuestas a ella, y de la reducción de las desigualdades de género, y todos estos aspectos reducen la transmisión del VIH/SIDA.

4.2. SITUACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA EN MOZAMBIQUE

Mozambique se encuentra ubicada en la región meridional del continente africano. Limita al norte con la República Unida de Tanzania, al oeste con Malawi, Zambia, Zimbabwe y Sudáfrica, con la que también limita al sur junto al Reino de Swazilandia. Al este es bañado por el Océano Índico, a nivel del Canal de Mozambique.

La población es estimada en 18.5 millones de habitantes en el censo de 2003 (53) y ésta se concentra fundamentalmente a lo largo de la costa donde también se encuentran los principales asentamientos urbanos. Maputo, ubicada en la región sur del país, es la capital y también la ciudad de mayor importancia; otras ciudades son Beira y Quelimane, en la región Central; y Nampula en la región Norte. El 39% de la población es urbana, aunque esta cifra está sujeta a bruscos cambios una vez que la migración de la población joven y rural hacia las ciudades cobra cada vez mayor importancia. Otra característica de la población de Mozambique es su extrema juventud, donde el 45% del total tiene menos de 15 años.

Mozambique sufre los efectos residuales de un periodo marcado por el dominio colonial portugués que se prolongó hasta 1975 y, que fue seguido por 16 años de guerra de desestabilización que afectó la totalidad de su territorio.

Entre las principales secuelas de esa situación se cuenta una economía frágil, dependiente de la agricultura y de los recursos naturales; elevados índices de analfabetismo, estimados en el 56.7% de la población adulta para el año 2000 (71) una escasa cobertura de la red de los servicios de salud y de suministro de agua potable y de saneamiento. La guerra causó también la muerte de más de un millón de habitantes, y el desplazamiento interno de más de 6 millones. El Alto Comisariato de las Naciones Unidas para los Refugiados (10) estimó en 1.8 millones, la población refugiada que retornó a Mozambique procedente de los países vecinos, tras la firma de los acuerdos de paz en 1992.

Mozambique, situado junto al Océano Indico, se enfrenta periódicamente expuesto al severo efecto de los extremos cambios en los factores climáticos y meteorológicos que se manifiestan mediante inundaciones, vientos fuertes y sequías, y resulta en la destrucción de las infraestructuras y la

restricción del acceso a agua potable y la vez que acentúa la escasez de los alimentos y se agravan los problemas nutricionales.

Por otra parte, la elevada prevalencia de enfermedades de origen infecciosas como aquellas transmitidas por agua; las respiratorias y, la Malaria, constituyen importantes problemas de salud pública. La Malaria y otras infecciones parasitarias y la malnutrición, afectan sobretodo a la mujer embarazada y a la población infantil, y se relacionan con la anemia grave en las mujeres embarazadas y en el bajo peso al nacer entre los niños, lo que contribuye a enfermedades y muertes en la primera infancia y de la población general.

De acuerdo con los datos del Ministerio de la Salud de Mozambique y de la UNICEF, la Malaria, que afecta anualmente al 90% de los niños menores de 5 años, es responsable por los elevados índices de mortandad infantil que se registran en Mozambique, donde causa el 35% de todas las muertes en niños menores de 5 años, y el 30% de todas las muertes que ocurren en los servicios asistenciales en la población general, a la vez que es responsable por el 60% de las hospitalizaciones pediátricas; y es la principal causa de la anemia en las mujeres embarazadas y responsable por el 60% de la mortandad materna. Así mismo, de acuerdo con datos de la FAO, (73) la anemia constituye un importante problema de salud pública en Mozambique. Cerca del 50% de los niños y de las mujeres la padecen, y también son elevados los valores observados en los hombres. La producción nacional de alimentos alcanza a cubrir sólo cerca del 40% del consumo nacional de calorías. El acceso a los servicios de salud es estimado entre el 49 y el 60%, mientras que dos tercios de la población viven en condiciones de extrema pobreza (73).

Y al igual que algunos países del África Subsahariana, Mozambique presenta una de las tasas más elevadas de infección por el VIH y SIDA (33). En el año 2002, la media nacional de prevalencia del VIH/ SIDA era estimada en el 12% de la población adulta sexualmente activa (51-81) mientras que datos correspondientes a la prevalencia de la infección en mujeres que asistieron a la clínicas de atención prenatal la ubicaban en el orden de los 18% para 2002 (84). Por otra parte, ese nivel de prevalencia no representa el riesgo global de contraer la infección, una vez que las tasas varían según el ámbito, sea éste urbano o rural, y en función de la edad y de otras características sociodemográficas. Así, tenemos que los valores son aún mayores para determinadas regiones del país y determinados grupos de edad, llegando a alcanzar los 16.5% de la población adulta en la región central, mientras que en la región norte, los niveles tienden a la baja. El grupo de edad de los 30 a 34 años en ambos sexos, es, con diferencia, el más afectado. Tampoco afecta de manera similar a

hombres y mujeres, el impacto de la enfermedad es mayor en el segundo grupo y comienza desde edades más tempranas que en el primer (51).

Los primeros casos de SIDA en Mozambique, fueron registrados a mediados de la década de los años 80. A finales de esa década y principios de los años 90, el recrudecimiento de la guerra civil, y el deterioro de la situación económica del país, provocaron la ruptura de la estructura familiar tradicional, un incremento de las migraciones urbanas de la población rural, y elevadas movilidades hacia los países vecinos que ya conocían prevalencias importantes. En 1994 la prevalencia del VIH/SIDA entre la población que solicitaba los servicios de atención prenatal en Zimbabwe era estimada en 36%, en 30% para Malawi en 1993 y en 10.5% para Sudáfrica en 1995 (1), todos ellos países de acogida de la población mozambiqueña refugiada. El final de la guerra en 1992 y la situación de paz resultante, llevó a que se observara un masivo retorno de las poblaciones refugiadas en los países vecinos. El 90% procedía de Zimbabwe y de Malawi (10). Los acuerdos de paz llevaron igualmente al restablecimiento de los corredores que comunican a Zimbabwe, Malawi y Zambia con el puerto de Beira, y a Sudáfrica, Zimbabwe y a Swazilandia con el puerto de Maputo, ambos respectivamente ubicados en las zonas centro y sur de Mozambique, lo cual, sumado a otros factores como el elevado número de mozambiqueños migrantes laborales en los países vecinos, estimados en 100.000 los residentes en Sudáfrica en 1995 (10), le imprimieron un dinamismo a los mecanismos de diseminación de la infección dando lugar a un periodo de rápido crecimiento en el que la prevalencia se duplicaba cada dos años. Datos existentes para Maputo indican que los índices de prevalencia de VIH/SIDA para las mujeres que asisten a los servicios de atención prenatal en esta ciudad pasaron de 2.7% en 1994 para 5.6% en 1996; y de 9.9% en 1998 y para 13.0% en 2000 (81).

Y cuando la situación alcanza magnitudes similares a la descrita, los programas de prevención del VIH deben ser orientados a toda la población, en lugar de ser enfocados hacia determinados grupos de esta, y éstos deben seguir primando sobre el reforzamiento de la información en materias del VIH/SIDA, las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y la sexualidad de modo general, en el incremento del uso del preservativo y para lograr un cambio efectivo y duradero en el comportamiento sexual de toda la población, y con más énfasis en los jóvenes que son particularmente más vulnerables y a los cuales se deberían alcanzar antes de que iniciara su vida sexual.

5.0. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio fue llevado a cabo en la Ciudad de Maputo, y regiones aledañas como la ciudad de Matola y el Distrito de Boane en la provincia de Maputo. En esas localidades, al igual que ocurre en toda la región sur de Mozambique se registran elevadas prevalencias de la infección por el VIH el SIDA y las ETS, lo cual es correlativo con la situación que se observa en todo el país. Sin embargo, en los grandes centros urbanos como es el caso de Maputo y en las regiones aledañas, la mayor disponibilidad de diferentes tipos de infraestructuras: servicios de la salud y de educación; vías y de los medios de comunicación, ha favorecido la implantación de numerosos e importantes programas de promoción de la salud y de prevención de la infección por el VIH a diferentes escalas sociales, a diferencias de lo que se observa en las zonas rurales, que se caracterizan por una acentuada carencia de infraestructuras y servicios públicos.

5.2. OBTENCIÓN DE LOS DATOS

Para la realización del trabajo, primero se obtuvo del Ministerio de la Salud de Mozambique, la autorización para la recogida de datos. El trabajo de campo fue realizado por un grupo de 4 encuestadores, que previamente habían recibido un adiestramiento en el manejo de la encuesta y en las principales cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA y los mecanismos de persuasión para lidiar con los casos de inhibición para la respuesta de preguntas que tratan sobre aspectos sensibles o relativos a un ámbito más personal. Tras el entrenamiento fueron entrevistadas y seleccionadas 4 personas, de un total de 5, que mostraron mayores aptitudes para la realización del trabajo.

Se contó, para la realización de las encuestas, con el consentimiento por escrito de cada uno de los participantes, la aprobación y el apoyo de las direcciones de las escuelas incluidas en el estudio. Se les garantizó, igualmente, el carácter confidencial de todos los datos y que éstos serían destinados exclusivamente a la realización de este estudio. Los participantes no fueron identificados mediante el nombre o número, ni por ningún otro código; con ello se garantiza el carácter anónimo de todos y cada

uno de los encuestados. Para el grupo de Enfermos con SIDA se les informó que su adherencia o no al estudio no influiría ni en beneficio ni en detrimento de la calidad de la atención sanitaria que les sería brindada.

5.3. FUENTES DE DATOS

Los datos fueron obtenidos del Ministerio da Saúde de Mozambique; del Instituto Nacional de Estadística (INE); del Hospital Central de Maputo, de la Universidade de Pedagógica-Maputo, de la Universidade Eduardo Mondlane-Maputo; del Instituto de Ciencias de la Salud de Maputo, Escola Secundaria de Matola, Instituto Pedagógico de Umbelúzi-Boane; del Instituto Agrario de Boane; del Gabinete de Asesoramiento y Exámenes Voluntarios de VIH/SIDA (GATV) en el Centro de Saúde de Alto Maé-Maputo; de la Delegación de Médicos Sin Fronteras de Suiza en Maputo, de la Delegación de Médicos Sin Fronteras de Luxemburgo en Maputo; de la Cooperación Italiana-Embajada de Italia en Maputo; de la Sede de ONUSIDA en Maputo, del Population Services Internacional (PSI-Mozambique); del Concelho Nacional de Combate a SIDA-Maputo, Mozambique; y mediante la aplicación de diferentes encuestas.

5.4. TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Tras la obtención de la información, ésta fue sometida a un proceso de revisión de su calidad y posteriormente fue integrada en bases de datos informatizadas: Excell y Einfo 2002. Se realiza una descripción de las características de los jóvenes, utilizando medias y desviación estándar para las cuantitativas y frecuencias relativas e intervalos de confianza (χ^2 , $p \leq 0.05$), para las cualitativas.

5.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Dada la dificultad para acceder a la población general de los jóvenes, la muestra proviene del grupo con mayor nivel educativo; y por otra parte, atendiendo al hecho de que la población que compone el grupo de estudiantes es, además de extensa, muy heterogénea, esta ha sido dividida en diferentes grupos homogéneos. Con ello se garantiza la inclusión de los principales segmentos de la población joven y escolarizada de Maputo; a medida que se reduce la variabilidad de las características cualitativas estudiadas en un mismo grupo. En nuestro estudio fue importante diferenciar la población

de estudio en función de grupos de edades en el momento de la realización de la encuesta, el sexo, y el grado de escolaridad, y el ámbito en rural o urbano.

La población involucrada está formada por personas que se dedican exclusivamente a los estudios, del mismo modo que la condición de solteras fue el estado civil relatado por la totalidad. El estudio fue realizado en 3 fases, de modo general en todas ellas se valoran aspectos como el entendimiento de las diferencias entre el VIH y el SIDA; la percepción de la vulnerabilidad a la infección por el VIH que afrontan los jóvenes; establecimiento de relaciones que puedan llevar a intercambios sexuales; el disfrute de las relaciones sexuales; el uso del preservativo; las principales razones para el no uso del preservativo; la toma de decisiones relacionadas con el uso del preservativo y la necesidad de información y el tipo de información necesaria; y las principales fuentes de información sobre sexualidad y el VIH.

PRIMERA FASE

VALORACIÓN DEL IMPACTO DEL SIDA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO, MOZAMBIQUE.

Este estudio, de tipo transversal y dividido en dos etapas, fue realizado durante un año natural (2.002) en el Hospital Central de Maputo (HCM). La primera etapa consistió en la búsqueda, identificación y revisión de todos los casos registrados por primera vez (casos incidentes) de personas con SIDA a lo largo del año 2002; y la segunda, en la revisión de Historias Clínicas correspondientes a la población de estudio, para ese proceso fueron tomadas aleatoriamente 550 Historias Clínicas y eliminadas del estudio aquellas con datos insuficientes.

Para ambas etapas fueron estudiadas las variables referentes a las características personales de edad en el momento del diagnóstico; el sexo, el lugar y la fecha de identificación y de registro en el HCM y la procedencia de cada caso, para la primera etapa; mientras que el motivo de consulta, los antecedentes clínicos indicadores o asociados a SIDA y antecedentes de riesgo para la infección por el VIH, como transfusión de sangre y ocurrencia de Infecciones de Transmisión Sexual, fueron estudiados para la segunda etapa.

SEGUNDA FASE

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y DE LA AUTO EFICACIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN DIFERENTES GRUPOS DE JÓVENES/ADULTOS, ESTUDIANTES DE MAPUTO, MOZAMBIQUE.

El estudio fue realizado durante el año natural 2003, mediante una encuesta (86) adaptada para el contexto del lugar del estudio por el autor. La encuesta está formada por preguntas abiertas y cerradas que recogen datos referentes a las características de edad, estado civil, y la realización de alguna actividad laboral además de los estudios en el momento de la encuesta y relativas al sexo; valora igualmente la capacidad de los jóvenes de adoptar un comportamiento responsable con respecto a la infección por el VIH y el SIDA y la práctica de ese comportamiento en diferentes situaciones y contextos de la vida cotidiana.

La población de estudio está formada por diferentes grupos de jóvenes/adultos, estudiantes de la enseñanza pública en ámbito urbano (Ciudad de Maputo y la Ciudad de Matola), y en ámbito rural, distrito de Boane, Provincia de Maputo.

La encuesta fue dividida en dos partes. En la primera se valoran elementos relacionados con el comportamiento sexual como la edad de inicio de las actividades sexuales, el número de parejas sexuales acumuladas desde el inicio, el uso del preservativo que fue considerado como una variable dicotómica (SI/NO), siendo "SI" en aquellos casos en que su uso fue realizado en todas las relaciones sexuales en los últimos doce meses incluyendo la última; y "NO" en aquellos en que a veces se usa o que nunca se usa; se valora igualmente el carácter planificado o no de la primera relación sexual y otras (Tabla –A.1 de los Anexos).

En la segunda parte se valora La capacidad de adoptar actitudes y prácticas preventivas en diferentes situaciones que pueden favorecer la infección por el VIH y el SIDA y las ETS. Fueron limitadas a 5 las opciones de respuesta, graduadas del nivel más bajo al más alto de: Nula Certeza; Alguna Certeza; Mediana Certeza; Mucha Certeza o Total Certeza (Tabla –A.1 de los Anexos).

TERCERA FASE

VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, LA PERCEPCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y LAS ACTITUDES ACERCA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN DIFERENTES GRUPOS DE JÓVENES/ADULTOS, ESTUDIANTES DE MAPUTO, MOZAMBIQUE.

Se valoran mediante una encuesta (43) Tabla-A.2 de los Anexos, los conocimientos, las actitudes y el comportamiento relativo a la infección por el VIH/SIDA y las ETS. La encuesta esta formada por preguntas cerradas, semiabiertas y abiertas lo cual posibilita y facilita el que se pueda llevar a cabo un análisis cualitativo y cuantitativo de las variables valoradas. Para su diseño se tuvo en cuenta no solo el contexto social en que fue realizado el estudio, sino también determinadas peculiaridades como el vocabulario del grupo meta, el modo de en que se definen los conceptos en términos propios de la población estudiada, entre otras.

Se han enfocado, además de aquellas cuestiones relacionadas con las características sociodemográficas como el estado civil, la ocupación, el grado de escolaridad, la edad en el momento de la encuesta y el sexo, los siguientes aspectos:

a) *NIVEL DE INFORMACIÓN*: este punto valora la capacidad de definir claramente el SIDA; y de explicar los principales modos de transmisión, teniendo en cuenta las características específicas de la epidemia en el contexto de estudio.

b) *SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS*: se pretende que sean mencionados los principales métodos anticonceptivos que se utilizan; y qué se considera como *Relaciones Sexuales Protegidas*.

c) *CONDUCTAS DE RIESGO CON RESPECTO AL VIH/SIDA*: este punto indaga si el grupo estudiado adopta en su práctica cotidiana conducta que los protejan de la infección por el VIH/SIDA y las ETS, y en ese caso, cuáles y de qué modo se ejerce el autocuidado.

d) *PERCEPCIÓN DE LA VULNERABILIDAD*: valora si el grupo estudiado percibe de manera clara el riesgo de infectarse por el VIH a través de los diferentes factores, entre ellos el que la mujer y los

adolescentes corran mayor riesgo de infectarse que los hombres adultos; o que los portadores asintomáticos puedan transmitir el VIH y si en alguna ocasión han estado expuestos al virus del VIH.

e) *CAMBIOS DE ACTITUD*: valora su actitud con respecto a la prueba para la detección de los anticuerpos anti-VIH, sobretodo, si consideran que ésta debería ser obligatoria para aquellas personas que pretenden tener hijos.

5.6. CARACTERIZACIÓN DE LOS GRUPOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio fue dividida en dos grupos, el primero está formado por los Enfermos con SIDA, los cuales participan únicamente en la segunda fase del estudio; mientras que el segundo, formado por estudiantes, participa en las fases 2 y 3 del estudio y, por su turno, éste grupo se divide en 5 segmentos. Las características específicas referentes a los diferentes grupos se describen a continuación:

PRIMER GRUPO

ENFERMOS CON SIDA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO, MOZAMBIQUE.

Este grupo está formado por los pacientes con SIDA que solicitaban atención en el Hospital Central de Maputo. Fueron establecidos como criterios de inclusión el ser enfermo con SIDA atendido en el Hospital de Día del Hospital Central de Maputo (HCM); tener entre 15 a 49 años de edad; presentar un aspecto saludable y haber cursado al menos 6 grados de escolaridad y aceptar voluntariamente tomar parte del estudio.

SEGUNDO GRUPO

ESTUDIANTES CON GRADO DE ESCOLARIDAD DE 8^{VO} HASTA 10^{MO}.

Este grupo incluye a jóvenes adultos de un ámbito urbano y peri-urbano de la Ciudad de Matola en Maputo, con grado de escolaridad comprendido entre los 11 y 12 años.

SEGUNDO GRUPO

ESTUDIANTES CON GRADO DE ESCOLARIDAD DEL 11^{NO} AL 12^{MO}.

Incluye a dos grupos de estudiantes que asisten al último año de los cursos básico y medio, (hasta el 10º y el 12º años de escolaridad, respectivamente) de Técnicos Agropecuarios, en un ámbito rural y de régimen interno en el Distrito de Boane en la Provincia de Maputo. Mozambique.

SEGUNDO GRUPO

ESTUDIANTES DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE MAPUTO.

Reúne a los Estudiantes que asisten al curso de Técnicos de Medicina Preventiva del Instituto de Ciencia de la Salud de Maputo, adscrito al Ministerio de la Salud de Mozambique. Se consideran criterios de inclusión el pertenecer a al grupo de estudiantes, del mismo modo que se excluyen aquellos individuos que no pertenecen a este grupo.

SEGUNDO GRUPO

ESTUDIANTES UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA - MAPUTO.

Jóvenes/adultos, estudiantes que asisten al segundo curso de licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad Pedagógica en la Ciudad de Maputo, Mozambique.

6.0. RESULTADOS

Tras haber concluido el proceso de aplicación de las encuestas fueron abiertas sesiones en las que se debatieron aspectos relacionados con la actividad y se recogieron las impresiones personales de los encuestadores.

En todos los casos, fue valorada de manera positiva el adiestramiento correspondiente a la fase preparatoria que permitió a los encuestadores percibir diferencias claras en cuanto al nivel de sus conocimientos comparado con los de la mayoría de los encuestados. Los miembros del equipo de encuestadores expresaron su motivación para tomar parte en actividades similares o en campañas destinadas a la prevención del VIH entre los jóvenes. Constataron que la mayoría de los encuestados desearía poder expresar sus opiniones de una manera más extensa, y recomiendan que en las ediciones siguientes se tengan en cuenta este aspecto y para ello sea reservado un espacio en las hojas de las encuestas.

Muchos consideran que las intervenciones sobre prevención del VIH son escasas en el entorno en que se desenvuelven. Se ha manifestado un interés generalizado por abrir discusiones entre los compañeros sobre los temas enfocados en el cuestionario; también se ha mostrado un elevado interés por recibir más información sobre el VIH el SIDA y sobre la sexualidad de manera más amplia, a la par que muchos expresaron su deseo de tomar parte en tales campañas de prevención del VIH/SIDA.

Otro hallazgo de marcado interés esta relacionado con el grupo de Enfermos con SIDA, que en el momento de la encuesta, tras haber sido solicitada su participación voluntaria y dada la garantía de que su adhesión o no al estudio no influiría ni en beneficio ni en detrimento de la atención que recibirían, 37 personas entre aquellas que habían aceptado, optaron por no participar.

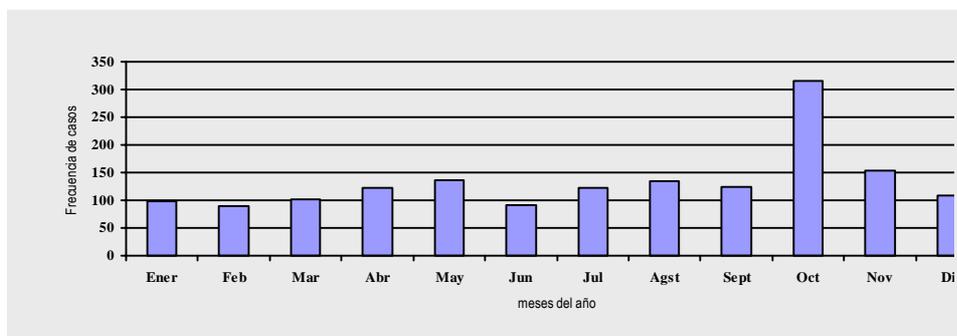
6.1. PRIMERA FASE

VALORACIÓN DEL IMPACTO DEL SIDA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (HCM).

El número total de casos registrados como nuevos en el HCM durante el año 2002 es de 1600 personas. De ellas 695, un 43.4% (40.99-45.91) corresponden al sexo masculino. Para 51 personas, 3.4% (2.40-4.20) de total de los casos, no aparece especificado el sexo.

La edad promedio para los hombres fue de 37.58 ± 10.63 años, y de 32.5 ± 10.02 años para las mujeres, y el promedio total del grupo fue 34.97 ± 12.44 años. El 0.68% (0.36-1.22) del total, (11 casos) tenía menos de 15 años y el 13% (11.41-14.76), 208 personas, mayores de 49 años. 32 años, con 71 registros, 4.4% (3.5-5.5) fue la edad con mayor número de casos. A lo largo del año, el registro de casos fue ascendente con el valor más bajo observado en Febrero y el máximo en Octubre; siendo el primer trimestre, el periodo de menor número de casos registrados con 290, correspondiente al 18.1% (16.2-20.1) del total, y el cuarto trimestre, con 577 personas, equivalente al 36.06% (33.71 - 38.47) del total de casos, el de mayor. Los pormenores se describen en la Figuras 8.

Fig. 8. Distribución los registros de casos de Sida a lo largo del año. HCM. 2002.



En el HCM fueron identificados 1.140 casos, el 71.2% (69.9-73.4) del total; 342 casos, 21.3% (19.4-23.4) fueron diagnosticados en diferentes Unidades Asistenciales de la Ciudad de Maputo y remitidos al HCM; para el resto, 108 casos un 6.7% (5.5-8.1) no se especifica el lugar de identificación. Del total de los casos registrados en el HCM, al servicio de Medicina Interna le corresponde el mayor numero de casos: 498, equivalentes al 43.6% (40.7-46.6), y el de Oncología, con 1 caso, el de menor numero de casos notificados (Tabla-8).

Tabla. 8. Distribución entre los diferentes Servicios de los diagnósticos de casos de Sida. HCM.

SERVICIO	FRECUENCIA	PROPORCIÓN	I.C al 95%
Medicina Interna	498	43.6	40.8 -46.62
Urgencias	128	11.2	9.5 - 13.23
Dermatología	278	24.3	21.9 - 27.00
Ginecología y Obstetricia	75	6.5	5.2 - 8.21
Oftalmología	34	2.9	2.1 - 4.18
Estomatología y Maxilofacial.	3	0.2	0.1-0.8
Cirugía	39	3.4	2.5 - 4.7
Psiquiatría	20	17.5	1.1 - 2.7
Pediatría	19	1.6	1.0 - 2.6
Neurología	15	1.3	0.7 - 2.2
Ortopedia	4	0.3	0.1 - 0.9
Cardiología	22	1.9	1.2 - 2.9
Otorrinaringología	3	0.36	0.06 - 0.8
Serología	3	0.36	0.06 - 0.8
Oncología	1	0.1	0.00 - 0.5

n= 1140 Chi² p≤0.05

El Hospital Geral da Machava con 143, el 41.8% (36.5-47.2) presenta el mayor numero de casos notificados fuera del HCM. La distribución completa, por lugar de procedencia de los casos se detalla en la Tabla-9.

Tabla-9. Casos de SIDA por Unidad Sanitaria de procedencia. HCM-2002.

CENTRO DE SALUD	FRECUENCIA	PROPORCIÓN	I.C al 95%
Hospital Peral da Machava	143	41.8	36.6 - 47.3
Hospital Militar	17	4.9	3.0 - 8.0
H. G. José Macamo	19	5.5	3.5- 8.7
Clinica Cruz Azul	4	1.2	0.4 - 3.2
Clinica 222	3	0.8	0.2 - 2.8
C.S. do Alto Maé	16	4.6	2.7 - 7.6
Hospital do Chamanculo	5	1.5	0.5 - 3.6
Centro de S. Polana Caniço	7	2.0	0.9 - 4.4
Hospital Mavalane	14	4.1	2.3 - 6.9
Contactos	103	30.1	25.4 - 35.3
Sudáfrica	13	3.8	2.1 - 6.6
Centro de Saúde da Coop	1	0.3	0.0 - 1.9
C.S. Maxaquene	4	1.2	0.4 - 3.2
C.S. Polana Cimento	4	1.2	0.4 - 3.2

n= 342 Chi² p≤0.05

VALORACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE CON SIDA DEL HCM.

505 Historias Clínicas, 36.5% (29.3-33.9) del total de casos de SIDA registrados fueron revisadas, de ellas, 277, 54.8% (50.5-59.2) corresponden a mujeres.

Las principales manifestaciones clínicas observadas fueron la Malaria, caracterizada como recurrente y rebelde al tratamiento fue observada en 296 casos, 58.6% (54.3-62.9) y en 38 casos, 7.5% (5.5-10.1) fue motivo de consulta, seguida de las enfermedades respiratorias con 210, 41.6% (37.3-45.9), y como motivo de consulta en 69 casos, 13.7% (10.9-16.9).

De los 210 casos de afecciones respiratorias, 132, el 26.13% (22.4-30.2) tienen el diagnóstico de Tuberculosis, y el resto, 78, 15.4% (12.5-18.8) corresponden a otras etiologías. Herpes Zoster fue observada en 147 personas, equivalente al 29.1% (25.3-33.2), y fue motivo de consulta en 1 persona. Sesenta y nueve casos, 13.66% (10.9-16.9) corresponden a otras dermatosis. Sarkoma de Kaposi fue observado en 45 personas, 8.9% (6.7-11.6), y en 30, 5.9% (4.1-8.3) fue motivo de consulta.

Las enfermedades digestivas fueron observadas en 153 personas, 30.3% (26.4-34.4), y fue motivo de consulta para 56, 11.1% (8.6-14.2) de los casos.

Y para 26 personas, 5.1% (3.9-8.0), de ellas 16 mujeres, el diagnóstico correspondió a alguna Infección de Transmisión Sexual, del mismo modo que éstas, relatadas por 133 personas, fueron el principal antecedente de riesgo para la infección por el VIH; otro fueron las transfusiones sanguíneas, relatadas por el 1.18% (0.5-2.5). El resto de los diagnósticos se ilustran en la Tabla-10.

Tabla: 10. Principales manifestaciones clínicas observadas, pacientes con SIDA. Hospital Central de Maputo, 2002.

	FRECUENCIA TOTAL OBSERVADA			COMO MOTIVO DE CONSULTA		
	Frecuencia	Proporción	I.C. al 95%	Frecuencia	Proporción	I.C. al 95%
A	296	58.6	54.2-62.9	38	7.5	5.5-10.1
B	132	26.1	22.4-30.1	50	9.9	7.5-12.7
C	78	15.4	12.5-18.8	19	3.8	2.3-5.7
D	147	29.1	25.3-33.2	1	0.2	0.0-1.0
E	69	13.7	10.9-16.9	33	6.5	4.6-9.0
F	45	8.9	6.7-11.6	30	6.5	4.1-8.3
G	55	10.9	8.4-13.8	14	2.8	1.6-4.5
H	153	30.3	26.4-34.4	56	11.1	8.6-17.1
I	78	15.4	12.5-18.8	10	2.0	1.0-3.5
J	29	5.7	4.0-8.0	0	0.0	0.0-0.6
K	26	5.1	3.5-7.3	26	5.1	3.5-7.3
L	24	4.6	3.1-6.9	5	1.0	0.4-2.2
M	23	4.6	3.0-6.6	0	0.0	0.0-0.6
N	12	2.4	1.3-4.0	9	1.9	0.9-3.2
O	10	2.0	1.0-3.5	5	1.0	0.4-2.2
P	10	2.0	1.0-3.5	6	1.2	0.5-2.5
Q	9	1.8	0.9-3.2	4	0.8	0.3-1.9
R	7	1.4	0.6-2.7	0	0.0	0.0-0.6
S	7	1.4	0.6-2.7	3	0.6	0.2-1.6
T	4	0.8	0.3-2.0	0	0.0	0.0-0.6
U	4	0.8	0.3-2.0	0	0.0	0.0-0.6
V	1	0.2	0.1-1.0	0	0.0	0.0-0.6
W	1	0.2	0.1-1.0	0	0.0	0.0-0.6
X	1	0.2	0.1-1.0	0	0.0	0.0-0.6
Y	1	0.2	0.1-1.0	0	0.0	0.0-0.6
Z	1	0.2	0.1-1.0	0	0.0	0.0-0.6

Chi², p≤0.05

A)Malaria; B)Tuberculosis; C)Otras enfermedades respiratorias; D)Herpes Zoster; E)Otras enfermedades dermatológicas; F)Sarkoma de Kaposi; G)Lesiones oro esofágicas; H)Enfermedades digestivas; I)Pérdida acentuada del peso corporal, debilidad, malnutrición y anemia; J)Cefaleas; K)Infecciones de Transmisión Sexual; L)Perturbaciones mentales; M)Fiebres; N)Enfermedades oftalmológicas; O)Enfermedades cardíacas; P)Enfermedades ginecoobstétricas; Q)Enfermedades renales; R)Enfermedades del Sistema Nervioso; S)enfermedades hepáticas; T)Enfermedades otorrinaringológicas; U)Gangrena; V)Linfoma de Burkitt; W)Linfoma No Hodking; X)Edema facial; Y)Hemorragia; Z)Manifestaciones alérgicas.

6.2. SEGUNDA FASE

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y DE LA AUTOEFICACIA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Un total de 1401 individuos participó en la segunda fase del estudio, de ellos, 1198 corresponden al grupo de los Estudiantes y el resto, 203 al grupo de los Enfermos con SIDA.

PRIMER GRUPO

ENFERMOS CON SIDA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO.

203 Personas tomaron parte del estudio, de ellas, el 56.2% (49.2-62.8) 114 personas, son mujeres (Tabla-11); y en función de grado de escolaridad, el 79.3 % (n = 203) personas presenta un grado de escolaridad que parte del 8^{vo} al 12^{mo}; el resto del grupo, tal como se ilustra en la Tabla-12, está formado por individuos con el 7^{mo} Grado y por aquellos que realizan o han terminado los estudios universitarios. Los hombres resultaron ser, en media 4 años mayores que las mujeres, y el promedio de su edad se situó en los 28.4 ±2.0 años.

Tabla-11: Enfermos de SIDA: tamaño de la población

SEXO	TAMAÑO	%	I.C.al 95%
Hombres	89	43.8	37.1-50.7
Mujeres	114	56.2	49.2-62.8
Total	203	100.0	98.5-100.0

Tabla-12: Enfermos de SIDA VS. Grado de Escolaridad

ESCOLARIDAD	TAMAÑO	%	I.C al 95%
7 ^{mo} Grado	14	6.8	3.9-11.0
8 ^{vo} -10 ^{mo} Grado	73	35.9	29.5-42.7
11-12 ^{mo} Grado	88	43.3	36.6-50.2
Universitarios	28	13.7	9.5-19.0

El 41.8% (n = 203) del total de los integrantes de este grupo estudian, mientras que el 11.8% (9.7-16.8) se declaró desocupado, el resto de los encuestados (Tabla-13), se dedica a alguna actividad laboral, no obstante, entre estos los hay que también estudian.

Tabla-13: Enfermos de SIDA en función de la Ocupación.

OCUPACIÓN	TAMAÑO	%	I.C. al 95%
Solo estudian	66	32.5	26.3-39.2
Estud. y trabajo	19	9.3	5.9 -3.9
Solo Trabajan	94	46.3	39.5-53.1
Desocupados	24	11.8	9.7-16.8

Solo 25.6% (19.9-31.9) del total se declaró casado, y de esos, 43 personas son mujeres. La probabilidad de que se sea casado aumenta a medida que disminuye el grado de escolaridad, de tal modo que se el 78.5% (n=14) de las personas con solo el 7^{mo} grado relata este estado, mientras que 26 de las 28 personas con estudios universitarios se declararon solteras.

SEGUNDO GRUPO

JÓVENES/ADULTOS ESTUDIANTES DE MAPUTO: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

El total de los estudiante está formado por 1198 individuos. La Tabla-14 detalla la distribución de los estudiantes en función del sexo.

Tabla-14: Estudiantes: Distribución en Función del Sexo

	TAMAÑO	PROPORCIÓN	I. C al 95%
Hombres	732	61.1	58.3-63.8
Mujeres	466	37.2	36.2-41.6
Total	1198	100.0	99.7-100.0

El 54.3% (51.4-57.0) de los estudiantes procede de un ámbito rural, de ellos, el 10.4% (n = 650) estudia y vive en centros con un régimen interno (Tabla-15).

Tabla-15: Estudiantes: Régimen vs. Ámbito

	URBANO			RURAL			TOTAL		
Régimen	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Abierto	548	45.7	42.9-48.5	192	16.0	14.0-18.2	740	61.7	58.9-64.5
Interno	0	0.0	0.0-0.2	458	38.2	35.2-41.0	458	38.3	35.2-41.0
Total	548	45.7	42.9-48.6	650	54.3	51.4-57.0	1198	100.0	99.7-100.0

En función del grado de escolaridad, el 40.8% (38.0-43.6) del total tiene un grado de escolaridad que va del 8^{vo} al 10^{mo}, siendo éste el grupo mayoritario, mientras que los individuos con estudios universitarios, integrado por 169 personas, representa el 14.1% (12.2-16.2) del total, y constituyen el grupo menos representado. En la Tabla 16, se ilustra de manera pormenorizada la distribución de los estudiantes en función del grado de escolaridad.

Tabla-16: Estudiantes: Grado de Escolaridad vs. Sexo

	8 ^{VO} AL 10 ^{MO} GRADO			12 ^{MO} GRADO			CIENCIAS DE SALUD			UNIVERSITARIOS		
	n	%	I.C	n	%	I.C	n	%	I.C	n	%	I.C
Hmbrs	288	39.3	35.8-42.1	172	23.4	20.5-26.7	171	23.3	20.4-26.5	101	13.7	11.4-16.4
Mujrs	201	43.1	38.6-47.6	105	22.5	18.9-26.9	92	19.7	16.3-23.5	68	14.5	11.6-18.0
Total	489	40.8	38.0-43.6	277	23.1	20.7-25.5	263	21.9	19.6-24.3	169	14.1	12.2-16.2

La edad promedio del grupo es de 21.3 ± 2.6 , sin que exista una diferencia apreciable entre hombres y mujeres, pero sí, en función del grado de escolaridad. Aunque ésta, de manera general resulta ser claramente inferior a la observada para el grupo de los Enfermos con SIDA. La menor edad observada corresponde al Grupo con hasta 10^{mo} grado de escolaridad, y al grupo constituido por los estudiantes de Ciencias de Salud. El grupo de los estudiantes universitarios, encierra a los individuos de mayor edad (Tabla- 17).

Tabla-17: Estudiantes: Grado de Escolaridad vs. Edad.

GRADO DE ESCOLARIDAD	PROMEDIO DE EDAD
8 ^{vo} al 10 ^{mo} Grado	17.9 ± 0.8
12 ^{mo} Grado	21.4 ± 1.1
Estudiantes Ciencias de la Salud	24.7 ± 0.3
Universitarios	24.3 ± 1.6
Todo el Grupo	20.8 ± 1.3

Los estudiantes en su totalidad son solteros y todos se dedican en exclusividad a los estudios. Al igual que el grupo de Enfermos con SIDA, una experiencia sexual previa fue relatada por todos los miembros de ese grupo. El inicio de la vida sexual, tuvo lugar a los 16.4 ± 1.0 años en media, para las mujeres, mientras que fue relativamente más temprano en sus compañeros. Fue igualmente temprano en los individuos con el 7^{mo} Grado de Escolaridad, y a medida que aumenta el grado de escolaridad, también aumenta la probabilidad de que haya sido más tardío el inicio de las actividades sexuales. En nuestro grupo de estudio fue entre los estudiantes universitarios que se observó el mayor retraso en el inicio de las actividades sexuales.

VALORACIÓN DE LA AUTOEFICACIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Para el 56% (n = 1198) de los estudiantes, la probabilidad de que fueran capaces de decir NO en caso de que les propusieran tener relaciones sexuales una persona conocida a menos de 30 días sería muy elevada; la tendencia a mantener esa actitud se incrementa con el grado de escolaridad, aunque, sería en el grupo de los estudiantes de ramas de salud donde se alcanzaría el valor más elevado; por otro lado no habrían diferencias notables en función del ámbito rural o urbano; sin embargo, en función del sexo, la probabilidad sería relativamente baja en los hombres. La tendencia se mantendría invariable para todos los grupos si fuera el caso de que les propusiera tener relaciones sexuales una persona cuya historia sexual y de drogas les fuera desconocida; éste hallazgo es equivalente al observado para el grupo de los Enfermos con SIDA (Tablas 3, 14, 21 y 25 de los Anexos).

Para todos los encuestados, independientemente del grado de escolaridad, del sexo y del ámbito (Tablas 3 y 14 de los Anexos), no se observa una tendencia clara en cuanto a la probabilidad de que se sea capaz de decir NO, si fuera alguien a quien se ha tratado con anterioridad o aquella persona con quién se ha mantenido relaciones sexuales en el pasado quién les propusiera tener relaciones sexuales; mientras que cuando se trata de alguien que se desea volver a tratar, o aquella persona que se desea se enamore de uno, la probabilidad es manifiestamente escasa, y ello sería, igual que en el caso anterior, independiente del sexo, del ámbito y del grado de escolaridad (Tablas 3,14, 21 y 25 de los anexos). En el grupo de los Enfermos con SIDA fue constatada una situación similar.

No obstante, para la misma condición, la probabilidad de decir NO sería elevada y, de modo general, también se incrementaría con el grado de escolaridad; sin embargo en función del sexo, ésta sería mayor en los hombres; y en función del ámbito, no se observan diferencias en la tendencia. Y, por otro lado, ésta se daría en proporciones similares a las descritas para el grupo de los Enfermos con SIDA (Tabla-10 y 25 de los Anexos).

Y tendrían escasa probabilidad de que fueran capaces de decir NO si les propusiera tener relaciones sexuales alguien con quien hubieran estado consumiendo alcohol o aquella persona con la cual sus niveles de excitación fuera muy elevado. Esa situación sería compartida por todos los encuestados sin que se pudieran constatar diferencias en función del sexo, del grado de escolaridad y/o del ámbito (Tablas 4, 10, 15, 21 y 25 de los Anexos).

Y para el 73.4% (n = 1198) de los encuestados pertenecientes al grupo formado por los estudiantes hay una elevada probabilidad de que pudieran preguntar a sus parejas si en alguna ocasión usaron drogas inyectadas (Tablas 16, 22 y 26 de los Anexos); discutirían sobre la prevención de la infección por el VIH/SIDA; así mismo serían igualmente capaces de preguntar a sus parejas sobre las relaciones mantenidas en el pasado, incluidas aquellas de carácter homosexual. Éste comportamiento sería practicado con mayor probabilidad entre los estudiantes de ámbito rural, mientras que en función del sexo no se observan variaciones notables; por otro lado, la probabilidad sería mayor entre los estudiantes de ramas de la salud, y mientras que para el resto de los grupos, no se constataría una apreciable variación. Comparado con lo reportado para el grupo de los Enfermos con SIDA (Tablas 5 y 11), se observa que en éste grupo, sería escasa la probabilidad de que se pudiera preguntar sobre el uso de drogas inyectadas, no obstante, en función del grado de escolaridad, a medida que éste aumenta, también serían mayor la probabilidad de que se pudiera hacer, aunque en proporciones apreciablemente inferiores.

Sin embargo, sería más probable que se discutiera sobre la prevención del VIH/SIDA; que se hablara de las relaciones mantenidas en el pasado, incluso las de carácter homosexual, sobretodo entre los individuos con grados de escolaridad intermedios (10^{mo} y 12^{mo} grados).

Para la mayoría de los encuestados del grupo de los estudiantes, sería muy probable que fueran capaces de usar el preservativo cada vez que fueran a tener relaciones sexuales; el grupo con el menor grado de escolaridad y el grupo formado por los estudiantes universitarios serían los más firmes en esa condición; mientras que en función del sexo, tal posición sería asumida en las mismas proporciones. En función del ámbito, es entre los estudiantes rurales que esa actitud cobraría mayor vigor. Y entre los Enfermos con SIDA, la tendencia sería mayor a medida que aumenta el grado de escolaridad.

Y para el 80.4% (n = 1198) del total del grupo de los estudiantes, el uso del preservativo se realizaría correctamente; serían más capaces de efectuar el uso correcto del preservativo los estudiantes con los más elevados grados de escolaridad; y para aquellos procedentes de un ámbito rural. Para la misma variable, se observan proporciones similares en la probabilidad del uso sistemático y correcto del preservativo, y sería en el grado de estudiantes de ramas de la salud donde sería más probable que éste se efectuara de manera correcta; sin embargo, la probabilidad es baja, en todos los grupos,

cuando su uso es mezclado con el consumo del alcohol y de las drogas. Los pormenores referentes a esas características se describen detalladamente en las tablas 6, 12, 17, 23 y 27 de los anexos.

Y la probabilidad de que fueran capaces de exigir el uso del preservativo, sería mayor para el 75.1% (n=1198) de los encuestados del grupo de los estudiantes, y una proporción similar de los integrantes del grupo de los Enfermos con SIDA; y para todos los casos, no se observaría una diferencia notable en base a cualesquiera otras variables tales como el sexo, el grado de escolaridad, o el ámbito; sin embargo, aunque se mantendría elevada, 56.5% (n=1198), la probabilidad de que fueran capaces de rechazar las relaciones sexuales en caso de que la pareja se negara a usar el preservativo para el grupo de los estudiantes, no obstante, se observa una notable reducción en las proporciones comparado con lo registrado para la variable anterior, y sería entre los estudiantes con hasta el 12^{mo} grado de escolaridad donde la probabilidad sería aún más baja; contrariamente a lo que se observa en el grupo de Enfermos con SIDA, donde ésta es mayor con respecto a la observada para el grupo de los estudiantes, y también mayor que la observada para la exigencia del uso del preservativo (Tablas 6,7, 12, 17,18, 23 y 27 de los anexos).

Todos tendrían siempre suficiente dinero y serían capaces de ir donde pudieran comprar el preservativo; pero es poco probable que fueran capaces de no mantener relaciones sexuales hasta contraer el matrimonio, o de tener una sola pareja sexual durante toda la vida. De igual forma, es escasamente probable de que se hable con los padres sobre temas referentes al sexo.

Para los estudiantes del ámbito rural no se observa un posicionamiento claro en cuanto a que si es la mujer la que debe de solicitar el uso del preservativo, o con respecto a que es el hombre quién debe de comprar el preservativo, sin embargo, las mujeres y aquellos individuos con menos grados de escolaridad, están en mayor proporción de acuerdo con el planteamiento anterior. Hay poca probabilidad de que se esté de acuerdo con que la protección de los dos durante el acto sexual sea responsabilidad exclusiva del hombre; sin embargo aumenta ligeramente la probabilidad de que se considere que las relaciones sexuales deben ser espontáneas; y es entre las mujeres, los estudiantes de ámbito urbano y aquellos de ramas de ciencias de salud que la probabilidad es más elevada; mientras que en el grupo de Enfermos con SIDA ésta baja notablemente.

Todos los encuestados consideran que el uso del preservativo es algo bueno para su salud, no obstante, el 29.2% (n = 1198) del total de los estudiantes, afirman también que éste disminuye la satisfacción sexual, y es entre los hombres, y aquellos individuos del ámbito rural donde es mayoritaria

esta posición, a la par que es escasamente compartida por los integrantes del grupo de los Enfermos con SIDA (Tablas 8, 13, 19, 24 y 28 de los anexos).

Y tal como se ilustra en las tablas 9, 13, 20, 24 y 28 de los anexos, la mayoría de los encuestados no está de acuerdo con el planteamiento según el cual el SIDA es algo difícil de contraer; sin embargo solo el 1.4% (n=1198) de los estudiantes, y el 8.3% (n=203) del grupo de los Enfermos con SIDA acreditan que sus conocimientos sobre sexualidad y el VIH y el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual no son suficientes.

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL CON RESPECTO A LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

ENFERMOS CON SIDA

Todos los integrantes de nuestro grupo de estudio relataron una experiencia sexual previa, y la edad promedio a la que ésta tuvo lugar se ubicó en los 15.6 ± 2.0 años para la totalidad del grupo, sin que se constataran variaciones notables en función del sexo y del grado de escolaridad. La probabilidad de que la primera experiencia sexual sea acompañada por el uso del preservativo es escasa en todo el grupo, ya que solo el 14.3% (n = 203) del total relató esta práctica, por otro lado, en función del sexo, se constata que la mayoría de las personas que usaron el preservativo en su primera experiencia sexual son hombres (Tabla-18) con grados de escolaridad intermedios (Tabla-19).

Tabla-18: Uso del preservativo en la Primera Experiencia Sexual vs. Sexo

	SI			NO		
	n	%	I. C. al 95%	n	%	I. C al 95%
Hombres	23	25.8	17.5-35.6	66	74.2	64.3-82.4
Mujeres	6	5.3	2.2-10.6	108	94.7	89.3-97.8

Tabla-19: Uso del preservativo en la Primera Experiencia Sexual vs. Grado de Escolaridad.

	SI			NO		
	n	%	I. C. al 95%	n	%	I. C al 95%
7 ^{mo}	0	0.0	0.0-19.2	14	100.0	8.7-100.0
8-10 ^{mo}	16	21.9	13.5-32.4	57	78.1	67.2-86.5
11-12 ^{mo}	9	10.2	5.1-17.9	79	89.7	82.0-94.8
Universitarios	4	14.2	4.7-30.9	24	85.7	69.0-95.2
Total	29	14.3	9.9-19.6	174	85.7	80.3-90.0

Mientras que, el uso sistemático del preservativo en los últimos doce meses incluyendo la última relación sexual, fue relatado por el 60.1% (n = 203) de los integrantes de ese grupo, de ellos, la mayor proporción corresponde a los miembros del sexo masculino, (Tabla-20); de modo similar, los individuos con el grado de escolaridad más elevado relataron en mayor medida el uso del preservativo, comparado con el grupo de hasta 7^{mo} grado que reportó el menor número. En la Tabla-21 se detallan los pormenores referentes a esa variable.

Tabla. 20. Enfermos de SIDA: Uso Regular y sistemático del Preservativo vs. Sexo.

	SI			NO		
	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
Hombres	66	74.4	64.3-82.4	23	25.8	17.5-35.6
Mujeres	56	49.1	40.0-58.2	58	50.8	41.7-59.9

Tabla-21: Enfermos de SIDA: Uso Regular y Sistemático del Preservativo vs. Grado de Escolaridad.

	SI			NO		
	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
7 ^{mo}	4	28.5	9.8-55.4	10	71.4	44.5-90.2
8-10 ^{mo}	43	58.9	47.3-69.7	30	41.0	41.9-64.6
11-12 ^{mo}	49	55.6	45.2-65.7	39	44.3	34.2-54.8
Universitarios	26	92.8	78.3-98.7	2	7.1	1.2-21.6
Total	122	60.1	53.2-66.6	81	39.9	33.3-46.7

El número promedio de parejas sexuales acumuladas correspondiente a todo el grupo es de 10.6 ± 4.3 . Los hombres, con 12.3 ± 2.4 parejas sexuales acumuladas, presentan una media claramente superior al de las mujeres que se ubica en las 5.2 ± 3.3 parejas.

Por otro lado, a medida que aumenta el grado de escolaridad también aumenta la probabilidad de que se tenga un número mayor de parejas sexuales acumuladas. En nuestra población de estudio se constata que el número de parejas sexuales acumuladas relatado por los sujetos con estudios universitarios, equivale al doble del descrito por los integrantes con solo el 7^{mo} grado de escolaridad. En la Tabla-22 y en la Tabla-23, se detallan los pormenores relativos a estas variables.

Tabla-22: Edad 1^{ra} Experiencia Sexual vs. Sexo

Sexo	Edad Promedio
Hombres	15.8±1.7
Mujeres	15.5±1.4
Grupo	15.6±2.0

Tabla-23: Grado Escolaridad vs. Parejas Sexuales Acumuladas.

Grados escolaridad	Promedio parejas sexuales
7 ^{mo}	7.2±1.1
8-10 ^{mo}	8.8±2.6
11-12 ^{mo}	12.4±2.1
Universitarios	14.2±3.2

Para el 98.2% (n=203), la casa es lugar donde ocurrió la primera experiencia sexual. Otros lugares indicados fueron la calle, el hotel, y el descampado. De modo general, la probabilidad de que la primera sexual sea planificada es baja en todo el grupo, siendo que solo para el 28.1% del total, ésta fue planificada; sin embargo, en función del sexo, los hombres se inclinan más a ser capaces de planificarla, comparado con las mujeres donde solo el 7.8% (3.9-13.9) lo hizo (Tabla-24). Por otro lado, tal como se ilustra en la Tabla 25, se observa una tendencia a que a medida que aumenta el grado de escolaridad, también aumente la probabilidad de que la primera relación sexual se sea planificada.

Tabla-24: Enfermos de SIDA: Primera Experiencia Sexual Planificada vs. Sexo.

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Hombres	48	54.1	43.5-64.0	41	46.1	35.9-56.5
Mujeres	9	7.8	3.9-13.9	105	92.1	86.0-96.0

Tabla-25: Enfermos de SIDA: Primera Experiencia Sexual Planificada vs. Grado de Escolaridad.

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
7 ^{mo}	0	0.0	0.0-19.2	14	100.0	80.7-100.0
8-10 ^{mo}	23	31.5	21.6-42.8	50	68.4	57.2-79.3
11-12 ^{mo}	31	35.2	25.7-45.6	57	64.7	54.3-74.2
Universitarios	3	10.7	2.7-26.4	25	89.3	73.5-97.2
Total	57	28.1	22.2-35.2	146	71.9	56.4-77.7

Los amigos, seguido por los libros (Tabla-26) constituyen las principales fuentes de información sobre sexualidad y las fuentes de la información sobre sexualidad que consideran de mayor importancia, ello es así tanto para los hombres como para las mujeres; y el binomio Escuela/Profesor fue la tercera fuente más citada por los hombres, mientras que las mujeres citan los Medios de Comunicación, y en ningún caso fueron citados los Padres.

Tabla- 26: Enfermos de SIDA: Principal fuente de información sobre sexualidad y VIH/SIDA vs. Sexo.

Fuente	HOMBRES			MUJERES		
	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
Amigos	44	49.3	39.2-59.7	64	53.2	46.9-65.0
Libros	52	58.4	47.9-68.3	47	41.2	32.4-50.4
Mass media	0	0.0	0.0-3.3	49	42.9	34.1-52.2
Escuela/Profesor	39	43.8	33.7-54.2	0	0.0	0.0-2.6
Padres	0	0.0	0.0-0.0-3.3	0	0.0	0.0-2.6

Para los individuos con hasta el 7^{mo} grado de escolaridad, los libros representan la fuente menos citada, mientras que a medida que se incrementa el grado de escolaridad, también aumenta la probabilidad de éstos sean citados en mayor medida; tal como se indica en la tabla 27, los libros fueron la fuente más indicada por aquellos integrantes con estudios universitarios.

Tabla- 27: Enfermos de SIDA: Principal fuente de información sobre sexualidad y VIH/SIDA vs. Grado

	7 ^{MO} GRADO			8 ^{VO} A 10 ^{MO} GRADO			12 ^{VO} GRADO			UNIVERSITARIOS		
	n	%	I. C. 95%	n	%	I. C. 95%	n	%	I. Conf.	n	%	I. C. 95%
Amigos	6	42.8	19.5-68.2	38	52.0	40.6-63.6	53	72.6	49.7-70.0	11	39.0	22.6-58.0
Libros	0	0.0	0.0-19.0	29	39.7	29.0-51.2	49	65.7	45.2-65.7	22	78.2	60.6-90.8
Medias	8	57.1	31.2-80.4	41	56.2	44.6-67.2	0	0.0	0.0-3.0	0	0.0	0.0-10
Esc/Prof	0	0.0	0.0-19.0	0	0.0	0.0-4.0	39	53.4	34.2-54.7	18	64.3	45.5-80.0
Padres	0	0.0	0.0-19	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-3.0	0	0.0	0.0-10

La mayoría de los encuestados desearía tener más información sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual, el VIH y el SIDA; otros temas sobre los que también desearían estar más informados son la concepción en seropositivos, las relaciones sexuales y las precauciones a tomar en las relaciones sexuales entre serodiscordantes, la higiene y los auto cuidados en seropositivos; y el estigma hacia los seropositivos y Enfermos con SIDA.

Para las mujeres con hasta el 7^{mo} grado de escolaridad: la negativa de la pareja; el desconocimiento; y las dificultades para proponer su uso en la pareja; el no sentirse presionada por el SIDA; el desconocimiento; y otros planteamientos como: “yo era una niña...!”, “no me atrevía a hablar de ello,

temía perder a mi marido” son las principales razones alegadas para el NO USO del preservativo en algunas de sus relaciones sexuales. Las razones relatadas por las mujeres con hasta el 12^{mo} grado de escolaridad fueron: *“Deseaba tener el Máximo placer y... tampoco daba crédito a eso del SIDA”*; *“No se hablaba de ello... ni del SIDA”*; *“Conocí a mi marido siendo virgen y jamás nos hemos separado”*; *“Confiaba en mi marido... además, tampoco los hombres aceptan usarlo”*. Mientras que las mujeres universitarias citan fundamentalmente la confianza que se deposita en la pareja como la causa de mayor peso para el NO USO del preservativo en algunas de sus relaciones sexuales. Para los hombres, éstas fueron: *“No era habito... no se hablaba del preservativo”*; *“A veces fue porque estaba embriagado”*; *“La verdad, no me gustaba eso del preservativo...”*.

El 47.8 (n=203) de los encuestados ubica la efectividad del preservativo cuando es correctamente utilizado a un nivel que va de los 95 al 100%. Se destaca en esa manera de pensar el grupo con grados de escolaridad del 8^{vo} al 10^{mo}, mientras que el 78.6% (n=28) de los individuos con estudios universitarios, la ubican entre 90 y el 100 por 100; también en ese mismo intervalo lo ubica el 57.0% de las mujeres, al contrario de los hombres que mayoritariamente la ubican entre el 95 y el 100%.

En cuanto a los factores considerados de mayor riesgo para la infección por el VIH, *“Tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo”*, es considerado por todos los encuestados como el factor de mayor riesgo para la infección por el VIH. Y éste es seguido por: *“Tener relaciones sexuales con prostitutas”* que es citada fundamentalmente por los hombres. Recibir transfusión de sangre, es la tercera razón más citada (Tabla-28).

Tabla-28: Enfermos de SIDA: Factores de Mayor riesgo para el VIH vs. Grado de escolaridad.

GRADO ESCOLARIDAD	FACTORES		
	1 ^{er}	2 ^{do}	3 ^{er}
7 ^{mo}	A , I	B, H	–
8-10 ^{mo}	A	L	H
11-12 ^{mo}	A	L	L
Universitarios	A, J	B, H	B, H
Total	A	L	

A- Tener relaciones sexuales sin usar el Preservativo; **B-** Recibir transfusión de sangre **C-** Ser infiel a la pareja **D-** Tener relaciones sexuales anales **E-** Tener relaciones sexuales bajo presión de los amigos; **F-** Combinar relaciones sexuales con alcohol; **G-** Combinar relaciones sexuales con drogas; **H-** Tener más de una pareja sexual; **I-** Tener relaciones sexuales sin planificar; **J-** Tener relaciones con alguien basándose en su apariencia saludable; **K-** Tener relaciones sexuales homosexuales; **L-** Tener relaciones sexuales con prostitutas; **M-**Tener relaciones sexuales con la pareja habitual; **N-** Tener relaciones sexuales por placer; **O-** Tener relaciones sexuales con gente desconocida

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL CON RESPECTO A LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

GRUPO DE JÓVENES ADULTOS ESTUDIANTES DE MAPUTO.

El 42.9% (40.2-45.8) del total de los estudiantes, usó el preservativo en su primera experiencia sexual, y la probabilidad de que sea relatado el uso del preservativo es mayor en los individuos con menor edad y menor grado de escolaridad. El 78.5% (77.4-84.6) de los individuos con hasta el 10^{mo} grado relató su uso, con lo que constituye el grupo que reportó la mayor tasa de uso del preservativo para la primera experiencia sexual, comparado con el grupo de estudiantes universitario que es donde menos uso del preservativo ha sido reportado (Tabla-29).

Tabla- 29: Estudiantes: Uso Preservativo en la Primera Relación Sexual vs. Grado de Escolaridad

Grado Escolaridad	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
10 ^{mo} Grado	398	78.5	77.5-84.6	91	18.6	15.3-22.2
12 ^{mo} Grado	46	16.6	12.5-21.3	231	83.3	78.6-87.4
Ciencias Salud	57	21.6	17.2-26.9	206	78.3	73.0-82.9
Universitarios	14	8.3	4.7-13.2	155	91.7	86.8-95.2
Total	515	42.9	40.2-45.8	683	57.1	54.2-59.7

Por otro lado, se observa que la diferencia es claramente superior si se compara con el grupo de Enfermos de SIDA, donde ésta práctica fue relatada por solo el 14.3% (n = 302). De acuerdo con el sexo, para los hombres, es mayor la probabilidad de que la primera experiencia sexual haya sido acompañada por el uso del preservativo; y es también mayor en los individuos de ámbito rural, donde éste fue reportado por el 47.3% (43.5-53.0) de los encuestados, comparados con el 15.1% (12.3-18.3) de sus compañeros del ámbito urbano (Tabla-30); y la probabilidad es también mayor entre los individuos que viven en centros de régimen interno (Tabla-31).

Tabla-30: Estudiantes: Uso Preservativo en la Primera Relación Sexual vs. Ámbito

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Urbano	83	15.1	12.3-18.3	456	84.8	79.9-86.2
Rural	308	47.3	43.5-53.0	342	52.6	4.9-56.4

Tabla-31: Estudiantes: Uso Preservativo en la Primera Relación Sexual vs. Régimen

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Abierto	102	13.7	11.4-16.4	638	86.2	83.5-88.5
Interno	222	48.4	43.9-53.0	236	51.5	44.9-56.0

El 90.2% (88.5-91.8) del total del grupo de los estudiantes, describe el uso sistemático del preservativo en todas las relaciones sexuales en los últimos doce meses, incluyendo la última; y en función del grado de escolaridad, el grupo de estudiantes universitarios es el que efectúa menor uso, donde lo relata el 83.4% (72.2-88.4) de los integrantes, Tabla-32, mientras que el grupo con Grado de Escolaridad hasta el 12^{mo}, es el que efectúa mayor uso.

Tabla- 32: Estudiantes: Uso Sistemático de Preservativo (Últimos 12 meses) vs. Grado de Escolaridad

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Grado Escolaridad						
10 ^{mo} Grado	446	91.2	88.4-93.4	43	8.7	6.5-11.5
12 ^{mo} Grado	273	98.5	96.5-99.5	4	1.4	0.5-3.4
Ciencias Salud	221	84.2	79.2-88.1	42	15.9	11.9-20.7
Universitarios	141	83.4	72.2-88.4	28	16.5	11.5-22.7
Total	1081	90.2	88.5-91.8	117	9.7	8.2-11.5

Mientras que en el ámbito rural y en régimen interno (Tabla-33 y Tabla-34), es donde se ha registrado la más elevada tasa de uso del preservativo, sin que existan diferencias apreciables en función del sexo. Los valores observados en el grupo de los estudiantes son también superiores a los descritos para el grupo de los Enfermos con SIDA.

Tabla- 33: Estudiantes: Uso Sistemático de Preservativo (Últimos 12 meses) vs Ámbito

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Urbano	472	86.1	83.0-88.8	76	13.8	11.2-16.9
Rural	616	94.7	92.8-96.2	35	5.4	3.8-7.3

Tabla-34: Estudiantes: Uso Sistemático de Preservativo (Últimos 12 meses) vs. Régimen

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Abierto	637	86.1	83.488.4	103	13.9	11.5-16.5
Interno	434	94.7	92.4-96.5	24	5.2	3.4-7.5

Y la probabilidad de que ésta sea planificada es mayor en los hombres de los grupos con el menor grado de escolaridad, y en los individuos procedentes del ámbito rural y en régimen interno. Las Tablas: 35; 36 y 37, muestran la distribución del carácter planificado de la primera experiencia sexual entre los estudiantes. De modo general, comparado con el grupo de Enfermos con SIDA, se observa que la probabilidad es mayor entre los individuos del grupo constituido por los estudiantes.

Tabla- 35: Estudiantes: Primera Relación Sexual Planificada vs. Grado de Escolaridad.

	SI			NO		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C. al95%
Grado Escolaridad						
10 ^{mo} Grado	277	56.6	52.2-60.9	212	43.3	39.0-47.7
12 ^{mo} Grado	63	2.7	18.0-27.9	214	77.2	72.0-81.9
Ciencias Salud	116	44.1	38.2-50.2	147	55.8	49.8-61.8
Universitarios	11	6.5	3.4-11.0	158	93.5	88.9-96.5
Total	467	38.9	36.2-41.7	731	61.0	58.2-63.9

Tabla- 36: Estudiantes: Primera Relación Sexual Planificada vs. Ámbito

	SI			NO		
	n	%	I. C. al95%	n	%	I. C. al95%
Urbano	131	23.9	20.4-27.6	417	76.1	72.3-79.5
Rural	223	34.3	30.7-38.0	427	65.6	61.9-69.3

Tabla- 37: Estudiantes: Primera Relación Sexual Planificada vs. Régimen

	SI			NO		
	n	%	I. C. al95%	n	%	I. C. al95%
Abierto	176	23.7	20.8-26.9	564	76.2	73.0-79.2
Interno	156	34.1	29.8-38.4	302	65.9	61.5-70.2

Y la media del número de parejas sexuales acumuladas, para el grupo se ubica en las 7.2 ± 3.7 , que es cerca del doble del observado para las mujeres (4.1 ± 2.5), un valor claramente inferior a la media observada para el grupo de Enfermos con SIDA. Y éste se incrementa notablemente en los hombres (10.4 ± 2.8). Y a medida que aumenta el grado de escolaridad, también aumenta el número de parejas sexuales acumuladas (Tabla-38).

Tabla-38: *Estudiantes: Grado Escolaridad vs. Promedio Parejas Sexuales Acumuladas*

GRADO DE ESCOLARIDAD	Nº PROMEDIO PAREJAS SEXUALES
8 ^{vo} al 10 ^{mo} Grado	4.8 ±1.3
12 ^{mo} Grado	7.8±1.2
Estudiantes Ciencias de la Salud	6.7±2.3
Universitarios	13.2±0.7
Todo el Grupo	7.2±3.7

Los individuos con hasta el Grado de Escolaridad 10^{mo}, y con una media de 4.8 ±1.3, son los que el menor número de parejas sexuales acumuladas han relatado. Por otro lado, al ámbito rural y al régimen abierto también le corresponde la mayor probabilidad de que sea reportado un número mayor de parejas sexuales acumuladas (Tabla-39 y 40).

Tabla-39: *Estudiantes: Promedio Parejas Sexuales vs. Ámbito*

ÁMBITO	EDAD PROMEDIO
Urbano	8.1±2.6
Rural	6.3±2.1

Tabla-40: *Estudiantes: Promedio Parejas Sexuales vs. Régimen*

RÉGIMEN	EDAD PROMEDIO
Abierto	10.5±0.5
Interno	6.3±3.0

Y también, similar a lo constatado para el grupo de Enfermos con SIDA, los amigos (Tabla- 41), citados por 817 personas, 68.2% (65.6-70.8), son en todos los grupos de los encuestados, la principal fuentes de información sobre sexualidad, y la fuente de la información sobre sexualidad que se considera de mayor importancia, mientras que entre los padres, seguidos por el binomio escuela/profesor, constituyen las fuentes menos citadas.

Tabla-41: *Estudiantes: Principal fuente de información sobre sexualidad y VIH/SIDA vs. Grado de Escolaridad*

	8 ^{VO} AL 10 ^{MO} GRADO			12 ^{MO} GRADO			CIENCIAS DE LA SALUD			UNIVERSITARIOS		
	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%	n	%	I. C al 95%
Amigos	431	88.1	85.0-90.7	171	61.7	55.9-67.3	118	44.8	38.9-50.9	97	57.6	49.8-64.6
Libros	202	41.3	37.0-45.7	121	43.6	37.9-49.5	77	29.3	24.0-34.9	123	72.7	65.6-79.0
Medias	120	24.5	20.8-28.5	33	11.9	8.4-16.1	0	0.0	9.9-18.2	0	0.0	0.0-1.7
Esc/Prof.	0	0.0	0.0-0.6	33	11.9	8.4-16.1	36	13.6	9.9-18.2	0	0.0	0.0-1.7
Padres	0	0.0	0.0-0.6	0	0.0	0.0-1.1	0	0.0	0.0-1.1	14	8.3	4.9-13.2

La probabilidad de que los libros sean indicados entre las principales fuentes de información sobre sexualidad aumenta con el grado de escolaridad, alcanzando su valor más alto entre los estudiantes universitarios, similar a lo observado entre los Enfermos con SIDA. Solo los estudiantes de ramas de salud incluyen el binomio escuela/profesor entre las fuentes de la información que se considera de mayor importancia sobre sexualidad y el VIH/SIDA. En función del sexo, después de los amigos y de los libros, la fuente más indicada por los hombres constituyen los medios de comunicación, y mientras que la fuente indicada por las mujeres es el binomio escuela/profesor y en proporciones similares, los padres (Tabla-42).

Tabla-42: Estudiantes: Principal fuente de información sobre sexualidad y VIH/SIDA vs. Sexo

	HOMBRES			MUJERES		
	n	%	I. C. al 95%	n	%	I. C. al 95%
Amigos	361	49.3	45.7-52.9	224	48.0	43.5-52.6
Libros	277	37.8	34.4-41.3	163	34.9	30.7-39.3
Mass Medias	100	13.6	11.3-16.3	0	0.0	0.0-0.6
Escuela/Profesor	0	0.0	0.0-0.4	69	14.8	11.7-18.3
Padres	0	0.0	0.0-0.5	49	10.5	7.9-13.5

No existe una apreciable diferencia en función del ámbito, sin embargo, entre los individuos que viven en centros de régimen interno cobran una considerable importancia los amigos y el binomio escuela/profesor (Tabla-43), por encima de lo observado para el grupo de estudiantes de centros abiertos.

Tabla-43. Estudiantes: Principal fuente de información sobre sexualidad y VIH/SIDA vs. Régimen.

	ABIERTO			INTERNO		
	n	%	I. C. al 95%	n	%	I. C. al 95%
Amigos	378	51.1	47.5-54.6	343	74.8	70.7-78.7
Libros	387	52.3	48.6-55.8	193	42.1	37.6-46.7
Mass Media	0	0.0	0.0-0.4	83	18.1	14.7-21.8
Escuela/Profesor	51	11.1	5.2-8.8	112	15.2	20.6-5-28.5
Padres	38	5.1	3.7-6.9	0	0.0	0.0-0.6

El VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexuales, los métodos para prevenir la infección; las principales manifestaciones y el tratamiento, son algunos de los temas de sexualidad sobre los cuales, indistintamente, la mayoría de los encuestados de este grupo desearía tener más información; este interés se extiende a cuestiones relacionadas con la planificación familiar y a la relación Embarazo vs. VIH/SIDA; la sexualidad entre serodiscordantes; las prácticas sexuales asociadas a un mayor placer; las relaciones sexuales homosexuales; la confianza y la fidelidad en la pareja; la educación sexual; el

uso del preservativo y el preservativo femenino y otros métodos de prevención del VIH y el SIDA y de las ETS; la sexualidad en edades tempranas y la relación entre el VIH y la prostitución.

El desconocimiento“, *“la confianza en la pareja*“, *“la negativa de la pareja*“, *“la no percepción del riesgo de infección por el VIH*“, y *“el que a altura de inicio de sus vidas sexuales no se hablara del preservativo*“, son algunas de las principales razones para el NO USO del preservativo, alegadas por los individuos de mayor edad y más elevado grado de escolaridad; otras razones alegadas en menores proporciones son: el desconforto asociado al uso del preservativo; el deseo de alcanzar el máximo placer: *“Era la primera vez y deseaba que fuera algo que me marcara para toda la vida. Había leído que el espermatozoide es lo más valioso que se puede ofrecer a una mujer en un acto sexual, y esa idea se quedó grabada definitivamente en mí. Mujer, 22 años.*

Entre las mujeres, se destaca lo inesperado y lo circunstancial de los modos en que se dieron algunos de los intercambios sexuales en los que no se usó el preservativo: *“Todo fue tan...que ni siquiera pensé en eso. Mujer, 24 años”*. Y en otros casos, la virginidad de la mujer también puede encontrarse entre las razones que disuaden el uso del preservativo en individuos de ambos sexos: *“No quería que me desvirgaran con el preservativo. Mujer, 22 años”* o *“La chica era virgen, no lo necesitaba. Hombre, 21 años; o “Era la primera vez, deseaba sentir lo que realmente se siente, Hombre, 23 años”*. El deseo de concebir; el estar involucrada en una relación estable; y el inicio temprano de la actividad sexual: *“Yo era una niña... no entendía de nada! Mujer, 24 años”* y *“Andaba lleno de ideas infantiles, las cosas se daban por que se daban! Hombre, 23 años”*; son otras de las razones alegadas para el no uso del preservativo por las mujeres con los más elevados grados de escolaridad. El haber hecho la prueba anti-VIH, y la baja percepción del riesgo son algunas entre las principales razones alegadas por los hombres. Una muestra de ello son los puntos que se transcriben a continuación: *“Deseaba comparar con lo que siente cuando se usa el preservativo, Hombre 19 años”*; *“Simplemente porque no quise usarlo. Hombre, 21 años”*; *“Había prisa”*; *“La verdad no sé porqué, Hombre, 17 años”*; *“El preservativo era mayor para el tamaño de mi pene, Hombre, 22 años”*.

Las anteriores son algunas de las más importantes entre las razones alegadas por el grupo con menos años de escolaridad, y menor edad. No obstante, este aspecto es compartido por la mayoría de los encuestados de menor edad, independientemente del sexo, del ámbito rural o urbano, y del régimen, interno o abierto.

Para la mayoría de los encuestados, la casa es donde tuvo lugar la primera experiencia sexual; por otro lado, los hombres acreditan más en la efectividad del preservativo, y esa actitud se incrementa a medida que aumenta el grado de escolaridad, similar a lo observado para el grupo de los Enfermos con SIDA. Ésta tendencia se mantiene en cuanto a los factores de mayor riesgo para la infección por el VIH y las ETS, siendo que el “*Tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo*” es considerado el factor de mayor riesgo, seguido, en igualdad de proporciones por “*recibir transfusión sanguínea*” y por “*tener relaciones sexuales con prostitutas*”, tal como se ilustra en la Tabla- 44.

Tabla-44: *Estudiantes: Factores de Mayor riesgo para el VIH vs. Grado de escolaridad.*

GRADO ESCOLARIDAD	FACTORES		
	1 ^{er}	2 ^{do}	3 ^{er}
10 ^{mo} Grado	A	O	C, L
12 ^{mo} Grado	A	–	–
Ciencias Salud	A	B	L
Universitarios	A	B	F
Total	A	B	L

6.3. VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, LA PERCEPCIÓN DE LA VULNERABILIDAD, LAS ACTITUDES Y LAS PRÁCTICAS A CERCA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

GRUPO DE JÓVENES ADULTOS ESTUDIANTES DE MAPUTO

El 22.7% (n=1198) del total de los estudiantes encuestados responde correctamente la pregunta “*Qué es el SIDA*”, y la probabilidad de que la respuesta sea dada de manera correcta aumenta con el grado de escolaridad; sin embargo el número de personas que poseen conocimientos correctos y suficientes en cuanto a los principales modos y vías de transmisión del VIH y el SIDA, aumenta en todos los grupos hasta el 48.8% (n=1198) del total. El incremento es más marcado entre los estudiantes con el grado de escolaridad que va de 8^{vo} al 10^{mo}, y entre aquellos con estudios universitarios (Tabla-45, Tabla-46).

Tabla-45: ¿Qué es el SIDA?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	14	4.8	2.7-7.8	5	2.4	0.9-5.4	19	3.9	2.4-5.8
12mo Grado	51	29.6	23.1-36.7	7	6.6	2.9-12.7	58	20.1	16.4-26.0
Est. Ciencias Salud	87	50.8	43.2-58.2	58	63.0	52.8-72.4	145	55.1	41.5-53.5
Est. Universitarios	8	7.9	3.7-14.4	43	63.2	51.3-74.0	51	30.2	23.6-37.4

Tabla-46: ¿De qué modo y cuales son las vías por las que se transmite el VIH?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	138	47.9	42.1-53.6	64	31.8	25.6-38.5	202	41.3	37.0-45.7
12mo Grado	72	41.8	34.6-49.5	52	49.5	40.0-59.0	124	44.7	38.9-50.6
Est. Ciencias Salud	71	41.5	31.5-51.1	58	63.0	52.8-72.4	129	49.0	59.4-70.9
Est. Universitarios	63	62.3	52.6-71.4	67	98.5	92.9-99.9	130	77.1	70.1-82.8

Los conceptos considerados como válidos para definir el SIDA fueron aquellos que tienen en cuenta su etiología y el efecto depresor al Sistema Inmune de las personas infectadas. Aquellas respuestas que indican solo una de sus características, como por ejemplo: “Es un conjunto de síntomas o enfermedades” o “Es un virus que se contrae a través de relaciones sexuales desprotegidas” fueron consideradas como incorrectas.

Y la transfusión sanguínea, los tatuajes (escarificaciones) y los objetos punzantes, las relaciones sexuales desprotegidas, la transmisión vertical, son algunas de las principales vías citadas para la

infección por el VIH, sin embargo, los estudiantes del área de la salud, confieren más importancia a situaciones como el proceso del parto, el uso de instrumental quirúrgico no esterilizado, las transfusiones de sangre, las lesiones y el contacto con bioproductos en los laboratorios. Para el resto de los encuestados, los intercambios sexuales desprotegidos son las causas de mayor importancia. El 73.4% (n=1198) del total de los estudiantes, muestra claramente conocer qué son los métodos anticonceptivos; y la probabilidad de que esa respuesta sea dada de manera correcta aumenta con el grado de escolaridad (Tabla-47).

Tabla-47: ¿Qué métodos anticonceptivos utilizas?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	167	57.9	52.2-63.5	158	78.6	75.5-83.8	325	66.4	62.1-70.5
12mo Grado	122	70.9	63.8-77.3	96	91.4	84.8-95.7	218	78.7	73.5-83.2
Est. Ciencias Salud	123	71.9	64.3-78.2	62	67.3	57.3-76.2	185	70.3	64.6-75.6
Est. Universitarios	86	85.1	77.2-91.1	66	97.0	90.6-99.5	152	89.7	84.6-93.8

El preservativo es el método anticonceptivos más citado por los individuos de ambos sexos. Las píldoras, los dispositivos intrauterinos; y el método del calendario, son otros de los más mencionados, y a la par, llama la atención el hecho de que la abstinencia y la fidelidad sean igualmente consideradas como métodos anticonceptivos.

Tal como se ilustra en la Tabla-48, solo el 26.1% (n=1198) del total de los encuestados, distingue correctamente un “Método Anticonceptivo” de un “Preservativo”, similar a lo observado en casos anteriores, es entre los estudiantes de ciencias de la salud seguidos por los universitarios, donde estos conceptos se distinguen con mayor claridad.

Tabla-48: ¿Piensas que existe alguna diferencia entre los métodos anticonceptivos y el preservativo?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	32	11.1	7.8-15.1	44	21.9	16.5-28.0	76	15.5	12.5-18.9
12mo Grado	28	16.2	11.3-22.3	23	21.9	14.7-30.5	51	18.4	14.1-23.3
Est. Ciencias Salud	67	39.1	31.5-46.0	49	53.2	43.0-63.2	116	44.1	37.8-49.7
Est. Universitarios	21	20.7	13.7-29.5	48	70.5	58.9-80.4	69	40.8	33.6-48.3

El 71.4% (n=1198) del total de los encuestados entiende el “Sexo Seguro” por aquel que se da en circunstancia que no implican riesgos para la salud, como por ejemplo: la infección por el VIH, las ETS

y los embarazos no deseados, para ello, y “Tener sexo acompañado por el uso del preservativo” es el tipo de “Sexo Seguro” más citado. Y la probabilidad de que esa pregunta sea contestada de manera correcta es menor entre el grupo de estudiantes universitarios mientras que para el resto de los encuestados, no se observa una marcada variación (Tabla-49)

Tabla-49: ¿Qué es lo que tú consideras como “Sexo Seguro”?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	203	70.4	65.0-75.0	141	70.1	63.5-76.1	344	70.3	66.1-74.2
12mo Grado	108	62.7	55.3-69.7	92	87.6	80.2-92.9	200	72.2	66.7-77.2
Est. Ciencias Salud	122	71.3	64.2-77.7	71	77.3	67.7-84.8	193	73.3	67.7-78.4
Est. Universitarios	68	67.3	57.7-75.9	51	75.0	63.7-84.2	119	40.4	63.2-76.9

Y el 96.3% (n=1198) de los encuestados, independientemente del grado de escolaridad, afirma que se protege contra la infección por el VIH y el SIDA y las ETS (Tabla-50).

Tabla-50: ¿Te proteges contra el VIH/SIDA?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	273	94.7	91.7-96.9	194	96.5	93.2-98.4	467	95.5	93.3-97.0
12mo Grado	171	99.4	87.1-99.9	95	90.4	83.6-95.0	266	96.0	93.2-97.8
Est. Ciencias Salud	171	100	98.2-100	86	93.4	86.9-97.3	257	97.7	95.3-99.0
Est. Universitarios	101	100	97.0-100	63	92.6	84.4-97.2	164	97.0	93.5-98.9

Y el número de estudiantes que relata métodos de protección eficaces, como la práctica de sexo acompañada por el uso del preservativo representa el 86.1% (n=1198) del total de los encuestados (Tabla-51).

Tabla-51: ¿De qué modo te proteges?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	233	80.9	76.0-85.1	148	73.6	67.2-79.3	381	77.9	74.0-81.4
12mo Grado	156	90.6	85.6-94.3	89	84.7	76.9-90.7	245	88.4	84.2-91.8
Est. Ciencias Salud	163	95.3	91.3-97.8	83	90.2	82.8-95.1	246	93.5	90.0-96.0
Est. Universitarios	94	93.0	86.7-96.9	65	95.5	88.8-98.8	159	94.0	89.7-96.9

La probabilidad de que se tenga la falsa creencia de protección disminuye con el grado de escolaridad, siendo que para el grupo con hasta el 10^{mo} grado, el 95.5% (93.3-97.0) afirma que se protege contra la infección por el VIH sin embargo, la proporción de aquellos que mencionan métodos de protección seguros y eficaces se reduce al 77.9% (74.0-81.4).

Entre los métodos más citados se encuentran para ambos sexos: el uso del preservativo; el evitar las transfusiones de sangre; la fidelidad; la abstinencia sexual; el uso de material esterilizado; el evitar ir al barbero; el reducir el número de parejas sexuales; el obtener información adecuada; el no compartir objetos con personas portadoras del VIH; el tener sexo sólo con personas que sean de confianza y el no uso de instrumentos contaminados. De modo general, las mujeres muestran mayor propensión para hablar de las infidelidades de los hombres y, por otro lado, mencionan en mayor proporción que los hombres la fidelidad y la abstinencia. Mientras que los hombres hablan más del preservativo y en última instancia de la fidelidad, escasamente hablan de la abstinencia, aunque se observan casos de eso. Evitar la exposición a instrumentos invasivos y/o la transfusión de sangre, son algunos de los métodos más citados entre los estudiantes de área de la salud. “Evitar el contagio”; “tomando las precauciones debidas”; “evitando establecer relaciones con extraños” y haciendo exámenes s anti-VIH”, son otros de los más métodos de auto cuidado igualmente citados por un gran número de individuos. El 42.3% (n=1198) de los encuestados afirma que sabe qué son los comportamientos de riesgo para la infección por el VIH y las ETS, y la probabilidad de que sea dada esta respuesta aumenta con el grado de escolaridad (Tabla-52).

Tabla-52: ¿Qué son los comportamientos de riesgo con respecto a la infección por el VIH/SIDA y las ETS?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	59	20.4	16.1-25.4	46	22.8	17.4-29.0	105	21.4	18.0-25.7
12mo Grado	68	39.5	32.4-46.9	53	50.4	40.9-59.9	121	43.6	37.9-49.9
Est. Ciencias Salud	112	65.4	58.1-72.3	54	58.6	48.4-68.4	166	63.1	57.1-68.7
Est. Universitarios	73	72.2	62.9-80.3	42	61.7	49.8-72.7	115	68.0	60.7-74.7

Mientras que “tener relaciones sexuales sin preservativo”; “combinar el alcohol y/o las drogas con el sexo lo que lleva a prácticas sexuales desprotegidas”; “dry sex”; “el abuso del alcohol y de las drogas”; “el tener muchas parejas sexuales”; “recibir transfusión de sangre”; “instrumentos invasivos contaminados”; “la infidelidad”; “la falta de información”; “compartir utensilio”; “la confianza que se deposita en las pareja con la que se lleva mucho tiempo y es incompatible con el uso del preservativo”; “el sexo antes del matrimonio” y la “ETS no tratadas”; “la no observancia de las normas de bioseguridad”; “el cambio frecuente de parejas sexuales”; “el no percibir el riesgo de infección por el VIH (pensar que el SIDA es asuntos de otros)”, son los elementos que figuran en la lista correspondiente a los principales comportamientos de riesgo para la infección por el VIH citados por los individuos de ambos sexos e independiente del grado de escolaridad. Sin embargo, la proporción de aquellos que consideran que una persona heterosexual y que practica sexo seguro puede correr el

riesgo de infectarse por el VIH es de 75.7% (n=1198), y la probabilidad de que se esté de acuerdo con ese planteamiento aumenta con el grado de escolaridad (Tabla-53).

Tabla-53: ¿Piensas que una persona heterosexual que practica sexo seguro puede correr riesgo de infección por el VIH?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	189	65.6	59.9-70.9	119	59.2	52.3-65.8	308	62.9	58.6-67.1
12mo Grado	139	80.8	74.4-86.1	85	80.9	72.5-87.6	224	80.8	75.9-85.1
Est. Ciencias Salud	158	92.3	87.6-96.7	79	85.8	77.6-91.9	237	90.1	86.0-93.2
Est. Universitarios	73	72.2	62.9-80.3	65	95.5	88.8-98.8	138	81.6	75.2-86.9

Y de aquellos que consideran que la mujer es más vulnerable a la infección por el VIH y las ETS baja al 38.1% (n=1198) de los encuestados, lo que muestra una clara tendencia a que no se considere que la mujer sea más vulnerable a la infección por el VIH que los hombres; y a medida que aumenta el grado de escolaridad, también aumenta la probabilidad de que esa pregunta sea contestada correctamente. Mientras que en función del sexo, no se observa ninguna diferencia (Tabla-54).

Tabla-54: ¿Piensas que el riesgo de infección por el VIH es mayor en la mujer que para el hombre? ¿Por qué?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	69	23.9	19.2-29.1	39	19.4	14.3-25.3	108	22.0	18.5-25.9
12mo Grado	64	37.2	30.2-44.6	72	68.5	59.2-76.9	136	49.0	43.2-54.9
Est. Ciencias Salud	92	53.8	46.2-61.2	49	53.2	43.0-63.2	141	53.6	47.5-59.5
Est. Universitarios	49	48.5	38.8-58.2	23	33.8	23.3-45.6	72	42.6	35.3-50.9

Las principales razones alegadas por los hombres para la mayor vulnerabilidad de la mujer a la infección por el VIH son: *“por su dependencia económica sobre el hombre y la propensión a que se someta a los designios de éste”*; *“por la anatomofisiología de sus órganos sexuales que dificultan el diagnóstico de las ETS e impide su tratamiento”*; *“porque tienen dificultad para influir sobre el uso del preservativo”*; *“por las desventajas socioculturales y económicas”*; *“porque existen más mujeres que hombres y cada hombre puede tener muchas mujeres como parejas sexuales”*; *“porque se dejan dominar fácilmente por el hombre”*; *“porque ellas practican sexo por dinero”*; *“porque ellas esperan que el hombre decida usar el preservativo en lugar de exigirlo”*; *“a algunas no les gusta el preservativo”*; *“las mujeres son muy sensibles y acreditan en las mentiras que cuentan los hombres (confían fácilmente)”*; *“piensan que no deben decir NO cuando algo no les conviene”*; *“es durante el parto o en las vacunas”*; y *“toman pocas precauciones”*. Mientras que para las mujeres, las razones más citadas fueron: *“por las infidelidades de los hombre”*; *“ello se da en el momento del parto”*; *“porque son presumidas y carecen de dinero y recurren a los hombres para obtenerlo”*; *“cuando la mujer es bonita,*

los hombres no la dejan en paz"; "porque se dejan someter por los hombres"; "porque tienen muchas parejas sexuales"; "por las microlesiones en el epitelio vaginal que se causan durante el acto sexual que favorecen la infección por el VIH si su pareja estuviera infectado"; "porque la mujer se prostituye"; "porque los hombres andan con muchas mujeres y no aceptan el preservativo"; "cuando se desea tener sexo con alguien a quien se quiere y no hay preservativo, no se deja de hacer por eso"; "porque el hombre no comprende a la mujer y él hace lo que quiere"; "porque la mujer tiene escaso poder de decisión en cuestiones relacionadas con la sexualidad"; y "porque a veces a la mujer no les gusta el preservativo". Mientras que las opiniones que van en contra de este planteamiento se basan en argumentos como: "el nivel de riesgo es igual en ambos sexos"; "los hombres son más irresponsables y por ello corren mayor riesgo"; "el hombre tiene mayor número de parejas".

El 65.0% (n=1198) de los encuestado considera que los adolescentes corren mayor riesgo de infección por el VIH que las personas adultas; y la probabilidad de que se piense así se incrementa con el grado de escolaridad (Tabla-55), y en función del sexo, los hombres son los que más tienen la probabilidad de estar de acuerdo con ese planteamiento.

Tabla-55: ¿Piensas que los adolescentes corren mayor riesgo de infección por el VIH que las personas adultas? Y ¿qué justificación le das a tu respuesta?

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	162	56.2	50.4-61.9	84	41.7	35.1-48.7	246	50.3	45.8-54.7
12mo Grado	118	68.6	61.3-75.2	69	95.7	56.2-74.3	187	67.5	91.8-72.8
Est. Ciencias Salud	141	82.4	76.2-87.6	77	83.6	75.0-90.2	218	82.8	77.9-87.0
Est. Universitarios	70	69.3	59.8-77.7	58	85.2	75.3-92.2	128	75.7	68.8-81.7

Las razones alegadas para la mayor vulnerabilidad de los adolescentes a la infección por el VIH son: "carecen de información y de capacidad de autodomínio"; "son muy inestables"; "son tercos e irresponsables"; "tienen mucha prisa"; "son sexualmente impetuosos"; "no se protegen"; "no se resisten a una propuesta de sexo"; "lo quieren todo de una vez"; "quieren el máximo placer, el máximo del disfrute y piensan que eso es lo que se llama felicidad"; "no saben decir No"; "no escuchan ni a los padres ni a los hermanos mayores"; "por sus órganos sexuales que todavía están inmaduros"; "porque sueñan y piensan que la vida es solo eso" y "se dejan llevar por sus emociones"; "hacen las cosas por mera curiosidad sin que estén debidamente preparados para ello"; "son compulsivos"; "no toman precauciones: no les gusta el preservativo, y quieren placer"; "cambian constantemente de parejas"; "tienen mucha avidez"; "para ellos el sexo es una moda, una diversión"; "no acreditan en el VIH/SIDA"; "están en la fase de aprendizaje: imitan todo lo malo"; "tienen mayor ímpetu sexual y no lo controlan";

“son muy distraídos, solo les interesa el juego, lo inmediato”, “están en la fase de experimentarlo todo”, “porque se meten con gente adulta que los dominan”, “porque les gusta el sexo pero no se informan sobre ello”, “por la excesiva espontaneidad en sus decisiones”, “son torpes y tercos”, “son sexualmente impulsivos”, “carecen de una visión del conjunto, les importa solo el presente”, y “son muy emotivos”.

Y el 61.1% (n=1198) considera que los portadores asintomático pueden transmitir el VIH, y a medida que aumenta el grado de escolaridad, también aumenta la probabilidad de que se conteste afirmativamente a esta pregunta. Mientras que en función del sexo, no se observa ninguna diferencia (Tabla-56).

Tabla-56: *Y los portadores asintomáticos del VIH, ¿pueden transmitir el Virus?*

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	143	49.6	43.8-55.4	83	41.2	34.6-48.2	226	46.2	41.8-50.6
12mo Grado	117	68.0	60.7-74.6	80	76.2	67.3-83.6	197	71.1	65.5-76.2
Est. Ciencias Salud	128	74.8	67.9-80.9	79	85.8	77.6-91.9	207	78.7	73.4-83.3
Est. Universitarios	57	56.4	46.6-65.8	46	65.6	55.8-77.9	103	60.9	53.4-68.0

Y solo un 17.4% (n=1198) afirma que ha estado expuesto al VIH, los individuos con los más elevados grados de escolaridad tienen mayor probabilidad de contestar afirmativamente a esta pregunta (Tabla-57).

Tabla-57: *¿Has estado expuesto al VIH/SIDA?*

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	36	12.5	9.0-16.7	19	9.4	5.9-17.1	55	11.2	8.6-15.2
12mo Grado	29	16.8	11.8-23.0	18	17.1	10.8-25.2	47	16.9	12.8-21.7
Est. Ciencias Salud	43	25.1	19.0-32.0	26	28.2	19.7-38.0	69	26.2	21.2-31.8
Est. Universitarios	22	21.7	14.5-30.6	15	22.0	13.5-33.0	37	21.8	16.2-28.5

Sin embargo, en muchos casos esa pregunta ha sido interpretada como *“haber estado delante de una persona con SIDA”*, por ello, algunas de las personas que afirman haber estado expuestos al VIH, dan respuestas como: *“en el hospital de visita a enfermos”, “en la televisión”*, de la misma manera, algunas de las personas que afirman nunca haber estado expuesto se refieren el nunca haber estado delante de un enfermo con SIDA. Las principales circunstancias que propiciaron la exposición al VIH son el haber tenido algunas relaciones sexuales sin el uso del preservativo; o a través de biomaterial en el laboratorio.

Mientras que el 75.5% (n=1198) de los encuestado considera que cuando una pareja desea tener un hijo debería realizar el examen del VIH. Las mujeres son las que más están de acuerdo con ese planteamiento y, por otro lado, la probabilidad de que se esté de acuerdo aumenta con el grado de escolaridad (Tabla-58). Y las razones más aludidas para ello se orientan hacia la protección de la salud del hijo; la probabilidad de que éste se quede huérfano; y la salud de los padres.

*Tabla-58: Piensas que las parejas cuando desean tener hijos deberían realizar el examen del VIH?
Y ¿Qué justificación le das a tu respuesta?*

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%	n	%	I.C. al 95%
8vo a 10 grado	189	65.6	59.9-70.9	106	52.7	45.8-59.5	295	60.3	55.9-64.9
12mo Grado	127	73.8	66.8-79.9	96	91.4	84.8-95.7	223	80.5	75.5-84.8
Est. Ciencias Salud	163	95.3	91.3-97.8	82	89.1	81.4-94.3	245	93.2	89.6-95.7
Est. Universitarios	74	73.2	64.0-81.2	68	100.	95.5-100.0	142	84.0	77.9-88.9

7.0. DISCUSIÓN

La transmisión del VIH no depende solamente del comportamiento sexual de los individuos; ésta se da en contextos de relaciones interpersonales y es favorecida fundamentalmente por el contexto socioeconómico: la pobreza, las relaciones de género, entre otros, y este hecho pone de manifiesto un conjunto de obstáculos de naturaleza sociocultural, psicológica que dificultan su abordaje, y en virtud de ello, en los programas de prevención debe tenerse claro el papel que juega cada uno de los diferentes aspectos que favorecen la epidemia del VIH y el SIDA.

El género es una construcción específica para cada cultura; y como resultado de ello, habrán diferencias de lo que un hombre o una mujer puede o no puede hacer en una cultura comparado con la otra; pero en lo que todas las culturas son inequívocamente similar es que siempre hay diferencias en los roles, en el acceso a los medios y recursos de producción y en la autoridad para la toma de decisiones entre los hombres y las mujeres. Mientras que el sexo define una distinción biológica entre hombres y mujeres, el género constituye una construcción social que diferencia el poder, los papeles, las responsabilidades y las obligaciones de los hombres y de las mujeres en la sociedad. En sentido más amplio, el género determina el modo en que pensamos, el modo que sentimos, y en qué cosas creemos, podemos o no podemos hacer como hombres y como mujeres.

Los conocimientos acumulados a lo largo de la historia del VIH y del SIDA revelan que los papeles socialmente atribuidos a los géneros influyen directa o indirectamente sobre el riesgo a escala individual de la infección por el VIH.

El género determina la medida en que el hombre o la mujer serán o no vulnerables y en la medida en que el individuo será capaz de afrontar el peso de la infección, ya que ello determina la habilidad de cada género para buscar apoyo y de acceder al tratamiento etc., para brindar cuidados a los miembros de la familia y para afrontar la supervivencia socioeconómica a la muerte de los miembros de la familia.

Y razones relacionadas con la anatomofisiología, y las normas culturales hacen que las mujeres sean más susceptibles que los varones a la infección por el VIH. En nuestra población de estudio, se ha encontrado que el SIDA es más frecuente en la mujer que en el hombre, del mismo modo que la mujer infectada y/o enferma de SIDA, es en media, más joven que el hombre, sin embargo, el grupo de edad más afectado es el de los 30-36 años. Los datos disponibles para Mozambique (51) respaldan este hallazgo, y ésta observación también refuerza la hipótesis confirmada por diversos autores, según la cual, la mayoría de las infecciones se dan en edades tempranas (33). El que la infección por el VIH sea prevalente en mayores proporciones en mujeres jóvenes comparado con los hombres de su misma edad, pone de manifiesto la tendencia cada vez más frecuente de que hombres de mayor edad busquen sus parejas entre las mujeres más jóvenes con la creencia de que es poco probable que éstas puedan estar infectadas. Dichas prácticas ponen a toda la mujer en graves riesgos de infección. La edad en que predomina la ocurrencia de las infecciones en las mujeres corresponde en media a unos 10 años antes del máximo para los hombres. Un estudio realizado en Kenya (92), observó que la mitad de las mujeres cuyos esposos eran 10 o más años mayores estaban infectadas por el VIH, en comparación con ninguna de las mujeres cuyos esposos eran hasta tres años mayores.

Y en contrapartida, el matrimonio no siempre ofrece protección a la mujer joven contra la infección por el VIH. Una mujer que se relaciona con un hombre mucho mayor que ella, o un hombre con una mujer de su misma edad o de edad cercana, corren grandes riesgos de infección por el VIH. La diferencia de edades en las parejas es un fenómeno frecuente, en la que resulta que el hombre suele ser a veces muchos años mayor que la mujer. Las proporciones de jóvenes hombres que inician tempranamente sus actividades sexuales es muy superior al porcentaje de jóvenes mujeres que se encuentran en la misma condición, y al cabo de unos años el número de parejas sexuales acumuladas por el hombre es superior al observado para las mujeres (66), por lo que éstas, no sólo tienen mayor probabilidad de contraer matrimonio con un hombre que ya tiene experiencia sexual, sino también con uno que ha acumulado un número elevado de parejas sexuales, y con una mayor probabilidad de estar infectado, hecho que explica el que un gran número de las mujeres infectadas por el VIH tenga un solo compañero sexual y en otros casos sea el hombre con el que mantiene vínculos estables o matrimoniales.

Así mismo, en el plan sexual, en la mayoría de las culturas, la mujer goza de un menor poder que el hombre, y a causa de ello las decisiones sobre las condiciones en que se van a dar las relaciones sexuales serán dictadas por el hombre; por otro lado, a causa del bajo status socioeconómico que afecta a la mujer, la mayoría de ellas presenta grandes necesidades de conservar las relaciones con

sus parejas por lo que experimentan innumerables dificultades o simplemente no son capaces de negociar sus relaciones sexuales.

Estudios realizados en Zambia reportan que solo el 25% de las mujeres cree que una mujer puede rechazar las relaciones sexuales propuestas por su pareja (92), y ello está relacionado con la mayoría de las razones alegadas por las mujeres para el *no uso del preservativo*, que aluden a la negativa del hombre, o al carácter casado del vínculo que media su relación con la pareja. Situaciones como éstas hacen que el mayor riesgo que una mujer puede correr con respecto al VIH sea el estar involucrada en una relación estable o casada. Por lo que el matrimonio, lejos de dar cohesión y de proteger a los miembros que lo forman contra la infección por el VIH y las ETS, construye un contexto en el que resulta problemático para la mujer negociar y lograr el uso del preservativo, y es aun más complicado si la mujer es más joven que el esposo. En otras circunstancias, la mujer, movida por diversas razones, se ve forzada a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero.

El desfase y/o las diferencias que existen entre hombres y mujeres en el acceso a la educación y a la información constituyen uno de los elementos que en mayor desventaja coloca a la mujer. Ello se manifiesta en el hecho de que los conocimientos sobre el VIH y el SIDA se muestran de modo general más débiles en ellas que en sus compañeros. Muchas mujeres débilmente acreditan que la mujer corra mayor riesgo de infección por el VIH, y cuando lo hacen, piensan que ello es por que la mujer se prostituye y no se previene; y en otros casos, el efecto de los papeles o roles establecidos culturalmente para los género se manifiesta en imágenes o estereotipos peyorativos de que es víctima la mujer. Opiniones en las que la mujer sale escasamente favorecida como las que a continuación se enumeran, son una muestra de lo anteriormente planteado. En algunos aspectos, ella es vista como pasiva y falta de autonomía: *“porque se dejan dominar fácilmente por el hombre”*; *“porque ellas esperan que el hombre decida usar el preservativo en lugar de exigirlo”*; como inmaduras e incapaces de tomar decisiones importantes respecto a si mismas: *“no saben decir NO”*; *“piensan que no deben decir NO cuando algo no les conviene”*; o como prostitutas: *“porque ellas practican sexo por dinero”*; *“porque son presumidas y carecen de dinero y recurren a los hombres para obtenerlo”*. Ésta visión que tiene de la mujer también refuerza la tendencia a considerar a la mujer como el vehículo de la enfermedad. Sin embargo, no solo la enfermedad comenzó entre los hombres y fue diseminada por todo el mundo por el hombre, sino también que cada mujer que ejerce la prostitución contrae la enfermedad de un contacto con hombre infectado; y por otro lado, el comercio del sexo se realiza muchas veces en un contexto en que representa la propia supervivencia o cuando la supervivencia de los demás depende de uno. En esas condiciones, la práctica de sexo por dinero se convierte en algo

difícil de evitar; no obstante ello, en la sociedad, de modo general, éste grupo no es percibido como víctima, sino como vector.

Y en medio de carencias generalizadas, las mujeres que ejercen el intercambio de sexo por dinero son particularmente susceptibles a los abusos de los clientes violentos a los que no pueden insistir en la exigencia del uso del preservativo ni rechazar; son susceptibles, además, a los abusos policiales y son víctima del estigma que afrontan en toda la sociedad (50) además de que las personas que se dedican al intercambio de sexo por dinero representan un grupo relativamente pequeño comparado con la población general de individuos sexualmente activos (62).

Y la obligatoriedad de los exámenes para la detección de la infección por el VIH en las mujeres que desean tener hijos o que asisten a los centros de atención prenatal está asociada al hecho de que la mujer sea vista en muchas situaciones como la responsable por la diseminación de la infección en la sociedad, y por ende la que va a infectar al niño inocente. Más allá de los claros beneficios que redundan de esa práctica, surge la impostergable necesidad de encontrar un abordaje que no restrinja la libertad de la mujer de ejercer su derecho a la maternidad.

Igualmente, se ha constatado en nuestro trabajo que ellas son también vistas como promiscuas: *“porque tienen muchas parejas sexuales”,* o inocentes: *“las mujeres son muy sensibles y acreditan en las mentiras que cuentan los hombres, confían fácilmente”;* o como irresponsables: *“a algunas no les gusta el preservativo”;* *“toman pocas precauciones”;* *“cuando se desea tener sexo con alguien a quien se quiere y no hay preservativo, no se deja de hacer por eso”.*

En otros casos se reconocen las desventajas de la mujer, y se citan ejemplos como el hecho de que no se disponga hasta la actualidad, de un método protector eficaz contra el embarazo no deseado y contra las ETS y el VIH y el SIDA cuyo uso sea controlado por la mujer y no requiera de la colaboración del hombre, como lo podría ser un preservativo femenino y que estuviese ampliamente distribuido y además de efectivo, que fuese económicamente asumible.

Y a medida que aumentan tanto los años de escolaridad como la edad, la opinión sobre la elevada vulnerabilidad de la mujer a la infección por el VIH pasa de responsabilizar exclusivamente a la mujer, mediante argumentos que se enfocan en su incapacidad para ser fiel; o su propensión a la práctica del sexo por dinero; su rechazo al uso del preservativo, pasando a enfocar su débil poder de decisión en todas la esferas de las relaciones entre hombres y mujeres incluyendo en lo que atañe a la sexualidad,

o a las características anatomofisiológicas de los órganos sexuales de ésta; o a los roles sociales determinados por factores culturales; al poder económico que favorece al hombre etc. Un hallazgo que puede ser llamativo es, talvez el hecho de que las opiniones más rígidas contra la mujer vengan de las mujeres más jóvenes. Las normas de masculinidad esperan que el hombre este mejor informado y tenga más conocimientos y experiencia sobre el sexo. La creencia y la esperanza de que el hombre se pueda valer por si mismo hacen que este no busque apoyo en casos de necesidad y, en contrapartida, afronte solitariamente muchos retos. Esta expectativa de invulnerabilidad asociada con el hecho de se ser hombre reduce la probabilidad de que sean tomadas medidas preventivas. Es paradójico el hecho de que pese a las ventajas sociales que favorecen al hombre y que contribuyen para su mayor seguridad para la infección por el VIH, sin embargo sea también entre los hombres que se dan los comportamientos que encierran los mayores riesgos de infección. El hecho de que la mayoría de los hombres aceptaría tener relaciones sexuales sin preservativo si su pareja se negara a usarlo; o que un número importante de ellos tendría relaciones sexuales sin usar el preservativo con una persona que les gustara, evidencia la precaria seguridad de éste en un contexto que aparentemente le ofrece mayor protección.

Otro hecho es que los hombres no serían capaces de no tener relaciones sexuales antes de matrimonio, ni estarían dispuestos a tener una sola pareja sexual durante toda la vida, estas dos ultimas características también involucran a las mujeres, que al igual que los primeros, tampoco hablarían de sexo con los padres, del mismo modo que consideran que los conocimientos que tienen sobre sexualidad son elevados; o la actitud compartida por los individuos de ambos sexos, y también observada en estudios realizados en otras partes y en contextos similares (28) que atribuyen al hombre la responsabilidad por la protección de los dos durante el acto sexual y esperan que sea éste el que traiga consigo el preservativo.

Algunos autores (6) han observado que muchos hombres tienen una información y concepciones erróneas sobre la salud sexual y reproductiva, pero también la misma fuente cita que en 23 países, los conocimientos sobre el VIH son mayores en los hombres que en las mujeres. Esta desigualdad en los conocimientos limita la posibilidad de la mujer para estar informada sobre los riesgos inherentes a la actividad sexual.

Y se ha observado también que de acuerdo con el genero, las mujeres serían en muchos aspectos, más capaces de adoptar un comportamiento responsable frente a la infección por el VIH que los

hombres: los hombres serían menos capaces de negarse a tener relaciones con alguien conocido a menos de 30 días; con una persona a la que han tratado con anterioridad; o aquella que desean volver a tratar. No se negarían a tener relaciones sexuales con alguien que desean se enamore de ellos, o con aquella que su nivel de excitación sea muy alto.

Sin embargo para algunas situaciones los hombres son más capaces de ejercer un control sobre su comportamiento, y ello se demuestra por el hecho de que la probabilidad de que las relaciones sexuales sean planificadas es mayor en los hombres, no obstante, en otras se muestran menos capaces de influir sobre sí mismos; ésta inestabilidad constituye en sí mismo un factor que implica graves riesgos.

La desigualdad de género creado a partir de diferencias en el acceso a los medios de producción se convierte en desigualdad del poder en los intercambios sexuales donde la satisfacción del placer del hombre tiende a supeditar a la de la mujer, a la vez que atribuye al hombre mayor control sobre la sexualidad.

Y una desigualdad en las interacciones sexuales determina por su turno los resultados de las interacciones sexuales. Un error sistemático es cuando a la mujer y al hombre se les ofrece intervenciones con información basada en los estereotipos de acuerdo al género, cuando en realidad sus necesidades y responsabilidades son las mismas. El ejemplo más característico es cuando la información sobre prevención de la transmisión vertical se le da solo a la mujer, asumiendo que ella, al ser la madre es, por tanto a quién corresponde recibir la información sobre la transmisión vertical del VIH; lo cual entre las principales desventajas que este método encierra se cuenta la dificultad que de ello deriva para hacer al hombre también responsable y participe en las cuestiones concernientes al niño y su salud. Éste hecho también refuerza el estereotipo que representa a la mujer como vector de la enfermedad. Los programas de prevención de la transmisión vertical basados en el asesoramiento y en el examen voluntario sobre la infección por el VIH de la mujer embarazada, y la disposición de medicación antirretroviral para la mujer embarazada e infectada y la provisión de sustituto a la lactancia materna con la finalidad de proteger al niño de la infección son algunas de las manifestaciones ligadas a ese fenómeno. Este protocolo standard trata a la mujer meramente como el medio a través del cual el niño viene al mundo, a medida que se le da toda la importancia al niño sin tener en cuenta las necesidades, los deseos y los derechos de la mujer-madre.

Para que una intervención pueda tener buenos resultados, tal como lo plantean diversos autores (52), deberían no sólo reconocer las diferencias de género, sino también que éstas fueran un poco más allá, mediante la creación de condiciones en las que el hombre y la mujer pudiesen examinar los aspectos menos ventajosos de esas normas, y experimentar con nuevos modelos de comportamientos, en la creación de papeles y de relaciones de géneros más equitativos.

Aquellos programas que pretenden implantar y transformar los papeles de género y establecer un contexto de mayor equidad y igualdad son por si mismo mejores que aquellos que no lo hacen; de ahí que, más allá de los objetivos de la salud, estos deben estar enfocados en la reducción de las inequidades y de las desigualdades mediante la potenciación de la mujer y de las niñas; a través del incremento en su acceso a los recursos socioeconómicos, con lo cual se pueden imprimir cambios en la dinámica de las relaciones socioeconómicas, y de ello resultará una mayor y más efectiva protección de la mujer y del hombre, y por ende, de toda la sociedad.

Sin embargo, para ello se requieren de acciones vigorosas incluyendo a escala de la legalidad de modo a que se disuadan aquellas prácticas que afectan la autonomía de la mujer; y ello contempla también a programas enfocados hacia la susceptibilidad de los jóvenes. Estos programas deben ser dirigidos a dos audiencias básicas: a) a las mujeres, jóvenes y adultas, con la finalidad de dotarlas de habilidades sociales que les permitan negociar diferentes cuestiones de sus vidas y de sus relaciones, lo cual les hará más capaces de protegerse contra el VIH; y b) los hombres jóvenes y adultos de manera a que se vuelvan más responsables en sus comportamientos sexuales y que aprendan a honrar su masculinidad mediante el respeto y el sentido de protección de la salud de sus parejas e hijos (69), y deben promover cambios en la concepción de esa imagen de hombre macho en lo sexual y reemplazarla por una que encuentre su satisfacción en el respeto y el cuidado de las mujeres. Debe igualmente crearse espacios donde éstos puedan discutir libremente sobre el sexo y expresar las preocupaciones, los temores y las inseguridades que experimentan en diversas esferas de la vida. Todas aquellas situaciones que favorecen y perpetúan las desventajas de la mujer ya sea limitando su acceso a la educación y a estabilidad económica, afectan también su autoestima y elevan su vulnerabilidad para la infección por el VIH y favorecen la diseminación y perpetuación del VIH y el SIDA (1).

Aunque el VIH y el SIDA siguen siendo las principales fuentes de preocupación en materias de salud entre los jóvenes, sin embargo también la mayoría de las infecciones en ese grupo se dan a causa del desconocimiento que en muchos casos lleva a la no observancia de las normas básicas de autocuidado (22). Y uno de los aspectos más importantes sobre las características de la epidemia en los jóvenes es que ellos se infectan durante los años en que se encuentran en edad escolar, o poco tiempo después; y desde que las nuevas infecciones se dan aceleradamente entre los jóvenes, eso significa que esa población constituye un grupo que puede expandir la infección entre ellos y en el resto de la sociedad.

De modo general, en cualquier sociedad, los jóvenes tienen mucho menos poder que los adultos, del mismo modo que las jóvenes mujeres tienen aún menos poder que sus compañeros de la misma edad en todas las esferas de la Sociedad. Y aunque en muchos estudios no se reflejan los contextos en que se dan las relaciones sexuales de riesgo, o los factores que favorecen el inicio temprano de las actividades sexuales, ni el modo en que esos factores varían de hombres a mujeres, sin embargo resulta que muchas personas infectadas o con una gran vulnerabilidad a la infección por el VIH, no practican comportamientos de gran riesgo (67). Su vulnerabilidad deriva principalmente del comportamiento de otros, de su limitada autonomía y de ciertos factores externos y que quedan fuera de su control. Es decir, el mayor riesgo para la infección por el VIH procede esencialmente de una vulnerabilidad social.

Los jóvenes, especialmente los adolescentes, se encuentran en la etapa de la formación de su identidad, y ese periodo es caracterizado, como lo plantea Grobler y colaboradores 2000, (46) por el descubrimiento, por un acentuado sentido de curiosidad, por una gran necesidad de amor, atención y comprensión y por una mayor implicación en las relaciones individuales. Por otro lado, la propia complejidad de las situaciones vinculadas a un mayor riesgo y de la percepción de los riesgos hace que resulte complicada la prevención de la transmisión del VIH. En un contexto como éste, la educación sexual tiene un importante papel en el control de la epidemia.

Los cambios físicos, psicológicos y emocionales que son inherentes al proceso de desarrollo de los jóvenes, caracterizados por una falta de madurez de los órganos genitales, lo cual propicia la ocurrencia de microlesiones durante los intercambios sexuales, y/o la urgencia compulsiva para la

experiencia sexual, y el verse a si mismo como gente adulta, constituyen en si mismos, elementos que incrementan la vulnerabilidad de los jóvenes a las infecciones por el VIH. Pero es también en ese periodo cuando se forman (95) los papeles de género, la sexualidad, y las actitudes hacia la mujer. Y por consiguiente, más allá de la vulnerabilidad fisiológica, los jóvenes en particular son más susceptibles a ceder ante las presiones ejercidas por los amigos, y se inclinan más a adoptar comportamientos que implican elevados riesgos de infección, a la vez que son menos capaces de negociar aspectos relacionados con el sexo. Ellos, presentan también dificultades para acceder a los servicios de salud y a la información. Por lo que la ignorancia constituye, con diferencia, el factor de riesgo para la infección por el VIH de mayor importancia. Aunque la mayoría de los jóvenes alega que posee conocimientos sobre el VIH, no obstante el nivel de los desconocimientos que ellos poseen pone en peligro sus vidas. Y de entre todos, las mujeres jóvenes, y las niñas (89), son con diferencia, el grupo más vulnerable para la infección por el VIH.

Los jóvenes no son capaces de abstenerse sexualmente, ni de retardar el inicio de su vida sexual, ni de tener menor número de parejas sexuales, del mismo modo que no siempre son capaces de usar el preservativo de manera correcta y sistemática.

Y en consecuencia, por lo general, la actividad sexual tiene inicio a edades tempranas. En nuestro grupo de estudio se ha constatado, y similar a lo descrito por otros autores (66-98), que entre los 14 y los 16 años, la mayoría de los jóvenes ya tiene experiencia sexual y para que ello ocurra no se requiere del consenso de los padres, por lo que, si asumimos que los jóvenes terminarán haciendo las cosas que les corresponden, como lo demuestra la práctica, mediante la escasa adherencia hacia aquellos planteamientos que refuerzan la idea de la abstinencia; y, por otro lado, que ello ocurrirá determinado por moldes sobre los que con frecuencia los jóvenes no se muestran capaces de controlar, entonces lo acertado será dotarles de herramientas que les permitan dominar algunos de los factores que influyen sobre esos eventos, de modo a que ello les reporte los máximos beneficios a la vez que se minimizan sus efectos negativos, y permitan que las prácticas transcurran en un ambiente basado en el respeto mutuo, en la aceptación mutua, en la solidaridad y en la equidad entre los géneros. El carácter no planificado en que se da la primera experiencia sexual, y en los casos en que ésta ha sido planificada, la probabilidad de que sea mayor en los hombres; y el hecho de que ese mismo perfil se mantenga invariable con respecto a las prácticas sexuales sucesivas, son algunos de los comportamientos que encierran un gran riesgo y que podrían ser minimizados mediante

intervenciones de esta naturaleza. Otro elemento constituye la escasa probabilidad de que la primera experiencia sexual sea acompañada por el uso del preservativo, aunque entre los individuos de menor edad, que corresponde a los grupos de poblaciones que fueron abarcados por los mensajes preventivos antes de que tuviera inicio su vida sexual, sea mayor la probabilidad de que sea relatada esa práctica para la primera experiencia sexual.

Los adolescentes tienden a subestimar, a desestimar o denegar los riesgos de la infección por el VIH. Muchos jóvenes tienen dificultad en reconocer que el comportamiento de sus parejas también les hace correr riesgos, del mismo modo que algunos consideran que los riesgos de infección se circunscriben a determinados grupos como las personas que intercambian sexo por dinero, etc. En la mayoría de ellos, prevalece el síndrome de “*ESTO NO ME PASARÁ A MI.*” Ese síndrome se manifiesta en muchas facetas de la vida de los jóvenes, como en la conducción a gran velocidad y a veces acompañado por el alcohol y determina también el modo en que transcurren sus encuentros sexuales. En Haití, país con una prevalencia de VIH/SIDA de 5.2% en la población adulta, el 63% de las chicas sexualmente activas de entre 15-19 años piensa que no corre ningún riesgo de infección por el VIH (93). Y esa situación deriva fundamentalmente de la debilidad de sus conocimientos respecto al VIH, el SIDA, las ETS y respecto a la sexualidad en general.

En nuestro grupo de estudio hemos constatado grandes dificultades a la hora de formular y de expresar conceptos básicos, como aquellos que definen el SIDA: “*Enfermedad grave y sin cura, transmitida a través del contacto sexual*” es el concepto más ampliamente manejado por los individuos de menor edad y menor grado de escolaridad. A medida que aumenta la edad y los años de escolaridad, la definición dada se va haciendo más compleja y también más técnica, y en algunos casos, se alcanza un alto nivel de acierto.

Aunque la mayoría es capaz de indicar correctamente el contacto sexual sin el uso del preservativo, que constituye la vía dominante para la diseminación del VIH en Mozambique, como una de las principales formas de transmisión del VIH; no obstante, no están claros en cuanto a otras vías que igualmente permiten su transmisión; un ejemplo de ello es el contradictorio hecho de que tras esa afirmación, también sean considerados los objetos contaminados o las relaciones sexuales y la transfusión de sangre, como factores que juegan un importante rol en la diseminación de la infección, lo cual falla al no adecuarse al patrón dominante de la epidemia en Mozambique; y por otra parte al no tener en cuenta que dichas prácticas no representan, por sí mismas, un importante riesgo de infección

por el VIH, sino que éste se incrementa si éstas se llevan a cabo sin observar las precauciones debidas como pueden ser la tamización anti-VIH de la sangre o el uso del preservativo, la esterilización de los utensilios y de otros métodos.

En algunos casos se considera como una práctica a través de la que se puede contraer el VIH el contacto con una persona infectada por el VIH, por el solo hecho de ser persona portadora del VIH sin que esté mediado por el intercambio de fluidos corporales; del mismo modo, el 38.9% (n=1198) de los estudiantes no sabe que un portador asintomático puede transmitir el virus. Estudios realizados en Mozambique y citados por el Instituto Nacional de Estadística y por la UNICEF, para el año 2003, sitúan en el 20% de los hombres y el 38% de las mujeres de 15 a 24 años, la población que no sabe que una persona con apariencia saludable puede transmitir el VIH.

Estas concepciones tienen las desventajas de que, primero pueden generar una actitud de intolerancia y de falta de solidaridad hacia las personas afectadas e infectadas por el VIH y, en segundo lugar, que no sean tomadas las precauciones debidas sobre todos en aquellos casos en que se establecen relaciones con las personas basándose en su apariencia física.

Por lo que un conocimiento claro de las vías de transmisión por parte de toda la población es crucial, una vez que ello no solo favorece la adopción de prácticas efectivas contra el la infección por el VIH/SIDA y las ETS a escala individual, sino también contribuye a fomentar actitudes más solidarias y positivas hacia las personas que viven con el VIH/SIDA. De modo general, es excesivo el número de jóvenes que piensan que con solo mirar a la persona pueden determinar su estatus con respecto a la infección por el VIH. En Nepal el 80% de las chicas de entre 15-19 años y el 50% en Vietnam, del mismo grupo de edad, no sabe que una persona infectada por el VIH puede tener una apariencia saludable. Esa misma condición se observa para la mitad de los jóvenes de las mismas edades de Sudáfrica y de Lesotho (93).

Otra importante debilidad lo constituyen los numerosos errores de concepto, que en lo referente a determinados aspectos, llegan a ser graves. Un ejemplo de ello es el hecho de que la fidelidad y la reducción del número de parejas sexuales sean asumidas por muchos, independientemente de su grado de escolaridad y de la edad, como métodos anticonceptivos. Otros son aquellos conceptos que asocian al término "*relaciones sexuales ocasionales*" a un riesgo de infección por el VIH, como si las "*no ocasionales*", por el simple hecho de no serlo, protegieran contra el VIH y las ETS.

Hay que percibir que la protección no deriva del carácter ocasional o no de las relaciones sexuales, aunque de hecho las ocasionales puedan estar ligadas a un mayor riesgo, sin embargo ello no es en si mismo determinante, sino el modo en que estas se dan. Si éstas son protegidas o no y el comportamiento que se adopta durante su realización.

Tampoco es percibido en su verdadero sentido el termino *"Exposición al VIH"* siendo considerado por la mayoría de los encuestados, independientemente del grado de escolaridad, del sexo y del ámbito, como el haber estado delante de una persona infectada por el VIH o con SIDA, lo cual da lugar a afirmaciones como: *"he estado expuesto al VIH en la televisión"* o *"Si, una vez que fui de visita al hospital"* en ese segundo caso sin que hayan sido especificadas las circunstancias puede dar pie a que se piense que se trata de una situación similar a la anterior.

Y tanto entre aquellos individuos con los más elevados grados de escolaridad, se desconocen algunas de las principales formas para protección contra el VIH. Una situación similar se observa en el 51% de las chicas y el 35% de los chicos de entre los 15 y 19 años en Tanzania; mientras que en Bangla Desh es el 96% de las chicas y el 88% de los chicos (93) y esa situación da lugar a que se observen una falsa sensación de protección.

Muchos consideran que se protegen contra la infección por el VIH y las ETS, sin embargo un 13.9% (n=1154) de aquellos que afirman que se protegen, no es capaz de mencionar métodos de protección efectivos; mientras que otros describen los modos de protección mediante afirmaciones vagas e inconsistentes como: *"Evitar el contagio"*; *"Tomando las precauciones debidas"*; *"Evitando relacionarme con extraños"* y *"Haciendo exámenes anti-VIH"*; lo cual explica la elevada vulnerabilidad a la infección que se observa en esa población, a la vez que refuerza la necesidad de acciones vigorosas encaminadas a la formación e información en materias del VIH y el SIDA y las ETS. Estudios citados por otros autores (29) revelan que los conocimientos en ese grupo de población se basan en combinaciones de hechos objetivos, mitos, y rumores que no siempre resultan correctos o acertados.

Y a causa de los sentimientos de culpabilidad, del estigma al que están asociados en los centros de salud y/o de la falsa creencia de que los síntomas remitirán al cabo de algún tiempo, lo cual por su turno puede ser interpretado como curación, los jóvenes asumen menos la responsabilidad sobre los síntomas de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Estudios realizados en 40 países (29) indican

que la mitad de los jóvenes tienen conceptos erróneos acerca de los mecanismos de transmisión del VIH, la misma fuente cita estudios realizados en Ucrania que revelan que solo el 21% de los encuestados puede indicar tres métodos de prevención de la infección por el VIH, mientras que en Somalia, la proporción de los jóvenes capaces de protegerse a sí mismos baja a 1%. Aunque en Botswana es mayor la probabilidad de que se haya oído hablar del VIH y del SIDA, y el 75% de los jóvenes encuestado podían mencionar tres métodos efectivos para la prevención de la infección por el VIH, sin embargo fue también elevada la proporción de aquellos que tenían al menos un concepto erróneo sobre los mecanismos de transmisión del VIH; mientras datos disponibles para Mozambique consideran que solo el 33% de los hombres y el 20% de las mujeres de entre 15 a 24 años posee conocimientos amplios sobre el VIH y el SIDA.

Otras son aquellas situaciones en que se fallan en reconocer que la combinación del alcohol con relaciones sexuales constituye un riesgo importante para la infección por el VIH/SIDA y las ETS. En muchos casos los “métodos anticonceptivos” son asumidos como una forma de prevención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS, por lo que es escasamente percibida la diferencia entre éstos y el preservativo. Y la mayoría de los jóvenes carece de un entendimiento claro sobre la contracepción. Un ejemplo de ello es que, además de que la abstinencia y la fidelidad sean consideradas como método anticonceptivo, también se manifiesta, como ha sido observado en nuestro grupo de estudio y en estudios similares (49), que las píldoras anticonceptivas son consideradas como capaces de ofrecer protección contra la infección por el VIH.

De modo similar, tampoco se observa una distinción clara entre comportamientos de riesgo con factores de riesgo. Algunos de los elementos mencionados como comportamientos de riesgo, constituye en realidad factores de riesgo para la infección por el VIH. Entre los ejemplos que ilustran esa observación se citan los siguientes: “*recibir transfusión de sangre*”; “*ETS no tratadas*”; “*falta de información*”; “*instrumentos invasivos contaminados*”, entre otros.

Y la actitud observada con respecto a los jóvenes adolescentes, no se diferencia de la descrita con respecto a las mujeres. Éstos son vistos como: “*desinformados*”, “*irresponsables*”, “*promiscuos*”, “*impetuosos*”, “*rebeldes*”, “*sin tiempo*”, y por ello, la mayoría de las razones que los exponen a los riesgos de infección por el VIH son de su entera responsabilidad. Si bien es cierto que los conocimientos sobre el VIH/SIDA y las ETS se hacen más sólidos a medida que se eleva el grado de

escolaridad y aumenta la edad, lo que está de acuerdo con lo descrito por otros estudios (28); también es entre los individuos de mayor edad y grado de escolaridad que el uso del preservativo se efectúa de manera más correcta y sistemática, y es mayor la probabilidad de que sean observadas otras prácticas que ofrecen una seguridad al comportamiento sexual, sin embargo, el número de parejas sexuales acumuladas es igualmente mayor entre éstos y sobretodo, entre los individuos del sexo masculino. A medida que aumenta la edad también aumenta la probabilidad de que se tenga experiencia sexual; lo contrario ocurre con respecto a la abstinencia.

El tipo de información sobre sexualidad, las Enfermedades de Transmisión Sexual, el VIH y el SIDA que llega a los jóvenes y las fuentes donde ésta procede tiene una importancia crucial a la hora de hacer un abordaje sobre la prevención de la infección por el VIH y las ETS en esa población. Para obtener información con respecto a lo que los adolescentes manifiestan que saben sobre el VIH y el SIDA y la sexualidad en su conjunto, recurren, de manera aleatoria a diferentes fuentes, que en su esencia no son fidedignas: los amigos o compañeros de la misma edad, o aquello que se ve o se aprehende desde los medios de comunicación, lleva a una información y a un conocimiento parcial y sesgado, lleva a mitos y a creencias erróneas en medio de una ignorancia generalizada.

Los jóvenes se esfuerzan por aparentar menos interés sobre temas sexuales, a la vez que muchos se sienten impulsados a comportarse de un modo que les permita ser aceptados por los compañeros. Si bien ellos pueden en la mayoría de los casos, elegir su comportamiento sexual, sin embargo el modo en que esas decisiones son tomadas se halla fuertemente influenciado por el entorno que rodea a la persona. Los jóvenes son particularmente sensibles a las opiniones de sus compañeros y difícilmente serían capaces de desviarse de las normas establecidas por los grupos, y ello se manifiesta tanto en su comportamiento sexual como en las demás actividades de sus vidas. La influencia que deriva de los compañeros y de los grupos presenta aspectos tanto negativos como positivos: lo negativo consiste en que algunos serían capaces de involucrarse en prácticas que pudiesen perjudicar su salud solo por que los amigos lo hacen y ello está bien visto dentro del grupo, y de algún modo, se espera lo mismo de ellos. Aquellos jóvenes que tienen amigos que han comenzado la vida sexual, se inclinan más a comenzar también con la vida sexual comparado con aquellos que no se hallan vinculados a este tipo de lazos; mientras que lo positivo se basa en el hecho de que los compañeros más notables, líderes grupales, pueden ejercer influencia sobre los demás compañeros y motivar a que éstos desistan de los comportamientos inconvenientes para su salud; y pueden impulsarlos a adoptar aquellas prácticas que resulten convenientes en la prevención del VIH.

A partir del momento en que se espera de ellos determinados comportamientos, a medida que se les confronta con normas sociales, expectativas y modelos sociales que se orientan para otras direcciones, la sociedad crea desafíos difíciles para los jóvenes: se espera que los jóvenes sean capaces de protegerse a sí mismos, sin embargo ellos deben adquirir la información sobre el sexo de manera furtiva, y a menudo por ósmosis, mientras que el comportamiento sexual es envuelto y ocultado por los mayores. Del mismo modo, la sociedad asocia la virilidad con la posesión de extensos conocimientos y prácticas de sexo, mientras que la feminidad con la pasividad y la inexperiencia. Los modelos que incesantemente se les expone a los jóvenes por los medios de comunicación, y por la industria del entretenimiento glorifican los aspectos físicos del sexo, pero nada menciona sobre las dificultades que encierra la construcción de una relación duradera que permite las relaciones sexuales saludables enriquecedoras.

De igual modo, los progenitores no suelen ser fuentes primordiales de información sobre sexualidad; y el hecho de que por lo general los padres sean reacios o no se esfuerzan en crear en el seno de la familia, junto a los hijos, un ambiente adecuado que favorezca un diálogo abierto y franco sobre el sexo, la sexualidad, su importancia y sus implicaciones, priva a los jóvenes de una base de apoyo y de orientación muy valiosa y que es también crucial para su desarrollo saludable, y a la vez que es fundamental para el control de la epidemia. Pero también priva a los padres de las oportunidades de crear una mayor confianza y un acercamiento más próximo a los hijos lo cual les permitiría tomar parte de manera directa en el proceso de desarrollo de éstos.

En muchas culturas, los temas referentes a la sexualidad constituyen tabú, y grandes cantidades de jóvenes carecen de información o de los conocimientos prácticos suficientes, que les permite tomar una opción adecuada y responsable como por ejemplo, negociar relaciones sexuales de menor riesgo. La mayoría de los estudiantes hablaría con su pareja de las relaciones sexuales mantenidas en el pasado; sin embargo el hecho de que las personas sean propensas a presentarse a sí mismas y sus acciones de modo a que sean percibidas de acuerdo con los patrones aceptados y valorados por la mayoría (35), hace que el comportamiento sexual pasado sirva para dar idea de la persona con la que se está: la información referente al número de parejas y/o al tipo de prácticas mantenidas, es utilizada para calificar o descalificar como pareja a la persona; y asociado a ello, hace que sea una cuestión de difícil abordaje en medio de una relación y cuando ocurre, las personas involucradas tienden a hacerlo de tal modo que el efecto les reporte ventajas. No obstante ello, la mayoría de los integrantes de

nuestro grupo de estudio, considera que hablaría con la pareja de las relaciones mantenidas en el pasado. Del mismo modo que la mayoría de los jóvenes han oído hablar acerca del VIH y del SIDA, sin embargo son pocos los que tienen suficientes conocimientos y habilidades tales como el autodomínio, que les permita lograr su propia protección contra la infección, lo cual se demuestra con el hallazgo según el cual, en presencia de alcohol es escasa la probabilidad de que se use el preservativo, aunque esa condición es igualmente compartida por muchas mujeres; pero sería menos probable que los hombres se negaran a tener relaciones sexuales en tales circunstancias. El sexo combinado con alcohol o con drogas, no parece ser claramente percibido como un importante factor de riesgo para el VIH, no obstante el uso de las drogas y del alcohol en el contexto de la actividad sexual incentiva la adopción de conductas que favorecen la infección por el VIH disminuyendo la capacidad y las habilidades personales de adherir a prácticas que ofrezcan mayor protección (55).

Y por otro lado, una disponibilidad ampliamente manifestada con respecto a que sea capaz de discutir sobre diversas cuestiones relativas a la sexualidad muestra un importante grado de apertura con respecto a temas normalmente considerados como tabúes. Una intervención vigorosa podría afianzar estos logros y elevar aquellas actitudes y prácticas para las cuales se observa aún una mayor debilidad.

En estudios similares realizados en Sudáfrica, Grundling y colaboradores han observado que (47) el 87% de los encuestados no tendría dificultad para negociar en introducir el condón en sus relaciones, mientras que en nuestra serie esa actitud corresponde a casi la totalidad de los encuestados. Y aunque de manera general la tendencia dominante es que los conocimientos propios con respecto a la sexualidad y la infección por el VIH, las ETS y el SIDA, sean considerados como elevados, sin embargo, éstos, tal como se observa en nuestro grupo de estudio, son acertados solo en relación a algunas cuestiones, mientras que para otras resultan débiles. En esa condición se encuentra también el 51% de las chicas y el 35% de los chicos en Tanzania de entre los 15 y 19 años; mientras que en Bangla Desh es el 96% de las chicas y el 88% de los chicos (93).

Y *“Recibir transfusión de sangre”, “Tener relaciones sexuales con gente desconocida” y “Tener relaciones sexuales con prostitutas”* son citadas como factores de mayor riesgo por encima de otros como *“Combinar alcohol con relaciones sexuales”, o “Tener relaciones sexuales estando drogado”, “Tener relaciones sexuales anales” o “Tener relaciones sexuales con alguien basándote en su*

apariencia saludable". Sin embargo recibir transfusión de sangre no constituye en Mozambique un factor de importancia en el riesgo de infección por el VIH.

Las personas se sienten protegidas cuando conocen el individuo con el que van a mantener relaciones sexuales y esa sensación se refuerza aún más si su apariencia es saludable. Este fenómeno se basa en lo mismo que se fundamenta la sensación de confianza en el "otro" (sin que dicha confianza sea avalada por un examen serológico del VIH negativo) que lleva a muchas personas a dispensar el uso del preservativo, y la creencia de que se sería capaz de reconocer por sólo mirarla a la persona infectada por el VIH y el SIDA.

No obstante, es notable la actitud de algunos de los encuestados, sobretudo las mujeres que cuando no poseen conocimientos suficientes sobre la cuestión de que se trata, no solo lo reconocen, sino también que expresan su deseo de estar mejor informadas sobre el tema. Otro elemento a señalar es el hecho de que cada vez es mayor el número de personas de ambos sexos que refieren la abstinencia como uno de los métodos que adoptan para la prevención de la infección por el VIH.

Desarrollar la capacidad para interpretar y para afrontar estas y otras normas sociales que colocan bajo presión a los jóvenes en la conducción de sus vidas, con un marcado incremento de riesgo de infección por el VIH/SIDA y las ETS, es uno de los grandes desafíos que se le presenta tanto a la educación como a los programas destinados al combate del VIH y el SIDA.

Los jóvenes se escuchan entre ellos, se expresan en lenguajes que encajan fácil y profundamente en sus círculos. Prefieran conversar sobre la sexualidad y otras cuestiones que les preocupan con los amigos con quienes se encuentran en un ambiente más relajado y se sienten comprendidos, en lugar de los padres y de los profesores que pueden ser más severos e distantes (98-99-36). Cuando los mensajes no provienen del "exterior" sino de dentro de su círculo, y son transmitidos por alguien con el que se identifican, estos son fácilmente asimilables y transformados en normas y cultura del grupo. Las intervenciones que promueven la información y la educación en materia de VIH destinada a los jóvenes tienen mejores resultados si en ellas se involucran la participación de los jóvenes o de personas cuyas edades, ideales y modo de expresarse les resulten afines, que son aquellos con los que se puedan identificar fácilmente. Ellos mismo deberían participar en las discusiones sobre lo que se va a decir y el modo en que se hará. Nadie más conoce mejor las necesidades, las aspiraciones, y las preocupaciones de los jóvenes que ellos mismos. Implicar a los jóvenes en la concepción,

ejecución de programas de prevención del VIH destinados a esa población, es la manera más segura de garantizar éxitos de las intervenciones. En Uganda y en Zambia ambos, países en los que se viene registrando una reversión en la epidemia del VIH, muchos programas, que incluyen estaciones de radio, y periódicos, son llevados a cabo por los jóvenes.

Mozambique, como muchos otros países, tiene experiencias positivas de actividades desarrolladas por jóvenes. Lo importante es desafiar a que los jóvenes jueguen un papel más importante tanto en la concepción, en el diseño, en la implantación, en la monitorización y en la evaluación de los programas destinados a elevar sus conocimientos, y dotar de habilidades para la prevención del VIH, mediante el cambio de comportamiento sexual entre sus colegas. La influencia que los amigos ejercen entre los jóvenes es muy grande y no se puede descuidar y desperdiciar un recurso tan poderoso y crucial en las intervenciones para la prevención de la transmisión del VIH.

Si se va a luchar contra la diseminación del VIH, y en ello los jóvenes constituyen el pilar fundamental, y por tanto es con ellos que se debe trabajar, es también básico y fundamental acreditar en ellos, confiar en ellos. Las capacidades y las habilidades de los jóvenes para asumir responsabilidades y emprender importantes acciones en muchas esferas y en materias de sexualidad son, de manera general, estimadas a la mínima por los adultos. Si se espera poco de los jóvenes y en consecuencia se les pide poco, ellos darán poco. Pero ese poco no solo será siempre menos de lo que se necesita, sino también mucho menos de lo que pueden dar.

Dos de los elementos que pueden ser claves para la lucha contra el VIH, sobretudo entre los jóvenes debe seguir siendo el grupo para la mayoría y los más vigorosos esfuerzos de prevención de la infección por el VIH constituyen, en primer lugar el proveer de recursos adecuados de atención de la salud a los que los jóvenes pudiesen acceder en tiempo y de modo que no les hiciera percibirse como una amenaza. Tanto los servicios a ofrecer, como las personas encargadas de suministrarlos, y las circunstancias en que ello ocurrirá deberán resultar amigables hacia los jóvenes; y en segundo lugar, extender la disponibilidad de centros de asesoramiento y de exámenes de VIH capaces de ofrecer apoyo emocional a un joven ansioso y ser capaces de una absoluta confidencialidad no solo en lo que se refiere a los resultados de los análisis sino también en las circunstancias en que este se va dar, etc.

Aumentar los conocimientos de los jóvenes es más fácil que ayudarles a adquirir nuevas aptitudes. No obstante, todos los jóvenes necesitan información y aptitudes que les permitan mantenerse libres de

los efectos negativos derivados de las relaciones sexuales sin protección y disfrutar plenamente de los estilos de vida saludables y positivos. Es necesario que los programas estén atentos a aquellas poblaciones que se encuentran en condición de mayor vulnerabilidad, y los medios para transmitir la información abarcan la educación escolar y extraescolar, las representaciones dramáticas y las comunicaciones populares, los medios de difusión masiva que incluye la televisión, la radio, los medios impresos, las líneas telefónicas de comunicación y asesoramiento interpersonal, la comunión de todos esos medios pueden favorecer el éxito de un programa de intervención.

Y cuando se ha dado la infección por el VIH o se está con SIDA, aquellas personas que son capaces de mantener un estilo de vida saludable son también más capaces de tener más años de vida sana viviendo con el VIH comparado con aquellas cuyo modo de vida está marcado por las dietas no balanceadas, por hábitos ligados al tabaco, al consumo de alcohol, o al uso de drogas, y cuyo tiempo destinado al reposo o a los ejercicios físicos es insuficiente.

En un contexto caracterizado por una epidemia generalizada como es el caso de Mozambique y dada la gran vulnerabilidad de las personas infectadas por el VIH o con SIDA a tratos inadecuados por parte de muchos segmentos de la sociedad, es urgente definir estrategias que permitan defender con cautela y celos los derechos de las personas que viven con el VIH y el SIDA, debe tenerse muy en cuenta los aspectos relacionados con los derechos de las personas infectadas a la confidencialidad, a la educación, a la intimidad, a la propiedad, a la seguridad y a la información.

Solo una intervención de carácter global que involucre diferentes aspectos desde la reducción de la pobreza, la educación junto a programas de prevención vigorosos, de elevada eficacia y de amplio alcance, y que tengan en cuenta los características locales y particulares de cada grupo de la población meta; donde se discutan las dinámicas de las relaciones y el significado del Sexo Seguro en los diversos contextos afectivos; que tengan en cuenta los procesos de socialización de los papeles como mujeres y como hombres, aspectos que siguen colocando en condición de vulnerabilidad a hombres y mujeres (4-16-48-75-77) e incluyan el tratamiento y la atención a los infectados y afectados por el VIH y por el SIDA podrá detener el actual ritmo de crecimiento de la epidemia (79). Sin embargo hay que partir del hecho de que un cambio apreciable en la estructura de la sociedad sólo se

podrá lograr a largo plazo y ello es incompatible con la urgente necesidad de reducir la transmisión del VIH; y que hay muchas dificultades se plantean a la hora de proponerse la modificación de un comportamiento de toda la vida: se necesita para ello de mucha confianza en uno mismo, de la suficiente convicción individual de que en efecto se puede llevar a cabo satisfactoriamente la acción propuesta, y que ésta trae beneficios claros y ello se puede lograr a bajo costo. En la ausencia de la confianza en uno mismo y que sea lo suficientemente fortalecida y enmarcado en un entorno social favorable, se pierde la capacidad para el manejo responsable de situaciones de riesgo, aunque se tenga un nivel de concienciación suficientemente elevado y de conocimientos claros y precisos en relación a lo que hay que hacer y se tenga la habilidad necesaria para llevarlo a cabo. La duda creada por la falta de confianza en uno mismo se sobrepone al conocimiento y a cualquier acción preventiva. Y mucho antes de recomendar cambios en la conducta, hay que aceptar primero que éstas son la consecuencia de un aprendizaje comunitario en el cual una gran cantidad de factores como la pobreza, la violencia, las desigualdades de géneros, los procesos de urbanización rápida, la marginalización comunitaria y de muchos otros juegan un papel fundamental; y no se puede pretender un cambio en el comportamiento si no se remueven previamente las causas que la motivan; y el proceso para lograr la realización de dichos cambios implica un profundo *sinceramiento* en el seno de nuestras comunidades y una manifiesta disposición a modificar las causas ya inveteradas en nuestras culturas.

De todas maneras, el reforzamiento y la expansión de los conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH permite que se tome conciencia sobre las medidas preventivas más eficaces. Ello también contribuye a crear un contexto social basado en la compasión y la tolerancia lo que favorecen la mejora de la calidad de vida de las personas infectadas y afectadas. Dotar a las personas infectadas por el VIH y/o con SIDA de modos de enfrentarse contra el estigma asociado a la enfermedad y disponer de servicios, de un entorno de atención, y de dignidad, son pasos fundamentales en la lucha contra el VIH y el SIDA (63). Gracias a la colaboración entre las personas que viven con el VIH y el SIDA y otros segmentos de la sociedad se logran importantes avances en la lucha contra la epidemia. Promover la aceptación de la enfermedad en su dimensión real es una condición clave en la búsqueda de una respuesta efectiva frente al estigma y la discriminación. Hay que valorar a las personas que viven con el VIH por la gran aportación que realizan y seguirán realizando, valorarlos, apoyarlos y animarlos, no solo para que puedan afrontar con integridad la epidemia, sino también, en la vida cotidiana (15). Una actitud poco solidaria reforzada por conductas intolerantes hacia las personas que viven con el VIH y el SIDA, engendra el desconocimiento y el miedo que, por su turno limitan las posibilidades de lucha a la vez que impide que todos puedan tener una vida normal y digna.

El uso del preservativo es el cambio más importante que se ha introducido en el comportamiento sexual de los jóvenes. El incremento de esa práctica que se ha observado de manera sistemática en los últimos doce meses, es una muestra de ello; y es también superior a los valores descritos para estudios similares llevados a cabo en Mozambique donde la proporción de hombres que usaron el preservativo en su última relación sexual de alto riesgo fue de 33% y del 29% en las mujeres, en referencias a datos correspondientes al año 2003, y en otras partes (104-61).

Y el costo del preservativo, los prejuicios y las dificultades para lograr su uso correcto no son considerados como elementos que disuaden su uso. Y todo ello conforma un contexto que favorece la adopción del uso del preservativo. Sin embargo la elevada adherencia al uso del preservativo, no es un indicador claro de la eficacia de los programas de prevención destinados a promover la adherencia al preservativo, ya que el reflejo de ello debe radicar en su impacto sobre la incidencia del VIH y las ETS (62) lo cual solo es apreciable a largo plazo.

De modo general, entre los adolescentes la tendencia dominante es que sus emociones con respecto al uso del preservativo sean contradictorias, de acuerdo con lo descrito por Henry y colaboradores, 2000 (49), el 89% de los adolescentes-jóvenes considera que se sentirían felices por que su pareja usara el preservativo o lo solicitara; mientras que otros, un 60%, se sentiría intrigado por la historia sexual de la pareja; y el 49% sentiría que su pareja sospecha algo inadecuado en la historia sexual de ellos, y en nuestro grupo de estudio hemos encontrado que es entre los individuos de menor edad donde es mayor la probabilidad de que la primera experiencia sexual sea dada acompañada por el uso del preservativo, aunque en lo sucesivo, sea también en éste grupo donde es mayor la probabilidad de que su uso sea menos sistemático, mientras que entre los individuos de mayor edad, que corresponden también a los grupos con los más elevados grados de escolaridad, es también mayor la probabilidad de que sea más sistemático el uso del preservativo una vez que es adoptada la práctica. La inconsistencia en su uso es una de las características más importantes relacionadas con el preservativo. Grobler, 2000, citado por Grundling y colaboradores (47), observó ese fenómeno en el 50% de los jóvenes en un estudio realizado en Namibia.

Se constata igualmente que es entre las personas con más años de escolaridad, y de mayor edad que más se acredita en la efectividad del preservativo como método de protección contra la infección por el VIH, el SIDA y las ETS, a pesar de que a medida que los jóvenes se van haciendo mayores, es más

complicado lograr que se mantenga el uso del preservativo, y que sean adoptados otros métodos anticonceptivos para la prevención de los embarazos no deseados (60). Por lo que las personas que se perciben y se consideran en un mayor riesgo de infección son también más propensas a relatar el uso del preservativo y de adoptar otras prácticas que les protegen, contrario a lo que ocurre con aquellas que escasamente se perciben en esa situación (74). Otra constatación es la estrecha asociación entre el grado de escolaridad con una mayor percepción de la vulnerabilidad de infección por el VIH, el SIDA y las ETS, por ello, el uso del preservativo está asociado a una mayor percepción de la vulnerabilidad de la infección por el VIH y las ETS.

Entre las principales razones alegadas para el NO USO del preservativo observadas en nuestro trabajo, algunas sugieren una baja percepción de la vulnerabilidad a la infección por el VIH, el SIDA y las ETS: *“No quería que me desvirgaran con el preservativo”, “No tenía dinero para comprarlo”, “Todo ocurrió tan... no había tiempo”, “Andaba lleno de ideas infantiles, las cosas se daban por que se daban”, “El preservativo reduce el placer”, “Era la primera vez, deseaba sentir lo que realmente se siente”, “No percibía el riesgo de la infección por el VIH”, “En algunas forcejee el acto y no había tiempo para el preservativo”, “Deseaba comparar con lo que se siente cuando se usa el preservativo” y “Simplemente porque no quise usarlo”. “Había leído que el esperma era lo más valioso que un hombre puede darle a una mujer en una relación sexual, y yo aquello quedó gravado en mi. Era la primera vez y quería que me marcara para siempre.”* Estas constataciones ponen de manifiesto que la información por sí misma no es garantía de que pueda inducir a cambios en el comportamiento de las personas (21-8).

Otras razones: *“Mi marido se niega.”, “Solo tengo sexo con mi marido. No lo necesitamos”, “No lo uso porque ella es mi mujer”,* prueban lo complicado que resulta el abordaje sobre el uso del preservativo en los contextos de las relaciones conyugales, o aquellas estables y duraderas. Las mujeres en relaciones de riesgo perciben de manera elevada los efectos que a corto plazo puedan derivar del abandono de la relación que el costo potencial en materia de la salud a largo plazo. Para esa situación contribuye el miedo a ser abandonada o el miedo a la violencia. La vulnerabilidad económica, llevan a que las mujeres, en muchas ocasiones, no puedan discutir las cuestiones relacionadas con la fidelidad o el uso del preservativo con sus parejas.

En otras situaciones, se piensa que el riesgo de mantener una relación sexual con un hombre que puede estar infectado por el VIH/SIDA, es menor que el peso de malograrse dicha relación (33). Hay que

tener en cuenta que la vida de una persona que no se encuentra involucrada en una relación de pareja estable puede ser escasa de intercambios sexuales, y en algunos casos, cuando esa situación se prolonga por largo periodo puede reducir la probabilidad de que sea capaz de asumir una actitud y una conducta responsables y protectora. El siguiente relato ilustra uno de esos casos: *“Llevaba más de un año sin relaciones sexuales, no podía más, el cuerpo me lo pedía... él nunca quiso utilizar el preservativo, si yo me negara, él se iría.”* Mujer de 42 años con SIDA.

Y algunos comportamientos individuales como el deseo de concebir (63), en nuestro trabajo constituye alguna de las razones esgrimidas para el NO USO del preservativo. Y estas razones son similares a las descritas en estudios análogos (32) realizados en otras partes; del igual modo que la utilización de otro método anticonceptivo constituye un motivo que disuade el uso del preservativo, lo cual ilustra una importante finalidad para la cual el preservativo es destinado.

Se evidencia igualmente una clara diferencia en el comportamiento sexual y la capacidad del autodomínio en función del grado de escolaridad, de la edad y del sexo; y de acuerdo con lo descrito por otros autores (28), la capacidad de influir sobre uno mismo, elemento que predispone a la adopción de un comportamiento responsable y más consistente como el uso del preservativo, aumenta con la edad y los años de escolaridad.

Y es llamativo el papel que juega la confianza en las decisiones relativas a las prácticas sexuales. Cuando las uniones en que tiene lugar la actividad sexual están mediadas por vínculos afectivos estrechos como es el caso del amor, las personas se sienten menos capaces de percibir su vulnerabilidad para la infección por el VIH/SIDA y las ETS. En esas circunstancias, la propuesta del uso del preservativo no solo levanta sospechas sino también que pone en entredicho la confianza depositada en la pareja, que constituye el elemento que permite una convivencia armoniosa.

Planteamientos como los que se citan a continuación, evidencian el hecho de que la probabilidad de que uno esté infectado sea asumida como algo ajeno: *“La chica era virgen, no lo necesitaba”, “Confíaba en ellas, tres eran vírgenes”, “A algunas les digo que confío en ellas y no lo uso”* estos argumentos fueron esgrimidos como causas para el no uso del preservativo. Aunque la responsabilidad última de cada persona es evitar se infecte, no obstante ello, también la responsabilidad sobre la seguridad de los demás compete a uno. Una sexualidad sana pasa por una mejor comprensión y respecto hacia uno mismo y hacia los demás.

Los hombres, por lo general, tienen un número mayor de parejas sexuales, lo cual explica que en muchos contextos, incluidos aquellos formados por las mujeres, el preservativo sea percibido como una herramienta que estimula al hombre a mantener relaciones sexuales fuera de la pareja habitual, ya que éste permite que se incurra en ellas sin que se enfrente a graves consecuencias (11). Aunque el uso del preservativo puede favorecer este tipo de relaciones, sin embargo, como lo plantea Antunes (3), su uso debe ser percibido como una actitud positiva desde el punto de vista preventivo.

Por otro lado, el reconocimiento y la exigencia del uso del preservativo para las relaciones con las múltiples parejas del hombre, establece un doble rasero en el comportamiento sexual, que desafía seriamente la efectividad de los esfuerzos para la prevención de la infección por el VIH basadas en un enfoque que enaltece la fidelidad del hombre y preconiza la reducción del número de parejas sexuales. De modo similar, reforzar la idea del hombre como el soporte de la familia hará que este por su turno busque reforzar su autoestima mediante el incremento del número de sus parejas sexuales (88). De todas las maneras, no debe dejarse de incentivar el uso del preservativo dentro de las relaciones conyugales donde podrá ser introducido mediante el reforzamiento de la idea de contracepción, a la que los hombres responden más eficazmente (20.11), y tiene la ventaja de que ésta debe ser una practica cotidiana. El tipo de vínculo que une a las personas es una variable importante para la adopción de prácticas sexuales más seguras. Y debido a ello hay que abrir, en los programas de prevención, espacios para la discusión de los significados de los vínculos que median las relaciones y permitan a los jóvenes reinventar los modelos sexuales adaptados a la época del VIH (3).

No obstante, mientras una mujer no tenga el poder o el control sobre el riesgo de infección por el VIH será siempre vulnerable (72); por lo que, independientemente de cual sea el enfoque, la solución pasa necesariamente por la potenciación de la mujer.

El uso del preservativo está asociado a contextos que dificultan su abordaje y por lo que las intervenciones en materias del VIH encierran muchas complicaciones. La principal forma de transmisión del VIH está asociada al comportamiento sexual y, para muchas sociedades, el sexo es un tema tabú, asumido como un asunto que concierne a la intimidad personal (85). Para que se logre el uso del preservativo requiere que se hable sobre ello; luego la misma naturaleza tabú de ese asunto limita su uso. Los canales de comunicación sobre estos temas también son restringidos, y las

circunstancias que conforman el contexto en que se dan las relaciones sexuales entre los jóvenes complican aún más la adopción del uso del preservativo. Los jóvenes pueden en la mayoría de los casos elegir su comportamiento sexual, sin embargo, el modo en que esas decisiones son tomadas se halla fuertemente influenciado por el entorno que rodea a la persona.

Los resultados observados en las tasas de uso del preservativo, pueden ser interpretados de dos maneras: 1) ya que la población estudiada es la que tiene mayor acceso a la información y a la vez, la que es más capaz de realizar cambios en su comportamiento, por lo que, hay una elevada probabilidad de que todavía haya muchas personas que no han incorporado el uso del preservativo a su comportamiento sexual, y en consecuencia, ello es reflejo del débil impacto que los programas que promueven su uso tienen sobre grandes segmentos de la población; y b) que los altos índices de uso del preservativos son indicativos del mayor acceso a la información que tiene la población de estudio, lo que no es reflejo de lo que ocurre en la población general.

De un modo o de otro, ello es señal de que los programas destinados a la promoción de la prevención de la infección por el VIH han enfatizado más este aspecto en detrimento de otros, pero también puede ser indicativo de que para el grupo de estudio, la introducción del uso del preservativo en su comportamiento sexual resulta menos problemático en comparación con otras prácticas, lo cual puede estar en el origen de que este incremento no vaya acompañado por otras prácticas como la reducción del número de parejas sexuales y/o el inicio tardío de la actividad sexual, o la adopción de la abstinencia.

Peter y colaboradores 2003, observó que la mayoría de los jóvenes de Namibia (80) creen que finalmente terminarán infectándose por el VIH pese a los cuidados que puedan tomar, y a pesar de haberse constatado elevados niveles de sus conocimientos y de la percepción de la vulnerabilidad en materias de VIH y del SIDA entre los estudiantes de la Universidad de Namibia. La encuesta, en la población de los 15 a 25 años de edad, el 60% de los participantes cree que puede que esté infectado por el VIH en los últimos 12 meses, del mismo modo que la mayoría estaba segura de poder negarse a tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo, y también el 51% cree que podrían infectarse con el VIH aunque fueran monógamos, mientras un tercio considera probable esa posibilidad aunque fueran abstinentes.

Todos los hallazgos sugieren que no hay una percepción clara y coherente de la vulnerabilidad para la infección por el VIH/SIDA y las ETS, del mismo modo que sus actitudes con respecto a muchos factores no ofrecen protección, ello, por otro lado, indica la imperativa necesidad de la implantación de programas que puedan dotar a los jóvenes de las habilidades y de los apoyos que le permitan hacer elecciones saludables en su estilo de vida y en su comportamiento, y les den esperanzas y la seguridad de que es posible evitar la infección.

Los programas destinados a promover la adhesión al uso del preservativo y la prevención del VIH/SIDA no deben limitarse a dar información sobre éste ni ser destinados al público en general como tampoco centrarse en un enfoque sobre la sexualidad en general. Cada comportamiento está condicionado por una serie de elementos determinantes que son específicos de ese comportamiento, y ello hace que se requiera una estrategia de intervención igualmente específica para cada comportamiento (7) y el abordaje debe tener, como lo plantea Peter, HK y colaboradores, (80), basado en un enfoque multisectorial y multidisciplinario, y debe reflejarse en todas las actividades. Una regulación del propio comportamiento no se logra sólo por un acto de voluntad (7) sino que requiere además de ciertas habilidades a veces tan complejas como la creencia de que uno mismo puede ejercer control sobre sus propias motivaciones, sobre sus procesos de pensamiento, sus emociones y sus modelos de conducta; requiere además de motivaciones, de ejemplos y/o de pautas a seguir. Y las intervenciones orientadas hacia el marketing social del preservativo incrementan las tasas de su uso entre los jóvenes a escalas relativamente grandes y logra aceptación social de su uso.

Medir la eficacia y la efectividad del preservativo es una tarea complicada. La literatura ubica su efectividad en valores que varía en torno al 85 y el 95%, sin embargo esto es insuficiente para que éste sea considerado como un medio completamente eficaz para la prevención de la infección por el VIH. Sin embargo, estos programas suelen presentar el preservativo como un medio infalible. Dado que el preservativo no ofrece una protección completa y total contra el VIH, su distribución masiva podría poner a las personas también en peligro, esto sucedería si, al confiar solo en su uso, las personas dejaran de ser cuidadosas con la selección de sus parejas sexuales o si mantuviera el alto número de parejas sexuales, o que éste se incrementara. En nuestro estudio se ha constatado que el incremento en el uso del preservativo no ha sido acompañado por la adopción de otros comportamientos que podrían potenciar su efectividad en la eventual reducción de la incidencia de la infección por el VIH y las ETS. Este hallazgo llama que sean sometidas a reevaluación aquellos programas enfocados fundamentalmente en la promoción del "SEXO SEGURO". La literatura

consultada no es pródiga en ejemplos claros de epidemias generalizadas de infección por el VIH que hayan sido controladas únicamente en base a la promoción del uso del preservativo.

El éxito de Uganda, como lo atestiguan numerosos estudios (26-29); se basó en la vinculación de diferentes enfoques: retraso en el inicio de la actividad sexual entre adolescentes; promoción de la abstinencia; respaldo de la fidelidad en el seno de una única pareja; y la utilización del preservativo. La reducción en el número de parejas sexuales ha jugado un papel muy importante para el éxito observado en Uganda, del mismo modo que ese factor juega un papel importante en la epidemia del SIDA y en la propagación de las Enfermedades de Transmisión Sexual en África subsahariana. Por otro lado, en Uganda (29) se ha observado una respuesta protagonizada por todos los sectores de la sociedad encabezada por el gobierno que involucró la sociedad civil tanto en base a organizaciones no gubernamentales, y la comunidad, el sistema de enseñanza oficial y que no excluyó a la población no escolarizada. Además de la reducción de la incidencia del VIH, también se contrarrestó la discriminación contra las personas que viven con el VIH y el SIDA. La difusión de los mensajes se realizó fundamentalmente mediante la comunicación cara a cara. Y el caso de Tailandia (26) donde se ha observado una reducción de la incidencia del VIH, ello ha sido mediante medidas conjuntas que incluían la promoción de la reducción en el número de parejas sexuales y el uso del preservativo; y para el caso de Zambia donde la prevalencia de la infección por el VIH pasó de 28% en 1993 hasta un 15% en 1998, el cambio se atribuye fundamentalmente a una marcada reducción en el número de parejas sexuales y al uso más frecuente y sistemático del preservativo en respuestas a las diversas actividades de promoción del cambio en los comportamientos (29).

La confianza que se deposita en el preservativo puede estimular los comportamientos de riesgo como la mezcla del sexo con el alcohol, la práctica de sexo con desconocidos o las prácticas sexuales no planificadas; ya que la presencia del preservativo confiere la falsa sensación de una protección completa, pero la persona involucrada en el contexto no se para a pensar si “*ello*” va a funcionar o no. Hay que tener en cuenta que al uso del preservativo le rodean muchas complejidades. Pero, a pesar de todo, el uso del preservativo durante las prácticas sexuales aporta más beneficios que su no uso.

El inicio tardío de la actividad sexual en las jóvenes es un elemento que la mayoría de las intervenciones sobre el VIH procura lograr y reforzar, sin embargo ello también constituye un factor que limita el ejercicio y desarrollo de habilidades para la búsqueda de información sobre el sexo o sobre salud reproductiva.

Y el *Modelo ABC*, (Abstinence, Be faithful and Condomnize [70]) que constituye la estrategia más ampliamente difundida en numerosos países y también en Mozambique, en la práctica, ha reportado un escaso éxito. La abstinencia sugiere, esencialmente, que la mujer tiene siempre la opción de abstenerse o no a las relaciones sexuales, sin embargo la experiencia indica que la mujer en muchas partes carece, la mayoría de las veces, del poder y de las habilidades necesarias para negociar las cuestiones y las condiciones relativas a su sexualidad. Por otro lado, numerosos estudios, incluido en el nuestro, se ha observado que los hombres prefieren tener relaciones sexuales con mujeres vírgenes y esos intercambios no suelen verse acompañados por el uso del preservativo, ya que la mujer al ser virgen, no se espera que pueda estar infectada por el VIH. Por lo que, aunque la abstinencia sexual sea uno de los elementos cruciales en el combate del VIH, pero centrar el énfasis solo en la promoción de la abstinencia en detrimento de otras alternativas como el uso del preservativo, la fidelidad y la reducción del número de parejas sexuales, falla al sobreestimar los valores morales, y al anteponerlos a todo lo demás, para la eliminación de la epidemia, lo cual es poco realista.

La adherencia a los programas que enfocan la abstinencia solo como estrategia de prevención de la infección por el VIH les niega a los jóvenes el acceso a la información y las habilidades necesarias para lograr que sean capaces de se proteger a si mismos de la infección por el VIH/SIDA, sobre todo aquellos que mas fácilmente incurren en conductas de alto riesgo. Con esta estrategia, por otra parte, se refuerza la visión que se tiene sobre los adolescentes de que una sola estrategia es adecuada para todos, o que *“un solo modelo sirve y es adecuado para todos”* sin tener en cuenta muchos factores que determinan las peculiaridades de cada persona y de los grupos sociales (22).

Mientras que la variante correspondiente a la fidelidad a la pareja, en su esencia, sugiere que la persona tiene siempre el control de la pareja. Pero en nuestro estudio y en muchos otros se ha constatado que normalmente los hombres tiene un número significativamente mayor de parejas sexuales que las mujeres, y en muchos casos, se ha evidenciado que la mayoría de las mujeres infectadas por el VIH mantienen relaciones sexuales con un solo hombre: su pareja estable, y que es,

en muchos casos, su marido. Es decir el hecho de estar casada constituye uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la infección por el VIH que la mujer afronta. Y en nuestro grupo de estudio, hemos encontrado que tanto el *"No tener relaciones sexuales hasta contraer el matrimonio"* como el *"Tener una sola pareja sexual durante toda la vida"*, son algunos de los aspectos hacia los cuales se observa una extendida negación; aunque en otras circunstancias, se hayan observado casos que mencionan las dos prácticas como medida que se adoptan para la prevención de la infección por el VIH y las ETS, sobretodo entre la población más joven. Pero si cambia el planteamiento, reforzando en primer lugar la fidelidad, que es más probable de que se pueda dar en mayor medida, y seguida por el reforzamiento del uso del preservativo, para los casos en que resulte problemático establecer la fidelidad, y en último, se opta por la abstinencia, para aquellos casos en que resulta difícil observar tanto la fidelidad como el uso del preservativo, talvez pueda llevar a mejores resultados.

Los hallazgos anteriormente expuestos muestran que la ignorancia sobre los riesgos para la infección por el VIH es algo muy extendido, especialmente en los primeros años tras el inicio de las actividades sexuales. Mucho queda por hacer para que al fin se pueda garantizar que los jóvenes dispongan de una información buena y acertada que los mantenga alertas a los riesgos de infección por el VIH; y en ausencia de otros medios para frenar el VIH/SIDA, la única alternativa existente capaz de hacer frente a grande escala a la epidemia, es mediante el desarrollo de modelos de comportamientos apropiados que permitan alcanzar un buen estado de salud mental, espiritual y físico, y para ello, la educación constituye la herramienta más poderosa, aunque por otro lado, ello también requiere que la sociedad y todos los educadores tengan la convicción de que mediante la educación tanto los niños como los adultos podrán ser inmunizados contra la infección por el VIH/SIDA y contra muchos otros males que afectan a la sociedad. La educación puede dotarlos de conocimientos, de habilidades sociales y morales que les permitan tomar decisiones sensatas, hacer frente a situación que involucran la presión ejercida por otros; y mantenerlos a salvo de la infección por el VIH y desarrollar valores de solidaridad y compasión y atención para las personas que viven con el VIH y el SIDA (58).

El mayor de los potenciales radica en aquellos programas de educación sobre el VIH que son integrados de manera coherente en el currículo del sistema de educación formal. No obstante hay el riesgo de que la educación sobre el VIH sea considerado como una asignatura más, pero aun así, tiene el mérito de que a lo largo de los años que dura la enseñanza primaria y los niños llegan a los 14 años, ya están equipados de conocimientos sólidos. De ese modo la escuela se yergue como una

estructura social y con un ilimitado potencial en el combate al VIH/SIDA. La educación es la única institución o estructura que abarca y alcanza al mayor número de niños, incluso en aquellos países donde la cobertura es baja. Pero si el VIH/SIDA debe ser combatido con éxito, será un imperativo alcanzar el mayor número posible de niños.

En todos los casos, el grupo de edad menos afectado es el de los 5-14 años, que en condiciones normales se encuentran, en la escuela primaria; y la responsabilidad de la educación y de toda la sociedad es garantizar por todos los medios, que estos niños sigan siendo seronegativos con respecto al VIH y el SIDA. De ahí la necesidad de que sean implementadas intervenciones sostenidas y enfocadas en la educación y en dar una información que refuerce los conocimientos y corrija las nociones erróneas que los jóvenes tienen. Debe equiparse a los jóvenes de una información amplia y acertada, y partirá del hecho de que esta debe penetrar en un área ya inundada de información y donde las personas tienen arraigada la creencia de que sus conocimientos sobre la sexualidad, el VIH y sobre el SIDA son suficientes.

Otro fenómeno que comienza a hacerse evidente es una suerte de cansancio asociado a los mensajes de prevención que llegan de todas las partes y de diversas fuentes. Esta sensación de cansancio es más evidente entre la población de mayor edad, que es también la que mayores dificultades presenta en aceptar la realidad sobre el VIH/SIDA. Dicho cansancio puede favorecer la toma de una actitud fatalista como aquellas que hace creer que de un modo o del otro, terminarán contrayendo la infección aunque se protejan; y esa actitud puede en efecto ser la causa de que la persona se infecte.

La educación tanto de las niñas como de los niños ejerce una contribución significativa en la transformación de las sociedades hacia aquellas en las que resultan menos aceptadas las diferencias basadas en el género y en las desventajas de la mujer. Y es también la herramienta más efectiva para la transformación de la pobreza y las desigualdades de género que constituyen el medio en que el VIH y el SIDA florecen. No hay grandes diferencias entre el que un niño crezca fuera de un ambiente de pobreza y que crezca recibiendo una buena educación. La educación formal tiene el gran potencial de alcanzar a la mayoría de los jóvenes del país; y de encontrarlos en edades tempranas, en los periodos en que se tiene mayor posibilidad de asimilar la información, y por otro lado, la educación tiene el gran potencial de transmitir los más importantes mensajes de prevención del VIH/SIDA gracias a esa elevada receptividad de los jóvenes. Y los alumnos pueden servir de vectores para la diseminación en la comunidad de lo aprendido en la escuela.

Sin embargo en la actualidad, el potencial de la escuela está siendo aprovechado muy a la mínima, porque la escuela puede hacer más, ello pasa necesariamente por una mayor expansión de su oferta y de la mejora de la calidad del servicio que ofrece. Si la oferta es baja y su calidad es mala no será realista pensar que se puedan beneficiar los jóvenes excluidos del sistema de enseñanza, como tampoco esperar que se puedan promover los conocimientos, y las actitudes fundamentales para la reducción del VIH en un ambiente en que resulta difícil lograr el aprendizaje.

Y el abordaje sobre el combate del VIH no debe ser concebido como un programa extra del sistema de enseñanza ni adopciones opcionales de cada escuela, sino que debe estar integrado en la política oficial de enseñanza, debe contar con el compromiso desde el más alto nivel hasta la base y en todas las escalas de enseñanza.

Lograr un acceso a la educación para todos y a corto plazo debe seguir siendo la meta primera de la política de educación en Mozambique, del mismo modo deben seguir promoviéndose las iniciativas que abogan por la extensión de las oportunidades para las mujeres; y defender y promover el vínculo entre la escuela y la comunidad; y promover la movilización de recursos para un desarrollo holístico del sector de la educación y del combate al VIH y al SIDA.

Debe comenzar por proveer a todo el cuerpo docente de conocimientos sobre el VIH/SIDA y las ETS, y sus modos de transmisión y como se puede evitar, sobre la educación sexual, la salud reproductiva,

y sobre las habilidades para la vida; con ello se levanta la necesidad de llevar a cabo intervenciones en los centros de trabajo, y involucrar a los profesores en cursos formativos sobre el VIH, SIDA y las ETS y los demás aspectos a ser involucrados. Con ello se pretende adecuar la educación y la escuela a la era del VIH/SIDA. La escuela no puede seguir siendo la misma en una era de SIDA que en una era sin SIDA. Será necesario que se comience desde el principio: desde un entendimiento claro de la sexualidad y sus determinantes y de las relaciones interpersonales lleven a un buen entendimiento sobre aquello que debe significar la sexualidad, su papel en las relaciones interpersonales. La base para una sexualidad que sea buena para la salud radica, como lo plantea Nelly, MJ (57), los temas a los que se debe extender los contenidos impartidos a ser impartidos en la escuela. Deberá hacerse comprender a los jóvenes de una manera franca y firme la belleza de la sexualidad y su extraordinario valor y poder; y que es precisamente por ello que es también extremadamente importante que encaminemos nuestros esfuerzos para el mejoramiento de nuestros conocimientos y para la superación de los obstáculos que impiden que la sexualidad sea una fuente de placer, de felicidad y de bienestar plenos, y lo convierta en algo temible y angustiante y fuente de dolor y de muerte.

Más que la simple adquisición de conocimientos y de contenidos, la educación sobre sexualidad debería guiar hacia el desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad; fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer e identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, libre de la ansiedad, temor o sentimiento de culpa; fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre seres humanos basados dentro de un marco de valores basado en los derechos humanos; promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja (76).

Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como factor de autoestima y de atención a la salud; fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia sí mismo y hacia los otros; promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, mediante el fomento de relaciones equitativas, independientemente del sexo y de la edad. Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, la crianza de los hijos y del uso de los métodos anticonceptivos; promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Pero también la escuela debe ser una institución que manifieste el respeto y se dirija a los demás con un espíritu de equidad y de solidaridad entre hombres y mujeres, que se extiendan a todas áreas de la vida; que dote de conocimientos y permita un entendimiento claro sobre el VIH y el SIDA, las formas en que se transmite, su mecanismo de acción y el desarrollo del proceso

infeccioso en el organismo, una vez que ha habido contacto con el virus, y corrija y combata los mitos y errores populares más comunes sobre la enfermedad; que propicie el desarrollo de habilidades psicosociales y de estilo de vida (habilidades para la toma de decisiones, relaciones interpersonales, percepción de la propia vulnerabilidad para la infección por el VIH, el manejo de la ansiedad y del estrés y presión, habilidades para negociar situaciones de contenciosos, y el desarrollo de actitudes de autoestima y de la confianza en uno mismo, de la asertividad, etc.) para la promoción de la salud y del bien estar de los jóvenes.

Los programas de prevención deben ser presentados de manera integral y equilibrada. Un enfoque que se centre en uno solo de los aspectos es por ello mismo limitado y sesgado. Un programa eficaz de educación sobre sexualidad, y prevención de la infección por el VIH, se caracteriza, como lo sustentan numerosos autores (76) por aumentar el nivel de los conocimientos; aclarar los valores; mejorar la comunicación entre padres e hijos; ayudar a los jóvenes a retrasar el inicio de la actividad sexual; incrementar el uso de los métodos anticonceptivo; y de los preservativos. Se orienta a comportamientos específicos, y brindan información acerca de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección e informe sobre los modos de reducir los riesgos; da a los jóvenes la oportunidad de practicar destrezas y de discutir situaciones que ellos encuentran significativas y realistas; aborda la influencia de los medios de comunicación sobre los jóvenes, brinda oportunidades para que los estudiantes practiquen la comunicación y las destrezas para la negociación. Hace hincapié en la participación de los estudiantes y en la adquisición de aptitudes, sobretodo, aquellos relacionados con la comunicación. Es específica para determinadas edades y culturas y motivan y capacitan la participación de los maestros (76).

Pero la gran dependencia que la escuela tiene sobre el profesor, es en cierta medida un símbolo de debilidad, ya que puede fallar en tomar en cuenta situaciones como el hecho de que el profesor no disponga de los conocimientos adecuados y en un nivel suficiente en materias del VIH y el SIDA; o que el profesor no tenga en si mismo la confianza necesaria, ni se sienta libre para impartir temas relacionados con el sexo, sobre todo en presencia de alumnos del sexo opuesto; también está la preocupación que suscita el hecho de que el profesor no posea la preparación necesaria para impartir temas sobre habilidades psicosociales y la prevención del VIH/SIDA; o entonces que el profesor tenga la creencia de que esta parte de los contenidos no es de gran importancia, y muchos otros obstáculos, por lo que, frente a ello se hace necesario una preparación extensiva para los profesores.

Los maestros deben estar bien preparados para estudiantes cuyas experiencias sexuales son muy diferentes que parten desde aquellos que nunca han tenido una experiencia sexual hasta los que se han visto sometidos a relaciones sexuales forzadas. Las estrategias para negociar las relaciones sexuales o negarse a ellas deben tener en cuenta la naturaleza intermitente de éstas entre los jóvenes. Deben examinar las presiones que los jóvenes ejercen sobre otros jóvenes enmarcadas en la necesidad de autoafirmación y la autoestima y en las normas de masculinidad y de feminidad.

Es preciso lograr que los jóvenes sean capaces de hacer una valoración lo más cercana posible a la realidad de modo a que se pueda determinar con exactitud el grado de riesgo personal que tienen con respecto a la infección por el VIH. Clarificar el significado del término "ESTILO DE VIDA SALUDABLE" y su importancia en la reducción de la susceptibilidad a la infección por el VIH y en la promoción de la calidad de vida y en el prolongamiento de la vida de las personas afectadas e infectadas por el VIH y por el SIDA.

Pero antes de proponernos a implantar cambios en el comportamiento de los jóvenes, un requisito básico es reconocer primero que los conocimientos de los jóvenes sobre el VIH, el SIDA y las ETS son débiles en la mayoría de ellos y en muchos otros, simplemente inexistentes.

Y ya que el conocimiento solo resulta útil cuando es entendible, es de extrema importancia que los conocimientos sobre el VIH y el SIDA sean transmitidos de tal manera que la población meta entienda con claridad y sin muchas dificultades lo que se pretende enseñar. Si los mensajes destinados a la prevención del VIH en los jóvenes no está enfocado directamente a su modo de vida y sus determinantes, los jóvenes no se sentirán identificados con ellos, y en consecuencia, su impacto será limitado. El uso de expresiones como: "*Virus*", "*intercambio de fluidos corporales*" o "*inmunosupresión*" (42), términos o conceptos que para su entendimiento requieren de un elevado nivel de abstracción, en los programas destinados a la prevención del VIH en determinados contextos no es probable que contribuya a aclarar nada, por el contrario, éstas pueden inducir a la ignorancia o confusión sobre aquello que realmente se debería saber. Incluso entre los grupos de personas con un nivel más elevado de instrucción, es frecuente que no se capte la esencia de lo que se pretende transmitir en los mensajes.

Estos deberán también enfocarse en el reforzamiento de la capacidad individual de influir sobre uno mismo, y ser orientados directamente hacia el comportamiento o actitud sobre el que se pretende influir, lo cual pueden elevar la probabilidad de que sean adoptadas las prácticas que se recomiendan,

en lugar de dar información que en la mayoría de las veces ya se dispone o no resulta difícil adquirir, o de convencer sobre algo en lo que ya la gente acredita. Si la mayoría de los miembros de un grupo ya acredita que la adopción de una actitud determinada, por ejemplo: *"el uso del preservativo le protege contra el VIH"*, no cumplirá ninguno objetivo una intervención cuyo enfoque persuasivo este basado en el reforzamiento de esa información.

Como lo hace ver una de las participantes en un taller sobre la Confianza y el Uso del Preservativo: *"Conversar es fácil, difícil es convencer"* (11). Este planteamiento pone otra vez en evidencia de que la representación y el significado de una cosa varían para diferentes personas, por lo que hay enfoques que deben ser específicos para determinadas situaciones. Aquello que es un comportamiento para una persona puede ser una meta a lograr para otra (37). Mientras el preservativo más difundido es el masculino, su uso será un *comportamiento* o *práctica* para el hombre mientras que para la mujer será *un objetivo, una meta a lograr*. La mujer no puede usar el preservativo, pero procurará persuadir, influenciar para *lograr* que el hombre lo haga. Por lo que en lugar de incentivar a que la mujer *use el preservativo*, lo adecuado talvez sea potenciar a la mujer para persuadir, influenciar al hombre y *lograr* que éste lo haga o *a rechazar las relaciones sexuales* en caso de que éste se niegue a usarlo. Dado que la epidemiología de la infección por el VIH en Mozambique no es algo estandarizado para toda la población, sino que está relacionado con redes sociales específicas, surge la necesidad de que se tenga claro qué generalizaciones son aceptables y qué especificaciones son cruciales.

Actividades como talleres y charlas sobre prevención del VIH/SIDA y ETS pueden ofrecer buenos resultados se son realizados en un ambiente escolar (3) que favorece discusiones abiertas y francas sobre las preocupaciones ligadas al sexo y la sexualidad entre los jóvenes, las cuales deberían hacerse subrayando el comportamiento exacto sobre el que se pretende influir (37) y serán orientados a una población diana adecuada.

Una vez que los jóvenes deben recibir esa información cuando todavía son jóvenes es fundamental la adecuación y la dosificación de los contenidos. Éstos deben ser los apropiados para la edad y el grado de estudios, como modo de que se pueda lograr una mejor comprensión de los mismos lo cual permite que se cumplan los objetivos planteados. Y todo el abordaje sobre esas materias deberá ser sensible a los valores tradicionales, culturales y a la religión. Y hay que comenzar por demostrar a los padres las ventajas de ese abordaje y de que ello no induce a un inicio temprano de la vida sexual ni estimula la promiscuidad en los jóvenes y que hay evidencia en que éstas se asocian a una reducción en el número de parejas sexuales y en el aumento del uso del preservativo (29-76).

La epidemia del SIDA y la necesidad de la implementación de cambios urgentes en los hábitos relacionados con la sexualidad y otros aspectos de la conducta humana, pone en evidencia la vulnerabilidad de nuestra condición, la insostenibilidad de nuestras culturas, y lo escaso de nuestros conocimientos en relación a la sexualidad. El SIDA pone en evidencia todas las desigualdades que nuestras culturas se empeñan en sostener.

Y llegar a los adolescentes que no asisten a la escuela es uno de los aspectos de mayor complicación en las intervenciones para la prevención de la infección por el VIH. De acuerdo con FNUAP (29), citando datos correspondientes al año 2002, en 10 países del África al sur del Sahara, entre ellos Mozambique, se estimaba que más del 15% de los niños menores de 15 años habían quedado huérfanos. Aunque para el caso de Mozambique hay que tener en cuenta el impacto de la prolongada guerra civil, las graves dificultades económicas derivadas de la guerra y de los desastres naturales como las sequías y las inundaciones, no obstante, el impacto del SIDA es claro e importante. La pérdida de uno o de ambos progenitores cambia profundamente la vida de los adolescentes, obligándolos a transformarse en jefes de familia o a vivir en las calles. La pobreza y los conflictos políticos son algunos de los más importantes factores que exacerban esa situación. Los jóvenes que han perdido a ambos progenitores a causa del SIDA son víctima del estigma, y pueden tener un débil apoyo de la sociedad con lo que resultan ser particularmente vulnerables a la infección por el VIH y a ser víctimas de explotación ya sea física o sexual, o a incurrir en prácticas de riesgo, o ser forzados a involucrarse en la delincuencia como medio de supervivencia. Por ello, sus vidas pueden ser lo mismo arriesgadas, peligrosas y cortas.

Pero la educación también se enfrenta a una constante erosión de los recursos humanos y a una velocidad mayor a la que dispone el sistema para reemplazarlos. De acuerdo con las estimativas, para 2010, Mozambique requerirá de más de 50 millones de dólar para reparar los estragos causados por el SIDA con la muerte de los profesores (83).

Los cambios socioeconómicos y del estilo de vida derivados del elevado nivel educacional pueden estar asociados a comportamientos que incrementan los riesgos de infección por el VIH/SIDA (39). Aquellos individuos con el más elevado status socioeconómico tienen también un mayor acceso a la información y una mayor autonomía personal, y en consecuencia de ello están en mejores condiciones de evitar la infección por el VIH/SIDA. Por lo que éste incremento en el nivel educacional y del status socioeconómico puede ser considerado como un medio que retarda la diseminación de la infección del

VIH en la comunidad, sin embargo en muchos casos se ha evidenciado justo el fenómeno contrario, marcado por la existencia de una clara asociación entre un elevado nivel de educación y del status socioeconómico con la infección por el VIH (54) tanto entre mujeres como entre los hombres.

La mayoría de la población con un nivel de educación más elevado debido a su mayor autonomía personal es más vulnerable a la infección por el VIH (12), incluso en un panorama con ausencia del VIH, esa población es la que suele presentar los niveles más elevados de intercambio de parejas sexuales. Por otro lado, aunque la mayoría de las mujeres con elevado nivel de educación suelen comenzar la vida sexual más tarde, pero el tiempo que media desde el comienzo de su vida sexual hasta que se involucran en relaciones más estables como el matrimonio es también largo, por lo que terminan acumulando un gran número de parejas sexuales. El patrón básico suele ser que hombres educados y con el estatus socioeconómico elevado tienden a buscar sus compañeras y parejas sexuales entre las mujeres de su misma clase o de clases inferiores, mientras que la mujer lo hace entre los hombres de su misma clase o de clases superiores con lo que se potencia el riesgo. Por otra parte, aunque ésta población hace mayor uso de métodos anticonceptivos, pero la píldoras suele ser el recurso más adoptado, por lo que el uso del preservativo es bajo en esa población. Por lo que el efecto de educación en su relación con la diseminación del VIH puede en determinados aspectos, no ser del todo positiva.

Pero, ésta población es también la que se encuentra en mejores condiciones de poder afrontar la epidemia y revertir la situación. La elevada vulnerabilidad de la población mejor educada se manifiesta en la etapa temprana de la epidemia, a medida que pasa el tiempo, estos, por sus peculiaridades adoptan más eficazmente aquellas medidas que los protegen.

Atender a la escuela influye en el acceso a los servicios de salud, y a la exposición a las intervenciones de promoción de la salud (54) del mismo modo que influye en el tipo y en el modo de lidiar con los demás. En suma, un incremento en la asistencia a la educación puede mejorar la habilidad para entender y actuar con respecto a los mensajes de promoción de la salud (59) del mismo modo que un nivel de educación más está asociado a un estado de mayor protección de la población sobretodo cuando esta es más joven. En resumen: la relación entre el nivel de educación y el estatus del VIH varía con la edad, el sexo, el área de residencia del mismo modo que también varía en función del tiempo.

De ahí que la educación y el progreso socioeconómico de la población, son, en primera instancia, factores que favorecen la infección por el VIH, pero constituyen también la herramienta más valiosa para el control de la epidemia. Por lo que la expansión de la educación secundaria es la clave para el desarrollo de la sociedad y proporciona una sólida plataforma para la lucha contra el VIH y el SIDA.

Los medios de comunicación y la industria del entretenimiento tienen un gran poder para alcanzar a una extensa diversidad de población y sobretodo a los jóvenes. Entre los segmentos de la población alcanzado por los medios de comunicación se incluyen aquellos que no se benefician de otros programas de educación. Los medios ejercen una gran influencia en ellos. Pero esa influencia lo mismo puede resultar perjudicial para los jóvenes al inculcar normas sobre sexualidad y de comportamiento sexual que no benefician a ese grupo de población ni a la sociedad; en esa situación, habría que decir también que si los programas de los medios de comunicación fueran debidamente estudiados y se diseñaran y se transmitieran de manera adecuada, de manera a que en sus presentaciones se hablara con apertura y franqueza a los jóvenes y adultos, estos podrían jugar un papel muy importante en la lucha contra el VIH/SIDA.

La promoción y el desarrollo de programas que combinen el entretenimiento con la educación, sería la mejor manera para abordar la intervención de los medios de comunicación en la lucha contra el SIDA.

La extensa distribución y la amplia adherencia de que goza la radio en la sociedad mozambiqueña, su inmediatez informativa, y el que se pueda escuchar mientras se desarrollan otras actividades, la convierten en el medio con el mayor potencial de captación de audiencias y en una herramienta crucial para cualquier programa de intervención y de sensibilización de masas.

Los equipos que reúnen grandes multitudes de seguidores pueden ser un importante vehículo para la difusión entre sus seguidores más jóvenes de mensajes y de la promoción de comportamientos que sean buenos para la salud tales como los referentes al VIH y el SIDA y el uso del preservativo, la planificación familiar, las campañas de inmunización masivas, gracias a ello, el deporte puede también ser un medio eficaz para llegar a los jóvenes, particularmente aquellos del sexo masculino.

La seriedad y la gravedad del panorama que se ve en Mozambique, llama a que el VIH/SIDA sea colocado en el centro de los deberes y de los desafíos de la educación y de todos los sectores de la sociedad.

Y para que una campaña sea exitosa debe convertir los conceptos de los mensajes en beneficios para el receptor (64) las campañas de información, educación y comunicación, debe dar una información clara, comprensiva y correcta sobre el VIH, el SIDA y las ETS y ofrecer un trato amigable y solidario de modo a que responda a las necesidades de los jóvenes. Contenidos conflictivos o contradictorios únicamente lograrán que se genere confusión y errores en los receptores.

La necesidad de mantener, expandir y fortalecer programas de prevención del VIH/SIDA y las ETS en las escuelas está asociada a los claros beneficios que derivan de ello y que se manifiestan a través del incremento de los conocimientos, la mejora de las actitudes, lo cual, a su vez, favorece la adopción de prácticas sexuales beneficiosas para la salud de los jóvenes y de la sociedad en general.

El asesoramiento y detección voluntarios de la infección por el VIH es uno de los componentes de mayor importancia en la prevención del VIH. Independientemente de los resultados, los jóvenes que han sido objeto de esas intervenciones implantan cambios en su comportamiento con respecto a la infección por el VIH. En Maputo, la mayoría de los jóvenes solicitan estos servicios de manera voluntaria aún cuando se está en buenas condiciones de salud, la misma situación ha sido observada (29) en otras partes.

La falta de tratamiento y de apoyo a los jóvenes cuando los resultados han sido desfavorables, la escasa preparación de los responsables para llevar a cabo esas labores, son algunos de los mayores obstáculos que enfrentan esas intervenciones: garantizar la mayor fiabilidad de los resultados de los exámenes es un imperativo impostergable en aras de sacarle el máximo provecho a este recurso imprescindible en el combate a la epidemia del SIDA en Mozambique.

La vulnerabilidad económica de la población, determina también su gran vulnerabilidad en todas las demás escalas; y el VIH y el SIDA son elementos que se encuentran estrechamente relacionados con la pobreza. De acuerdo con los datos del Banco Mundial (29), en un estudio realizado en 72 países, se observó que tanto los bajos ingresos *per cápita* como la gran desigualdad en los ingresos están vinculados con las altas tasas nacionales de infección por el VIH. Un aumento en dos mil dólares en los ingresos *per capita* esta asociado a una reducción en 4% de las infecciones.

La desnutrición y el hambre, los ingresos bajos, la baja capacidad de compra, el subempleo y el desempleo, la ignorancia, las malas condiciones sanitarias, las condiciones climáticas, la escasa disponibilidad de alimentos, la falta de acceso a los servicios de salud, la inestabilidad de la familia, etc. La condición de pobreza crea un entorno que favorece la infección por el VIH. Los países en desarrollo con mayores disparidades en la distribución de las riquezas y en la educación, entre hombres y mujeres, tienden igualmente a presentar elevados niveles de prevalencia del VIH y el SIDA (18).

Y los procesos o fenómenos asociados a las urbanizaciones y las migraciones intensivas también favorecen una rápida diseminación de la infección por el VIH (14). Esta situación lleva a una relación perversa, dado que en algunos casos las epidemias del VIH son resultado del proceso de desarrollo y no de pobreza (82). Y en sus formas de interactuar con la pobreza, el VIH y el SIDA no se diferencian de las demás enfermedades infecciosas: las personas con un estado nutricional deficientes; o aquellas que presentan enfermedades parasitarias; o aquellas cuyo estado de salud general es precario; o aquellas con escaso acceso a los servicios de salud; o, por otro lado, aquellas personas desfavorecidas desde el punto de vista socioeconómico, son las más susceptibles a las enfermedades infecciosas, tanto las que se transmiten por la vía sexual, o por la sangre, o por el agua, o por el aire o por cualquier otro medio o vía (90). Y aunque el VIH y el SIDA no es una enfermedad de personas pobres, sin embargo es en esa población que más se concentra y se arraiga y es más dramático su impacto.

Ser pobre es una condición que facilita la transmisión del VIH/SIDA, del mismo modo que es en las personas afectadas por la pobreza donde es mayor la probabilidad de que la infección se manifieste en su forma clínica. Un organismo debilitado por una ingesta insuficiente de nutrientes y por las deficiencias de vitaminas, por el legado de otros agentes infecciosos subyacentes o pasados, y por el

peso que ejercen las infecciones parasitarias, y sobretodo la malaria, se encuentra en peores condiciones de sobreponerse a los desastrosos efectos de la infección por el VIH.

Y por consiguiente, las familias bien establecidas desde el punto de vista socioeconómico, son también más capaces de mantener a los niños en la escuela por periodos más largos; por lo que una niña con edad de escuela secundaria y que está en la escuela, tendrá menos necesidades que la impulsen a la promiscuidad o prostitución o a involucrarse en un matrimonio temprano, del mismo modo que aquellas niñas procedentes de familias pobres que comienza con la vida sexual más temprano tienen más posibilidades de quedar embarazadas y de verse forzadas a abandonar la escuela. Y cuando las personas han cursado la enseñanza secundaria se encuentran, por lo regular, en mejores condiciones de ser más selectivas y de conducir de manera más responsable y criteriosa sus relaciones incluidas aquellas que involucran la sexualidad.

En un contexto como el de Mozambique donde la mayoría de los jóvenes de entre los 16 y 20 años no está en la escuela, donde escasean las oportunidades de empleo para ésta población, y la pobreza se encuentra ampliamente distribuida entre ellos, y se observan migraciones masivas hacia las ciudades donde se ven forzados a concentrarse en las zonas peri urbanas y superpobladas y carentes de servicios públicos, para esos jóvenes a los que les falta cualquier expectativa de futuro, no les es dable sino el vivir el hoy y para hoy, por lo que las metas de sus vidas consisten básicamente en buscar y experimentar gratificaciones inmediatas; y ese es un contexto donde se ve favorecida la violencia tanto dirigida hacia la mujer como a todos los miembros de la sociedad; se ve favorecida la proliferación de la promiscuidad y de las prácticas de sexo por dinero, el uso y el abuso de drogas y del alcohol; todos éstos, factores que predisponen a la infección por el VIH y dificultan el éxito de las intervenciones de promoción para la salud.

Las oportunidades de trabajo, las expectativas de una vida más plena desde el punto de vista socioeconómico, constituyen incentivos para que se puedan tomar medidas que protejan contra la infección por el VIH. Williams y colaboradores, 1999 (103), observó que los índices de infección por el VIH eran 26 veces más bajos entre las personas con empleo que en aquellas desempleadas en una región de Sudáfrica. Por lo que una política o estrategia de desarrollo que favorece los desequilibrio en la distribución de las riquezas, en las relaciones entre los géneros, en el acceso a la educación, y favorece otros tipos de desequilibrios sociales, también favorece el incremento en la prevalencia de la infección por el VIH entre la población.

Las condiciones de pobreza, caracterizadas por la falta de acceso a la alimentación básica, a agua potable y a verse sometido a una vivienda insalubre y a malas condiciones ambientales, ejercen su mayor efecto en las enfermedades diarreicas y en las infecciones respiratorias agudas, y actúan de manera sinérgica con lo que se potencia su efecto.

La pobreza engendra infecciones y las infecciones engendran pobreza (65, 67, 30, 5). Aquí se cierra el círculo. La única vía de salida pasa necesariamente por el ejercicio de mayores esfuerzos que contribuyan a que una persona sea capaz de satisfacer sus necesidades básicas, y la mayoría de las defunciones causadas por enfermedades infecciosas son evitables mediante intervenciones a relativamente bajos costes, que permiten su prevención y tratamiento, siendo para todos los casos, la educación para la salud la más básica y crucial de todas, mediante la cual se pueden promover comportamiento inocuos tanto sexuales, como hábitos nutricionales, y la higiene; la adherencia a los programas de inmunización y en la enseñanza de técnicas básicas sobre las medidas convenientes en casos de enfermedades en los niños.

Y al no ser específicos la mayoría de los testes para la detección del VIH se favorecen reacciones cruzadas con la mayoría de las manifestaciones clínicas y infecciones como la tuberculosis, la malaria, la hepatitis, la desnutrición, las enfermedades infecciosas repetidas (31), ampliamente distribuidas en un contexto caracterizado por la pobreza como es el caso de Mozambique. Del mismo modo, los diagnósticos de SIDA basados en criterios Clínicos, como los Criterios de Bangui (23), establecidos para África Subsahariana fallan al estar definidos en base a manifestaciones como el adelgazamiento, la diarrea y la fiebre, que son síntomas de enfermedades hídricas y endémicas en Mozambique y en África subsahariana donde gran parte de la población esta sometido al consumo de agua no controlada, a un estado nutricional pobre, a precarias condiciones higiénicas, a la falta de vivienda adecuada, a un restringido acceso a la educación y a los servicios de salud, y fallan al prescindir de criterios serológicos.

Las definiciones de los casos de SIDA han consistido esencialmente en reclasificación de manifestaciones habituales y comunes como casos de SIDA. Y el hecho de que algunas de esas clasificaciones sean específicas para regiones determinadas, como por ejemplo los criterios de Bangui que son válidos y suficientes solo para África subsahariana, muestra una debilidad en las pautas

establecidas para el diagnóstico de la enfermedad y pone en entredicho los datos obtenidos a partir de esos procedimientos.

Es imprescindible mejorar los procedimientos de diagnóstico ya que ello permitirá dar una idea clara y realista de la magnitud del problema del SIDA, con lo que se podrán definir estrategias adecuadas y justas basadas en información válida que implique la dedicación de los recursos en función de la magnitud del problema sin que se lleve al abandono de otras necesidades igualmente prioritarias como la seguridad alimentaria, el acceso a agua potable, la malaria y otras parasitosis, etc.

Aquellos criterios de definición y de diagnóstico de los casos de SIDA que son universalmente válidos, deben también ser universalizados en su accesibilidad y en su aplicación.

Por otro lado, las estimaciones sobre la infección por el VIH se basan fundamentalmente en información recopilada a partir de mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales seleccionados. Aunque sea actualmente el indicador más extendido y sobre el que hay un amplio consenso, sin embargo, hay que reconocer que las mujeres embarazadas difieren de la población general en diferentes niveles. La información disponible actualmente sobre la prevalencia de la infección por el VIH y el SIDA en aquellos contextos caracterizados por una epidemia madura, las mujeres constituyen el grupo más afectado.

Algunas fuentes (81) indican que la diferencia en las proporciones puede ser de alrededor de un 20% de mujeres infectadas por encima de lo observado en los hombres. Transpolarse para los hombres los valores observados en las mujeres puede conducir a una sobrestimación de los niveles de infección en ese grupo. Por otro lado, también las mujeres embarazadas son aquellas que llevan una vida sexual activa; y el grupo que comprende las edades que van de los 15 a los 59 años incluye a mujeres que no llevan una vida sexual activa. Por lo que los valores registrados entre las mujeres sexualmente activas son transpolados para el grupo formado por aquellas que no llevan una vida sexual activa. También la literatura hace referencia de la reducción en la fertilidad de las mujeres infectadas por el VIH. La reducción en la fertilidad puede ser del orden de los 20 a 50% de los que sería sin la infección por el VIH. Éste dato sugiere que al tomarse en cuenta como válidos para la población general los datos observados para las mujeres embarazadas, se subestiman los valores correspondientes a las mujeres cuya fertilidad ha sido afectada a raíz de la infección. Y en escenarios donde la proporción de los partos atendidos por personal capacitado es estimada en el 44%, la aplicación de este método puede introducir alguna clase de sesgo en el sistema.

De acuerdo con fuentes de ONUSIDA (78) recientemente, algunos países han llevado a cabo encuestas nacionales de población con pruebas del VIH, algunas de las cuales han sido Encuestas Demográficas y de Salud. Entre los ejemplos figuran Burundi, Kenya, Malí, Níger, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe; los datos de esas encuestas dan a entender que las estimaciones previas basadas en la vigilancia centinela eran demasiado elevadas.

Debe haber una completa transparencia sobre la magnitud y la extensión de la epidemia; sin negación ni exageraciones. Es necesario que sean proclamados los progresos en el combate de la epidemia cuando los haya; es necesario lograr que la gente se sienta segura y se pueda abrir a su estatus con respecto al VIH y estimular una participación dinámica de las personas infectadas y afectadas por el VIH y el SIDA en todos los esfuerzos de prevención, de atención y de gestión de la epidemia. El abordaje del VIH y el SIDA debe estar siempre entre las prioridades de todos sectores de la sociedad. Los líderes electos por el pueblo tienen también la misión y la responsabilidad de dotar a la comunidad del liderazgo necesario para el combate del VIH/SIDA. Es necesario que ni el VIH y el SIDA ni los mensajes para combatirlo nos cansen, nos fatiguen.

Debe plantearse con detenimiento la idoneidad de las campañas de prevención basadas en la promoción de los exámenes voluntarios mediante testes rápidos entre la población joven y la población general cuando se sabe que no dispone de un método de diagnóstico de confirmación. Un de los efectos de esa prácticas además del trauma y del dolor al que está asociado y la erosión de la credibilidad de todo el sistema, ya que se dan cosas, como hemos podido constatar en el Gabinete de Asesoramiento y Exámenes Voluntarios de Alto-Maé (GATV) en Maputo en 2003, en que personas con diagnósticos positivos de VIH, daban negativos al mismo examen basado en los mismos procedimientos y realizado por el mismo técnico al cabo de algunas semanas o meses, con la consiguiente falla de que el paciente acudiese sin haber sido citado previamente por el personal encargado.

Esa práctica y todo el entorno que rodea al SIDA representa una carga para toda la sociedad y sobretudo para aquellas personas con diagnóstico de SIDA y las afectadas por el SIDA, lo cual engendra un estado de miedo colectivo que automáticamente se traduce en insolidaridad y en exclusión que a su vez empeora las condiciones de vida y agrava el estado de la salud de la persona. Es imprescindible reunir las pruebas necesarias y suficientes para el diagnóstico del SIDA. No puede ser aceptable el que se hagan diagnósticos que corresponden a la destrucción de vidas mediante procedimientos instantáneos, pese a la escasez de recursos.

Es necesario tener en cuenta que algunas de las personas con diagnóstico de SIDA no están infectadas por el VIH. Hay que encontrar alternativas que aseguren un diagnóstico fiable de modo a que no sean privados de atención adecuada a aquellos pacientes que presentan enfermedades para las cuales se dispone de recursos para su tratamiento y cura.

El largo periodo que media desde el momento en que se da la infección por el VIH hasta la altura en que comienzan a aparecer las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad hacen que la epidemia del VIH no se evidencie sino cuando ha transcurrido un tiempo largo, al cual le corresponde una amplia diseminación de la infección en la población. De este fenómeno resulta la inestimable importancia que tiene el diseño de modelos que permitan prever y proyectar la enfermedad. Cuando se tiene una vigilancia exhaustiva de la evolución de la epidemia también se tienen mayores posibilidades de obtener una imagen más precisa y realista y se está en mejor posición para que se pueda plantear un abordaje que conduzca a una respuesta más eficaz.

8.0. CONCLUSIONES

La realización del presente estudio ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA

El grupo estudiado dispone de algunas nociones sobre el VIH y el SIDA que son correctas, sin embargo, en lo global sus conocimientos con respecto a los factores de mayor importancia en el riesgo de infección por el VIH/SIDA y las ETS son débiles.

SEGUNDA

Las principales debilidades de sus conocimientos están relacionadas con aspectos como: a) las vías de diseminación; b) los factores asociados a mayores riesgos de infección, c) los principales métodos de prevención, y d) sobre la sexualidad en general.

TERCERA

Las personas con los más elevados grados de escolaridad, son las que presentan los conocimientos sobre la prevención del VIH más sólidos y consistentes y son también las más capaces de protegerse contra el VIH y el SIDA y las ETS.

CUARTA

El incremento en el uso del preservativo constituye el principal cambio introducido en su comportamiento sexual en relación con la prevención de la infección por el VIH y el SIDA.

QUINTA

Y el incremento en el uso del preservativo no ha sido acompañado por otros comportamientos como un retraso en el inicio de la actividad sexual, o la reducción del número de parejas sexuales.

SEXTA

La introducción de ese cambio en su comportamiento tampoco deriva de unos conocimientos sólidos sobre el VIH/SIDA ni sobre la sexualidad y sus determinantes, sino de un entorno favorable a la práctica de la actividad sexual mediada por el uso del preservativo.

SÉPTIMA

Algunos factores culturales dificultan la realización de cambios en el comportamiento individuales con respecto a la infección por el VIH, el SIDA y las ETS como la reducción del número de parejas sexuales, y la adopción de prácticas novedosas como es la introducción del uso del preservativo en las relaciones sexuales.

OCTAVA

Los roles sociales atribuidos a los géneros las inequidades de género basadas en aspectos socioculturales y económicas colocan a ambos, hombres y mujeres, pero sobretodo a la mujer, en desventajas con respecto a la infección por el VIH y el SIDA y las ETS.

NOVENA

Los conocimientos propios sobre la sexualidad, el VIH, el SIDA y las ETS, que son percibidos como elevados, aunque, por otra parte, también se lamenta el saberse muy poco con respecto a los mismos temas. Y el embarazo y el SIDA son los temas que mayores preocupaciones suscitan, y sobre los que desearían estar mejor informados.

DÉCIMA

Los hombres son más capaces de ejercer control sobre su comportamiento, sin embargo, pese a ello, también la conducta del hombre es también una de las principales responsables para la infección por el VIH en la mujer.

UNDÉCIMA

El impacto del SIDA es importante en los Servicios de Salud de Maputo, donde la unidad de Medicina Interna y de Dermatología son los más afectados.

DUODÉCIMA

Y el perfil clínico del Paciente con SIDA del Hospital Central de Maputo se caracteriza por presentar un estado avanzado de la enfermedad en el momento del diagnóstico, y por presentar las mismas manifestaciones que son endémicas y comunes en la población general.

9.0. REFERENCIAS

1-Africa: assessment of the epidemiological situation on HIV. 2001. **Irinnews**. Comunicación por Internet. Disponible en <http://www.Irinnews.org> en Junio de 2003.

2-AIDS images of the epidemic. **World Health Organization**. Geneva, 1994.

3-Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R & Hearst N., Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4 Supl): 88-95, a.

4-Antunes MC, et al., Evaluating AIDS sexual risk reduction program for young adults in public night schools in São Paulo, Brazil. *AIDS* 1997; 11 (Supl 1): 121-7, b.

5-Aranda-Pastor J., Problemas nutricionales en países en vías de desarrollo. En Majem S. et al (Eds)., *Nutrición en Salud Publica*. Masson. Barcelona, 1995.

6-Baker G and Lowenstein I., Where the boys are: attitudes related to masculinity, fatherhood, and violence toward woman among low income adolescent and young adult males in Rio de Janeiro, Brazil. *Youth and Society*, 29 (2): 166-196. 1997; UNAIDS (1999). *Gender and HIV/AIDS: taking stock of research and programmes*. Geneva. UNAIDS, 1999.

7-Bandura A., Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1989, a.

8-Bandura A., *Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV infection*. In DiClemente and Peterson, J., (Eds). *Preventing AIDS. Theories and Methods of behavioural Interventions*. Plenum Press. New York. 1994, b.

9-Barret-Grant K., Fine D., Heywood M. & Strode A., *HIV/AIDS and Law. 2nd Edition*. Roggebaai. Cape Town. South Africa. *The AIDS Law Project and Legal Network*, 2001.

10-Barreto A. et al, *Determinantes Demograficos e Culturais da prevalencia do HIV em Moçambique*. Ministerio da Saúde Moçambique. Maputo 2002.

11-Bila F., Inhamussua C. & Bergante K., *Estudo qualitativo sobre a confiança, jovens do sexo feminino dentro e fora da escola na cidade de Maputo*. PSI-Mozambique - Programa Nacional de control das DTS/SIDA. Maputo, 2001.

12-Blanc A., *The relationship between sexual behaviour and level of education in developing countries*. Geneva, UNAIDS, 2000.

13-Caballo B, González C, Costa JR., *Epidemiología de la Infección por el VIH*. En Costa, J. R., Damiano, A. y Rubio, R. (Ed): *La infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana: patogénia, diagnostico y tratamiento*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid - España, 1992.

14-Caldwell JC, and Caldwell P., *The nature and limits of the sub - Saharan African AIDS epidemic: evidence from geographic and other patterns*. *Population and Development Review*, 19 (4): 817-848. (1993).

15-Campana Mundial contra el SIDA 2004. *Mujeres, Muchachas VIH y SIDA. Visión estratégica e informa de base*. **ONUSIDA**. Febrero de 2004. Comunicación por Internet. Disponible en www.unaids.org, en 20 de Abril de 2004.

16-Cassia MB e PaivaV., Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(Supl):117-9

17-CDC 1993 revised classification system for HIV infection and surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41 (No RR-17): 1.17.

18-Conforming AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. **World Bank**, 1997, Oxford University Press, Oxford, 1997.

19-Costa JR., Introducción y conceptos" en Costa, J. R., Damiano, A. y Rubio, R. (Ed): *La infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana: patogénia, diagnostico y tratamiento*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid-España, 1992.

20-Cristiane Gonçalves MS., O Significado de fidelidad e as estrategias para a prevenção da AIDS entre homens casados. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36 (Supl): 40-9.

21-Chervin DD, & Martinez A., Survey on the health of Stanford students. Report to the Board of Trustees, Stanford University, February 19, 1987.

22-Chris C, Priya A, Todd S., Abstinence only vs. Comprehensive sex education: what are the arguments? What is the evidence? AIDS Policy Research Center & Center for AIDS Prevention Studies y AIDS Research Institute. University of California, San Francisco. Policy Monograph Series - March 2002.

23-Definición de Caso de Banguí. *WHO Weekly Epidemiological Record* No 10, 7 de marzo de 1986, Pág. 71.

24-Deheneffe J, Caraël M, & Numbissi A., Socioeconomic Determinants of sexual behaviour and Condom Use. In *confronting AIDS: Evidence from the Developing World*. Eds.: Ainsworth, A., Franken, L., and Over, M. Brussels: The European Commission. 1989.

25-Díaz Torres H. M. y Lubián Caballero AL., Definición de caso y Clasificación de la Infección por el VIH y SIDA. *Rev Cubana Med* 1998; 37(3):157-65),

26-Dudas sobre el preservativo. Comunicación por Internet, disponible en <http://www.zenit.org/spanish/visualizza.phtml?sid=56304> a 23 de junio 2004.

27-Du Pisani A., UNAM HIV/AIDS Policy Guidelines. En *HIV/AIDS – The Challenge for tertiary institutions in Namibia*. Workshop. 9-11 Oct. 52-64. Windhoek, 2000.

28-Eka Esu-Williams and Joseph M., "Mobilizing young people for care and support of people living with HIV/AIDS in Zambia. Horizons research Summary. Washington D.C.: Population Council. 2003. Comunicación por internet, disponible en http://www.peoplecouncil.org/horizons/ressum/youthnvsun_zambia.html_a_03/05/2004. En 10 Julio de 2004.

29-El Estado de la Población Mundial 2002. Panorama general de la vida de los adolescentes. **FNUAP**. Comunicación por Internet, disponible en <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch3/page4.htm> en 24 de Julio de 2003.

30-Eliminar los obstáculos al desarrollo saludable. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre las enfermedades infecciosas. Comunicación por Internet, disponible en <http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99.spanish/pages/textonly.htm> a 11 de Septiembre de 2002.

31-Embid A., Criterios de diagnostico del sida en occidente. Comunicación por Internet, disponible en <http://amcmh.org/Sida2.RV059.htm> a 29 de octubre de 2004.

32-Encuesta De Salud Y Hábitos Sexuales 2003. Instituto Nacional De Estadística Y Secretaria Del Plan Nacional Sobre El Sida Del Ministerio De Sanidad Y Consumo. Comunicación Por Internet, Disponible En [Http://www.ine.es/inebase/cqi/um?M=%2Ff15%2Fa2003&O=Pcaixs&N=&L=0](http://www.ine.es/inebase/cqi/um?M=%2Ff15%2Fa2003&O=Pcaixs&N=&L=0) A Julio 2004.

33-El SIDA un problema global/una solución global. **Plataforma SIDA en África**. Diciembre 2003. Comunicación por internet. Disponible en www.medicusmundi.es a 02 Mayo 2004.

34-Elizabeth MS, Moses S, Rosemary K, et al., Personal risk perception, HIV knowledge and risk avoidance behaviour, and they relationship to actual serostatus in urban African obstetric population. *J Acquir Immune Def Syndr*. Volume 35, Number 1, January 1 2004.

35-Eva Linbladh and Carl Lyttkens., Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour. *Social science and medicine* 55 (2002) 451-465.

36-Fátima M. & Carlota I., *O papel da confiança nas decisões sexuais dos jovens*. PSI- Moçambique. Maputo, 2002.

37-Fishbein M, Middlestadt SE, and Hitchcock PJ, Using information to change sexually transmitted disease-related behaviour. In DiClemente R, Peterson JL (Ed): *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural interventions*. Plenus Press. New York.

38- Fylkesnes K, Brunborg H & Msika R., *The Current HIV/AIDS Situation and Future Demographic Impact*. Lusaka: Zambia Ministry of Health, 1994.

39-Fylkesnes K, Musonda RM, Kasumba K. et al. *The HIV epidemic in Zambia: sociodemographic prevalence patterns and indications of trends among chilbearing women*. *AIDS* 11, 339-345, 1997.

40-García Días JD, Guijarro HC y Portejo AJ., "El Virus de la Inmunodeficiencia Humana" en Costa, J. R., Damiano, A. y Rubio, R. (Ed): *La infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana: patogénia, diagnóstico y tratamiento*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid - España, 1992.

41-Gardner R., et al. *Closing the Condom gap. Population reports, series H, Nº 9*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program (1999). Comunicación por internet, disponible en <http://www.jhccp.org/pr/h9edsum.shtml> a 23 de Septiembre de 2003.

42-Givans KA, *Factors in HIV/AIDS transmission in sub-Saharan Africa*. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (12).

43-Goldstein B, Castañera BM., *Conocimientos, percepción y actitudes acerca del VIH. Un estudio longitudinal en adultos jóvenes (1994-2001)*, Argentina. PUB. OF. SESIDA, Vol. 13. Núm. 7, Julio-Agosto 2002.

44-Gómez RD, *Vigilancia epidemiológica del SIDA.*, en Velásquez, G. y Gómez, R.D (Eds) *SIDA: enfoque integral*. Serie Fundamentos de Medicina. 2^{da} edición. Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB). Medellín, Colombia. 1996.

45-González JM, Martínez ML., *Manifestaciones clínicas de la infección por el VIH*. Pub of SESIDA 1990; 1(3):78-81.

46-Grobler ME., *Critical Social Factors which influence HIV/AIDS Campaign: A Social Work front-line research report from Namibia*. In: *The Challenge for tertiary institutions in Namibia*. Workshop. 9-11 Oct. 33-49. Windhoek. 2000.

47-Grundling JP, Pillay M, Bester G, Sibanda ES., Knowledge, Attitude and Practices Survey. Technikon University-Pretoria. October 2003. South Africa.

48-Gutmacher S, Lieberman L, Wai HC, Word D, Radosh A, Rafferty Y. et al., Gender differences in attitudes and use of condom availability programs among sexually active students in New York City public high schools. *J Am Med Woman Assoc* 1995; 50: 99-102.

49-Henry J. Kaiser., Sexual Health care and counsel: a series of national surveys of teens about sex (part 2) **Family Foundation.**, Seventeen Magazine. November 2000, Comunicación por internet, disponible en <http://www.kff.org/content/2000/3081/SaveSexToplines.pdf>. en October_16, 2001.

50-Human Rights Watch., Policy Paralysis: a call for action...: Abuse of sex workers comunicación por internet, disponible en <http://www.hrw.org/reports/2003/africa1203/4.htm>, en marzo de 2004.

51-Impacto demografico do HIV/SIDA em Moçambique. (Atualização). Instituto **Nacional de Estatística.** Maputo, Mozambique. 2002.

52-Integreting Gender into HIV/AIDS Programmes. Experto Consultation 3-5 June 2002. Geneva. World Health Organization. Departamento of Gender and Women's Health, 2002.

53-Instituto Nacional de Estatística -INE-2003. Maputo, Mozambique.

54-James R. Hargeaves & Judith R. Glynn., Education Attainment and HIV-1 Infection in Developing Countries: A Systematic Review. *Tropical Medicine & International Health.* Vol 7, Issue 6 Pag. 489. June 2002

55-Kasen S, Vaughan RD, and Walter HJ, Self-efficacy for AIDS preventive behaviour among tenth grade students. *Health Education Quarterly*, 19, 187-202, 1992.

56-Kaslow RA, Phair JP, Friedman HB, Lyter D, Solomon RE, Dudley J, et al. Infection with the human immunodeficiency virus: clinical manifestation and their relationship with the immune deficiency, a report from multicenter AIDS cohort study. *Ann Intern Med* 1987; 107: 474.80.

57-Kelly MJ., Addressing the Susceptibility of Youth to HIV Infection. Paper for Presentation at International Policymakers Conference on HIV/AIDS in New Delhi, India. May 2002. Track-1: Knowledge and Behaviour Change. University of Lusaka, Zambia, a.

58-Kelly MJ., The Encounter Between HIV/AIDS and Education. University of Zambia. Lusaka. 2000, b.

59-Kilian AH., Gregson S, Ndyababangi B., et al. Reductions in risk behaviour provide most consistent explanation for declining HIV-1 prevalence in Uganda. *AIDS* 13, 391-398, 1999.

60-Kirby D., Emerging Answers: Research Findings on Programmes to Reduce Teen Pregnancy: National Campaign To Prevent Teen Pregnancy; May 2001.

61-Koula M, Chris C, Joanna M, et al., Knowledge, attitudes and behaviour alter 15 years of HIV/AIDS prevention in schools. *European Journal of Public Health* 2002; 12:90-93.

62-Lamptey P., and Sharon W., Targeted AIDS intervention programs in Africa. In Jaime Sepúlveda (Ed.), *AIDS prevention through education: A World View.* Oxford University Press. 1992.

63-Manfred Z, & Kessler-Boding C., HIV/AIDS update. March 2003. An update established in the frame of the SADC Backstopping mandate 2003 of the Social Development Division's Health Desk. Swiss Tropical Institute – Swiss Centre for International Health.

64-Marques F, Sáez S, Guayta R., (Eds) Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Serie: Ciencias de la Salud. Eureka Médica, S.L. Barcelona (España), 2004.

65-Martinho D, Novoa A, Macassá G, et al., The burden of disease in Maputo City, Mozambique: registered and autopsied deaths in 1994. Bulletin of the World Health Organization- Ministerio da Saude de Moçambique.- Maputo 2001.

66-Martins F., Morales, M., Llopis, A., Valoración del Comportamiento Sexual con respecto a la Infección por el VIH en un grupo de Enfermos con SIDA en Maputo, Mozambique. Medicina Preventiva Vol. X, Nº 3, 3^{er} Trimestre, 2004.

67-Martins F., Llopis, A., Morales, M., Valoración del impacto del SIDA en el Hospital Central de Maputo. Enf Emerg 204; 6(2):38-43.

68-Medina J, Crespo L, Costa JR, Fuertes A., "Historia Natural de la Infección por el HIV: clínica y diagnóstico. Criterios diagnósticos del SIDA". En Costa, J. R., Damiano, A. y Rubio, R. (Ed): La infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana: patogénia, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid - España, 1992.

69-Men, culture and HIV/AIDS. UNAIDS. Material produced for World Health Day, 1st December 2001. Geneva. UNAIDS, 2001.

70-Mitchell C. & Smith A., Changing the Picture: Youth, Gender and HIV/AIDS prevention Campaigns in South Africa. McGill Universities and The University of the Witwatersrand. South Africa. 2002.

71-Mozambique: National Human Development Report- 2001. PNUD. Maputo- Mozambique. 2002.

72-Mulheres e SIDA. ONUSIDA ponto de vista., Octubre 1997.

73-National Country Profiles: Mozambique Summary. FAO. 2004. Comunicación por internet, disponible en <http://www.fao.org/es/ESN/nutrition/moz-e.stm> a 8 de octubre de 2004.

74-Natalie Lydié, Noah J. Robinson, Benoat Ferry, Evin Akan, Myrian De Loezian, Severin Abega., Mobility, sexual behaviour, and HIV infection in an urban population in Cameroon. J Acquir Immune Defic Syndr. 35, Number 1, January 1 2004.

75-Nicholas CG, Geoff PG, Bernhard S, Simon G, & Roy M. A., The effectiveness of HIV prevention and the epidemiological context. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (12)

76-Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Acta de reunión de Consulta. Antigua Guatemala. Mayo de 2000.

77-Paiva V., Fazendo arte com camisinha. Sexualidades jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus; 2000

78-Panorama Mundial de la Epidemia de SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004. UNAIDS. Comunicación por internet, disponible en http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_03_sp.htm a 25 de noviembre 2004.

79-Paul F, Fernet L, Mukherjee J, Gupta R, Tarter L & Jim Yong Ki., Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (12).

80-Peter HK & Otaala B., African Higher Education Institutions Responding to the HIV/AIDS Pandemic. Paper Presented at The AAU Conference Of Rectors, Vice Chancellors and Presidents of African Universities (COREVIP). Mauritius, March 17-21, 2003.)

81-Relatorio do Encontro para a Divulgação dos Dados das Taxas de Prevalencia do HIV/SIDA em Mozambique. Maputo, 6 de Setembro de 2001. Programa Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA. Grupo Técnico. Ministerio da Saúde - Moçambique. 2001.

82-Report on the global HIV/AIDS epidemia. Geneva, **UNAIDS**, 1998.

83-Response to the Impact of HIV/AIDS on Basic education in Africa. Africa Bureau Brief. USAID Bureau for Africa, Office of Sustainable Development. Nº 2. **USAID**, 2002.

84-Resumen Mundial de la epidemia del VIH/SIDA. **UNAIDS**, 2003. Comunicación por internet, disponible en http://www.unaids.org/wad/2003/Epiupdate2003_sp/Epi03_02_sp.htm. a Octubre de 2004.

85-Rogers EM, Diffusion of innovations (3rd ed.). New York: Free Press, 1983.

86-Rosales -López F. et al., Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Sal. Pub. Méx/* vol 43, no 5, sept – oct. 2001.

87-Ruiz Ortega M.P. Infección por el VIH y SIDA. En Osuna A.F. (Ed) "Salud Pública y educación para la Salud". Masson S.A. Barcelona (España), 2002.

88-Silberschmidt & Margarethe. Development of men in rural and Urban east Africa: implications of male identity and sexual behaviour" *World development*, 29 (4): 657-671. 2001.

89-Steinitz L., HIV/AIDS in Namibia: Implications for research. In: *The Challenge for tertiary institutions in Namibia. Workshop. 9-11 Oct. 21-32. Windhoek. 2000.*

90-Stillwaggon E., "HIV/AIDS in Africa: fertile terrain" *South Journal of Economics*, December 2000, 68 (5).

91-The Famele Condom and AIDS. UNAIDS point of view. **UNAIDS**, April 1997.

92-The HIV/AIDS Epidemic. An Inherent Gender Sign. Flyer, June 2001. London: The Commonwealth Secretariat. **Commonwealth Secretariat**, 2001.

93-The Progress of Nations, 2000. New York: **UNICEF**, 2000.

94-Training in Classroom Stress Management for Primary School Teachers. Evaluation of Pilot Project. Lusaka: **UNICEF**, 1996.

95-Van Rensburg D, Friedman I, Ngwena C, Pelsler A, Steyn F, Booysen F and Adendorf E., Strengthening local government and civil responses to HIV/AIDS epidemic in South Africa. Centre for Health System Research and Development. University of the Free State. Bloemfontein. *Elain's Exhibit Print*, 2002.

96-Velásquez G." Diagnostico de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". En Velásquez, G y Gómez R.D. (Ed): SIDA: enfoque integral. Serie: Fundamentos de Medicina. 2ª edición. Corporación para Investigaciones Biológicas-CIB. Medellín, Colombia. 1996, a.

97-Velásquez G., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: la epidemiología, el virus, fisiopatogenia y diagnóstico. En Díaz G. F., Ospina M, Sigfredo; Orozco, M. B., Estrada, M. S. (Ed) "Enfermedades de Transmisión Sexual: Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Serie "Fundamentos de Medicina" CIB - Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1995, b.

98-Vicki S, Forrest S, Oakley A, et al., Peer-led sex education-characteristics of peer educators and their perceptions of the impact of them of participation in a peer education programme. Oxford University Press 2002, a.

99-Vicki S, Forrest S, Oakley A, et al., What influences peer-led sex education in the classroom? A view from the peer educators. Health Education Research. Theory and Practice. Vol. 17 nº 3. 2002, b.

100-Waldby C, Kippax S, Crawford J., Research note: Heterosexual Men and "save sex" practice. Sociology of Health and Illness 1993; 15: 246-56.

101-Weller S and Davis K., Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. The Cochrane Library, Sign 2. Oxford: Update Software 2003.

102-Weniger BG, Zacarías E., The working group on AIDS case definition. The new Caracas AIDS definition: a practical case surveillance tool developed for use in advanced developing countries. Abstract WC96. VI international conference on AIDS. Florencia, 1991.

103-Williams B, Campbell C, & McPhail C., The Carletonville Pilot Survey. CSIR, 1999.

104-Youth Risk Behaviour Trends From CDC's 1991, 1993, 1995, 1997 and 1999 Youth Risk Behaviour Surveys. Fact Sheet: US Center for Disease Control and Prevention (CDC). Comunicación por Internet. Disponible en <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/trend.htm>. Consultado en enero de 2003.

10.0. ANEXOS

ANEXOS -A
ESCALAS DE EVALUACIÓN

Tabla-A-1: Escala de Evaluación del Comportamiento sexual y del autoeficacia con respecto a la infección por el VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Edad:	<input type="text"/>	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Grado Escolaridad:	<input type="text"/>
ESTADO CIVIL	Soltero[a] <input type="checkbox"/>	Casado [a] <input type="checkbox"/>	Divorciado[a] <input type="checkbox"/>	Viudo[a] <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN	Estudia <input type="checkbox"/>	Estudia y Trabaja <input type="checkbox"/>	Trabaja <input type="checkbox"/>	Desocupado <input type="checkbox"/>	

PRIMERA PARTE

PREGUNTAS			
1-	La información que tienes sobre sexualidad la has obtenido fundamentalmente de: (indique solo las fuentes que consideres de mayor importancia) Amigos <input type="checkbox"/> Libros <input type="checkbox"/> Revistas <input type="checkbox"/> Periódicos <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Escuela/Prof. <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>		
2-	Sobre qué tema de sexualidad desearía tener más información?		
3-	Quién te ha dado la información sobre sexualidad que consideras más importante?		
4-	Tienes experiencia sexual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO EXPERIENCIA SEXUAL			
5-	Usaste el preservativo en tu primera experiencia sexual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
6-	A qué edad tuviste tu primera experiencia sexual? <input type="text"/>		
7-	Tu primera experiencia sexual fue algo que tú: Planificaste <input type="checkbox"/> No Planificaste <input type="checkbox"/>		
8-	En qué lugar tuviste tu primera experiencia sexual? Casa <input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Un descampado <input type="checkbox"/> La Calle <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) <input type="text"/>		
9-	Cuántas parejas sexuales has tenido? <input type="text"/>		
10-	Usas el preservativo de manera regular en tus relaciones sexuales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
11-	Diga las razones por las que no has usado el preservativo en algunas de tus relaciones sexuales		
12	Cual consideras que es la efectividad del preservativo cuando es correctamente utilizado? a) de 95-100% <input type="checkbox"/> del 90 al 100% <input type="checkbox"/> menos de 90% <input type="checkbox"/>		
13	De las siguientes opciones seleccione las tres que consideres de mayor riesgo para la infección por el VIH/SIDA: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> a- Tener relaciones sexuales sin usar el Preservativo c- Ser infiel a la pareja e- Tener relaciones sexuales bajo presión de los amigos g- Combinar relaciones sexuales con drogas i- Tener relaciones sexuales sin planificar saludable l- Tener relaciones sexuales con prostitutas n- Tener relaciones sexuales por placer </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> b- Recibir transfusión de sangre d- Tener relaciones sexuales anales f- Combinar relaciones sexuales con alcohol h- Tener más de una pareja sexual j- Tener relaciones con alguien basándose en su apariencia k- Tener relaciones sexuales homosexuales m- Tener relaciones sexuales con la pareja habitual o- Tener relaciones sexuales con gente desconocida </td> </tr> </table>	a- Tener relaciones sexuales sin usar el Preservativo c- Ser infiel a la pareja e- Tener relaciones sexuales bajo presión de los amigos g- Combinar relaciones sexuales con drogas i- Tener relaciones sexuales sin planificar saludable l- Tener relaciones sexuales con prostitutas n- Tener relaciones sexuales por placer	b- Recibir transfusión de sangre d- Tener relaciones sexuales anales f- Combinar relaciones sexuales con alcohol h- Tener más de una pareja sexual j- Tener relaciones con alguien basándose en su apariencia k- Tener relaciones sexuales homosexuales m- Tener relaciones sexuales con la pareja habitual o- Tener relaciones sexuales con gente desconocida
a- Tener relaciones sexuales sin usar el Preservativo c- Ser infiel a la pareja e- Tener relaciones sexuales bajo presión de los amigos g- Combinar relaciones sexuales con drogas i- Tener relaciones sexuales sin planificar saludable l- Tener relaciones sexuales con prostitutas n- Tener relaciones sexuales por placer	b- Recibir transfusión de sangre d- Tener relaciones sexuales anales f- Combinar relaciones sexuales con alcohol h- Tener más de una pareja sexual j- Tener relaciones con alguien basándose en su apariencia k- Tener relaciones sexuales homosexuales m- Tener relaciones sexuales con la pareja habitual o- Tener relaciones sexuales con gente desconocida		

SEGUNDA PARTE

A		Ninguna	Alguna	Media	Mucha	Total
	<i>Cuanta certeza tienes de ser capaz de decir NO cuando te proponen tener relaciones sexuales</i>					
1	Alguien que conoces a 30 días o menos?.....					
2	Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?.....					
3	Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?.....					
4	Alguien a quien has tratado con anterioridad?.....					
5	Alguien a quien deseas volver a tratar?.....					
6	Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?.....					
7	Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?.....					
8	Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?.....					
9	Alguien con quien has estado tomando alcohol?.....					
10	Alguien con quien has estado utilizando drogas?.....					
11	Alguien con quien tu nivel excitación sea muy alto?.....					
B		Ninguna	Alguna	Media	Mucha	Total
	<i>Cuanta certeza tienes de ser capaz de:</i>					
1	Preguntar a tu pareja si alguna vez se ha inyectado drogas?.....					
2	Discutir sobre la prevención del SIDA con tu pareja?.....					
3	Preguntar a tu pareja sobre las relaciones sexuales del pasado?.....					
4	Preguntar a tu pareja si alguna vez tuvo una experiencia homosexual?.....					
C		Ninguna	Alguna	Media	Mucha	Total
	<i>Cuanta certeza tienes de ser capaz de:</i>					
1	Usar el preservativo cada vez que vayas a tener relaciones sexuales?.....					
2	Usar correctamente el preservativo?.....					
3	Usar el preservativo después que has estado consumiendo alcohol?.....					
4	Usar el preservativo después que has estado consumiendo drogas?.....					
5	Insistir en el uso del preservativo aún cuando tu pareja prefiere no usarlo?.....					
6	Negarte a tener sexo si tu pareja no acepta usar el preservativo?.....					
7	Tener siempre el dinero suficiente para comprar el preservativo?.....					
8	Ir hacia donde puedas comprar el preservativo?.....					
9	No tener relaciones sexuales hasta contraer el matrimonio?.....					
10	Mantener relaciones sexuales con una sola persona durante toda la vida?.....					
11	Hablar con tu padre sobre temas relacionados con la sexualidad?.....					
12	Hablar con tu madre sobre la sexualidad?.....					
D		Ninguna	Alguna	Media	Mucha	Total
	<i>Expresa hasta qué punto estás de acuerdo con que:</i>					
1	La mujer es la que debe de solicitar el uso del preservativo.....					
2	El hombre es el que debe de comprar los preservativos.....					
3	El hombre es el responsable por la protección de los dos en el acto sexual.....					
4	La mujer debe de traer consigo los preservativos.....					
5	Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas.....					
6	El uso del preservativo es bueno para mi salud.....					
7	El uso del preservativo disminuye la satisfacción sexual.....					
8	Mi situación económica no me permite comprar preservativos.....					
9	Las relaciones sexuales se disfrutan más cuando no son planificadas a tiempo.....					
10	Las parejas sexuales deben de ser únicas durante toda la vida.....					
11	Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad a no tener relaciones sexuales....					
12	El SIDA es algo difícil de que me coja aunque yo no me proteja.....					
13	Consideras que el grado de conocimientos que tienes sobre la sexualidad es.....					

Tabla-A.1: Escala de Evaluación de los conocimientos, las actitudes y las practicas con respecto a la infección por el VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual.

VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS, LAS ACTITUDES Y LAS PRÁCTICAS CON RESPECTO A LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA EN JÓVENES/ ADULTOS ESTUDIANTES DE MAPUTO, MOZAMBIQUE.			
EDAD <input type="text"/>	SEXO: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	CENTRO DE ESTUDIOS <input type="text"/>
GRADO DE ESCOLARIDAD <input type="text"/>	OCUPACIÓN: Estudia <input type="checkbox"/>	Trabaja <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL: Soltero[a] <input type="checkbox"/>	Casado[a] <input type="checkbox"/>	Divorciado[a] <input type="checkbox"/>	Viudo[a] <input type="checkbox"/>
PREGUNTAS			
1-NIVEL DE INFORMACIÓN			
a) Qué es el SIDA?			
.....			
.....			
b) Como y cuales son las vías de transmisión del VIH?			
.....			
.....			
c) Como se adquiere el VIH?			
.....			
.....			
2- SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
a) Qué métodos anticonceptivos utilizas?			
.....			
.....			
b) Existe alguna diferencia entre los métodos anticonceptivos y el preservativo?			
.....			
.....			
c) Que significa para ti "SEXO SEGURO"?			
.....			
.....			
3-COMPORTAMIENTO DE RIESGO CON RESPECTO AL VIH/SIDA			
a) Te previenes contra el SIDA?			
.....			
.....			
b) De qué modo te previenes contra el SIDA?			
.....			
.....			
c) Enumera tres comportamientos que consideras de riesgo para la infección por el VIH/SIDA?			
1.....			
2.....			
3.....			
1			

ANEXO-B.1

TABLAS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AUTOEFICACIA CON RESPECTO A LA INFECCIÓN POR EL VIH, EL SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN GRUPO DE ENFERMOS CON SIDA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO, MOZAMBIQUE. 2003.

Tabla-3: Bloc-A. Enfermos con SIDA vs. Sexo.

		Ninguna Certeza			Alguna Certeza			Media Certeza			Mucha Certeza			Total Certeza		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
A-1	A	6	42.8	19.5-68.8	2	14.2	2.4-39.7	2	14.2	2.4-39.7	2	14.2	2.4-39.7	2	14.2	2.4-39.7
	B	13	17.8	10.2-27.8	10	13.6	7.1-23.0	12	16.4	9.2-26.2	10	13.6	7.1-23.0	28	38.5	27.7-49.8
	C	16	18.1	11.1-27.2	4	4.5	1.4-10.5	19	21.5	13.9-31.0	13	14.7	8.4-23.3	36	40.9	31.0-51.3
	D	0	0.0	0.0-10.1	3	10.7	2.7-26.4	4	14.2	4.7-30.9	8	28.5	14.2-47.1	13	46.4	28.7-61.7
	Total	35	17.2	12.5-22.9	19	9.3	5.9-13.9	37	18.2	13.3-23.9	3.3	16.2	11.6-21.8	79	38.9	32.3-45.7
A-2	A	7	50.0	25.1-74.8	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	7	50.0	25.1-74.8	0	0.0	0.0-19.2
	B	20	27.3	18.0-38.4	0	0.0	0.0-4.0	5	6.8	2.5-14.5	22	30.1	20.4-41.3	26	35.6	25.2-47.0
	C	17	19.3	12.0-28.5	7	7.9	3.5-15.0	7	7.9	3.5-15.0	13	14.7	8.4-23.3	44	50.0	39.6-60.3
	D	0	0.0	0.0-10.1	4	14.2	4.7-30.9	2	7.1	1.2-21.6	6	21.4	9.1-39.3	16	57.1	38.5-74.3
	Total	44	21.6	16.4-27.7	11	5.4	2.8-9.2	14	6.8	3.9-11.0	48	23.6	18.1-29.8	86	42.3	35.6-49.2
A-3	A	7	50.0	25.1-74.8	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	7	50.0	25.1-74.8	0	0.0	0.0-19.2
	B	14	19.1	11.2-29.4	4	5.4	1.7-12.6	5	6.8	2.5-14.5	15	20.5	12.5-30.9	35	47.9	36.6-59.2
	C	21	23.8	15.8-33.5	0	0.0	0.0-3.3	8	9.0	4.3-16.5	23	26.1	17.7-36.0	36	40.9	31.0-51.3
	D	0	0.0	0.0-10.1	3	10.7	2.7-26.3	1	3.5	0.1-16.3	11	39.2	22.6-58.0	13	46.4	28.7-64.7
	Total	42	20.6	15.5-26.6	7	3.4	1.5-6.7	14	6.8	3.9-11.0	56	27.5	21.7-34.0	84	41.3	34.7-48.3
A-4	A	4	28.7	9.8-55.4	4	28.7	9.8-55.4	1	7.1	0.3-30.4	3	21.4	5.7-47.9	2	14.2	2.4-39.7
	B	11	15.0	8.1-24.6	10	13.6	7.1-23.0	18	24.6	15.8-35.4	17	23.2	14.6-33.9	17	23.2	14.6-23.9
	C	19	21.5	13.9-31.0	8	9.0	4.3-16.5	9	10.2	5.1-17.9	14	15.9	9.3-24.6	38	43.1	33.1-53.6
	D	0	0.0	0.0-10.1	2	7.1	1.2-21.6	0	0.0	0.0-10.1	7	25.0	11.6-43.3	19	67.8	49.1-83.0
	Total	34	16.7	12.0-22.3	24	11.8	7.9-16.8	28	13.7	9.5-19.0	41	20.1	15.0-26.1	76	37.4	30.9-44.2
A-5	A	4	28.5	9.8-55.4	4	28.5	9.8-55.4	4	28.5	9.8-55.4	1	7.1	0.3-30.4	1	7.1	0.3-30.4
	B	16	21.9	13.5-32.4	15	20.5	12.4-30.9	18	24.6	15.8-35.4	14	19.2	11.3-29.4	10	13.6	7.1-23.0
	C	16	18.1	11.1-27.2	6	6.8	2.8-13.6	25	28.4	19.7-38.4	17	19.3	12.0-28.5	24	27.2	18.7-37.2
	D	5	17.8	6.3-35.2	7	25.0	11.6-43.3	1	3.5	0.1-16.3	8	28.5	14.2-47.1	7	25.0	11.6-43.3
	Total	41	20.1	15.0-26.1	32	15.7	11.2-21.2	48	23.6	18.1-29.8	40	19.7	14.6-25.6	42	20.6	15.3-26.6
A-6	A	6	42.8	19.5-68.8	3	21.4	5.7-47.9	2	14.2	2.4-39.7	1	7.1	0.3-30.4	2	14.2	2.4-39.7
	B	13	17.8	10.2-27.8	15	20.5	12.4-30.9	3	4.1	1.0-10.5	19	26.0	16.9-36.9	23	31.5	21.6-42.8
	C	3	3.4	0.8-8.9	16	18.1	11.1-27.2	34	38.6	28.9-49.1	17	17.3	12.0-28.5	18	20.4	12.9-29.8
	D	11	39.2	22.6-58.0	6	21.4	9.1-39.3	3	10.7	2.7-26.4	3	10.7	2.7-26.1	5	17.8	6.8-35.2
	Total	33	16.2	11.6-21.8	40	19.7	14.6-25.6	43	21.1	15.9-27.2	40	19.7	14.6-25.6	48	23.6	18.1-29.8

Tabla-4: Bloc-A. Enfermos con SIDA VS. Grado de Escolaridad.

		Ninguna Certeza			Alguna Certeza			Media Certeza			Mucha Certeza			Total Certeza		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
A-7	A	10	71.4	44.5-90.1	1	7.1	0.3-30.4	2	14.2	2.4-39.7	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2
	B	38	52.0	40.6-63.3	23	31.5	21.6-42.8	9	12.3	6.2-21.4	0	0.0	0.0-4.0	3	4.1	1.0-10.7
	C	23	26.1	17.7-36.0	14	15.9	9.3-24.6	12	13.6	7.6-22.0	16	18.1	11.1-27.2	23	26.1	17.7-36.0
	D	1	3.5	0.1-16.3	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.0	8	28.5	14.2-47.2	18	64.2	45.5-80.2
	Total	72	35.4	29.1-42.2	39	19.2	14.2-25.0	23	11.3	7.4-16.2	25	12.3	8.3-17.3	44	21.6	16.4-27.7
A-8	A	1	7.1	0.3-30.4	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	6	42.8	19.5-68.4	6	42.8	19.5-68.4
	B	6	8.2	3.3-16.3	3	4.1	1.0-10.7	6	8.2	3.3-16.3	31	42.4	31.4-53.9	27	36.9	26.5-48.4
	C	10	11.3	5.9-19.3	15	17.0	10.2-25.9	2	2.2	0.3-7.3	13	11.3	5.9-19.3	51	57.9	47.4-67.9
	D	2	7.1	1.2-21.6	5	17.8	6.8-35.2	0	0.0	0.0-10.0	2	17.8	6.8-35.2	16	57.1	38.5-74.3
	Total	19	9.3	5.9-13.9	24	11.8	7.9-16.8	8	3.9	1.8-7.3	44	25.6	19.9-31.9	100	49.2	42.4-56.1
A-9	A	8	57.1	31.2-80.4	1	7.1	0.3-3.4	3	21.4	5.7-47.9	5	7.1	0.3-30.4	1	7.1	0.3-30.4
	B	10	13.6	7.1-23.0	6	8.2	3.3-16.3	0	0.0	0.0-4.0	29	38.5	27.7-49.8	29	39.7	29.0-51.2
	C	29	32.9	23.7-43.2	10	11.3	5.9-19.3	4	4.5	1.4-10.7	12	14.7	8.4-23.3	32	36.3	26.8-46.7
	D	10	35.7	19.7-54.4	9	32.2	16.9-50.8	2	7.1	1.2-21.6	8	7.1	1.3-21.6	5	17.8	6.8-35.2
	Total	57	28.0	22.2-34.5	26	12.8	8.7-17.9	9	4.4	2.1-7.9	54	21.6	16.4-27.7	67	33.0	26.7-39.6
A-10	A	3	21.4	5.7-47.9	2	14.2	2.4-39.7	3	21.4	5.7-47.9	0	35.7	14.3-62.3	1	7.1	0.3-30.4
	B	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0	3	4.1	1.0-10.7	7	39.7	29.0-51.2	41	56.1	44.6-67.2
	C	17	19.3	12.0-28.5	4	4.5	1.4-10.5	11	12.5	6.7-20.6	13	13.6	7.6-22.0	44	50.0	39.6-60.3
	D	2	7.1	1.2-21.6	2	7.1	1.3-21.6	5	17.8	6.8-35.2	5	28.5	14.2-47.0	11	39.2	22.6-58.0
	Total	22	10.8	7.0-15.6	8	3.9	1.8-7.3	22	10.8	7.0-15.6	25	26.6	20.8-32.9	96	47.2	40.4-54.1
A-11	A	6	42.8	19.5-68.4	5	35.7	14.3-62.3	3	21.4	5.7-47.9	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	20	27.3	18.1-38.4	15	20.5	12.4-30.9	0	0.0	0.0-4.0	7	9.5	4.2-18.0	31	42.4	31.5-53.9
	C	26	29.5	20.7-39.6	0	0.0	0.0-3.3	16	18.1	11.1-27.4	13	14.7	8.4-23.3	33	37.5	27.8-47.9
	D	8	28.5	14.2-47.2	9	32.4	16.9-50.8	4	14.2	4.7-30.95	5	17.8	6.8-35.2	2	7.1	1.2-21.6
	Total	60	29.5	23.5-36.1	29	14.2	9.9-19.6	23	11.3	7.4-16.2	25	12.3	8.3-17.3	66	32.5	26.3-39.1

Tabla-5: Bloc-B. Enfermos con SIDA VS. Grado de Escolaridad.

		Ninguna Certeza			Alguna Certeza			Media Certeza			Mucha Certeza			Total Certeza		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
P-1	A	4	28.5	9.8-55.4	7	50.0	50.0-74.8	2	14.2	2.4-39.7	0	0.0	0.0-19.2	1	7.3	0.3-39.2
	B	8	10.9	5.2-19.7	2	2.7	0.4-8.7	3	4.1	1.0-10.7	22	30.1	20.4-41.3	38	52.0	40.6-63.3
	C	21	23.8	15.8-33.5	0	0.0	0.0-3.3	7	7.9	3.5-15.0	38	43.1	33.1-53.6	22	25.0	16.7-34.8
	D	8	28.5	14.2-47.1	2	7.1	1.2-21.6	9	32.1	16.9-50.8	6	21.4	9.1-39.3	3	10.7	2.7-26.4
	Total	41	20.1	15.0-26.1	11	5.4	2.8-9.2	21	10.3	6.6-15.1	66	32.5	26.3-39.1	64	31.5	25.4-38.1
B-2	A	2	14.2	2.4-39.7	1	7.1	0.3-39.2	3	21.4	5.7-47.9	5	35.7	14.4-62.3	3	21.4	5.7-47.9
	B	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0	32	43.8	32.8-55.3	41	56.1	44.6-67.1
	C	4	4.5	1.4-10.5	0	0.0	0.0-3.3	6	6.8	2.8-13.6	26	29.5	20.7-39.6	52	59.0	48.6-68.9
	D	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	12	42.8	25.6-61.4	15	53.5	35.2-71.1
	Total	7	3.4	1.5-6.7	1	0.4	0.0-2.4	9	4.4	2.1-7.9	75	38.9	32.3-45.7	111	54.6	47.7-61.4
B-3	A	3	21.4	5.7-47.9	4	28.5	9.8-55.4	5	35.7	14.4-62.3	0	0.0	0.0-19.2	2	14.2	3.4-39.7
	B	10	13.6	7.1-23.0	0	0.0	0.0-4.0	4	5.4	1.7-12.6	8	10.9	5.2-19.7	51	69.8	58.6-79.5
	C	6	6.8	2.8-13.6	7	7.9	3.5-15.0	21	23.8	15.8-33.5	18	20.4	12.9-29.8	36	40.9	31.0-51.3
	D	20	71.4	52.8-85.7	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1	2	7.1	1.2-24.6	5	17.8	6.8-35.2
	Total	39	19.2	14.2-25.0	12	5.9	3.2-9.8	30	14.7	10.3-20.1	28	13.7	9.5-19.0	94	46.3	39.5-53.1
B-4	A	8	57.1	31.1-80.4	4	28.5	9.8-55.4	1	7.1	0.3-39.2	1	7.1	0.3-39.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	1	1.3	0.6-6.5	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0	10	13.6	7.1-23.0	62	84.9	75.3-91.8
	C	18	20.4	12.9-29.8	24	27.2	18.7-37.2	4	4.5	1.4-10.5	26	29.5	20.7-39.6	16	18.1	11.1-27.2
	D	7	25.0	11.6-43.3	5	17.8	6.8-35.2	9	32.1	16.9-50.8	3	10.7	2.7-26.4	4	14.2	4.7-30.9
	Total	34	16.7	12.0-22.6	33	16.2	11.6-21.8	14	6.8	3.9-11.0	30	17.7	10.3-20.1	82	40.3	22.8-47.2

Tabla-6: Bloc-C. Enfermos con SIDA vs. Grado de Escolaridad.

		Ninguna Certeza			Alguna Certeza			Media Certeza			Mucha Certeza			Total Certeza		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
C-1	A	0	0.0	0.0-19.2	1	7.1	0.0-19.2	4	28.5	9.8-55.4	6	42.8	19.5-68.8	3	21.4	5.7-47.9
	B	3	4.1	1.0-10.7	8	10.9	5.2-19.7	6	8.2	3.3-16.3	19	26.0	16.9-36.9	37	53.4	42.9-64.9
	C	7	7.9	3.5-15.0	4	4.5	1.4-10.5	8	9.0	4.3-16.5	28	31.8	22.1-42.6	41	46.5	36.3-57.0
	D	2	7.1	1.2-21.6	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	10	35.7	19.7-54.4	16	57.1	38.5-74.3
	Total	12	5.9	3.2-9.3	13	6.4	3.6-10.4	8.8	8.8	5.5-13.3	63	31.0	24.9-37.5	97	44.7	40.9-54.9
C-2	A	0	0.0	0.0-19.2	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	4	28.7	9.8-55.4	8	57.1	31.1-80.4
	B	5	6.8	2.5-14.5	9	12.3	6.1-21.4	0	0.0	0.0-4.0	46	63.0	51.5-73.4	13	17.8	10.2-27.8
	C	3	3.5	0.8-8.7	4	4.5	1.4-10.5	0	0.0	0.0-3.3	38	43.1	33.1-53.6	43	48.8	38.5-59.2
	D	0	0.0	0.0-10.1	1	3.5	0.1-16.3	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1	26	92.8	78.3-98.7
	Total	8	3.9	1.8-7.3	15	7.3	4.3-11.6	1	0.4	0.0-2.4	88	42.3	36.6-50.2	80	39.4	32.8-46.2
C-3	A	0	0.0	0.0-19.2	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	4	28.7	9.8-55.4	9	64.2	37.6-85.5
	B	18	24.6	15.8-35.4	24	32.8	22.8-44.2	28	38.3	27.7-49.8	0	0.0	0.0-4.0	3	4.1	1.0-10.7
	C	23	26.1	17.7-36.0	7	7.9	3.5-15.0	23	26.1	17.7-36.0	18	20.4	12.9-29.8	17	19.3	12.0-28.5
	D	16	57.1	38.5-74.6	6	21.4	9.1-39.2	4	14.2	4.7-30.9	1	3.5	0.1-16.3	1	3.5	0.1-16.3
	Total	57	28.0	22.2-34.5	38	18.7	13.7-24.5	55	27.0	21.3-33.5	23	11.3	7.3-16.2	30	14.7	10.3-20.1
C-4	A	3	21.4	5.7-47.9	3	21.4	5.7-47.9	3	21.4	5.7-47.9	0	0.0	0.0-19.2	5	35.1	14.4-62.2
	B	27	36.9	26.5-48.0	0	0.0	0.0-4.0	38	52.8	40.6-63.3	3	4.1	1.0-10.7	5	6.8	2.5-14.5
	C	32	36.3	26.8-46.7	12	13.6	7.6-22.0	7	7.9	3.5-15.0	8	9.0	4.3-16.5	29	32.9	23.7-43.2
	D	11	39.2	22.6-58.0	2	7.1	1.2-21.6	9	32.1	16.9-50.8	5	17.8	6.8-35.2	1	3.5	0.1-16.3
	Total	73	35.9	29.5-42.7	17	8.3	5.1-12.8	57	28.0	22.2-34.5	16	7.8	4.7-12.2	40	19.7	14.6-25.6
C-5	A	3	21.4	5.4-40.9	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	2	14.2	2.4-39.7	9	64.2	37.6-85.5
	B	3	4.1	1.0-10.7	1	1.3	0.0-6.5	8	10.9	5.2-19.7	49	67.1	55.1-77.1	12	16.4	9.2-26.2
	C	14	15.9	9.3-24.6	10	11.3	5.9-19.2	14	15.9	9.3-24.6	22	25.0	16.7-34.8	28	31.8	22.7-42.0
	D	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1	3	10.7	2.7-26.4	8	28.5	14.2-47.1	17	60.7	41.9-77.3
	Total	21	10.3	6.6-15.2	11	5.4	2.8-9.2	25	12.3	8.3-17.3	81	39.9	33.3-46.7	66	32.5	26.3-39.1
C-6	A	2	14.2	2.4-39.7	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	2	14.2	2.4-39.7	10	71.4	44.5-90.1
	B	8	10.9	5.2-19.7	4	5.4	1.7-12.6	0	0.0	0.0-4.0	14	19.1	11.3-29.4	57	78.0	67.5-86.4
	C	2	2.2	0.3-7.3	3	3.4	0.8-8.9	2	2.2	2.3-7.3	8	9.0	4.3-16.5	73	82.9	74.0-89.7
	D	8	28.9	14.2-47.1	9	32.1	16.9-50.8	6	21.4	9.1-39.3	3	10.7	2.7-26.4	2	7.1	1.2-21.6
	Total	20	9.8	6.2-14.5	16	7.8	4.7-12.2	8	3.9	1.8-7.3	27	13.3	9.1-18.5	142	69.9	63.3-75.9

Tabla-7: Bloc-C. Enfermos con SIDA vs. Grado de Escolaridad.

		Ninguna Certeza			Alguna Certeza			Media Certeza			Mucha Certeza			Total Certeza		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
C-7	A	3	21.4	5.7-47.9	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	7	50.0	25.1-74.6	4	28.5	9.8-55.4
	B	12	16.4	9.2-26.2	10	13.6	7.1-23.0	6	8.2	3.3-16.3	21	28.7	19.2-39.9	24	32.8	22.8-44.2
	C	0	0.0	0.0-3.3	4	4.5	1.4-10.5	11	12.5	6.7-20.6	29	32.9	23.7-43.2	44	50.0	39.6-60.3
	D	2	7.1	1.2-21.6	2	7.1	1.2-21.6	1	3.5	0.1-16.3	9	32.1	16.9-50.8	13	46.4	28.7-64.7
	Total	17	8.3	5.1-12.8	16	7.8	4.7-12.2	18	8.8	5.5-13.2	66	32.5	26.3-39.1	85	41.8	35.2-48.7
C-8	A	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	4	28.5	9.8-55.4	6	42.8	19.5-68.8	3	21.4	5.7-47.9
	B	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0	3	4.1	1.0-10.7	14	19.1	11.3-29.4	56	76.7	66.0-85.3
	C	3	3.4	0.8-8.9	3	3.4	0.8-8.9	2	2.2	0.3-7.3	15	17.0	10.2-25.9	65	73.8	63.9-82.2
	D	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	12	42.8	25.6-61.4	16	57.1	38.5-74.3
	Total	4	1.9	0.6-4.6	3	2.9	1.2-6.0	9	4.4	2.1-7.9	37	18.2	13.3-23.9	140	68.9	62.3-75.0
C-9	A	6	42.8	19.5-68.8	0	0.0	0.0-19.2	3	21.4	5.7-47.9	4	28.5	9.8-55.4	1	7.1	0.3-30.4
	B	53	72.6	61.5-81.8	12	16.4	9.2-26.2	8	10.9	5.2-19.7	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0
	C	69	78.4	68.9-86.0	0	0.0	0.0-3.3	15	17.0	10.2-29.9	2	2.2	0.3-7.3	2	2.2	0.3-7.3
	D	19	67.8	49.1-80.0	9	32.1	16.9-50.8	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1
	Total	147	72.4	65.9-78.2	21	10.3	6.6-15.1	26	12.8	8.7-17.8	6	2.9	1.2-6.0	3	1.4	0.3-3.9
C-10	A	7	50.0	25.1-74.8	4	28.5	9.8-55.4	3	21.4	5.7-47.9	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	68	93.1	85.4-97.4	5	6.8	2.5-14.5	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.2	0	0.0	0.0-4.0
	C	52	59.0	48.6-68.9	7	7.9	3.5-14.0	3	3.4	0.8-8.9	8	9.8	4.3-16.5	18	20.0	12.9-29.8
	D	15	53.5	35.2-71.2	6	21.4	9.1-39.1	6	21.4	9.1-39.1	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1
	Total	142	69.9	62.3-75.9	22	10.8	7.0-15.6	12	5.9	3.2-9.8	9	4.4	2.1-7.9	18	8.8	5.5-15.3
C-11	A	7	50.0	25.1-74.8	7	50.0	25.1-74.8	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	67	91.7	83.6-96.6	6	8.2	3.3-16.3	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.0-4.0
	C	5	5.6	2.1-12.1	11	12.5	6.7-20.6	8	9.0	4.3-16.5	35	39.7	29.9-50.2	29	32.9	23.7-43.2
	D	20	71.4	52.8-85.7	7	25.0	11.6-43.3	0	0.0	0.0-10.1	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1
	Total	99	48.7	41.9-55.6	31	12.5	10.8-20.7	8	3.9	1.8-7.3	36	17.7	12.9-23.4	29	14.2	9.9-19.6
C-12	A	9	64.2	37.2-85.5	5	35.7	14.4-62.3	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	53	72.6	61.5-81.8	18	24.6	15.8-35.4	2	2.7	0.4-8.7	0	0.0	0.0-4.2	0	0.0	0.0-4.0
	C	23	26.1	17.7-36.0	7	7.9	3.5-15.0	3	3.4	0.8-8.9	7	7.9	3.5-15.0	48	45.5	44.0-64.7
	D	17	60.7	41.9-77.3	1	3.5	0.1-16.3	3	10.7	2.7-26.4	7	25.0	11.6-43.5	0	0.0	0.0-10.1
	Total	102	50.2	43.3-57.0	31	15.2	10.8-20.7	8	3.9	1.8-7.3	14	6.8	3.9-11.0	48	23.6	18.1-29.8

Tabla-8: Bloc-D. Enfermos con SIDA vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
D-1	A	6	42.8	19.5-68.8	7	50.0	25.1-74.8	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	16	21.9	13.5-32.4	9	12.3	6.1-21.4	18	24.6	15.8-35.4	22	30.1	20.4-41.3	8	10.9	5.2-19.7
	C	28	31.8	22.7-42.0	6	6.8	2.8-13.6	14	15.9	9.3-24.6	4	4.5	1.4-10.5	36	40.9	31.0-51.3
	D	16	57.1	38.5-74.3	9	32.1	16.9-50.8	0	0.0	0.0-10.1	2	7.1	1.2-21.6	1	3.5	0.1-16.3
	Total	66	32.5	26.3-39.1	31	15.2	10.8-20.7	33	16.2	11.6-21.8	28	13.7	9.5-19.0	45	22.1	16.8-28.2
D-2	A	8	57.1	31.1-80.4	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	2	14.2	2.4-39.7	4	28.5	9.8-55.4
	B	31	42.4	31.5-53.9	26	35.6	25.2-47.0	12	16.4	9.2-26.2	0	0.0	0.0-4.0	4	5.4	1.7-12.6
	C	51	57.9	47.4-67.9	23	26.1	17.7-36.0	4	4.5	1.4-10.5	9	10.2	5.1-17.9	1	1.1	0.0-5.4
	D	18	24.2	45.5-80.2	4	14.2	4.7-30.9	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	5	17.8	6.8-35.2
	Total	108	53.2	46.3-59.9	53	26.1	20.4-32.4	16	7.8	4.7-12.2	11	5.4	2.8-9.2	14	6.8	3.9-11.0
D-3	A	7	50.0	25.1-74.2	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	7	50.0	25.1-74.8	0	0.0	0.0-19.2
	B	24	32.8	22.8-44.2	17	23.2	14.2-33.9	27	36.9	26.5-48.4	1	1.3	0.0-6.5	4	5.4	1.7-12.6
	C	33	37.5	27.8-47.9	26	29.5	20.7-39.6	28	31.8	22.7-42.0	1	1.1	0.0-5.4	0	0.0	0.0-3.3
	D	20	71.4	52.6-85.7	6	21.4	9.1-39.3	2	7.1	1.2-21.6	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1
	Total	84	40.3	33.8-47.2	49	24.1	18.6-30.3	57	28.0	22.2-34.5	9	4.4	2.1-7.9	4	1.9	0.6-4.6
D-4	A	8	57.1	31.4-80.4	6	42.8	19.5-68.8	0	0.0	0.0-92.7	0	14.2	2.4-39.7	0	0.0	0.0-19.2
	B	33	45.2	34.0-56.6	7	9.5	4.2-18.0	13	17.8	10.2-27.8	8	10.9	5.2-19.7	12	16.4	9.2-26.7
	C	38	43.1	33.1-53.6	16	18.1	11.1-27.2	14	15.9	9.3-24.6	9	10.2	5.1-17.9	11	12.5	6.7-20.6
	D	6	21.4	9.1-39.3	3	10.7	0.7-26.5	3	10.7	2.7-26.51	2	7.1	1.2-21.6	14	50.0	31.9-68.0
	Total	85	41.8	35.2-48.7	32	15.7	11.2-21.2	30	14.7	10.3-20.1	19	9.3	5.9-13.9	37	18.2	13.3-28.9
D-5	A	6	42.8	19.5-68.8	7	50.0	25.1-74.1	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	36	49.3	37.9-60.6	22	30.1	20.4-41.3	10	13.6	7.1-23.0	2	2.7	0.4-8.7	3	4.1	1.0-10.7
	C	69	78.4	68.9-86.0	5	5.6	2.1-12.1	21	23.8	15.8-33.5	8	9.0	4.3-16.5	15	17.0	10.2-25.9
	D	11	39.2	22.6-58.0	1	3.5	0.1-16.3	2	7.1	1.2-26.1	4	14.2	4.7-30.9	10	35.7	19.7-54.5
	Total	122	60.0	53.2-66.6	35	17.2	12.5-22.9	34	16.7	12.0-22.3	14	6.8	3.9-11.0	28	13.7	9.5-19.0
D-6	A	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	14	100.	80.7-100.0
	B	0	0.0	0.0-4.0	2	2.7	0.4-8.7	0	0.0	0.0-4.0	15	20.5	12.4-30.9	56	76.7	66.0-85.3
	C	0	0.0	0.0-3.3	2	2.2	0.3-7.3	0	0.0	0.0-3.3	0	0.0	0.0-3.3	86	97.7	92.6-99.6
	D	0	0.0	0.0-10.1	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1	12	42.8	25.6-61.4	15	53.5	35.2-71.2
	Total	0	0.0	0.0-1.4	5	2.4	0.9-5.3	0	0.0	0.0-1.4	27	13.3	9.1-18.5	171	84.2	78.7-88.7

Tabla-9: Bloc-D. Enfermos con SIDA vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
D-7	A	4	28.5	9.3-55.4	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	4	28.5	9.3-55.4	6	42.8	19.5-68.8
	B	61	83.5	73.7-90.7	8	10.9	5.2-19.7	1	1.3	0.0-6.3	1	1.3	0.0-6.3	2	2	0.4-8.7
	C	56	63.6	53.3-73.1	23	26.1	17.7-36.0	0	0.0	0.0-3.3	3	3.4	0.8-8.9	6	7	2.8-13.6
	D	15	53.5	35.2-71.8	8	28.5	14.2-47.1	2	1.7	1.2-21.6	3	10.7	2.7-26.4	0	0.0	0.0-10.1
	Total	136	66.9	60.3-73.2	39	19.2	14.2-25.0	3	1.4	0.3-3.9	11	5.4	2.8-9.2	14	6.8	3.9-11.0
D-8	A	12	85.7	60.2-97.5	1	7.1	0.3-30.4	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	43	58.9	47.3-69.7	7	9.5	4.2-18.0	7	9.5	4.2-18.0	4	5.4	1.7-42.6	5	6.8	2.5-14.5
	C	86	97.7	12.6-99.6	0	0.0	0.0-3.3	0	0.0	0.0-3.3	2	2.2	0.3-7.3	0	0.0	0.0-3.3
	D	24	85.7	69.0-95.2	4	14.2	4.7-30.9	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1
	Total	165	81.3	75.4-86.2	12	5.9	3.2-9.8	8	3.9	1.8-7.3	6	2.9	1.2-6.0	5	2.4	0.9-5.3
D-9	A	7	58.0	25.1-74.8	7	50.0	25.1-74.8	0	0.0	0.0-32.4	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	19	26.0	16.9-36.9	3	4.1	1.0-10.7	16	21.9	13.5-32.4	16	21.9	13.5-32.5	21	28.7	19.2-39.9
	C	69	78.4	68.9-86.0	0	0.0	0.0-3.3	0	0.0	0.0-3.3	10	11.3	5.9-19.3	9	10.2	5.1-17.9
	D	12	42.8	25.6-61.4	2	14.2	4.7-30.9	1	3.5	0.1-16.3	12	42.8	25.6-61.4	1	3.7	0.1-16.2
	Total	107	52.7	45.8-59.5	12	5.9	3.2-9.8	17	8.3	5.1-12.8	38	18.7	13.7-24.5	31	15.2	10.8-20.7
D-10	A	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	4	28.5	9.3-55.4	10	71.4	44.5-90.1
	B	13	17.8	10.2-27.8	7	9.5	4.2-18.4	7	9.5	4.2-18.4	12	16.4	9.2-26.2	38	52.0	40.6-63.3
	C	38	43.1	33.1-53.6	37	42.0	32.0-52.5	4	4.5	1.4-10.5	4	4.5	1.4-10.5	5	5.6	2.1-16.3
	D	13	46.4	28.7-64.7	8	28.5	14.2-47.1	6	21.4	9.1-39.3	0	0.0	0.0-10.1	1	3.7	0.1-12.1
	Total	64	31.5	25.4-38.1	52	25.6	19.9-31.9	17	8.3	5.1-12.8	20	9.8	6.2-14.5	54	2.6	20.8-32.9
D-11	A	4	28.5	9.3-55.4	7	50.0	25.1-74.8	3	21.4	5.7-47.9	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2
	B	43	58.9	47.3-69.7	9	12.3	6.1-21.4	6	8.2	3.9-16.3	9	12.3	6.1-21.4	6	8.2	3.3-16.3
	C	64	72.7	62.7-81.2	18	20.4	12.9-29.8	0	0.0	0.0-3.3	7	7.8	3.5-15.0	1	1.3	0.5-5.4
	D	28	100	89.8-100.0	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1
	Total	139	68.4	61.8-74.5	34	16.7	12.0-22.3	9	4.4	2.1-7.9	16	7.8	4.7-12.2	7	3.4	1.5-6.7
D-12	A	1	7.1	0.3-30.4	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	0	0.0	0.0-19.2	12	85.7	60.2-97.3
	B	49	67.1	55.7-77.1	18	24.6	15.8-35.4	6	8.2	3.9-16.3	0	0.0	0.0-4.0	0	0.0	0.6-4.0
	C	57	64.7	54.3-74.2	4	4.5	1.4-10.5	15	17.0	10.2-25.0	5	5.6	2.1-12.1	7	7.9	3.5-15.0
	D	27	96.4	83.6-99.8	1	3.5	0.1-16.3	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1	0	0.0	0.0-10.1
	Total	134	66.0	19.2-72.2	24	11.8	7.9-16.8	21	10.3	6.6-15.1	5	7.8	0.9-5.3	19	9.3	5.9-13.9
D-13	A	0	0.0	0.0-19.2	1	7.1	0.3-30.4	0	0.0	0.0-19.2	4	28.5	9.8-55.4	9	64.2	37.6-85.5
	B	0	0.0	0.0-4.0	11	15.0	8.1-24.6	23	31.5	21.6-42.8	21	28.7	19.2-39.9	18	24.6	15.8-35.4
	C	3	3.4	0.8-8.9	0	0.0	0.0-3.3	1	1.1	0.0-5.4	15	17.0	10.2-25.9	69	78.4	68.9-86.0
	D	0	0.0	0.0-10.1	2	7.1	1.2-21.6	0	0.0	0.0-10.1	2	7.1	1.2-21.6	24	85.7	69.0-95.2
	Total	3	1.4	0.3-3.9	14	6.8	3.9-11.0	24	11.8	7.9-16.8	42	20.6	15.5-26.6	120	59.1	52.2-65.7

Tabla-10: Bloc-A. Enfermos con SIDA vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
A-1	Hombres	5	5.6	20.8-12.0	5	5.6	2.0-12.0	18	20.2	12.8-29.5	19	21.3	13.7-30.7	42	47.2	36.9-57.5
	Mujeres	30	26.3	18.8-34.9	14	12.2	7.0-19.3	19	16.6	10.6-24.3	14	12.2	7.2-19.3	37	35.5	24.3-41.4
A-2	Hombres	35	39.3	29.5-45.7	11	12.3	6.6-20.4	14	17.7	9.2-24.4	15	16.8	10.0-25.7	16	17.9	10.0-26.
	Mujeres	9	7.8	3.9-13.9	0	0.0	0.0-2.5	0	0.0	0.0-2.5	33	28.9	21.2-37.7	72	63.1	54.0-71.6
A-3	Hombres	38	42.6	32.7-53.1	7	7.8	3.-14.9	6	6.7	2.7-13.4	24	26.9	18.5-36.8	14	15.7	9.2-24.4
	Mujeres	4	3.5	1.1-8.2	0	0.0	0.0-2.5	8	7.0	3.3-12.8	32	28.0	20.4-36.8	70	61.4	52.2-70.0
A-4	Hombres	24	26.9	18.5-36.8	17	19.0	11.9-28.2	22	24.7	16.6-34.4	17	19.1	11.9-28.2	9	10.1	5.0-17.7
	Mujeres	10	8.7	4.5-15.0	7	6.1	2.7-11.7	6	5.2	2.2-10.6	24	21.0	14.3-29.2	67	58.7	49.5-67.5
A-5	Hombres	30	33.7	24.4-43.9	27	30.3	21.4-40.4	15	16.8	10.1-25.7	14	15.7	9.2-24.4	3	3.3	0.8-8.8
	Mujeres	11	9.6	5.1-16.1	5	4.3	1.6-9.4	33	28.9	21.2-37.7	26	22.8	15.8-31.2	39	34.2	25.9-43.2
A-6	Hombres	30	33.7	24.4-43.9	24	26.9	18.5-36.8	5	5.6	2.0.-12.0	19	21.3	13.7-30.7	12	13.4	7.5-21.7
	Mujeres	3	2.6	0.6-6.9	16	14.0	8.5-21.3	38	33.3	25.1-45.3	21	18.4	12.0-24.4	36	31.5	23.5-40.5
A-7	Hombres	38	42.6	32.7-53.1	18	20.2	12.8-29.5	9	10.1	5.0-17.7	7	7.8	3.5-14.9	17	19.1	11.9-28.2
	Mujeres	34	29.8	21.9-38.6	21	18.4	12.0-26.3	14	12.3	7.2-19.3	18	15.7	9.9-23.3	27	23.6	16.5-32.1
A-8	Hombres	19	21.3	13.7-30.7	24	26.9	18.5-36.8	6	6.7	2.7-13.5	28	31.4	22.9-41.6	14	15.7	9.2-24.4
	Mujeres	0	0.0	0.0-2.5	0	0.0	0.0-2.5	2	11.7	0.3-5.6	24	21.0	14.3-29.2	86	75.4	66.9-82.6
A-9	Hombres	28	31.4	22.4-41.6	9	10.1	5.0-17.7	9	10.1	5.0-17.7	21	23.5	15.6-33.2	22	24.7	16.6-34.4
	Mujeres	29	25.4	18.0-34.0	17	14.9	9.2-22.3	0	0.0	0.0-2.5	23	20.1	13.5-28.3	45	39.4	30.8-48.6
A-10	Hombres	10	11.2	5.8-19.1	8	8.9	4.2-16.3	6	6.7	2.7-13.4	27	30.3	21.4-40.4	37	41.5	31.6-52.0
	Mujeres	12	10.5	5.8-17.2	0	0.0	0.0-2.5	16	14.0	8.5-21.3	27	23.6	16.5-32.1	59	51.7	42.5-60.8
A-11	Hombres	29	32.5	23.4-42.8	29	32.5	23.4-42.8	13	14.6	8.3-23.1	6	6.7	2.7-13.4	12	13.4	7.5-21.7
	Mujeres	31	27.2	19.6-35.9	0	0.0	0.0-2.5	10	8.7	4.5-15.0	19	16.6	10.6-24.3	24	47.3	38.3-56.

Tabla-11: Bloc-B. Enfermos con SIDA vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
B-1	Hombres	23	13.4	7.5-21.7	7	7.8	3.5-14.9	12	13.4	7.5-21.7	18	20.2	12.8-29.5	29	32.5	23.4-42.8
	Mujeres	18	15.7	9.9-23.3	14	3.5	1.1-8.2	9	7.8	3.9-13.9	48	42.1	32.2-51.3	35	30.7	22.7-39.6
B-2	Hombres	7	7.8	3.5-14.9	1	1.1	0.1-5.4	3	3.7	0.8-8.8	36	40.4	30.6-50.8	42	47.2	36.9-57.5
	Mujeres	0	0.0	0.0-2.5	0	0.0	0.0-2.5	6	5.2	2.1-10.6	39	34.2	25.9-43.2	69	60.5	51.3-69.1
B-3	Hombres	18	20.2	18.8-29.5	5	5.6	2.0-12.0	18	20.2	12.8-29.5	5	5.6	2.0-12.0	43	48.3	38.0-58.6
	Mujeres	21	18.4	12.0-26.3	7	6.1	2.7-11.7	12	10.5	5.8-17.2	23	10.7	13.5-28.2	51	44.7	35.7-53.9
B-4	Hombres	20	22.4	14.7-32.0	8	8.9	4.2-16.3	13	14.6	8.3-23.1	12	13.	7.5-21.7	26	29.2	20.4-39.2
	Mujeres	14	12.2	7.2-12.3	25	21.9	15.0-30.2	1	0.8	0.0-4.2	18	15.7	9.9-23.3	56	49.1	40.0-59.3

Tabla-12: Bloc-C. Enfermos con SIDA vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
C-1	Hombres	5	5.6	2.0-12.0	1	12.3	6.6-20.4	5	5.6	2.0-12.0	19	21.3	13.7-30.7	49	55.0	44.6-65.1
	Mujeres	7	6.1	2.7-11.7	2	1.7	0.3-5.6	13	11.4	6.4-18.2	44	39.6	29.9-47.7	48	42.1	33.3-51.3
C-2	Hombres	6	6.7	2.7-13.5	8	8.9	4.2-16.3	1	1.1	0.0-5.4	36	40.4	30.6-50.8	27	30.3	21.4-40.4
	Mujeres	2	1.4	0.3-5.6	7	6.1	2.7-11.7	0	0.0	0.0-2.5	52	45.6	36.6-54.8	53	46.5	37.4-55.6
C-3	Hombres	18	20.2	12.8-29.5	17	19.1	11.9-28.2	26	29.2	20.4-39.3	6	6.7	2.7-13.5	24	26.9	18.5-36.8
	Mujeres	39	34.1	25.9-43.2	21	18.4	12.0-26.3	29	25.4	18.0-34.0	17	14.9	9.2-23	6	5.2	2.2-10.6
C-4	Hombres	29	32.5	23.4-42.8	11	12.3	6.6-20.4	19	21.3	13.7-30.7	8	8.9	4.2-16.3	22	24.7	16.6-34.4
	Mujeres	44	38.5	29.2-47.7	6	5.2	2.1-10.6	38	33.3	25.2-42.4	8	7.0	3.3-12.8	18	15.7	9.9-23.3
C-5	Hombres	13	14.6	8.3-23.1	4	4.5	1.4-10.4	11	12.3	6.6-20.4	47	52.8	42.4-63.0	15	18.8	10.1-25.7
	Mujeres	8	7.0	3.3-12.8	7	6.1	2.7-11.7	14	12.2	7.2-19.2	34	29.8	21.9-38.9	51	44.7	35.7-53.9
C-6	Hombres	9	10.1	5.0-17.7	9	10.0	5.0-17.7	3	3.7	0.8-8.8	10	11.2	5.8-19.1	69	77.5	67.9-85.2
	Mujeres	11	9.6	5.1-16.1	7	6.1	2.7-11.7	5	4.4	1.6-4	17	14.9	9.2-22.3	74	64.9	55.8-73.2
C-7	Hombres	11	12.3	6.6-20.4	7	7.8	3.4-14.9	7	7.8	3.4-14.9	32	35.9	26.5-46.3	31	34.8	25.4-45.1
	Mujeres	6	5.2	2.2-10.6	9	7.8	3.9-13.9	11	9.6	5.1-16.1	34	29.3	21.9-38.6	54	47.3	38.3-56.5
C-8	Hombres	3	3.3	0.8-8.8	3	3.3	0.8-8.8	7	7.8	3.4-14.9	16	17.9	11.0-26.9	50	56.1	45.7-66.2
	Mujeres	1	0.8	0.0-4.2	0	0.0	0.0-2.5	2	1.7	0.2-5.6	21	18.4	12.0-26.3	90	78.9	70.7-85.6
C-9	Hombres	60	67.4	57.0-76.5	10	11.2	5.8-19.1	14	15.7	9.2-24.4	2	2.2	8.3-7.2	3	3.3	0.8-8.8
	Mujeres	87	76.3	67.8-83.4	11	9.6	5.2-16.1	12	10.4	5.8-17.2	4	3.5	1.1-8.2	0	0.0	0.0-2.5
C-10	Hombres	59	66.3	56.0-75.5	13	14.6	8.3-23.1	4	4.9	1.4-10.4	9	10.1	5.0-17.7	4	4.5	1.4-10.4
	Mujeres	83	72.8	64.4-80.3	9	7.8	3.9-13.9	8	7.0	3.3-12.8	0	0.0	1.0-2.5	14	12.2	7.1-19.2
5121	Hombres	48	53.9	43.5-64.0	13	14.6	8.3-23.1	3	3.3	0.8-8.8	15	16.8	10.1-25.7	10	11.2	5.8-19.1
C-11	Mujeres	51	44.7	35.7-53.9	18	15.7	9.9-23.3	5	4.3	1.6-9.4	21	18.4	12.1-26.3	19	16.6	10.6-24.3
C-12	Hombres	43	48.3	38.0-58.6	13	14.6	8.3-23.1	2	2.2	0.3-7.2	10	11.2	5.8-19.1	21	23.6	16.6-33.2
	Mujeres	59	51.7	42.5-60.8	18	15.7	9.9-23.3	6	5.2	2.1-10.6	14	3.5	1.1-8.2	27	23.6	16.5-32.1

Tabla-13: Bloc-D. Enfermos con SIDA vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
D-1	Hombres	32	35.9	26.5-46.3	14	15.7	9.2-24.4	15	16.8	10.1-25.7	12	13.4	7.5-21.7	16	17.9	11.0-26.9
	Mujeres	34	29.8	21.9-38.6	17	14.9	9.2-22.3	18	15.7	9.9-23.3	16	14.0	8.5-21.3	29	25.4	18.0-34.0
D-2	Hombres	27	30.3	21.4-40.4	32	35.9	26.5-46.3	12	13.4	7.5-21.7	8	8.9	4.2-16.3	9	10.1	5.0-17.7
	Mujeres	81	71.0	62.2-78.8	21	18.2	12.0-26.3	4	2.5	1.1-8.2	3	2.6	0.6-6.9	5	4.3	1.6-9.4
D-3	Hombres	31	31.8	25.7-45.1	19	21.3	13.7-30.7	26	29.2	20.4-39.2	9	10.1	5.0-17.7	2	22.2	0.3-7.2
	Mujeres	51	44.7	35.7-53.9	30	26.3	18.8-34.9	31	27.1	19.6-35.9	0	0.0	0.0-2.5	2	1.7	0.2-5.6
D-4	Hombres	38	42.6	32.7-53.1	11	12.3	6.6-20.4	21	23.5	15.6-33.2	6	6.7	2.7-13.4	13	14.6	8.3-23.1
	Mujeres	47	41.2	32.4-50.4	21	18.4	12.0-26.3	9	7.0	3.9-13.9	13	11.4	6.4-18.2	24	21.0	14.3-29.2
D-5	Hombres	58	65.1	54.8-74.5	21	23.6	15.6-33.2	22	24.7	16.6-34.5	6	6.7	2.7-13.4	12	13.4	7.5-21.7
	Mujeres	64	56.1	46.9-65.0	14	12.3	7.1-19.2	12	10.5	5.8-17.2	8	7.0	3.3-12.8	16	14.0	8.5-21.3
D-6	Hombres	0	0.0	0.0-3.3	4	4.4	1.4-10.4	0	0.0	0.0-3.3	16	17.9	11.0-26.9	69	77.5	67.9-85.2
	Mujeres	0	0.0	0.0-2.5	1	0.8	0.0-4.2	0	0.0	0.0-2.5	11	9.6	5.2-16.2	102	89.4	82.7-94.1
D-7	Hombres	44	49.4	39.1-59.7	28	31.4	22.4-31.6	3	3.3	0.8-8.8	9	10.1	5.0-17.7	5	5.6	2.0-12.0
	Mujeres	92	80.7	72.6-87.2	11	9.6	5.7-16.1	0	0.0	0.0-2.5	2	1.7	0.2-5.6	9	7.8	3.9-13.9
D-8	Hombres	56	62.9	52.5-72.4	10	11.2	5.8-19.1	8	8.9	4.2-16.3	5	5.6	2.0-12.0	3	3.3	0.8-8.8
	Mujeres	109	95.6	90.4-98.3	2	1.7	0.3-5.6	0	0.0	0.0-2.5	1	0.8	0.0-4.2	2	1.7	0.3-5.6
D-9	Hombres	34	38.2	28.5-48.6	8	8.9	4.2-16.3	11	12.3	6.6-20.4	24	26.9	18.5-36.8	14	15.7	9.2-24.4
	Mujeres	73	64.0	54.9-72.4	4	3.5	1.1-8.2	6	5.2	2.1-10.6	14	12.2	7.1-19.2	17	14.9	9.2-22.3
D-10	Hombres	25	28.0	19.5-38.0	31	34.8	25.4-45.1	11	12.3	6.6-20.4	9	10.1	5.0-17.7	17	9.0	11.9-28.0
	Mujeres	39	34.2	25.9-43.0	21	18.4	12.0-26.3	6	5.2	2.1-10.6	11	9.6	5.2-16.4	37	32.4	24.3-41.4
D-11	Hombres	47	52.8	42.4-63.0	20	22.4	14.7-32.0	8	8.9	4.2-16.3	11	12.3	6.6-20.4	5	5.6	2.0-12.0
	Mujeres	92	80.7	72.6-87.1	14	12.8	7.6-19.2	1	0.8	0.0-4.2	5	4.3	1.6-9.4	2	1.7	0.2-5.6
D-12	Hombres	58	65.1	54.8-74.5	6	6.7	2.7-13.4	8	8.9	4.2-16.3	5	5.3	2.0-12.0	12	13.5	7.5-21.7
	Mujeres	76	66.6	56.6-74.8	18	15.7	9.9-23.3	13	11.4	6.4-18.2	0	0.0	0.0-2.5	7	6.1	2.7-11.7
D-13	Hombres	2	2.2	0.3-7.2	12	13.5	7.5-21.7	22	24.7	16.6-34.4	6	4.4	1.4-10.5	47	55.0	44.6-65.1
	Mujeres	1	0.8	0.0-4.2	2	1.7	0.3-5.6	2	1.7	0.3-5.6	36	31.5	23.5-40.5	73	64.0	54.9-72.4

ANEXO-B.2

TABLAS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AUTOEFICACIA CON RESPECTO A LA INFECCIÓN POR EL VIH, EL SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN DIFERENTES GRUPO DE ESTUDIANTES DE MAPUTO, MOZAMBIQUE. 2003.

Tabla-14: Bloc-A. Estudiantes vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
A-1	A	98	20.0	16.6-23.7	73	14.9	11.9-18.9	88	14.9	14.7-21.7	112	22.9	19.3-26.7	118	24.1	20.4-29.4
	B	42	15.1	11.2-19.7	11	3.9	2.1-6.7	38	13.7	10.0-18.1	119	42.9	37.2-48.8	67	42.2	19.4-29.4
	C	58	22.0	17.3-27.3	24	9.1	6.0-13.0	18	6.8	4.2-10.3	32	12.1	8.6-16.5	131	49.8	43.7-55.8
	D	34	20.1	14.5-26.6	26	15.3	10.5-21.4	15	8.8	5.2-13.9	38	16.5	11.5-22.7	56	33.1	26.3-40.4
	Total	232	19.3	17.2-21.6	134	11.1	9.4-13.0	159	13.2	11.4-15.2	301	25.1	22.7-27.6	372	31.0	28.4-33.7
A-2	A	185	37.8	33.6-42.1	29	5.9	4.0-8.2	64	13.0	10.3-16.2	88	17.9	14.7-21.5	123	25.1	21.4-29.1
	B	14	5.0	2.5-8.1	24	8.6	5.7-12.4	36	12.9	9.4-17.3	75	27.0	22.0-32.5	128	16.2	40.3-52.1
	C	53	20.1	15.6-25.3	22	8.3	5.4-12.1	20	7.6	4.8-11.2	63	23.9	19.0-29.3	105	39.5	34.1-45.9
	D	30	17.7	12.5-24.0	19	11.2	7.1-16.6	22	13.0	8.5-18.7	33	19.5	14.0-26.0	65	38.4	31.3-45.9
	Total	282	23.5	21.2-26.0	94	7.8	6.4-9.4	142	11.8	10.1-13.7	259	21.6	19.3-24.0	421	35.1	32.4-37.8
A-3	A	205	41.9	37.6-46.3	24	4.9	3.2-7.1	93	19.0	15.7-22.6	58	11.8	9.2-14.9	109	22.2	18.7-26.1
	B	11	3.9	2.1-6.7	13	4.6	2.6-7.6	22	7.9	5.1-11.5	141	50.9	45.0-56.7	90	32.4	27.1-38.1
	C	60	22.8	18.0-28.1	29	11.0	7.6-15.2	11	4.1	2.2-7.1	73	27.7	22.5-33.4	90	34.2	28.6-40.1
	D	45	26.6	20.3-33.6	23	13.6	9.0-19.4	26	15.3	10.5-21.4	33	19.5	14.0-26.0	104	61.5	54.0-68.6
	Total	321	26.7	24.3-29.3	89	7.4	6.0-9.0	152	12.6	10.8-14.6	305	25.4	23.0-27.9	393	32.8	30.1-35.5
A-4	A	92	18.8	15.5-22.4	73	14.9	11.9-18.2	103	21.0	17.6-24.8	83	16.9	13.8-20.9	138	28.2	24.3-32.3
	B	49	17.6	13.5-22.5	33	11.9	8.4-16.1	60	21.6	17.1-26.8	69	24.5	19.7-29.8	66	23.8	19.0-29.1
	C	56	21.2	16.6-26.5	61	23.1	18.3-28.5	22	8.3	5.4-12.1	59	22.4	17.6-27.7	65	24.7	19.7-30.1
	D	14	8.2	4.7-13.2	41	24.2	18.2-31.1	45	26.6	20.3-33.6	37	21.8	16.1-28.5	32	18.9	13.5-25.3
	Total	211	17.6	15.5-19.8	208	17.3	15.2-19.5	230	19.1	17.0-21.5	240	20.0	17.8-22.3	301	25.1	22.7-27.6
A-5	A	112	22.9	19.3-26.7	78	15.9	12.9-19.3	102	20.8	17.4-24.6	104	21.2	17.8-25.0	93	19.0	15.7-22.6
	B	103	37.1	31.6-42.9	59	21.2	16.7-26.4	69	24.9	20.0-30.2	22	7.9	5.2-11.5	24	8.6	5.7-12.4
	C	92	34.9	29.3-40.8	76	28.8	23.6-34.5	42	15.9	11.9-20.7	47	17.8	13.5-22.8	6	2.2	0.9-4.6
	D	29	17.1	12.0-23.4	26	15.3	10.5-21.4	33	19.5	14.0-26.0	41	24.2	10.2-31.1	40	23.6	17.7-30.5
	Total	336	28.0	25.5-30.6	239	19.9	17.7-22.2	246	20.5	18.3-22.8	214	17.8	15.7-20.1	163	13.6	11.7-15.6
A-6	A	107	21.8	18.3-25.7	109	22.2	18.7-26.1	88	17.9	14.7-21.5	91	18.6	15.3-22.2	94	19.2	15.9-22.8
	B	36	12.9	9.4-17.3	24	5.6	5.7-12.4	22	7.9	5.1-11.5	85	30.6	25.4-36.3	110	39.7	34.0-45.5
	C	34	12.9	9.2-17.3	68	25.8	20.8-31.4	44	16.7	12.5-21.6	56	21.2	16.6-26.5	61	23.1	18.3-28.5
	D	36	21.3	15.3-27.9	41	24.6	18.2-31.1	26	15.3	10.5-21.4	41	24.6	18.2-31.1	5	2.9	1.0-6.4
	Total	213	17.7	15.6-20.0	242	20.2	17.9-22.5	180	15.0	13.0-17.1	273	22.5	20.4-25.2	270	22.5	20.2-24.9

Tabla-15: Bloc-A. Estudiantes vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
A-7	A	122	24.9	21.2-28.9	39	7.9	5.8-10.6	19	3.8	2.4-5.8	132	26.9	23.1-31.0	177	36.1	32.0-40.5
	B	132	47.6	41.8-53.6	77	27.7	22.7-33.2	16	5.7	3.4-9.0	22	7.9	5.1-11.5	30	10.8	7.5-14.9
	C	91	34.6	29.0-40.5	43	16.3	12.2-21.1	33	12.5	8.9-16.9	71	26.9	21.8-32.5	25	9.5	6.3-13.5
	D	49	28.9	22.5-36.1	34	20.1	14.5-26.6	34	20.1	14.5-26.6	37	21.8	16.1-28.5	15	8.8	5.2-13.9
	Total	394	32.8	30.2-35.5	193	16.1	14.1-18.2	102	8.5	7.0-10.1	262	21.8	19.5-24.2	247	20.6	18.3-22.9
A-8	A	156	31.9	27.8-36.1	68	13.9	11.0-17.1	58	11.8	9.2-14.9	93	19.0	15.7-22.6	114	23.3	19.7-27.2
	B	11	3.9	2.1-6.7	13	4.6	2.6-7.6	3	1.0	0.2-2.9	119	42.9	37.2-48.8	133	48.0	42.1-53.9
	C	12	4.5	2.4-7.6	11	4.1	2.2-7.1	16	6.0	3.6-9.4	98	37.2	31.5-43.2	126	47.9	41.9-53.9
	D	22	13.0	8.5-18.7	12	7.1	3.7-11.7	11	6.5	3.4-1.0	30	17.7	12.5-24.0	94	55.6	48.5-62.9
	Total	201	16.7	14.7-18.9	104	8.6	7.1-10.3	88	7.3	5.9-8.9	340	28.3	25.8-30.9	467	38.9	36.2-41.7
A-9	A	259	52.9	48.5-57.3	44	8.9	6.6-11.7	39	7.9	7.8-10.6	34	6.9	4.9-9.4	113	23.1	19.5-27.0
	B	105	37.9	32.3-43.7	72	25.9	21.0-31.4	16	5.7	3.4-9.0	41	14.8	10.9-19.3	43	15.5	11.6-20.1
	C	81	30.7	25.4-36.5	65	25.4	20.4-31.0	36	13.6	9.9-18.2	54	9.1	6.0-13.0	27	10.2	7.0-14.3
	D	26	15.3	10.5-21.4	7	4.1	1.8-8.0	68	40.2	33.0-47.7	26	15.3	10.5-21.4	42	24.8	18.7-31.7
	Total	471	39.3	36.5-42.1	192	16.0	14.0-18.1	159	13.2	11.4-15.2	155	12.9	11.1-14.9	225	18.7	16.6-21.0
A-10	A	261	53.3	49.9-57.7	14	2.8	1.6-4.6	19	3.8	2.4-5.8	34	6.9	4.9-9.4	161	32.9	28.9-37.1
	B	12	4.3	2.3-7.2	13	4.6	2.6-7.6	24	8.6	5.7-12.4	99	35.7	30.2-41.5	129	46.5	40.7-52.1
	C	52	19.7	15.2-24.9	46	17.4	13.2-22.4	58	22.0	17.3-27.3	26	9.8	6.7-13.9	81	30.7	25.4-36.5
	D	14	8.2	4.7-13.1	11	6.5	3.4-11.0	26	15.3	10.5-21.4	40	23.6	17.7-30.5	78	46.1	38.7-53.7
	Total	339	28.2	25.7-30.3	84	7.0	5.6-8.5	127	10.6	8.9-12.4	199	16.6	14.5-18.7	449	41.6	38.8-44.4
A-11	A	127	25.9	22.2-29.9	63	14.1	11.2-17.4	107	21.8	18.3-25.7	78	15.9	12.9-19.3	114	23.3	19.7-27.2
	B	88	31.7	26.4-37.4	74	26.7	21.7-23.1	60	21.6	17.1-26.8	36	12.9	3.4-17.3	19	6.8	4.3-10.3
	C	101	38.4	32.6-44.3	53	20.1	15.6-25.3	51	19.3	14.9-24.5	28	10.6	7.3-14.8	30	11.4	7.9-15.6
	D	48	28.4	21.9-35.5	41	24.6	18.2-31.1	31	18.3	13.0-24.7	26	15.3	10.3-21.4	23	13.6	9.0-19.4
	Total	364	30.3	27.8-33.0	231	19.2	17.2-21.5	249	20.7	18.5-23.1	168	14.0	12.1-16.0	186	14.0	12.1-16.0

Tabla-16: Bloc-B. Estudiantes vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
P-1	A	68	13.9	11.0-17.1	39	7.9	5.8-10.6	49	10.0	7.5-12.9	156	31.9	27.8-36.1	177	36.1	32.0-40.5
	B	19	6.8	4.3-10.3	22	7.9	5.1-11.5	19	6.3	4.3-10.3	113	40.7	35.1-46.6	104	37.5	31.9-43.3
	C	29	11.0	7.6-15.6	18	6.8	4.2-10.3	30	11.4	7.9-15.6	99	37.6	31.9-43.6	87	33.0	27.5-38.9
	D	12	7.1	3.9-11.7	7	4.1	1.8-8.0	8	4.7	2.3-8.7	47	27.8	21.6-37.9	95	56.2	48.6-63.5
	Total	128	10.6	9.0-12.5	86	7.4	5.8-8.7	106	8.8	7.3-10.5	416	34.7	32.0-37.4	463	38.6	35.9-41.4
B-2	A	34	6.9	4.9-9.4	15	3.0	1.7-4.8	29	5.9	4.0-8.2	146	29.8	25.9-34.0	265	54.1	49.7-58.5
	B	5	1.8	0.6-3.9	22	7.9	5.1-11.5	18	2.8	1.3-5.4	96	34.6	29.2-40.4	136	49.0	43.2-54.9
	C	7	2.6	1.1-5.1	21	7.9	5.1-11.7	8	3.0	1.4-5.6	76	28.8	23.6-34.5	151	57.4	51.3-63.9
	D	5	2.9	1.0-6.4	0	0.0	0.0-1.7	0	0.0	0.0-1.7	52	30.7	24.1-38.0	112	66.7	58.8-73.0
	Total	51	4.2	3.2-5.5	58	4.8	3.7-6.1	55	4.5	3.5-5.8	370	30.8	28.3-33.5	664	55.4	52.5-58.2
B-3	A	41	8.3	6.1-11.0	38	7.7	5.6-10.4	64	13.0	10.3-16.2	200	40.	36.6-45.2	146	29.8	25.9-34.0
	B	3	1.0	0.2-9.9	7	2.5	1.1-4.9	8	2.8	1.3-5.4	118	42.5	36.8-48.4	141	50.9	45.0-56.7
	C	18	6.8	4.3-10.3	42	15.9	11.9-20.7	43	16.3	12.2-21.2	86	31.2	25.7-36.9	74	28.1	22.9-33.8
	D	4	2.3	0.7-5.6	7	4.1	1.8-8.0	26	15.3	10.5-21.4	45	26.6	20.3-33.6	87	51.4	43.9-58.9
	Total	66	5.5	4.3-6.9	94	7.8	6.4-9.4	141	11.7	10.0-13.6	370	30.8	28.3-33.5	448	37.3	34.6-40.1
B-4	A	11	23.7	20.1-27.6	68	13.9	11.0-17.1	48	9.8	7.4-12.6	127	25.9	22.2-29.9	130	26.5	22.8-30.6
	B	30	10.8	7.5-14.9	85	30.6	25.4-36.3	33	11.9	8.4-14.1	72	25.9	21.0-31.4	57	20.5	16.2-25.6
	C	55	20.9	16.3-26.1	39	14.8	10.9-19.5	39	14.8	10.9-19.5	79	30.0	24.7-35.7	51	19.3	14.9-24.5
	D	18	10.6	6.6-16.0	12	7.1	3.9-11.7	36	21.3	15.6-27.9	33	19.5	14.0-26.0	70	41.4	34.1-48.9
	Total	219	18.2	16.1-20.5	204	17.0	14.9-19.2	156	13.0	11.0-15.0	311	25.9	23.5-28.4	308	25.7	23.2-28.2

Tabla-17: Bloc-C. Estudiantes vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
C-1	A	29	5.9	4.0-8.2	18	3.6	2.2-5.6	54	11.0	8.4-14.8	171	34.9	30.8-39.2	217	44.3	40.0-48.8
	B	4	1.4	0.4-3.4	7	2.5	1.1-4.8	30	10.8	7.5-14.9	157	56.6	50.7-62.4	79	28.5	23.4-34.0
	C	21	7.9	5.1-11.7	7	5.1	1.1-5.1	24	9.1	6.0-13.0	107	40.6	34.8-46.7	104	39.5	33.7-45.5
	D	4	2.3	0.7-5.6	4	2.3	0.7-5.6	9	5.3	2.6-9.2	64	37.8	30.7-45.3	88	52.0	44.5-59.5
	Total	58	4.8	3.7-6.1	36	3.0	2.1-4.0	117	9.7	8.1-11.5	499	41.6	38.8-44.6	488	40.7	37.9-43.5
C-2	A	24	4.9	3.2-7.1	28	5.7	3.9-8.0	53	10.8	8.3-13.8	152	31.0	27.0-35.2	232	47.4	43.0-51.8
	B	4	1.4	0.4-3.4	22	7.9	4.1-11.5	19	6.8	4.3-10.3	97	35.0	29.5-40.7	135	48.7	42.3-54.6
	C	26	9.8	6.7-13.9	19	7.2	4.5-10.8	21	7.9	5.1-11.7	95	36.1	30.4-42.0	102	38.7	33.0-44.7
	D	3	1.7	0.4-4.7	0	0.0	0.0-1.7	15	8.8	5.2-13.9	47	27.8	21.4-34.9	104	61.5	54.0-68.6
	Total	57	4.7	3.6-6.0	69	5.7	4.5-7.1	108	9.0	4.4-10.7	391	32.6	30.0-35.3	573	47.8	45.0-50.6
C-3	A	162	32.1	29.0-37.3	19	3.8	2.4-5.8	56	11.4	8.8-14.5	107	21.8	10.3-25.7	145	29.6	25.7-33.8
	B	58	20.9	16.4-26.0	133	48.0	42.1-53.9	58	20.9	16.4-26.0	19	6.1	4.3-10.3	9	3.2	1.5-5.8
	C	94	35.7	30.1-41.6	26	9.8	6.7-13.9	36	13.6	9.9-18.2	49	18.6	14.2-23.6	58	22.0	17.3-27.3
	D	19	11.2	7.1-16.2	22	13.0	8.5-18.7	52	30.7	24.1-38.0	34	20.1	14.5-26.6	42	24.8	18.7-31.7
	Total	333	27.7	25.3-30.0	200	16.6	14.6-18.8	206	17.1	15.1-19.4	209	17.4	15.3-19.6	254	21.2	18.9-23.5
C-4	A	176	35.9	31.8-40.3	39	7.9	5.8-10.6	41	8.3	6.1-11.0	102	20.8	17.4-24.6	128	26.2	22.4-30.2
	B	31	11.1	7.8-15.3	0	0.0	0.0-1.0	52	18.7	14.4-23.6	110	39.7	34.0-45.5	84	30.3	25.1-35.9
	C	105	39.9	34.1-45.8	23	8.7	5.7-12.6	17	6.4	3.9-9.9	43	16.3	12.2-21.1	75	28.5	23.3-34.1
	D	45	26.6	20.7-33.6	24	14.2	9.2-20.0	41	24.6	18.2-31.1	19	11.2	7.1-16.6	40	23.6	17.1-30.5
	Total	357	29.7	27.2-32.4	86	7.1	5.8-8.7	151	12.6	10.8-14.5	274	22.8	20.5-25.3	327	27.2	24.8-29.8
C-5	A	78	15.9	12.9-19.3	28	5.7	3.9-8.0	24	4.9	3.2-7.1	153	31.2	27.2-35.5	206	42.1	37.8-46.5
	B	0	0.0	0.0-1.0	11	2.9	2.1-6.7	14	5.0	2.9-8.1	142	51.2	45.3-37.1	110	39.7	34.0-45.5
	C	29	11.0	7.6-15.2	24	9.1	6.0-13.0	37	14.0	10.2-18.6	71	26.9	21.8-38.6	102	38.7	33.0-44.7
	D	4	2.3	0.7-5.6	18	10.6	6.6-16.0	33	19.5	14.0-26.0	42	24.8	18.7-31.8	72	42.6	35.3-50.1
	Total	111	9.2	7.7-11.0	81	6.7	5.4-8.2	108	9.0	7.4-10.7	408	34.0	31.4-36.7	490	40.9	38.1-43.7
C-6	A	50	10.2	7.7-13.1	39	7.8	5.8-10.6	44	8.9	6.6-11.7	132	26.9	23.2-31.0	216	44.1	39.8-48.6
	B	58	20.9	16.4-26.0	76	27.4	22.4-32.9	106	38.2	32.6-44.0	28	10.1	6.9-14.6	9	3.2	1.5-5.8
	C	29	11.0	7.6-15.2	23	8.7	5.7-12.6	29	11.0	7.6-15.2	82	31.1	25.7-35.9	100	38.0	32.3-44.0
	D	22	13.0	8.5-18.7	18	10.6	6.6-16.0	19	11.2	7.1-16.6	44	26.0	19.8-33.0	66	39.0	31.9-45.5
	Total	159	13.2	11.4-15.2	156	13.0	11.2-15.0	198	16.5	14.5-18.7	286	23.8	21.5-26.3	391	32.6	30.0-35.3

Tabla-18: Bloc-C. Estudiantes vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
C-7	A	24	4.9	3.2-7.1	28	5.7	3.9-8.0	39	7.9	5.8-10.6	127	25.9	22.2-29.9	271	55.4	50.9-59.7
	B	0	0.0	0.0-1.0	4	1.4	0.4-3.4	0	0.0	0.0-1.0	188	67.8	62.1-73.1	85	30.6	25.6-36.3
	C	26	9.8	6.7-13.9	24	9.1	6.0-13.0	26	9.8	6.7-13.9	76	28.8	23.6-34.5	111	42.2	36.3-48.2
	D	11	6.5	3.4-11.0	11	6.5	3.4-11.0	23	13.6	9.0-19.4	38	22.4	16.6-26.5	86	50.8	43.3-58.3
	Total	61	5.0	3.9-6.4	67	5.5	4.3-7.0	88	7.3	5.9-8.9	429	35.8	33.1-38.5	553	46.1	43.3-48.9
C-8	A	44	8.9	6.6-11.7	14	2.8	1.6-4.6	38	7.9	5.8-10.6	146	29.8	25.9-34.0	246	50.3	45.8-54.7
	B	8	2.8	1.3-5.4	4	1.4	0.4-3.4	0	0.0	0.0-1.0	218	78.9	73.5-83.2	47	16.9	12.8-21.7
	C	16	6.0	3.6-9.4	25	9.5	6.3-13.5	19	7.2	4.5-10.8	102	38.7	33.0-44.7	101	38.4	32.6-44.3
	D	8	4.7	2.2-8.7	7	4.1	1.8-8.0	12	7.1	3.8-11.7	81	47.9	40.4-55.4	61	36.0	29.1-43.5
	Total	76	6.3	5.0-7.8	50	4.1	3.1-5.4	70	5.8	4.6-7.2	547	45.6	42.8-48.4	455	37.9	35.2-40.7
C-9	A	176	36.9	31.8-40.3	49	10.0	7.5-12.9	88	17.9	14.7-21.5	58	11.8	9.2-14.9	118	24.1	20.4-28.0
	B	197	71.1	65.5-76.2	50	18.0	13.8-22.9	15	5.4	3.1-8.5	7	2.5	1.1-4.9	8	2.8	1.3-5.5
	C	94	35.7	30.1-41.6	36	13.6	9.9-18.2	47	17.8	13.5-22.8	36	13.6	9.9-18.2	50	19.0	14.6-24.0
	D	93	55.0	47.4-62.4	15	8.8	5.2-13.9	38	22.4	16.6-29.2	12	7.1	3.9-11.7	11	6.5	3.4-11.0
	Total	560	46.7	43.9-49.5	150	12.5	10.7-14.4	188	15.6	13.7-17.8	113	9.4	7.9-11.1	187	15.6	13.6-17.7
C-10	A	127	25.9	22.2-29.9	78	15.9	12.9-19.3	78	15.9	12.9-19.3	63	12.8	10.1-16.0	143	29.2	25.3-33.3
	B	158	52.0	51.1-62.7	82	29.6	24.4-35.1	19	6.8	4.3-10.3	15	5.4	3.1-8.5	3	1.0	0.2-2.9
	C	45	17.1	12.9-22.0	42	15.9	11.9-20.7	34	12.9	9.2-17.3	66	25.0	20.1-30.6	76	28.9	23.6-34.5
	D	86	50.8	43.3-58.3	11	6.5	3.4-11.0	49	28.9	22.5-36.1	7	4.1	1.8-8.0	16	9.4	5.7-14.6
	Total	716	59.7	56.9-62.5	213	17.7	15.6-20.0	180	15.0	13.0-17.1	151	12.6	10.8-14.5	238	19.8	17.6-22.1
C-11	A	83	16.9	13.8-20.4	39	7.9	5.8-10.6	73	14.9	11.9-18.2	133	27.1	23.3-31.3	161	32.9	28.6-37.1
	B	206	74.3	68.9-79.2	38	13.7	10.0-18.1	8	2.8	1.3-5.4	12	4.3	2.3-7.2	13	4.6	2.6-7.6
	C	53	20.1	15.6-25.3	47	17.8	13.5-22.8	60	22.8	18.0-28.1	58	22.0	17.3-27.3	45	17.1	12.9-22.0
	D	41	24.2	18.2-31.1	49	28.9	22.5-36.1	30	17.7	12.5-24.0	0	0.0	0.0-1.1	49	28.9	22.5-36.1
	Total	383	31.9	29.3-34.6	173	14.4	12.5-16.5	171	14.2	12.3-16.3	203	16.9	14.9-19.1	268	22.3	20.0-24.7
C-12	A	118	24.1	20.4-28.0	30	6.1	4.2-8.5	93	19.0	15.7-22.6	108	22.0	18.5-25.9	140	28.6	24.7-32.7
	B	219	79.0	73.9-83.5	15	5.4	3.1-8.5	23	8.3	5.4-12.0	16	5.7	3.4-9.0	4	1.4	0.4-3.4
	C	66	25.0	20.1-30.6	47	17.8	13.5-22.8	55	20.9	16.3-26.1	29	11.0	7.6-15.2	66	25.0	20.1-30.6
	D	34	20.1	14.5-26.6	44	26.0	19.8-33.0	48	28.4	21.9-35.5	24	14.2	9.5-20.0	19	11.2	7.1-16.6
	Total	437	36.4	33.7-39.2	136	11.3	9.6-13.2	219	18.2	16.1-20.5	177	14.7	12.8-16.8	229	19.1	16.9-21.4

Tabla-19: Bloc-D. Estudiantes vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
D-1	A	93	19.0	15.7-22.6	40	8.9	6.6-11.7	98	20.0	16.6-32.7	112	22.9	19.3-26.7	146	29.8	25.9-34.0
	B	108	38.9	32.2-44.8	61	22.0	17.4-27.1	23	8.3	5.4-12.0	61	22.0	17.4-27.1	24	8.6	5.7-12.4
	C	92	34.9	29.3-40.3	39	14.8	10.8-19.5	55	20.9	16.3-26.1	29	11.0	7.6-15.2	48	18.2	13.9-23.2
	D	45	26.6	20.3-33.6	12	7.1	3.9-11.7	60	35.5	28.5-42.9	26	15.3	10.5-21.4	26	15.3	10.5-21.4
	Total	338	28.2	25.7-30.8	152	12.6	10.8-14.6	236	19.6	17.5-22.0	228	19.0	16.8-21.3	244	20.3	18.1-22.7
D-2	A	99	20.2	16.8-23.9	63	12.8	10.1-16.0	94	19.2	15.5-22.8	143	29.2	25.3-33.3	90	18.4	15.1-22.0
	B	24	8.6	5.7-12.4	73	26.3	21.4-31.7	52	18.7	14.4-23.6	119	42.9	37.2-48.6	9	3.2	1.5-5.8
	C	100	38.0	32.3-44.0	37	14.0	10.2-18.6	56	21.1	16.6-26.5	32	12.1	8.6-16.5	38	14.4	10.5-19.0
	D	27	15.9	11.0-22.0	8	4.7	2.2-8.7	52	30.7	24.1-38.0	47	27.8	21.4-34.3	35	20.7	15.1-27.3
	Total	250	20.8	18.6-23.2	181	15.1	13.1-17.2	254	21.2	18.9-23.5	341	28.4	25.9-31.0	170	14.1	12.2-16.2
D-3	A	88	17.9	14.7-21.5	48	9.8	7.4-12.6	147	30.0	26.1-34.2	136	27.8	32.9-31.9	70	14.3	11.4-17.6
	B	154	55.5	49.7-61.3	38	13.7	10.0-18.1	42	15.1	14.8-24.0	19	6.8	4.3-10.3	24	8.6	5.7-12.4
	C	118	44.8	38.9-50.9	21	7.9	5.1-11.7	43	16.3	8.6-16.5	47	17.8	13.5-22.8	34	12.9	9.2-17.3
	D	60	35.3	28.5-42.9	3	1.7	0.4-4.7	45	26.6	27.4-41.7	22	13.0	8.5-18.7	39	23.0	17.1-29.8
	Total	420	35.0	32.5-37.7	110	9.1	7.6-10.9	277	23.1	17.8-22.3	224	18.6	16.5-20.9	167	13.9	12.0-15.9
D-4	A	83	16.9	13.8-20.4	84	17.1	14.0-20.7	97	19.8	16.4-23.5	88	17.9	14.7-21.5	137	28.0	24.1-32.1
	B	54	19.4	15.1-24.4	96	34.6	29.2-40.4	53	19.1	14.8-24.0	38	13.7	10.0-18.1	36	12.9	9.4-17.3
	C	68	25.8	20.8-31.4	45	17.1	12.9-22.0	32	12.1	8.6-16.5	55	20.9	16.3-26.1	60	22.8	18.0-28.1
	D	25	14.7	10.0-20.7	28	16.5	11.5-22.7	58	34.3	27.4-41.7	31	18.3	13.0-24.7	27	15.9	11.0-22.0
	Total	230	19.1	17.0-21.5	253	21.1	18.8-23.4	240	20.0	17.8-22.3	212	17.6	15.6-19.9	260	21.7	19.4-24.1
D-5	A	194	39.6	35.4-44.0	39	7.9	5.8-10.6	84	17.1	14.0-20.7	127	25.9	22.2-29.2	45	9.2	6.8-12.0
	B	69	24.9	20.8-30.2	73	26.3	21.4-31.7	31	11.1	7.8-15.3	72	25.9	21.0-31.4	32	11.5	8.1-15.7
	C	119	45.2	39.2-51.2	47	17.8	13.5-22.8	24	9.1	6.0-13.0	32	12.1	8.6-16.5	222	84.4	79.6-88.4
	D	22	13.0	8.5-18.7	26	15.3	10.5-21.4	23	13.6	9.0-19.4	15	8.8	5.2-13.9	83	49.1	41.6-56.3
	Total	404	33.7	31.0-36.4	185	15.4	13.4-17.5	162	13.5	11.6-15.5	246	20.5	18.3-22.8	382	31.8	29.2-34.5
D-6	A	41	8.3	6.1-11.0	24	4.9	3.2-7.1	26	5.3	3.5-7.5	391	79.9	76.2-83.3	7	1.4	0.6-2.8
	B	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0	7	2.5	1.1-4.9	56	20.2	15.7-25.2	214	77.2	72.0-81.9
	C	16	6.0	3.6-9.4	11	4.2	2.2-7.1	10	3.8	1.9-6.6	0	0.0	0.0-1.1	226	85.9	81.3-89.7
	D	6	3.5	1.4-7.2	4	2.3	0.7-5.6	0	0.0	1.9-6.6	15	8.8	5.2-13.9	144	85.2	79.2-89.9
	Total	63	5.2	4.0-6.6	39	3.2	2.3-4.3	43	3.5	0.0-1.1	462	38.5	35.8-41.3	591	49.3	46.5-52.1

Tabla-20: Bloc-D. Estudiantes vs. Grado de Escolaridad.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
D-7	A	166	33.9	29.8-38.2	79	16.1	13.0-19.6	89	18.2	14.9-21.8	88	17.9	14.7-21.3	67	13.7	10.8-16.9
	B	78	28.1	23.0-33.6	19	6.8	4.3-10.3	27	9.7	6.6-13.6	115	41.5	35.8-47.3	38	13.7	10.0-18.1
	C	174	66.1	60.2-71.6	29	11.0	7.6-15.2	32	12.1	8.6-16.5	11	4.1	2.2-7.1	17	6.4	3.2-9.9
	D	105	62.1	59.6-69.2	30	17.7	12.5-24.0	19	11.2	7.1-16.6	4	2.3	0.7-5.6	11	6.5	3.4-11.0
	Total	523	43.6	40.8-46.4	157	13.1	11.2-15.1	167	13.9	12.0-15.9	218	18.1	16.0-20.4	133	11.1	9.4-12.9
D-8	A	283	57.8	53.4-62.1	54	11.0	8.4-14.0	53	10.8	8.3-13.8	54	11.0	8.4-14.0	45	9.2	6.8-12.0
	B	277	10.0	98.9-100.0	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0
	C	170	64.6	58.7-70.2	32	12.2	8.6-16.5	26	9.8	6.7-13.9	16	6.0	3.6-9.4	19	7.2	4.5-10.8
	D	131	77.6	70.7-83.3	7	4.1	1.8-8.0	15	8.8	5.2-13.9	4	2.3	0.7-5.6	12	7.1	3.9-11.7
	Total	861	71.8	69.2-74.2	88	7.3	5.8-8.9	94	7.8	6.4-9.4	74	6.1	4.9-7.6	76	6.3	5.0-7.8
D-9	A	142	29.0	25.1-33.1	48	9.8	7.4-12.6	83	16.9	13.8-20.4	97	19.8	16.4-23.5	119	24.3	20.6-28.2
	B	115	41.5	35.8-47.3	27	9.7	6.6-13.6	66	23.8	19.0-29.1	38	13.7	10.0-18.1	31	11.1	7.8-15.3
	C	47	17.8	13.5-22.8	39	14.8	10.9-19.5	40	15.2	11.2-19.9	71	29.2	21.8-32.6	66	25.0	20.1-30.6
	D	39	23.0	17.1-29.8	16	9.4	5.7-14.6	41	24.2	18.2-31.1	21	12.4	8.0-18.0	52	30.7	24.1-38.0
	Total	343	28.6	26.1-31.2	130	10.8	9.1-12.7	230	19.1	17.0-21.5	227	18.9	16.8-21.2	268	22.3	20.0-24.7
D-10	A	107	21.8	18.3-25.7	57	11.6	9.0-14.7	78	15.9	12.9-19.3	68	13.9	11.0-17.1	179	36.6	32.4-40.9
	B	161	58.1	52.2-63.8	54	19.4	15.1-24.4	19	6.8	4.3-10.3	31	11.1	7.8-15.3	12	4.3	2.4-7.2
	C	50	19.0	14.6-24.9	36	13.4	9.9-18.2	26	9.8	6.7-13.9	84	31.9	26.5-37.7	196	74.5	68.9-79.5
	D	89	52.6	45.1-60.1	15	8.8	5.2-13.9	29	17.5	12.0-23.4	13	7.6	4.3-12.4	23	13.6	9.0-18.4
	Total	407	33.9	31.3-36.6	162	13.5	11.6-15.5	152	12.6	10.8-14.6	169	14.1	12.2-16.1	410	34.2	31.5-35.9
D-11	A	249	50.9	46.4-55.3	73	14.9	11.9-18.2	44	8.9	6.6-11.7	34	6.9	4.9-9.4	89	18.2	14.9-21.8
	B	273	98.5	96.5-99.5	0	0.0	0.0-1.0	4	1.4	0.4-3.4	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0
	C	126	47.9	41.9-53.9	26	9.8	6.7-13.9	21	7.9	5.1-11.7	42	15.9	11.9-20.7	48	18.2	13.9-23.2
	D	132	78.1	71.4-83.8	10	5.9	3.0-10.2	9	5.3	2.6-9.5	0	0.0	0.0-1.1	18	10.6	6.6-16.0
	Total	780	65.1	62.3-67.7	109	9.0	7.5-10.8	78	6.5	5.2-8.0	76	6.3	5.0-7.8	155	12.9	11.2-14.9
D-12	A	172	35.1	31.0-39.4	24	4.9	3.2-7.1	39	7.9	5.8-10.6	93	19.0	15.7-22.6	161	32.9	28.6-37.1
	B	277	10.0	98.9-100.0	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0	0	0.0	0.0-1.0
	C	137	52.0	46.0-58.0	34	12.9	9.2-17.3	16	6.0	3.6-9.6	29	11.0	7.6-15.2	47	17.8	13.5-22.8
	D	114	67.4	60.1-74.1	6	3.5	1.4-7.2	25	4.7	10.0-20.7	21	12.4	8.0-18.0	3	1.7	0.4-4.7
	Total	700	58.4	55.6-61.2	64	5.1	4.0-6.5	80	6.6	5.3-8.1	143	11.9	10.2-13.8	211	17.6	15.5-19.8
D-13	A	49	10.0	7.5-12.9	39	7.9	5.8-10.6	97	19.8	16.4-23.5	133	27.2	23.3-31.2	171	34.9	30.8-39.2
	B	7	2.5	1.1-4.9	50	18.0	13.8-22.9	17	6.1	3.7-9.4	142	51.2	45.3-57.1	61	22.0	17.4-27.1
	C	8	3.0	1.4-5.6	26	9.8	6.7-13.9	28	10.6	7.3-14.8	94	35.7	30.1-41.6	107	40.6	34.8-46.7
	D	11	6.5	3.4-11.0	7	4.1	1.8-8.0	32	18.9	13.5-25.3	62	36.6	29.6-44.1	57	33.7	26.9-41.1
	Total	75	6.2	4.9-7.7	122	10.1	8.5-11.9	174	14.5	10.2-16.6	431	35.9	33.2-38.7	396	33.0	30.4-35.7

Tabla-21: Bloc-A. Estudiantes vs. Ámbito.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
A-1	Urbano	92	16.7	13.8-20.0	50	9.1	6.9-11.7	33	6.0	4.2-8.2	103	18.7	15.6-22.2	187	34.1	30.2-38.1
	Rural	140	21.5	18.5-24.8	84	12.9	10.5-15.6	126	19.3	16.4-22.5	231	35.5	31.9-39.2	185	28.4	25.0-32.0
A-2	Urbano	83	15.1	12.3-18.3	41	7.4	5.4-9.9	42	7.6	5.6-10.1	96	17.5	14.5-20.8	170	31.0	27.2-34.3
	Rural	199	30.6	27.1-34.2	53	8.1	6.2-10.4	100	15.3	12.7-18.3	163	25.0	21.8-28.5	251	38.6	34.3-42.4
A-3	Urbano	105	19.1	16.0-22.6	52	9.4	7.2-12.1	37	6.7	4.8-9.0	106	19.3	16.1-22.8	194	35.4	31.4-39.4
	Rural	216	33.2	29.6-36.9	37	5.6	4.0-7.6	115	17.6	14.9-20.7	199	30.1	22.1-34.2	199	30.1	22.1-34.2
A-4	Urbano	70	12.7	10.1-15.7	102	18.6	15.5-22.0	67	12.2	9.6-15.1	96	17.5	14.5-20.8	97	17.7	14.6-21.0
	Rural	141	21.6	18.6-24.9	106	16.3	13.6-19.2	163	25.0	21.8-28.5	152	23.3	20.2-26.7	204	31.3	27.9-35.0
A-5	Urbano	121	22.0	18.7-25.6	102	18.6	15.5-22.0	75	13.6	10.9-16.7	88	16.0	13.1-19.3	46	8.3	6.2-10.9
	Rural	215	33.0	29.5-36.7	137	21.0	18.0-24.3	171	26.3	23.0-29.7	126	19.3	16.4-22.5	117	18.0	15.1-21.0
A-6	Urbano	70	12.7	10.1-15.7	109	19.8	16.7-23.3	70	12.7	10.1-15.7	97	17.7	14.6-21.0	66	12.0	9.5-14.9
	Rural	143	22.0	18.9-25.3	133	20.4	17.7-23.6	110	16.9	14.1-19.1	176	27.0	23.7-30.5	204	31.3	27.9-35.0
A-7	Urbano	140	25.5	22.0-29.3	77	14.0	11.3-17.1	67	12.2	9.6-15.1	108	19.7	16.5-23.1	40	7.2	5.3-9.7
	Rural	254	39.0	35.2-42.8	116	17.8	14.0-20.9	35	5.3	3.8-7.3	154	23.6	20.5-27.0	207	31.8	28.3-35.5
A-8	Urbano	34	6.2	4.4-8.4	23	4.1	2.7-6.1	27	4.9	3.3-6.9	128	23.3	19.9-27.0	220	40.1	36.0-44.2
	Rural	167	25.6	22.4-29.1	81	12.4	10.0-15.1	61	9.3	7.3-11.8	212	32.6	29.0-36.2	247	38.0	34.3-41.7
A-9	Urbano	107	19.5	16.3-23.0	72	13.1	10.5-16.1	104	18.9	15.8-22.4	80	14.5	11.8-17.7	69	12.5	10.0-15.5
	Rural	364	56.0	52.1-59.7	116	17.8	15.0-20.9	55	8.4	6.5-10.7	75	11.5	9.2-14.1	156	24.0	20.8-27.3
A-10	Urbano	66	12.0	9.5-14.3	57	10.4	8.0-13.1	84	15.3	12.4-18.5	66	12.0	9.5-14.9	159	29.0	25.3-32.9
	Rural	273	42.0	38.2-45.8	27	4.1	2.8-5.9	43	6.6	4.8-8.7	133	20.4	17.4-23.6	290	44.6	40.8-48.4
A-11	Urbano	149	27.4	23.5-31.0	94	17.1	14.1-20.4	82	14.9	12.1-18.1	54	9.8	7.5-11.5	53	9.6	7.4-12.3
	Rural	215	33.0	29.5-36.7	137	21.0	18.0-24.3	167	25.6	22.4-29.1	114	17.5	14.7-20.6	133	20.4	17.4-23.6

Tabla-22: Bloc-B. Estudiantes vs. Ámbito.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
B-1	Urbano	41	7.4	5.4-9.9	25	4.5	3.0-6.5	38	6.9	5.0-9.2	146	25.9	22.3-29.7	182	33.2	29.3-37.2
	Rural	87	6.3	4.6-8.3	61	9.3	7.3-11.8	68	10.4	8.2-12.9	269	41.3	37.6-45.2	281	43.2	39.4-47.0
B-2	Urbano	12	2.1	1.1-3.6	21	3.8	2.4-5.7	8	1.4	0.6-2.7	128	33.3	19.9-27.0	261	47.2	43.4-51.8
	Rural	39	6.0	4.3-8.0	43	6.6	4.8-8.7	26	4.0	2.6-5.7	242	37.2	33.5-41.0	401	61.6	57.9-65.3
B-3	Urbano	22	4.0	2.5-5.9	49	8.9	6.7-11.5	69	12.5	10.0-15.5	131	23.9	20.4-27.6	161	29.3	25.6-33.2
	Rural	44	6.7	5.2-8.9	45	6.9	5.1-9.0	72	11.0	8.8-13.6	318	48.9	45.0-25.7	287	44.1	40.3-47.9
B-4	Urbano	73	13.2	10.6-16.3	51	9.3	7.0-11.9	75	13.6	10.9-16.7	112	20.4	17.2-23.9	121	22.0	18.7-25.6
	Rural	146	11.2	8.9-13.0	153	23.5	20.3-26.9	81	12.4	10.0-15.1	199	30.6	27.1-34.2	287	44.1	40.3-47.9

Tabla-23: Bloc-C. Estudiantes vs. Ámbito.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
C-1	Urbano	25	4.5	3.0-6.5	11	2.0	1.0-3.4	33	6.0	4.2-8.2	171	31.2	27.4-35.1	192	35.0	31.1-39.1
	Rural	33	5.0	3.4-6.9	25	3.8	2.5-5.5	84	12.9	10.5-15.6	328	50.4	46.6-54.2	296	45.5	41.7-49.3
C-2	Urbano	29	5.2	3.6-7.6	19	3.4	2.1-2.5	36	6.5	4.7-8.8	142	25.9	22.3-29.7	206	37.5	33.6-41.7
	Rural	28	4.3	2.9-6.0	50	7.6	5.8-9.9	72	11.0	8.8-13.6	249	38.3	34.6-42.0	367	56.4	52.6-60.2
C-3	Urbano	113	20.6	17.3-24.1	48	8.7	6.6-11.3	88	16.0	13.1-19.3	83	15.1	12.3-18.3	100	18.2	15.1-21.6
	Rural	220	33.8	30.2-37.5	125	23.3	20.2-26.7	114	17.6	14.7-20.6	126	19.3	16.4-22.5	154	23.6	20.5-27.0
C-4	Urbano	150	27.2	23.7-31.2	47	8.5	6.4-11.1	58	10.5	8.2-13.3	62	11.3	8.3-14.1	115	20.9	17.7-24.5
	Rural	207	31.8	28.3-35.5	39	6.0	4.3-8.0	93	14.3	11.7-17.1	212	32.6	29.0-36.2	212	32.6	29.0-36.2
C-5	Urbano	33	6.0	4.2-8.2	42	7.6	5.6-10.1	70	12.7	10.1-15.7	113	20.6	17.3-24.1	174	31.7	27.9-35.7
	Rural	78	12.0	9.6-14.6	39	6.0	4.3-8.0	38	5.8	4.2-7.8	295	45.3	41.5-49.2	316	48.6	44.7-52.4
C-6	Urbano	51	9.3	7.0-11.9	41	7.4	5.4-9.9	48	8.7	6.6-11.3	126	22.9	19.6-26.6	166	30.2	26.5-34.2
	Rural	108	16.6	13.9-19.6	115	17.6	14.9-20.7	150	23.0	19.9-26.4	160	24.6	21.4-28.0	225	34.6	31.0-38.3
C-7	Urbano	37	6.4	4.8-9.0	35	6.3	4.5-8.6	49	8.9	6.7-11.5	114	20.8	17.5-24.3	197	35.9	32.0-40.0
	Rural	24	3.6	2.4-5.3	32	3.5	2.3-5.1	39	6.0	4.3-8.0	315	48.4	44.6-52.3	240	36.9	33.2-40.6
C-8	Urbano	24	4.3	2.8-6.3	32	5.8	4.0-8.0	31	5.6	3.9-7.8	183	33.3	29.2-37.4	162	29.5	25.8-33.4
	Rural	52	8.0	6.0-10.2	18	2.7	1.7-4.2	39	6.0	4.3-8.0	364	56.0	52.1-59.7	293	45.0	41.2-48.9
C-9	Urbano	187	34.2	30.2-38.1	51	9.3	7.0-11.9	85	15.5	12.6-18.7	48	8.7	6.6-11.3	61	11.1	8.6-13.9
	Rural	373	57.3	53.5-61.1	99	15.2	12.6-18.1	103	15.8	13.1-18.8	65	10.0	7.8-12.4	126	19.3	16.4-22.5
C-10	Urbano	131	23.9	20.4-27.6	53	9.6	7.4-12.3	83	15.1	12.3-18.3	73	13.3	10.6-16.3	92	16.7	13.8-20.9
	Rural	285	43.8	40.0-47.6	160	24.6	21.4-28.0	97	14.9	12.3-14.8	48	7.3	5.5-9.5	66	10.1	8.0-12.6
C-11	Urbano	94	17.1	14.1-20.4	96	17.5	14.5-20.8	90	16.4	13.4-19.7	59	10.7	8.3-13.5	94	17.1	14.1-20.4
	Rural	289	44.4	40.6-48.3	77	11.8	9.5-14.5	81	12.4	10.0-15.1	145	22.3	19.3-25.6	174	26.7	23.4-30.2
C-12	Urbano	200	18.2	15.1-21.6	91	16.6	13.6-19.8	103	18.7	15.6-22.2	53	9.6	7.4-12.3	85	15.5	12.6-18.7
	Rural	337	51.8	48.0-55.6	45	6.9	5.1-9.0	116	17.8	15.0-20.9	124	19.0	16.1-22.2	144	22.1	19.0-25.4

Tabla-24: Bloc-D. Estudiantes vs. Ámbito.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
D-1	Urbano	137	25.0	21.5-28.5	51	9.3	7.0-11.9	115	20.9	17.7-24.5	55	10.3	7.7-12.7	74	13.5	10.8-16.5
	Rural	201	30.9	27.4-34.5	101	15.5	12.9-18.4	121	18.6	15.7-21.7	173	26.6	23.3-30.1	170	26.1	22.8-29.6
D-2	Urbano	127	23.1	19.7-26.8	45	8.2	6.1-10.7	108	19.7	16.5-23.1	79	14.4	11.6-17.5	73	13.3	10.6-16.3
	Rural	123	18.9	16.0-22.0	136	20.9	17.9-24.1	146	22.4	19.3-25.7	262	24.3	21.7-28.3	99	15.2	12.6-18.1
D-3	Urbano	178	32.4	28.6-36.4	24	4.3	2.8-6.3	88	16.0	13.1-19.3	69	12.5	10.0-15.5	73	13.3	10.6-16.3
	Rural	242	37.2	33.5-41.0	86	13.2	10.7-16.0	189	29.0	25.6-32.6	155	23.9	20.6-27.2	94	14.4	11.9-17.3
D-4	Urbano	93	16.9	14.0-20.2	73	13.3	10.6-16.3	90	16.4	13.4-18.7	86	15.6	12.8-18.9	87	15.8	12.9-19.1
	Rural	137	21.0	18.0-24.3	180	27.6	24.3-31.2	150	23.0	19.9-26.4	126	19.3	16.4-22.5	173	26.6	23.3-30.1
D-5	Urbano	141	25.7	22.2-29.5	73	13.3	10.6-16.3	47	8.5	6.4-11.1	47	8.5	6.4-11.1	305	55.6	51.4-59.7
	Rural	263	40.4	36.7-44.2	112	18.7	15.9-21.9	115	17.6	14.9-20.7	199	30.6	27.1-34.2	77	11.8	9.5-14.5
D-6	Urbano	22	4.0	2.5-5.9	15	2.7	1.5-4.3	10	1.8	0.9-3.2	15	2.7	1.5-4.3	366	66.7	62.7-70.6
	Rural	41	6.0	4.6-8.3	24	3.6	2.4-5.3	33	5.0	3.5-6.9	447	69.0	65.4-72.5	221	34.0	30.4-37.7
D-7	Urbano	279	50.9	46.1-55.0	59	10.7	8.3-13.5	51	9.3	7.0-11.9	15	2.7	1.5-4.3	28	5.1	3.4-7.2
	Rural	244	37.5	33.8-41.3	98	15.0	12.7-17.9	116	17.8	15.0-20.9	203	31.2	27.7-34.8	105	16.1	13.4-19.1
D-8	Urbano	301	54.9	50.7-59.0	39	7.1	5.1-9.5	41	7.4	5.4-9.9	20	3.6	2.3-5.4	31	5.6	3.9-7.8
	Rural	560	86.1	83.3-88.6	54	8.3	6.3-10.6	53	8.1	6.2-10.4	54	8.3	6.3-10.6	45	6.9	5.1-9.0
D-9	Urbano	86	15.6	12.8-18.9	55	10.0	7.7-12.7	81	14.7	11.9-17.9	92	16.7	13.8-20.8	118	21.5	18.2-25.1
	Rural	257	39.5	35.8-43.3	75	11.5	9.2-14.1	149	22.9	19.8-26.2	135	20.7	17.7-24.0	150	23.0	19.9-26.4
D-10	Urbano	139	25.3	21.8-29.1	51	9.3	7.0-11.9	55	10.0	7.7-12.7	97	17.7	14.6-21.0	219	39.9	35.9-44.1
	Rural	268	41.2	37.4-45.0	111	17.0	14.3-20.1	97	14.9	12.3-17.8	99	15.2	12.6-18.1	191	29.3	25.9-32.9
D-11	Urbano	258	47.0	42.9-51.2	36	6.5	4.7-8.8	30	5.4	3.7-7.6	42	7.6	5.6-10.1	66	12.0	9.5-14.9
	Rural	522	23.3	20.2-26.7	73	11.2	8.9-13.8	48	7.3	5.5-9.5	34	5.2	3.7-7.1	89	13.6	11.2-16.4
D-12	Urbano	251	45.8	41.6-49.9	40	7.2	5.3-9.7	41	7.4	5.4-9.9	50	9.1	6.0-11.7	50	9.1	6.9-11.7
	Rural	449	69.0	65.4-72.5	24	3.6	2.4-5.3	39	6.0	4.3-8.0	93	14.3	11.7-17.1	161	24.7	21.5-28.1
D-13	Urbano	19	3.4	2.2-5.3	33	6.0	4.2-8.2	60	10.9	8.5-13.7	156	28.4	24.0-32.3	164	29.9	26.2-33.8
	Rural	56	8.6	6.6-10.9	89	13.6	11.2-16.4	114	17.5	14.7-20.6	275	2.3	38.5-46.1	232	35.6	32.0-39.4

Tabla-25: Bloc-A. Estudiantes vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
A-1	Hombres	165	22.5	19.6-25.6	112	15.3	12.8-18.0	112	15.3	12.8-18.0	161	21.9	19.1-25.1	182	24.8	21.8-28.0
	Mujeres	67	14.3	11.4-17.7	22	4.7	3.0-6.9	47	10.0	7.5-13.0	140	30.0	26.0-34.3	190	40.7	36.3-45.2
A-2	Hombres	168	22.4	20.1-26.1	73	9.9	7.9-12.3	138	18.8	16.1-21.8	205	28.0	24.8-34.3	148	20.2	17.3-23.2
	Mujeres	114	24.4	20.7-28.3	21	4.5	2.8-6.6	4	0.8	0.2-2.8	54	11.5	8.9-14.7	273	58.5	54.0-62.9
A-3	Hombres	165	22.5	19.6-25.6	56	7.6	5.8-9.7	102	13.9	11.5-16.5	277	37.8	34.3-41.3	132	18.0	15.3-20.9
	Mujeres	156	33.4	29.2-37.8	33	7.0	5.0-9.6	50	10.7	2.1-13.7	28	6.0	4.1-8.4	261	56.0	51.4-60.4
A-4	Hombres	81	11.0	8.9-13.4	143	19.5	16.7-22.5	187	25.5	22.4-28.8	192	26.2	23.1-29.5	129	17.6	14.9-20.5
	Mujeres	130	27.8	23.9-32.1	65	13.9	11.0-17.3	43	9.2	6.8-12.1	48	10.3	7.7-13.3	172	36.9	32.9-41.3
A-5	Hombres	128	17.4	14.8-20.3	88	12.4	9.8-14.5	179	24.5	21.4-27.6	204	27.8	24.7-31.2	133	18.1	15.5-21.0
	Mujeres	108	44.6	40.1-49.1	151	32.4	28.2-36.7	67	14.3	11.4-17.7	10	2.1	1.0-3.7	30	6.4	4.4-8.9
A-6	Hombres	168	22.9	20.1-26.1	142	19.3	16.6-22.3	122	16.6	14.0-19.4	213	29.0	25.8-32.4	87	11.8	9.6-14.3
	Mujeres	45	9.6	7.2-12.5	100	21.4	17.9-25.3	58	12.4	9.6-15.6	60	12.8	10.0-16.1	183	39.2	34.9-43.7
A-7	Hombres	218	29.7	26.5-33.1	176	24.0	21.0-27.2	91	12.4	10.1-14.9	135	18.4	15.7-21.3	112	15.3	12.8-18.0
	Mujeres	45	9.6	7.2-12.5	17	3.6	2.2-5.6	11	2.3	1.2-4.6	127	27.2	23.2-31.4	135	28.9	24.9-33.2
A-8	Hombres	154	21.0	18.2-24.1	56	7.6	5.8-9.7	67	9.1	7.2-11.4	71	9.6	7.7-12.0	384	52.4	48.8-56.0
	Mujeres	47	10.0	7.5-13.0	48	10.3	7.7-13.3	21	4.5	2.8-6.6	269	57.7	53.1-62.1	83	17.8	14.5-21.4
A-9	Hombres	161	21.9	19.1-25.1	65	8.8	6.9-11.1	142	19.3	16.6-22.3	149	20.3	17.5-23.3	215	29.3	26.1-32.7
	Mujeres	310	66.5	62.1-70.7	127	27.2	23.3-31.4	17	3.6	2.2-5.6	6	1.2	0.5-2.6	10	2.1	1.0-3.7
A-10	Hombres	131	17.8	15.2-20.8	53	7.2	5.5-9.2	81	11.0	8.9-13.4	180	24.5	21.5-27.8	287	39.2	35.7-42.7
	Mujeres	208	44.6	40.1-49.1	31	6.6	4.6-9.1	46	9.8	7.4-12.8	19	4.0	2.5-6.1	162	34.2	30.5-39.1
A-11	Hombres	234	31.9	28.6-35.4	114	15.5	13.0-18.3	165	22.5	19.6-25.6	114	15.5	13.0-18.3	105	14.3	11.9-17.0
	Mujeres	130	27.8	23.9-32.1	117	25.1	21.3-29.1	84	18.0	14.7-21.7	54	11.5	8.9-14.7	81	17.3	14.1-21.0

Tabla-26: Bloc-B. Estudiantes vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
B-1	Hombres	74	10.1	8.0-12.4	52	7.1	5.4-9.1	66	9.0	7.0-11.2	256	34.9	31.5-38.4	284	38.7	35.3-42.3
	Mujeres	54	11.5	8.9-14.7	34	7.2	5.1-9.9	40	8.5	6.2-11.3	160	34.3	30.1-38.7	179	38.4	34.0-42.8
B-2	Hombres	11	6.1	4.5-8.6	38	5.1	3.7-6.9	10	1.3	0.6-2.4	267	36.4	33.0-40.0	406	55.4	51.8-59.0
	Mujeres	40	8.5	6.2-11.3	48	10.3	7.7-13.3	45	9.6	7.2-12.5	103	22.1	18.5-26.0	256	55.3	50.8-59.8
B-3	Hombres	32	4.3	3.0-6.0	46	6.2	4.6-8.2	129	17.6	14.9-20.5	243	33.1	29.9-36.6	282	38.5	35.0-42.0
	Mujeres	34	7.2	5.1-9.9	48	10.3	7.7-13.3	12	2.5	1.4-4.3	127	27.2	23.3-31.4	166	35.6	31.3-40.0
B-4	Hombres	116	15.8	13.3-18.6	142	19.3	16.3-22.3	134	18.3	15.6-21.2	161	21.9	19.1-25.1	179	24.4	21.4-27.6
	Mujeres	103	22.1	18.5-26.0	62	13.3	10.4-16.6	22	4.7	3.0-6.9	150	32.1	28.0-36.5	129	27.6	23.7-31.8

Tabla-27: Bloc-C. Estudiantes vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
C-1	Hombres	36	4.9	3.5-6.6	16	2.1	1.2-3.4	76	10.3	8.3-12.7	346	47.2	43.6-50.8	258	35.2	31.8-38.7
	Mujeres	22	4.7	3.0-6.9	20	4.2	2.7-6.4	41	8.7	6.4-11.6	153	32.8	28.6-37.1	230	49.3	44.8-53.8
C-2	Hombres	50	6.3	5.1-8.8	34	4.6	3.2-6.3	55	7.5	5.7-9.5	235	32.1	28.7-35.5	358	48.9	45.2-52.5
	Mujeres	7	1.5	0.6-2.9	25	7.5	5.3-10.1	53	11.3	8.7-14.5	156	33.4	29.2-37.8	215	46.1	46.6-50.4
C-3	Hombres	161	21.9	19.1-25.1	91	12.4	10.1-14.9	196	26.7	23.6-30.0	122	16.6	14.0-19.4	162	22.1	19.2-25.2
	Mujeres	171	36.6	32.4-41.1	109	23.3	19.7-27.3	37	7.9	5.7-10.6	87	18.6	15.3-22.0	88	18.8	15.5-22.6
C-4	Hombres	255	34.8	31.4-38.4	63	8.6	6.7-10.8	143	19.5	16.7-22.5	207	28.2	25.1-31.6	64	8.7	6.8-10.9
	Mujeres	102	21.8	18.3-25.8	23	4.9	3.2-7.1	8	1.7	0.8-3.2	67	14.3	11.4-17.7	263	56.4	51.9-60.8
C-5	Hombres	61	8.3	6.4-10.5	62	8.4	6.6-10.6	39	5.3	3.8-7.1	226	30.8	27.6-34.2	344	46.9	43.3-50.6
	Mujeres	50	10.7	8.1-13.7	19	4.0	2.5-6.1	69	14.8	11.7-18.2	182	39.5	34.7-43.5	146	31.3	27.3-35.6
C-6	Hombres	106	14.4	12.0-17.1	72	9.8	7.8-12.1	109	14.8	12.4-17.6	239	32.6	29.3-36.1	206	28.1	24.9-31.4
	Mujeres	53	11.3	8.7-14.5	84	18.0	14.7-27.7	89	19.0	15.7-22.8	47	10.0	7.5-13.1	185	39.6	35.3-44.1
C-7	Hombres	32	4.3	3.0-6.0	53	7.2	5.5-9.2	51	6.9	5.2-8.9	266	36.3	32.9-39.8	330	45.0	45.1-45.7
	Mujeres	29	6.2	4.2-8.7	14	3.0	1.7-4.8	37	7.9	5.7-10.6	163	34.9	30.7-39.3	223	47.8	43.3-52.3
C-8	Hombres	48	6.7	4.8-8.5	23	3.1	2.0-4.6	36	4.9	3.5-6.6	319	43.5	40.0-47.1	306	41.8	36.2-45.4
	Mujeres	28	6.0	4.1-8.4	27	5.7	3.9-8.2	34	7.2	5.1-9.9	228	48.9	44.4-53.4	149	31.9	27.8-36.3
C-9	Hombres	311	42.4	38.9-46.0	94	12.8	10.5-15.4	164	22.4	13.4-25.5	79	10.7	8.6-13.1	34	11.4	9.3-13.9
	Mujeres	249	53.4	48.8-57.9	56	12.0	9.2-15.2	24	5.1	3.4-7.4	35	7.5	5.3-10.1	103	22.1	18.5-26.0
C-10	Hombres	314	42.8	39.3-46.5	164	22.4	19.4-25.5	114	15.5	13.0-18.3	67	9.1	7.2-11.4	73	9.9	7.9-12.3
	Mujeres	203	43.5	39.1-48.8	49	10.5	7.9-13.5	66	14.1	11.2-17.5	83	17.8	14.5-21.4	64	13.7	10.8-17.0
C-11	Hombres	193	70.4	67.2-73.8	132	18.0	15.3-20.9	128	17.4	14.8-20.3	188	25.6	22.6-28.9	91	12.4	10.1-14.9
	Mujeres	190	40.7	36.3-45.2	41	8.7	6.4-11.6	43	9.2	6.8-12.1	15	3.2	1.8-5.1	177	37.9	33.6-42.4
C-12	Hombres	143	19.5	16.7-22.5	86	11.7	9.5-14.2	182	24.8	21.8-28.0	142	19.3	16.6-22.3	179	24.4	21.4-27.6
	Mujeres	294	63.0	58.6-67.3	50	10.7	8.1-13.7	37	7.8	5.7-10.6	35	7.5	5.3-10.1	50	10.7	8.1-13.7

Tabla-28: Bloc-D. Estudiantes vs. Sexo.

		NINGUNA CERTEZA			ALGUNA CERTEZA			MEDIA CERTEZA			MUCHA CERTEZA			TOTAL CERTEZA		
		n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%	n	%	I.C al 95%
D-1	Hombres	283	38.6	35.1-42.2	72	9.8	7.8-12.1	203	27.7	24.5-31.0	98	13.3	11.0-16.0	76	10.3	8.3-12.7
	Mujeres	55	11.8	9.1-14.9	80	17.1	13.9-20.7	33	7.0	5.0-9.6	130	27.8	23.9-32.1	168	36.0	31.7-40.4
D-2	Hombres	213	15.4	12.9-18.1	63	8.6	6.7-10.8	193	26.3	23.2-29.6	135	18.4	15.7-21.3	128	17.4	14.8-20.3
	Mujeres	37	7.9	5.7-10.6	118	25.3	21.5-29.4	61	13.0	10.2-16.3	206	44.2	39.7-48.7	42	9.0	6.6-11.8
D-3	Hombres	299	40.8	37.3-44.4	34	4.6	3.2-6.3	157	21.4	18.5-21.5	106	14.4	12.0-17.1	136	18.5	15.8-21.5
	Mujeres	121	25.9	22.1-30.1	76	16.3	13.1-19.8	120	25.7	21.9-29.0	116	24.8	21.1-28.9	31	6.6	4.5-9.1
D-4	Hombres	193	26.3	23.2-29.6	107	14.6	12.1-17.3	152	20.7	17.9-23.8	145	19.8	17.0-22.8	135	18.4	15.7-21.3
	Mujeres	37	7.9	5.7-10.6	146	31.3	27.2-35.6	88	18.8	15.5-22.6	67	14.3	11.4-17.7	125	26.8	22.9-30.9
D-5	Hombres	263	35.9	32.5-39.4	117	15.9	13.4-18.7	121	16.5	13.9-19.3	100	13.6	11.3-16.2	131	17.8	15.2-20.3
	Mujeres	141	30.2	26.2-34.5	68	14.5	11.6-18.0	41	8.7	6.4-11.6	146	31.3	27.2-35.6	251	58.8	49.3-68.3
D-6	Hombres	51	6.9	5.2-8.9	32	4.3	3.0-6.0	17	2.3	1.4-3.6	186	25.4	22.3-28.6	446	61.2	57.6-64.6
	Mujeres	12	2.5	1.4-4.3	7	1.5	0.6-2.9	26	5.7	3.7-7.9	276	59.2	54.7-63.6	145	31.1	27.0-35.4
D-7	Hombres	471	64.3	60.8-67.7	92	12.5	10.3-15.1	119	16.2	13.7-19.0	17	2.3	1.4-3.6	33	4.5	3.1-6.2
	Mujeres	52	11.1	8.5-14.2	65	13.9	11.0-17.3	48	10.3	7.7-13.3	201	43.1	38.6-47.6	100	21.4	17.9-25.3
D-8	Hombres	482	65.8	62.3-69.2	61	8.3	6.4-10.5	66	9.0	7.0-11.2	39	5.3	3.8-7.1	54	7.3	5.6-7.4
	Mujeres	379	81.3	77.5-84.6	27	5.9	3.9-8.2	28	6.0	4.1-8.4	35	7.5	5.3-10.1	22	4.7	3.0-6.9
D-9	Hombres	104	14.2	11.8-16.8	91	12.4	10.1-14.9	203	27.7	24.5-31.0	209	28.5	25.3-31.9	125	17.0	14.4-19.9
	Mujeres	239	51.2	46.7-55.8	39	8.3	6.1-11.1	27	5.7	3.9-8.2	18	3.8	2.3-5.9	143	30.6	26.6-34.9
D-10	Hombres	283	38.6	35.1-42.2	64	8.7	6.8-10.9	123	16.8	14.2-19.6	158	21.5	18.7-24.6	104	14.2	11.8-16.8
	Mujeres	119	25.5	21.7-29.6	98	21.0	17.5-24.5	29	6.2	4.2-8.7	11	2.3	1.2-4.0	306	65.6	61.2-69.8
D-11	Hombres	504	68.8	65.4-72.1	49	6.6	5.0-8.6	39	5.3	3.8-7.1	55	7.5	5.7-9.5	85	11.6	9.4-14.0
	Mujeres	276	59.2	54.7-63.6	60	12.8	10.0-16.1	39	8.3	6.1-11.2	21	4.5	2.8-6.6	70	15.0	11.9-18.4
D-12	Hombres	432	59.0	55.4-62.5	34	4.6	3.2-6.3	51	6.9	5.2-8.9	68	9.2	7.3-11.5	147	20.0	17.2-23.1
	Mujeres	268	57.5	52.9-61.9	30	6.4	4.4-8.9	29	6.2	4.2-8.7	75	16.0	12.9-19.6	64	13.7	10.8-17.0
D-13	Hombres	234	31.9	28.6-35.4	114	15.5	13.0-18.3	165	22.5	19.6-25.6	114	15.5	13.0-18.3	105	14.3	11.9-17.0
	Mujeres	52	27.8	23.9-32.1	117	25.1	21.3-29.1	84	18.0	14.7-21.7	54	11.5	8.9-14.7	81	17.3	14.1-21.0