

UNIVERSIDAD ARGENTINA JOHN F. KENNEDY

**PROGRAMA DE BECAS DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA**

INFORME FINAL

**CONOCIMIENTO DE HIV/SIDA Y CONDUCTAS
DE RIESGO EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE LAS ESCUELAS DE
SALUD Y EDUCACIÓN DE LA U.A.J.F.K.**

Eduardo Mas Colombo

Alicia E. Risueño

Iris Motta

INDICE

ABSTRACT - RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y MÉTODO.....	9
RESULTADOS y DISCUSIÓN.....	11
INFORMACIÓN PERTINENTE AL HIV/SIDA QUE POSEEN LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DE SALUD Y EDUCACIÓN DE LA U.A.J.F.K.....	11
a) Información general sobre HIV/SIDA	11
b) Información y conocimiento sobre vías sexuales de transmisión.....	15
c) Información sobre situaciones cotidianas que pueden provocar o evitar contagio.....	16
d) Información sobre transmisión vertical.....	17
e) Conocimiento acerca de procedimientos biomédicos que pueden producir contagio.....	20
ANTECEDENTES ACERCA DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RESPECTO DE HIV/SIDA	21
AUTOPERCEPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO.....	25
RELACIONES RELEVANTES ENTRE LAS VARIABLES CONSIDERADAS.	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

CONOCIMIENTO DE HIV/SIDA Y CONDUCTAS DE RIESGO EN

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LAS ESCUELAS DE

SALUD Y EDUCACIÓN DE LA U.A.J.F.K.

Eduardo Mas Colombo, Alicia E. Risueño, Iris M. Motta

Resumen

La investigación realizada, descriptiva y transversal, indagó sobre la pertinencia de la información recibida por los estudiantes a través de diversos medios, el conocimiento con el que cuentan respecto HIV/SIDA y las conductas de riesgo, así como la autopercepción que tienen de las mismas.

Para ello se realizó un relevamiento de datos a través de una encuesta mayormente estructurada, autoadministrada, a la que respondieron en forma anónima y voluntaria.

Los estudiantes universitarios encuestados nos muestran con sus respuestas que, independientemente de haber recibido información, no han podido *componer la síntesis entre lo percibido y lo valorado, de modo que surja un sistema conceptual que organice un estilo personal de pensar y pensarse que les permita acciones tendientes al cuidado de sí y de los otros.*

Por ello proponemos que la temática HIV/SIDA sea considerada por el Estado como prioridad en la Educación Superior. Independientemente de que las currículas contemplen el abordaje desde los contenidos conceptuales, los mismos deben transformarse en procesos vivenciales que atraviesen la experiencia autoeducativa y se ubiquen en el centro de la misma.

CONOCIMIENTO DE HIV/SIDA Y CONDUCTAS DE RIESGO **EN**

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LAS ESCUELAS DE **SALUD Y**

EDUCACIÓN DE LA U.A.J.F.K.

“A lo largo de la evolución, la especie humana ha enfrentado plagas endémicas diversas, así como catástrofes ambientales y sociales. Entre ellas se destacan la fiebre bubónica, la tuberculosis, la sífilis, la lepra, las guerras, la hambruna y el SIDA. Cada calamidad ha contenido un componente biológico que simboliza la muerte y un componente psico-social que construye y da significado a estos eventos de la vida” (Díaz Loving, 2001).

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo abordaremos una de las problemáticas que ha preocupado y ocupado al mundo en las dos últimas décadas del siglo XX y sin tregua ya se ha instalado en el nuevo siglo: el SIDA.

Si bien se han desarrollado acciones muy fructíferas en el campo de las investigaciones básicas aumentando los ensayos clínicos, los estudios epidemiológicos y las acciones preventivas, aún no se ha podido detener ni el contagio ni la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS/ONUSIDA, 2003) en su último informe publicado, resume el estado de la epidemia a diciembre de 2002 en 42 millones de habitantes con HIV/SIDA, 5% más que el año anterior. La mayoría de las nuevas infecciones se detectaron en adultos jóvenes, aproximadamente entre 15 y 24 años de edad y más del 95% de esos casos fueron en países en desarrollo. Reforzando estos datos, la ONUSIDA (2003) estima en 46 millones la cantidad de personas viviendo con HIV, aunque los datos precisos se darán a conocer a mediados de 2004 (OMS/ONUSIDA, 2003).

“En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas de septiembre de 2000, 43 jefes de Estado y de Gobierno se refirieron al SIDA como uno de los problemas más urgentes a escala mundial” (UNAIDS, 2002, p12). El nuevo impulso político tuvo culminación en junio de 2001, durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, cuando sus miembros aprobaron la “Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA” (UNAIDS, 2002, p13)

Los acuerdos obtenidos en la Sesión Especial de HIV/SIDA de las Naciones Unidas (25-27 de junio de 2001) representaron un hito en la lucha contra esta pandemia. Tanto los países industrializados como aquellos en vías de desarrollo, se han comprometido

conjuntamente en una iniciativa de diez años para generar nuevas estrategias que integren los programas de prevención con los de atención, apoyo y tratamiento de todas las personas que viven con HIV/SIDA.

Desde esta perspectiva, el Consejo instó (OMS/OPS, 2002) a los Estados Miembros a priorizar la lucha contra la pandemia, tratando de vincular los modelos integrales de atención con estrategias de prevención primaria sólida y facilitar las respuestas interinstitucionales e intersectoriales a niveles nacionales y regionales (PAHO/WHO, 2001); aunando esfuerzos se podrá dar una respuesta eficaz desde un enfoque integral para combatir la epidemia (UN, 2001; OMS/OPS, 2002).

Sin embargo, estamos ante un problema acuciante cuyas dimensiones y repercusiones exceden el ámbito biomédico y abarca la esfera iuspolítica y el plano socio-económico. Ya no podemos desconocer que el SIDA se ha convertido en la pandemia de las últimas décadas del siglo XX y parece haberse instalado como tal en el nuevo siglo (Risueño, 1998).

Los conocimientos biomédicos parecen ser insuficientes para controlar la expansión del virus. Si bien las investigaciones realizadas en el marco de este modelo son las que posibilitaron que se identificara el virus, se informara a la población y que las expectativas de vida se prolongaran en el tiempo, las mismas fueron y son insuficientes para controlar la expansión del *contagio* (Ostrow, 1989; Soto Mas, Lacoste Marín, Papenfuss, y Gutiérrez León, 1997; CNN en español, 1999; Goode, 2001).

Por lo tanto, debemos señalar que este *modelo es insuficiente y se impone encarar acciones que ponderen al humano en su integridad*. El estudio de la *conducta humana* puede abrir camino y contribuir a la comprensión de este fenómeno como lo ha hecho en otras oportunidades. Esta pandemia, a la que ya se le puede dar el título de *enfermedad*, no es la primera y seguramente no será la última por la que atravesará la humanidad y por la que la humanidad se verá atravesada. Es justamente esta *transversalidad* la que hace que se constituya en pandemia y por ende es responsabilidad de más de una disciplina hacerse cargo de la misma (Abella, 1998).

Los organismos nacionales e internacionales, tanto públicos como privados, realizaron sus acciones en campañas basadas en lo biomédico. En un primer momento su esfuerzo estuvo destinado a encontrar la causa de un síndrome que por esos tiempos les era desconocido. La prevalencia en determinados grupos de orientación sexual lo circunscribe a un espacio cerrado y distrae la atención respecto de la magnitud del problema, por lo que permitió construir la falsa seguridad de “haberlo controlado”. Estaban en los primeros pasos y esto aún podía definirse como “síndrome”, es decir, como un conjunto de signos y síntomas sin una etiología conocida.

Es así como en dicha reunión, los Estados Miembros se comprometían, entre otros puntos relevantes, a asegurar para el 2003 la reducción de la prevalencia del HIV en los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años y para el 2005 a implementar una amplia gama de programas de prevención, basados en el establecimiento y fortalecimiento de infraestructuras de *recursos humanos*, que incluyan actividades de *información*,

educación y comunicación, con el objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable (UNAIDS, 2002). Siguiendo estos lineamientos, el lema de la XIV Conferencia Internacional de SIDA Barcelona 2002 fue *"Conocimiento y compromiso para la acción"*.

Sin embargo, en tal oportunidad, Donald Bundy, coordinador del programa *"Educación y Sida"* del Banco Mundial, afirmó que *"la Conferencia Internacional del SIDA no ha prestado suficiente importancia al sector de la educación, que está (sólo) representado en una única sesión paralela. En general, el SIDA se considera como un problema de la sanidad pública, cuando debería reconocerse que la educación puede utilizarse para prevenir la propagación del SIDA, y esto puede llevar a una seguridad económica, un fortalecimiento de la capacidad de proporcionar estímulo a mujeres y niñas y al desarrollo. Por ahora, **"la vacuna de la educación es la única vacuna que tenemos"*** (Bundy, 2002).

Según el nuevo informe del Banco *"Educación y VIH/Sida: una ventana a la esperanza"*, los países necesitan urgentemente fortalecer sus sistemas educativos. Pero estos sistemas educativos abarcan tanto la formación en los niveles inicial, primario, secundario y terciario, como la formación de personal de investigación básica y clínica, de especialistas en ciencias sociales, de personal de atención de la salud y de técnicos (ONU, 2001).

No nos son novedosas las conclusiones a las que arriban los Organismos Internacionales. Hace muchos años que venimos observando, a través de las asignaturas que son de nuestro dominio, la deficiencia informativa y formativa que sobre HIV/SIDA tienen nuestros estudiantes. Ello nos muestra la urgente necesidad de implementar acciones concretas. Es así como desde 1994 hemos instrumentado actividades con diferentes modalidades (seminarios, jornadas, talleres, etc.) para abordar esta preocupante temática. Sin embargo, también notamos que las mismas requieren de una sistematización más ajustada, tanto por la velocidad con la que suceden los cambios en el status epidémico, como por la situación concreta de aquellos a los que van dirigidas las acciones que realizamos.

Consideramos que el ámbito universitario es un lugar de privilegio para aportar opciones en pro del mejoramiento de la tarea preventiva. Como integrantes de una unidad académica nos sentimos comprometidos a participar del establecimiento y fortalecimiento de infraestructuras de **recursos humanos** y de servicios sanitarios y sociales (ONU, 2001) ya que la labor universitaria lleva de suyo tres funciones: **la investigación, la docencia y el servicio a la comunidad** (Herrera Figueroa, 1981).

Es por ello que iniciamos este camino escudriñando en el fenómeno humano desde ópticas integrativistas y totalizadoras. Si bien el análisis requerirá de profundizaciones en algunos hitos, no serán para priorizar unos sobre otros, ya que un solo aspecto del hombre que se manifieste anómalo conllevará que el resto también sienta el cimbronazo, ya que función, estructura y sistema son sólo modo, tono y forma de la unicidad humana.

Este fenómeno que nos ocupa se aloja en el marco educativo, ya que no le es ajeno. La temática educativa está en lo profundo de la socialización del hombre. Se constituye en pieza clave de toda organización societaria y uno de los pilares sostenedores de unidad comunitaria.

Es por ello que ponemos el énfasis en los procesos autoeducativos, con claros fines preventivos. Así como el niño debe aprender a amar su cuerpo, a cuidarlo y desarrollarlo, para luego como adolescente centrar su atención en su proyecto vivencial en la búsqueda del sentido existencial, el joven y el adulto, quienes constituyen nuestra población a investigar, deberán enfatizar su conocimiento en búsqueda de ideales sociales que no dejen de lado el cuerpo, ni olviden el sentido (Mas Colombo y col.,1999).

Creemos importante resaltar que nadie puede luchar contra algo que desconoce, como tampoco puede promover prevención desde su acción profesional futura, si no puede prevenir para sí, hoy.

Estamos de acuerdo con autores que profesan la necesidad de ahondar en investigaciones que profundicen el análisis de las conductas humanas (Kelly, Murphy, Sikkena y Kalichman 1993; Aggleton,1998) y especialmente en las *conductas de riesgo*. No por nada muchos autores llaman al SIDA la “*enfermedad comportamental*” (Gardner,Blackburn, Upadhyay,1999; AIDSCAP,1997). El mismo Jonathan Mann, quien fuera director del programa SIDA de la OMS hasta 1990, dijo: “*El comportamiento humano es más complejo que cualquier virus*” (Bayés,1995 p115).

Por eso, en consenso con los requerimientos de la Comunidad Internacional, en nuestro rol de tutores de los futuros recursos humanos y en el marco del modelo educativo de nuestra Universidad (Herrera Figueroa,1981), es nuestra responsabilidad fijar las metas que permitan a los estudiantes de las *Escuelas de Salud y Educación de la Universidad Argentina John F. Kennedy* realizarse en la consumación de las acciones para el logro de los resultados necesarios que contribuyan a la construcción de la salud en el concierto de la comunidad científica, política y económica nacional e internacional.

Esto se ve reflejado en lo que señalan algunas investigaciones en países de Iberoamérica y EE.UU. Dichos estudios marcan que, a pesar de la enorme cantidad de campañas de difusión hay un elevado porcentaje de desconocimiento acerca de la temática HIV/SIDA en los estudiantes universitarios, con un alto nivel de falta de autopercepción respecto de las conductas de riesgo y su consecuente aumento de la posibilidad de contagio (Andrade, Camacho, Díaz, 1994; Barrios,1999; Bayés, Pastells, Tuldra, 1995; Castro, López Am, Góngora, 2000; Chapin, 1999; Cunnigham, Rodríguez Sánchez,1991; Cunnigham, 1995; Dekin, and others,1995; González, 1995; González, et al., 2000; Osorio Belmon, Flores Galaz, 1999; Rawls and others, 1994; Robles Espinoza, 1997; Smith and Others, 1995; Sugahara, 1995; Maldonado Cervera y Castillo, 2004; Copperman, 2003; Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2003).

OBJETIVOS

En nuestro país, de acuerdo a la Ley 23.798, las acciones preventivas excluyen el

nivel universitario. De los proyectos presentados en las convocatorias (1998-2003) realizadas por el Programa Nacional/LUSIDA y por los proyectos de investigación en el marco de la Universidad Nacional de Buenos Aires y de las ONG, se infiere la no existencia en nuestro país de programas preventivos e investigaciones en dicho ámbito (Andrade, Boffi, Boggero, Masautis, et al.,1994; Proyecto LUSIDA / Ministerio de Educación,1998; Proyecto LUSIDA, 1998, 1999, 2000, 2001; Fondo de Asistencia a proyectos de OCS's - LUSIDA 1998,1999, 2000 y 2001; UBA / Proyecto LUSIDA, 2004).

En tanto investigadores nos planteamos siempre interrogantes. En el tema que nos ocupa, los mismos fueron: **¿Cuál es el estado actual de información y conocimiento sobre HIV/SIDA que tienen los estudiantes universitarios? ¿Cómo se perciben con relación a la posibilidad de contraer el virus y/o enfermar? ¿Cómo se relaciona lo anterior con la percepción de conductas de riesgo y conductas de prevención en ellos y en los demás?**

Es por ello que nos propusimos:

- 1. Determinar la información pertinente al HIV/SIDA que tienen los estudiantes de las Escuelas de Salud y Educación de la U.A.J.F.K.**
- 2. Obtener antecedentes acerca de las conductas de riesgo respecto de HIV/SIDA de los mismos.**
- 3. Determinar la autopercepción de conductas de riesgo en dicha población.**
- 4. Estudiar las relaciones relevantes entre las variables consideradas.**

A los efectos de:

- 1. Conocer si existe relación entre información, conocimiento y conductas de riesgo.**
- 2. Conocer si existe relación entre conductas de riesgo conocidas y autopercepción de riesgo en la población universitaria de estudiantes de Escuelas de Salud y Educación de la U.A.J.F.K.**

MATERIAL Y MÉTODO

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal para el que hemos elaborado una encuesta autoadministrada, anónima y voluntaria, compuesta por 43 ítem. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el SPSS 7.0. A partir de allí la forma metodológica de análisis es de naturaleza descriptiva en términos fenomenológicos.

Se administraron 570 encuestas en las Escuelas de **Psicología, Psicopedagogía, Farmacia, Bioquímica y Odontología** de los tres turnos y en todas las sedes en donde se cursan estas carreras, entre 2º y 5º/6º año; de las cuales 83,51% resultaron válidas (476 encuestas). La población se conformó con el **73,3% de mujeres** y el **26,7% de varones**.

La muestra quedó constituida de la siguiente forma según escuela (Tabla 1), destacando que la diferencia de cantidad de encuestas obtenidas por escuela remite a la diferencia de cantidad de estudiantes matriculados en cada una.

Tabla 1.-

<i>Escuela</i>	
<i>Psicología</i>	1,3
<i>Psicopedagogía</i>	8,8
<i>Farmacia</i>	3,0
<i>Bioquímica</i>	0,9
<i>Odontología</i>	6,0
<i>Total</i>	100,0

A los efectos del análisis cuali-cuantitativo de los datos se elaboraron 4 constructos, a saber:

1.- **Información:** *conjunto de abstracciones sistematizadas y transmitidas por agentes que a distintos niveles representan los modelos societarios en un determinado momento histórico.*

2.- **Conocimiento:** *es la composición y síntesis de lo percibido y valorado que se organiza en un estilo personal de pensar y pensarnos.*

3.- **Conductas de Riesgo:** *toda aquella conducta o situación específica que real o potencialmente conduzca al deterioro actual o futuro de la salud biopsicosocial del humano* (Donas,1992; Jessor,1991; Weinstein,1992; Casullo,1999; Irwin, 1990)

- general

- sexual

4.- Autopercepción: *posibilidad de dar cuenta de uno mismo a partir de lo que la conciencia nos propone, permitiendo construir un modelo personal del mundo (Ey, 1974) estimando y evaluando la experiencia y la acción, considerando antecedentes y prospectivas que posibilitan una imagen de sí mismo.*

Para el análisis de la correlación entre constructos se calculó rho de Spearman.

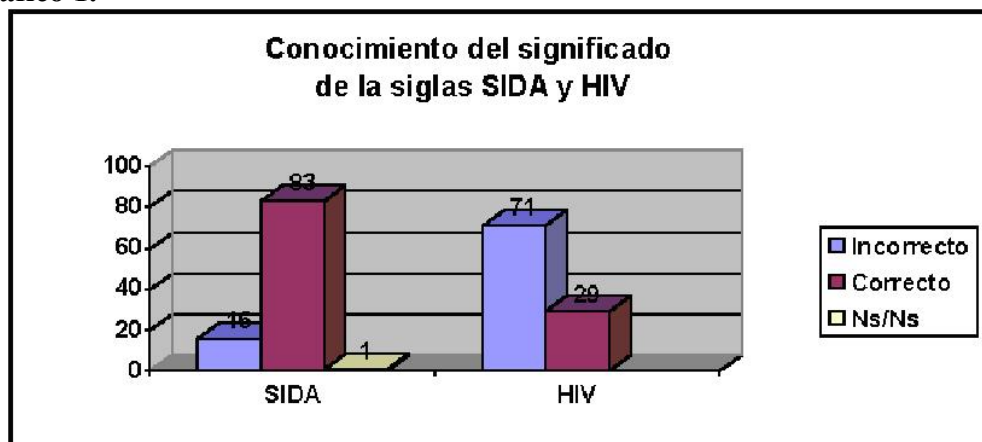
RESULTADOS y DISCUSIÓN

Según el Ministerio de Salud de la Nación, el 75,92% de los casos notificados de HIV/SIDA se encuentra en el grupo etario comprendido entre los 20 y los 44 años (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2003 p 9). El 90,2% de nuestra muestra se encuentra en dicho intervalo, lo cual la constituye en una población cuyo estudio es relevante, más allá de las razones citadas precedentemente, por caer dentro de la que se ha demostrado como más vulnerable a nivel general.

1) INFORMACIÓN PERTINENTE AL HIV/SIDA QUE POSEEN LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DE SALUD Y EDUCACIÓN DE LA U.A.J.F.K.

a) Información general sobre HIV/SIDA

Gráfico 1.-



Si bien el 94,3% responde que la causa del SIDA es un virus y el 83% conoce el significado de la sigla SIDA, el 71% desconoce el significado de la sigla HIV (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p 16), lo que los lleva a desconocer a su vez que existen diferencias entre ambas etapas del proceso HIV/SIDA.

Este desconocimiento se suma a la creencia de que las personas portadoras de HIV pueden ser reconocidas por la apariencia (70,4 %) (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p17). Esto podría incrementar el riesgo al contagio ya que esperan encontrar a un portador con claros signos que evidencien la presencia del VIRUS. **Confunden el virus con la enfermedad.**

A partir de estos datos cobra nuevo sentido el rango de respuestas de la pregunta: “¿Conoce alguna persona portadora de HIV?”. Cabe la posibilidad de que el 52,95% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p17) que asegura no conocer ningún portador, en realidad, conozca a uno o más portadores ya que los mismos no pueden distinguirse por su apariencia. El 21,82% de ellos afirma no conocer a ninguno por creer que se pueden reconocer por la apariencia. El 28,6% no sabe que un HIV+ asintomático contagia. Si comparte conductas de riesgo con ellos, el riesgo puede aumentar por prejuzgar la *seronegatividad*.

Esto se refuerza con la creencia que un solo contacto sexual con una persona que es portadora no es suficiente para contraer el virus (23,3%) (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003 p17); debemos destacar que si bien esto es poco frecuente, es posible (Belda, Navea y Díaz, 1996).

Dado que se puede observar que el 78,2% ha mantenido relaciones sexuales en el último mes, en tanto el 90,9% lo ha hecho en el último año (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p 18), queda demostrado que la mayoría de la población encuestada es sexualmente activa. Por otro lado, el 93% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003 p18) declara no haber tenido ETS. Si bien no se cuenta en nuestro país con estimaciones sobre la prevalencia de las ETS debido a las dificultades intrínsecas que su registro encierra y considerando la enorme cantidad de ellas que en la actualidad se conoce (candidiasis, tricomoniasis, HPV, Hepatitis B,C,D,E,G, citomegalovirus, etc.) (Racca,1998; Boletín Epidemiológico nacional 2000-2001; García Cervera, Pérez Campos, Perpiñá Cano, 2001) han sido sinceros en la respuesta ya que puede ser motivo de vergüenza (García Cervera, Pérez Campos, Perpiñá Cano, 2001) o bien que desconocen el amplio espectro de las ETS considerando dentro de las mismas sólo los grandes cuadros clínicos como la sífilis o la blenorragia. Por otro lado, si se considera que el 45,4% de los encuestados no se ha realizado el test de detección de anticuerpos (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p18), en realidad puede subir el número de personas afectadas que no lo saben.

El 5,25% sabe que existe diferencia entre HIV y SIDA pero considera que todos los portadores contraerán la enfermedad. Esto hace inferir que a pesar de tener información respecto de la diferencia encuentran el SIDA como consecuencia inevitable del HIV. Sólo el 39,49% cree que hay diferencias y que no todos los portadores contraerán SIDA. El 7,77% reconoce no saber si hay diferencia ni si todos los portadores contraerán SIDA.

El 9,66% dice no saber si hay diferencia entre HIV y SIDA, pero arriesga respuesta en la pregunta sobre si todos los portadores enfermarán; sobre la base del reconocimiento de la falta de información sobre la diferencia, cabe pensar que la respuesta a la segunda

pregunta se basa en una inferencia infundada. El 3,78% de la muestra, a pesar de saber que existe diferencia entre HIV y SIDA, dice no saber si todos los portadores tendrán SIDA.

Se concluye que el 60,51% desconoce los hechos concretos referidos a ambas preguntas. De ello podemos inferir que el tener información errónea o no saber acerca de la diferencia los coloca en estado de vulnerabilidad debido a que sólo si observasen signos visibles en sí mismos o en otros tendrían en cuenta la posibilidad del contagio o de haberse contagiado.

Resulta de interés que si bien el 88,1% reconocen el preservativo como una medida de prevención, el 27,9% piensa que se debe desenrollar antes de colocarlo o desconoce cómo hacerlo, de los cuales el 82,7% dice usarlo siempre, casi siempre o a veces aún con una pareja estable. El 54,2% cree que debe colocarse en el momento de la penetración, desconociendo el hecho de que los fluidos previos a la eyaculación, contagian. De este porcentaje, el 87,2% dicen usar preservativos siempre, casi siempre o a veces. Del mismo modo, el 31,3% está desconociendo el poder de contagio de los fluidos pre-eyaculatorios al decir que no hay riesgo o que no sabe si lo hay con el uso de juguetes sexuales y pensando que el coitus interruptus evita el contagio (25%, incluyendo los que no saben o no contestan) .

El 57,48% de la muestra masculina desconoce el uso adecuado del preservativo. El 45,82% de la población femenina encuestada dice usarlo siempre, casi siempre o a veces y sabe cómo utilizarlos.

Estos datos reflejan, además del desconocimiento, el riesgo en el cual se encuentran justamente por considerar que tienen sexo seguro al utilizar preservativo.

Los datos obtenidos coinciden con otra investigación realizada en las Universidades de Emory e Indiana en la cual se describen errores que van desde el uso de preservativos al revés hasta olvidarse los mismos en el cajón del dormitorio universitario (Copperman, 2003).

Por otro lado, existe un 18,27% que utiliza el preservativo sólo con fines anticonceptivos. Una investigación de nuestra Universidad realizada por Della Mora y Landoni (2003), menciona que los métodos anticonceptivos se asocian directamente con el control de la natalidad y pocas veces se los relaciona con un método de prevención de contagio de ETS.

Si bien el 69,53% de la muestra responde que utiliza o utilizaría el preservativo para evitar un embarazo y/o prevenir ETS, sólo el 15,40% de ellos lo hace específicamente para la prevención del contagio, representando éstos el 10,71% de la muestra.

Esto demuestra que poco ha cambiado el panorama a este respecto en relación a lo que ya habían notado años atrás en poblaciones similares investigadores como Wulfert y Wan (1993) y Bayés (1995). Quizá el valor de este análisis resida en preguntarnos por qué esto es así. Cabría interrogarse aquí sobre si el sesgo en la información se vincula con la vía por la cual se ha recibido información respecto de HIV/SIDA y sobre la relación que esto tiene con la sexualidad. Si bien el porcentaje que ha recibido información sobre HIV/SIDA a través de profesionales en centros de salud es alto (64,1%), este dato cae al 42,2% cuando

se trata de información sobre la relación entre HIV/SIDA/sexualidad; en tanto que en todos los casos el intercambio de información con amistades se mantiene siempre sobre el 50% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, pp28-29). Este hecho nos habla de dos cosas: por un lado de las posibles distorsiones u omisiones en la información que se maneja por la informalidad de la fuente en el caso de las amistades; pero por otro, también nos hace reflexionar sobre la necesidad de que los profesionales de la salud aborden las temáticas de prevención en toda su amplitud. Diversos autores reconocen esta falencia (Weller, 2001; Reuters Servicios de Información en Salud, 1997; Gerbert, Herzig, Volberding, 1997; Gerbert, Herzig, Volberding, Stansell 1999, pp 49-60).

Si se compara el porcentaje de encuestados que dicen saber que el preservativo se utiliza para evitar embarazos y/o prevenir contagios (69,53%) con el porcentaje de encuestados que dicen usarlo siempre con una pareja estable (43,7%), encontramos una diferencia del 25,83%. Nos podemos preguntar a partir de esto si, como diversos autores señalan (Duranti, Maulen, Marone, Chamorro, 2002; González, 1995; González, Marín, Chala et al., 2000; Armora, García, París, Tuldrà y Viladevall, 1993; Cecchini, Jiménez Fábrega, Ribas, y Turull, 1993), se debe a que cuando se trata de una pareja que subjetivamente se considera estable el riesgo se ve menospreciado. Es importante lo aportado por diversos autores (Weller, 2001) respecto de lo que debería llamarse pareja estable por contraposición a lo que habitualmente refieren las personas que consideran estable a las parejas hacia las que sienten lazos afectivos más o menos fuertes. El infectólogo Sergio Maulen señala que muchas personas se contagian porque al estar en pareja dejan de cuidarse, aún sin haberse testado. Dice: *“Tienen la fantasía de que el amor protege”* (Goode, 2001). Nuestra inferencia se ve reforzada por los resultados de un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires (Carbajal, 2001), en el cual se encontró que la distancia afectiva con la pareja sexual está inversamente relacionada con la protección. Cuanto mayor cercanía, menor protección. Por otro lado, en nuestra muestra, el 48,7% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p22) considera que el uso de preservativo crea una barrera emocional entre los amantes.

Siguiendo con esta línea de razonamiento, hay un 9% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p22) de encuestados que sostienen que proponer el uso de preservativos hace que el otro sospeche o que se sugiera que uno sospecha del otro. En una investigación realizada en el Hospital Central de Mendoza se encontró que todas las mujeres encuestadas en el estudio tenían temor de solicitar el uso del preservativo; la causa más frecuente (38,2%) de rechazo del pedido por parte del varón es la recriminación de que *“si lo amara de verdad no se lo pediría”* (Avallone, Bittar, 2003).

La diferencia entre el porcentaje de encuestados que tiene información respecto de la utilidad del preservativo para la prevención de contagio y el porcentaje que realmente lo usa con ese propósito indicaría que omnipotentemente el hombre ha privilegiado en estos años su ser pensante, desvalorizando otros aspectos de sí mismo que son ineludibles para constituirse en humano, venerando ideologías y suponiendo que sólo con la razón y la técnica se puede controlar todo; pero lo cierto es *“que el VIH no se transmite por las*

cogniciones sino por los comportamientos” (Bayés, 1995).

Es por ello que **informar y conocer** sobre el SIDA no basta, aunque estos son postulados básicos de cualquier acción preventiva, sobre todo si nos referimos a prevención primaria. Ésta se vale de la educación, pero no hay educación en tanto y en cuanto no hagamos de ella un *saber, nuestro saber*, en tanto no nos pertenezca, en tanto no se encarne en existencia temporalizada, en tanto no sea *autoeducación*. (Herrera Figueroa, 1981). La razón no es suficiente si no consideramos el *para qué*, el sentido de nuestra existencia, el valor de elegir y no consideremos que el cuerpo no es eterno. Otros autores también postulan que *"el modelo basado en la información falló, ya que no tuvo en cuenta los factores ambientales, la percepción de riesgo ni la vulnerabilidad de los individuos". (...)* *"la creencia generalizada era que información era igual a prevención. Por lo tanto, se pensaba que si la persona tenía toda la información sobre la enfermedad, sus características y vías de transmisión iba a adoptar automáticamente conductas de prevención. Pero se comprobó que esto no era así"* (Serra, 2003).

b) Información y conocimiento sobre vías sexuales de transmisión

Dada la complejidad de las conductas sexuales, nos parece importante analizar lo que se conoce respecto del riesgo de contagio que comportan distintos tipos de prácticas sexuales. El 27,9% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p21) de los encuestados no consideran el sexo oral como una práctica de riesgo. Si bien el mismo es de menor riesgo que el anal o el vaginal sin protección, el riesgo no es nulo y lo que las estadísticas vienen mostrando es que a pesar del bajo riesgo que implica se está convirtiendo en un modo de contagio cada vez más usual. Esto es así debido a que está aumentando su práctica simultáneamente a la disminución de las prácticas que son consideradas popularmente como más riesgosas (CDC, 2000; Robinson, Evans, 1999). Este dato estadístico coincide casi totalmente con las respuestas erróneas a si el sexo oral sin protección es una vía de contagio; este dato se convierte en significativo si se considera que estarán teniendo contacto sexual oral sin protección suponiendo que ello no conlleva riesgo de contagio.

Se sabe además que el riesgo de contagio es 20 veces mayor para el penetrado que para el que penetra (CDC, 2003; Belda, Navea y Díaz, 1996) por las posibles lesiones que se produzcan en el coito y por la permanencia del fluido en la cavidad; este es un dato que desconoce el 26,8% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p22) de nuestros encuestados. Habría que preguntarse si esto no corresponde a ciertos prejuicios sobre el sexo anal que derivan tanto de la concepción judeocristiana que caracteriza nuestro pensamiento como de la posible asociación de este tipo de práctica a la homosexualidad. Por otro lado, también tendríamos que preguntarnos si no se debe a que en la muestra el 73,3% está representado por mujeres (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p6).

c) Información sobre situaciones cotidianas que pueden provocar o evitar contagio

En promedio 24,1% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p24) manifiesta desconocimiento acerca de situaciones cotidianas que pueden provocar o evitar contagio. Podríamos preguntarnos cuál es la razón por la cual si el 89,5% sabe que compartir la bombilla del mate no contagia, sólo el 75,8% responde correctamente acerca de la saliva como vía de contagio (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003 p24).

Idéntico razonamiento podríamos hacer respecto del desconocimiento del uso de la lavandina para matar el virus (55,9%) y el conocimiento de que el agua de las piletas de natación no contagia (1,5%) (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003 p24). Si se desconoce el efecto desinfectante de la lavandina respecto del virus, ¿cómo es posible que consideren que el agua de las piletas es segura? Suponemos que han obtenido la información de que el agua de las piletas no contagia sin preguntarse los fundamentos de la misma.

Lo mismo sucede cuando se considera si la orina y el compartir sanitarios contagia. Si es mayor el porcentaje de personas que considera que compartir el sanitario no contagia (79%) que el que sabe que la orina no contagia (71,2%), hay un cierto número de encuestados que ha aceptado dogmáticamente la información referida a compartir el sanitario (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003 p24).

Nos resulta significativa la falta de actitud crítica respecto de la información, llevándonos esto a suponer que la que poseen es inconsistente. Si esto sucediera en otras áreas de información respecto de HIV/SIDA, esa inconsistencia podría hacerlos caer en conductas de riesgo por desconocimiento.

Lo preocupante de la falta de actitud crítica es que nuestra muestra se encuentra en el marco de la educación universitaria y en particular en carreras consideradas de riesgo porque su ejercicio *“pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes”* (Ley Nro. 24.521, 1995).

El 26,3% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p24). afirma que los mosquitos contagian o desconoce si lo pueden hacer. Los organismos internacionales señalan que esto se debe a que la gente asocia el contagio con insectos que pican y se alimentan de sangre. Sin embargo, estos insectos no inyectan ni su propia sangre ni la del animal o persona picado previamente por lo que no pueden transmitir el virus (CDC, 2002).

El 36,6% responde no saber si las mascotas pueden contagiar el HIV; el 6,1% afirma que sí (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p24). Desconocemos las razones por las cuales es tan alto este dato pero nos mueve a reflexionar; considerando que probablemente muchos de ellos tengan mascotas, cuántas conductas realmente riesgosas pueden estar teniendo sin preguntarse sobre ellas.

d) Información sobre transmisión vertical

De particular importancia resultan los datos obtenidos respecto del conocimiento del contagio por vía vertical. Existen evidencias de que la transmisión de madre a hijo puede darse en varios momentos: durante la gestación, intraparto y durante la lactancia (Tellechea Rotta, Legido, 2003; Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000; Pérez, 2002; AIDS, 2001), siendo el riesgo de que un bebé se contagie el virus durante estos

períodos de alrededor del 35% si la madre no recibe ningún tratamiento, o reducirse hasta el 2% si la madre recibió los cuidados adecuados. Los avances en diagnóstico y tratamiento han hecho que la incidencia de secuelas y muerte en niños haya disminuido notablemente (Velásquez-Velásquez, 2002). Pero esto aún no ha erradicado la transmisión vertical.

En la República Argentina se introduce en el año 1997 la “Norma Nacional de SIDA en Perinatología” que incluye, tanto el ofrecimiento a la embarazada de realizar la serología como la administración de antirretrovirales a las que resulten seropositivas (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997). Si bien esto ha representado una mejora importante en la detección precoz, aún se siguen presentado casos de transmisión vertical. Diversas son las causas a las que se atribuye este fenómeno. Falta de ofrecimiento sistemático de realización de serología, deficitarios controles prenatales, devolución inadecuada de resultados y dificultades en la administración de tratamientos antirretrovirales (Bologna, 2003). Además “a las mujeres presumiblemente no infectadas que concurren a buscar asesoramiento anticonceptivo, se les responde la demanda de modo puntual, no alertándolas adecuadamente sobre los riesgos del VIH/SIDA, o se restringe el énfasis del mismo cuando la consultante es adolescente, omitiendo la recomendación cuando se trata de mujeres casadas o convivientes” (Weller, 2001), tal como ya dijéramos precedentemente.

El director general de la coordinación de SIDA del Gobierno de la Ciudad autónoma de Bs. As., Claudio Bloch, señaló que el 4% de los casos (que se estiman entre 30.000 y 40.000, a pesar de que los que tiene registrados la Secretaría de Salud son unos 6.386 entre 1983 y 2002) corresponde a hijos de madres con HIV (Diario Clarín, 2002). De hecho, en la Ciudad de Buenos Aires el 96.6% de los casos de SIDA en menores de 13 años adquirió la infección por esta vía (Shapira, 2003).

Las estrategias con las que cuenta la ciencia médica para evitar el contagio vertical son muchas y responden al protocolo PACTG 076, que incluye AZT durante el embarazo en mujeres con carga detectable, el parto y en el recién nacido. A esto se agrega la cesárea electiva (Fortuny, 1999) y la suspensión de la lactancia materna.

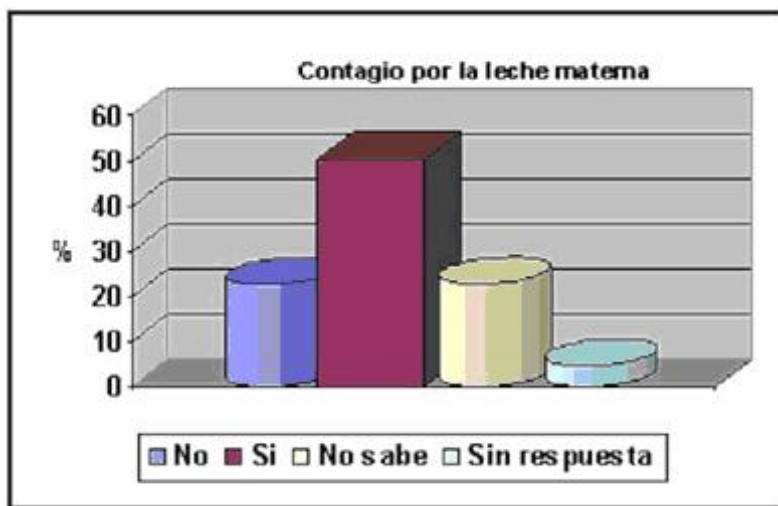
En mayo de 2002 el Instituto de investigaciones Gino Germani, de la U.B.A., hizo una encuesta telefónica en la ciudad de Buenos Aires entre mujeres de 15 a 60 años preguntando si se habían realizado alguna vez el test de VIH; el 50% dijo que no (Diario Clarín, 2002). Teniendo en cuenta que la mayoría de esas mujeres se encuentra en edad reproductiva, cabe preguntarse qué posibilidades de prevención de transmisión vertical existen.

Los números nacionales, lejos de ser alentadores, sitúan a nuestro país en el segundo lugar de Latinoamérica en lo que a transmisión vertical se refiere (Bianco, 1996, p92), alcanzando una de las cifras más altas de la región: 6,7% del total de contagios (Shapira, 2003).

En la muestra que estudiamos, a pesar de que el 89% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p27) de la población sabe acerca de la posibilidad de que un niño nazca con HIV, el 22,7% no sabe si la leche materna contagia; el 22,5% responde que no contagia

(Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003b). Obsérvese que casi la mitad de la muestra no tiene información adecuada sobre este tópico (véase Gráfico 2).

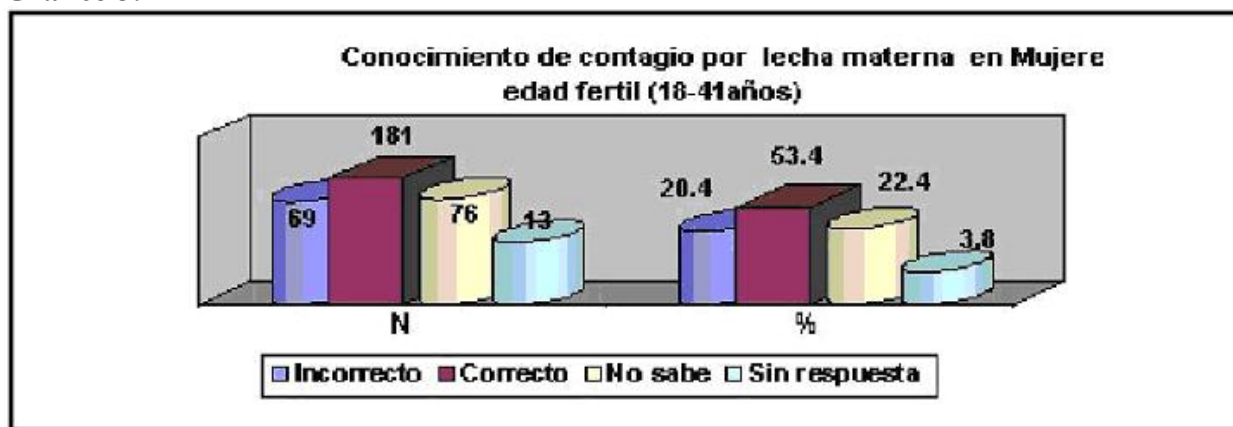
Gráfico 2.-



Se evaluaron los resultados obtenidos en las encuestas administradas a ambos sexos, ya que el contagio en la mujer -más del 50% de la población portadora o enferma es femenina y la mayoría de esos contagios se produjeron por relaciones heterosexuales- (UNAIDS, 2002), implica directamente a los varones.

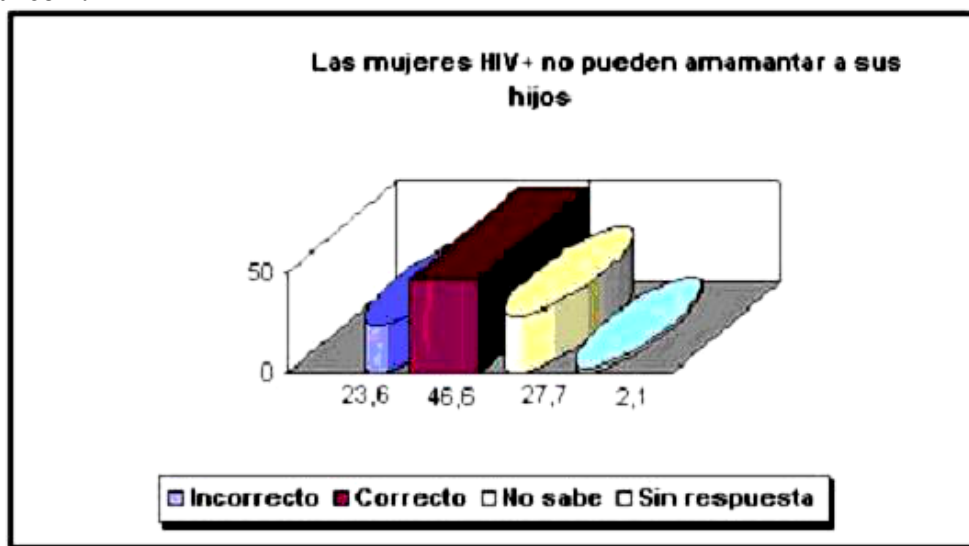
Estos porcentajes se mantienen cuando se considera no sólo a toda la población sino también a la población femenina en edad fértil entre los 18 y 41 años (véase Gráfico 3).

Gráfico 3.-



El 53,4% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003b) de la población encuestada no sabe, no responde o responde incorrectamente acerca de la conveniencia de amamantar a un bebé siendo portadora de HIV (véase Gráfico 4).

Gráfico 4.-



El 40,72 % (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003b) de las mujeres en edad fértil desconoce su serología, lo que presupone una falta total de conciencia de riesgo. En este caso y tratándose de mujeres en edad de procrear, aumentan el riesgo de transmitir el virus a sus hijos en el caso de quedar embarazadas. Lo que agrava la situación es que en nuestro país la ley considera la realización del análisis como una decisión voluntaria, por lo tanto, que las mujeres accedan a realizárselo depende en la mayoría de los casos de la orientación que pueda brindar el equipo de salud que la asiste.

Existen diversas investigaciones que intentan cuantificar el nivel de información que posee la población general sobre la transmisión vertical. Uno de los ejemplos más recientes es la realizada en ciudades de nuestro país (Terrones, Barberis, Asborn, et al., 2003). Los guarismos de las encuestas expresaron en ese caso similares resultados a nuestra experiencia: la mitad de la población desconocía al parto y la lactancia materna como modo de transmisión del HIV

Mas allá de la importancia que inviste para la prevención la información que la población en general posee, la severidad de los datos que nosotros hallamos radica en la característica esencial de nuestra muestra: *todos son futuros profesionales de la salud*. Sobre ellos recaerá la tarea de orientar y acompañar para la prevención.

No es materia de esta presentación el análisis pormenorizado de las causas que intervienen en un desconocimiento tan radical de las vías de transmisión vertical del HIV. Creemos que existe en el imaginario colectivo una suerte de fantasía acerca de la maternidad y la lactancia. Si bien es un período de la vida de la pareja y en especial de la mujer en la que se consolidan los afectos, se proyecta el futuro y se asientan las bases para la formación de una familia, muchas veces este ciclo vital es producto del desasosiego, el abandono, la no continencia, la violencia, el acoso o la violación, convirtiéndose en un estado de incertidumbre y tal vez de infierno terrenal. Más allá de la importancia de la relación madre-hijo que se consolida en el amamantamiento y la importancia que tiene ésta

para la prevención de futuras infecciones, las madres que viven con HIV deben reemplazar el pecho por el biberón, lo que no las hace abandonar el amamantamiento como forma de acercamiento y afianzamiento del vínculo con su hijo. Lo que sí nos preocupa es que esto no sea dicho con claridad y que aún en los foros universitarios nuestros estudiantes mantengan la fantasía de que *absolutamente en todos* los casos no hay nada mejor que la leche materna.

e) Conocimiento acerca de procedimientos biomédicos que pueden producir contagio

El 92,9% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p25) contesta correctamente acerca de la transfusión de sangre como posible vía de transmisión. Implicando esto el conocimiento del contagio por contacto directo con sangre infectada, ¿cómo se puede comprender que el 39,2% desconozca la posibilidad de contagio a partir de un tratamiento de diálisis, que el 33,9% por agujas de acupuntura y que el 52,5% por transplante de órganos? (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p25). Teniendo en cuenta que todos los estudiantes encuestados corresponden a escuelas en cuya currícula tienen conceptos de anatomía, biopsicología y fisiología, parecería que no pueden transferir dichos conocimientos a problemáticas de salud específicas.

Nos resulta significativo que sean los estudiantes de odontología los que presentan un porcentaje mayor de desconocimiento acerca de la bajísima posibilidad de contagio a través de la saliva (18,8% vs. 11,55% en promedio de las otras escuelas). Otro dato significativo en este segmento de la población es que el 14,47% desconoce que el tratamiento odontológico es una vía posible de contagio (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p25).

2) ANTECEDENTES ACERCA DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RESPECTO DE HIV/SIDA

Cuando se habla de *riesgo*, se alude a *toda aquella conducta o situación específica que real o potencialmente conduzca al deterioro actual o futuro de la salud biopsicosocial del humano* (Donas, 1992; Jessor, 1991; Weinstein, 1992; Casullo, 1998; Irwin, 1990).

Hay dos características de las conductas de riesgo que contribuyen a la propagación del virus:

- a) las *conductas de riesgo* van seguidas de forma inmediata por una consecuencia placentera intrínseca siendo las consecuencias nocivas derivadas de las mismas sólo probables (González, Marín, Chala, et al., 2000); además aparecen a largo plazo e inclusive, en algunos casos, la persona ni siquiera percibe aún las consecuencias derivadas de conductas de riesgo realizadas con anterioridad.
- b) Es por ello que no existen señales previas de advertencia respecto del peligro de la conducta a llevarse a cabo. De esta manera, la posibilidad de valorar negativamente

dicha conducta se relativiza. De modo tal que, no se logra posponer el logro de una gratificación inmediata por la anticipación del logro de gratificaciones mayores a largo plazo. El SIDA no aparece en cualquier época histórica. Del mismo modo en que cada persona se enferma como ha vivido, la humanidad sufre esta pandemia (coincidente con la globalización) en el momento histórico en que se prioriza la inmediatez (Imbriano,1998) y la libertad con tintes individualistas pero sin considerar el futuro cuando es esta posibilidad de construir un proyecto existencial y para la vida lo que caracteriza al ser humano.

Tanto las conductas de riesgo como las conductas preventivas se apoyan en una realidad perceptible y concreta cargada de facticidad; y en tanto conductas humanas encuentran en el ser su posibilidad y su sentido, lo que le da expresión personal. Tanto una como la otra son la manifestación singular de una historia vital que se construye con otros y encuentran en lo comunitario y social su tono y forma (Risueño, Mas Colombo, 2001).

No podríamos decir, entonces, que las conductas de riesgo son de determinados grupos, como tampoco que las preventivas son propiedad de otros. Así como la salud y la enfermedad no son absolutos, tampoco son absolutos los riesgos y las prevenciones. Nada en sí mismo es riesgoso como nada en sí mismo es preventivo; nadie es ajeno al riesgo como nadie es ajeno a la prevención. Requieren que la comunidad toda y el hombre en particular estén atentos a su construcción (Mas Colombo, Risueño, 1997).

Por un lado, se encuentran las conductas específicas que conllevan riesgo de contagio del virus y por otro, todos aquellos factores que podrían aumentar o bien las posibilidades de que ellas ocurran o bien la vulnerabilidad al mismo.

Del análisis de los datos obtenidos respecto de la ocurrencia de conductas de riesgo en nuestra muestra, resaltamos la gravedad que representa la manifestación de una sola de ellas. Independientemente de que los resultados numéricos obtenidos no parezcan epidemiológicamente relevantes, una sola conducta de riesgo puede convertirse en el cien por cien de probabilidad de contagio para esa persona o aumentar geométricamente la transmisión, aunque ello no sea lo habitual. (Bayés, 1995)

Es importante recalcar que si bien las primeras investigaciones versaban sobre la frecuencia de prácticas sexuales de riesgo y/o uso de drogas peligrosas o sobre profesionales de la salud que se identificaban como homo o bisexuales o usuarios de drogas (Aggleton, 1998), aún hoy hay cierta tendencia a poner el énfasis sólo en la conducta sexual y en el uso de drogas como las conductas que potencialmente conllevan riesgo. Esto olvida o hace olvidar que existen otras situaciones peligrosas como por ejemplo, la del personal sanitario que puede verse expuesto a accidentes laborales si no se siguen adecuadamente las normas de bioseguridad, como analizaremos más adelante.

El 77,10% de nuestra muestra reconoce consumir alcohol a veces o frecuentemente. De ellos los porcentajes que han tenido sexo bajo su influencia se muestran en el Gráfico 5.

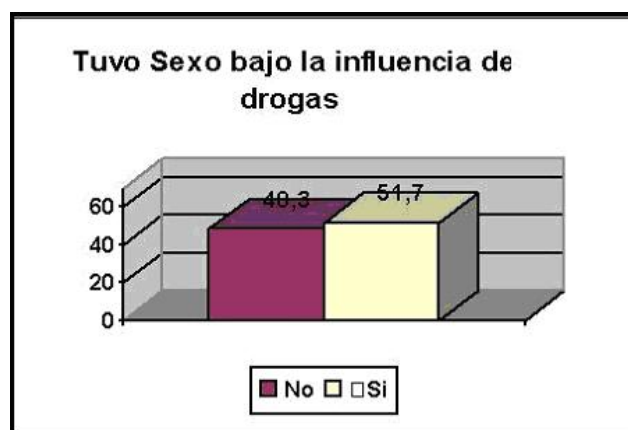
Gráfico 5.-



Teniendo en cuenta que la atención de emergencias derivadas de accidentes vinculados al consumo de alcohol y drogas entre 1995 y 2003, según un estudio financiado por la OEA, se duplicó, que la demanda de ayuda al Programa de Asistencia e Investigación de las Adicciones del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia aumentó un 20% el año pasado con respecto al 2002, que la demanda general de atención en el Cenareso aumentó 50% en los últimos dos años y que en los centros y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires se duplicó la cantidad de personas atendidas entre el año 2002 y el 2003, nos resulta llamativo que sólo el 6,09% del total de la muestra haya consumido drogas alguna vez (Calvo, Savoia, 2004). Quizás esto se deba al discurso social moralizante que claramente condena el uso de drogas. Nótese que no sucede lo mismo con el alcohol que, siendo igual de peligroso, es aceptado socialmente y puede decirse acerca de su consumo.

En el Gráfico 6 se detalla el porcentaje de aquellos que han tenido sexo bajo la influencia de drogas.

Gráfico 6.-



Consideramos el consumo de alcohol y droga porque implican la tendencia a la acción impulsiva debido a que afectan el normal funcionamiento de los mecanismos inhibitorios del S.N.C. y que a su vez repercuten en el sistema inmunológico. Weinstein señala que existen ciertos circuitos de riesgo y que el que ha ingresado a uno de ellos va adicionando vulnerabilidades de distinto origen (Weinstein,1992). Diversos autores consideran el consumo de alcohol como predictor de ingestión de drogas ilícitas y actividades de sexo no protegido (Silber, 1992; O'Hara, Parris, Fichtner y Oster, 1998).

La situaciones citadas anteriormente (alcohol y droga) no incrementan sólo el riesgo de contagiarse uno mismo, sino que aumentan también las probabilidades de involucrar a otros accidental y/o intencionalmente. Así lo demuestra el hecho que el 42,7% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003 p32) de quienes dicen consumir alcohol a veces o frecuentemente reconocen haber hecho daño alguna vez accidental o intencionalmente a terceros; lo mismo sucede con el 13,8% que declara consumir drogas a veces (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p32)

Es de destacar que la situación de quienes declaran mantener sexo bajo el consumo de alcohol o drogas es doblemente seria, pues además de implicar riesgo in situ, altera persistentemente la autopercepción de riesgo de tal modo que aún sin estar bajo los efectos tóxicos continúan considerando en gran medida no tener alta probabilidad de contagio, tal como se muestra en las Tablas 2 y 3

Tabla 2

<i>Posibilidad de contraer ETS y/o SIDA</i>	<i>¿Alguna vez tuvo sexo bajo influencia del alcohol</i>				<i>Total</i>	
	<i>No</i>		<i>Si</i>			
	%	N	%	N	%	N
<i>Nada probable</i>	1,6%	2	0,6%	13	7,9%	5
<i>Poco probable</i>	8,5%	6	6,4%	94	1,2%	2
<i>Altamente probable</i>	0,0%	1	13,0%	16	1,0%	4
<i>Total</i>	100%	241	100%	123	100%	64

Tabla 3

<i>Posibilidad de contraer ETS y/o SIDA</i>	<i>¿Alguna vez tuvo sexo bajo la influencia de la droga?</i>				<i>Total</i>	
	<i>No</i>		<i>Si</i>			
	%	N	%	N	%	N
<i>Nada probable</i>			7%	6	3%	3
<i>Poco probable</i>	8,6%	1	3,3%	1	5,9%	2

<i>Altamente probable</i>	1,4%	2	0,0%	2	0,7%	2
<i>Total</i>	00%	4	00%	5	00%	9

Las falencias a nivel informativo, que hemos analizado en apartados precedentes, constituyen la base de conductas de riesgo. En tal rango entran por ejemplo, la falta de conocimientos del uso del preservativo, las vías de contagio, etc. Un ejemplo de una creencia errónea respecto de la posibilidad de contagio nos la brinda una investigación realizada por Bakker (citado en Espada Sánchez J. et al, 2003) quien encuentra que la mitad de la población por él estudiada pensaba que el uso del diafragma con espermicida evitaba la transmisión del HIV. Nuestros datos señalan que el 12,8% de la muestra cree que todos los MAC sirven para prevenir el HIV/SIDA (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003,p19).

Un caso particular de falla en la información aparece en el 37,8% (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p19) de los encuestados que considera que no hay forma efectiva de prevenir el SIDA. Esto nos hace surgir la pregunta ¿cuáles son las conductas preventivas que toman a partir de esta idea errada?

El 16,8% de la muestra es conciente de no ser capaz de pensar siempre con claridad cuando está sexualmente excitado. El 73,65% de ellos dice utilizar el preservativo como método de prevención del contagio. ¿Es posible que puedan llevar a cabo una prevención eficaz bajo esas condiciones? Por otro lado, quienes dicen pensar claramente en esa circunstancia, ¿realmente pueden hacerlo o creen poder?

Estas conductas de riesgo ponen en evidencia la necesidad de analizar la autopercepción que los encuestados poseen acerca de las mismas.

3) AUTOPERCEPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

Sólo el 11,6% (Tabla 4) de los encuestados que se realizó el análisis lo hizo por motivos referidos a la conciencia de su situación de riesgo. Tal cifra podría elevarse, aunque no podemos precisar cuánto, debido a la cantidad de encuestados que aducen otras razones sin especificarlas. En tanto que el resto parecería haberse visto obligado a realizarlo. En la medida que la población encuestada considere que es nada (18,6%) o poco probable (70,1%) (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p14) su posibilidad de contagiarse el virus, la tasa de realización espontánea no será mucho mayor a los datos actuales.

Tabla 4

<i>P</i>		<i>F</i>		<i>R</i>		<i>D</i>		<i>Pa</i>		<i>Al</i>		<i>In</i>		<i>Exa</i>		<i>Otras</i>	
<i>areja anterior es HIV+</i>		<i>areja actual es HIV+</i>		<i>elac. Sexuales s/protección</i>		<i>onar Sangre</i>		<i>ra casarse</i>		<i>empezar nuevo trabajo</i>		<i>tercam- bio de jeringas con toxicómanos</i>		<i>men prequirúrgico</i>		<i>razones</i>	
.3		.2		.7	6	0.7	1	.4	1	0.7	1	.4		0.9	2	2.7	08

Respecto de cómo se vivencia el SIDA, se destaca que en todos los ítem (interfiere en la vida afectiva, interfiere en la vida social, interfiere en la vida laboral) los encuestados sienten que afecta más la vida de los demás que la propia. Sin embargo, en los ítem sobre si representa una amenaza para su vida e interfiere en la vida sexual, se observan mayores porcentajes respecto de sí mismos que de los demás. Esto puede relacionarse con que el 48,7% considera que el uso de preservativo crea una barrera emocional entre los amantes, por lo tanto tener que usarlo ¿es lo que sienten como interferencia en la vida sexual?. Habría que pensar si vivir el SIDA como una amenaza es lo que hace que de los datos obtenidos no se deduzca conductas de riesgos por promiscuidad más que en casos aislados

Teniendo en cuenta que de las escuelas consideradas en esta investigación, las de Bioquímica y Odontología son las más proclives a sufrir accidentes laborales de riesgo, analizaremos brevemente algunos datos vinculados a ellas.

El 44,73% de los estudiantes de Odontología encuestados no se realizaron el testeo para medir anticuerpos contra el HIV; de ellos, el 70,58% considera que sus probabilidades de contraer el virus son nada o poco probables cuando los organismos internacionales consideran que las profesiones que desarrollan sus actividades en entornos clínicos son particularmente vulnerables por estar más expuestas a accidentes laborales que involucren contacto directo con sangre infectada (CDC, 1999)

El 100% de los estudiantes de Odontología responden que hay profesiones que tienen mayor riesgo de contagio, pero el 77,63% considera que sus posibilidades de contraer HIV son nada o poco probables: ¿cuáles, entonces, son las profesiones que consideran de riesgo?

El 98% de los estudiantes de Bioquímica consideran que hay profesiones de riesgo; sin embargo, el 94,23% consideran nada o poco probable su posibilidad de contraer el HIV. El 50% no se hizo el test, en tanto que sólo el 13,46% se lo hizo a partir de su rol laboral.

Respecto de la autopercepción de conocimiento diremos que se preguntó por ella al inicio y al final de la encuesta. La Tabla 5 muestra cómo en el transcurso de la realización de la misma fue modificándose la percepción del propio conocimiento sobre el tema. Esto nos permite inferir que la encuesta es un instrumento eficaz para la toma de conciencia acerca del conocimiento con el que se cuenta.

Tabla 5.-

<i>Escuela</i>	<i>Creer Saber al inicio</i>		<i>Cambio de Autopercepción de conocimiento</i>	
	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
<i>Psicología</i>	57,78	14	73,0	10
<i>Psicopedagogía</i>	61,90	26	84,6	22
<i>Farmacia</i>	85,48	53	49,0	26
<i>Bioquímica</i>	69,23	36	52,7	19
<i>Odontología</i>	71,05	55	61,1	34

4) RELACIONES RELEVANTES ENTRE LAS VARIABLES CONSIDERADAS

a.- **Información y riesgo general:** La correlación es de bajo nivel ($\rho = 0.193$) Si bien desde el punto de vista de la lógica cotidiana esta relación parece incoherente, *la influencia de la información en la prevención de conductas de riesgo es impredecible con cierta tendencia, aunque débil, a que el riesgo aumente a pesar de la información.* Esto demuestra que: “La gran cantidad de información, por sí sola, puede ser un elemento que ayude a la toma de distancia personal del problema. A veces, creerse informado interfiere en la decisión de tener conductas preventivas en tanto la información ofrece una falsa sensación de seguridad....Si bien la información es el punto de partida del proceso preventivo, debe ser considerada necesaria y pertinente por aquel que la recibe y para ello debe estar motivado para recibirla. También es cierto que la información para ser aprehendida debe ser significativa lógicamente, condición con la que se cumple desde el modelo biomédico. Pero esto, según los registros estadísticos no ha bastado para detener el avance del contagio. Debemos preguntarnos entonces, qué es lo que media entre una información lógicamente emitida y la aparición o no de un comportamiento preventivo. Podríamos decir que debe ser también, potencialmente significativa desde lo psíquico. ...” (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2003, p18).

b.- **Información y autopercepción:** Esta correlación también es de bajo nivel ($\rho = 0.211$): **a mayor información mayor autopercepción.** El 42,64% de la muestra reconoce sus deficiencias en el tema. A esto se agrega la detección de presencia de conductas de riesgo que, independientemente de su baja frecuencia, debe considerarse seriamente por dos motivos: por una lado *una sola exposición al virus puede producir*

contagio, y por otro, el trabajo se ha realizado sobre *futuros agentes de salud y educación*, y si los que deben cuidar desconocen los riesgos a los que están expuestos y exponen, *se multiplican las posibilidades de expansión del virus*.

Por otra parte, según se observa en la Tabla 5, los estudiantes modifican su autopercepción de conocimiento a medida que van realizando la encuesta; la misma encuesta les brinda información sobre aspectos de sí mismos y de la enfermedad que no les eran conocidos.

c. **-Riesgo general y riesgo sexual:** correlación de bajo nivel ($\rho=0.140$) y positiva: a medida que aumenta un riesgo -general o sexual- también aumenta el otro.

d. **-Riesgo sexual y autopercepción:** también se trata de una correlación positiva y de bajo nivel ($\rho=0,126$): el aumento del riesgo sexual implica el aumento de la autopercepción y viceversa.

Estas dos últimas correlaciones permiten concluir que a pesar de que el aumento de información aumenta la autopercepción, ambas cosas no disminuyen necesariamente el **riesgo**, tanto a nivel general como a nivel sexual. Que alrededor del 50% presente conductas de riesgo y/o fallas en el conocimiento o la información es sumamente alarmante, ya que si un solo estudiante presenta estas falencias significa el aumento de probabilidad de contagio y propagación del virus.

CONCLUSIONES

"La realidad es en primera instancia realidad concreta en tanto se basa en lo perceptivo" (Mas Colombo y otros, 1999, p30); pero esta percepción nunca es algo neutro pues conlleva valoraciones que la confirman o no (Herrera Figueroa, 1981), es decir, que es una percepción dotada de sentido que da una particular forma de pensar la realidad y por lo tanto de actuar sobre ella (Risueño, 2002).

El hombre es el único animal capaz de reflexionar sobre su propia existencia. Pero esa reflexión tampoco se hace de modo aislado del entorno en el cual se desenvuelve, ni haciendo caso omiso de los acontecimientos históricos que hacen a lo particular de su existencia ni al hecho insoslayable de la finitud de la misma.

Es así como los estudiantes universitarios encuestados nos muestran con sus respuestas que, independientemente de haber recibido información, no han podido *componer la síntesis entre lo percibido y lo valorado, de modo que surja un sistema conceptual que organice un estilo personal de pensar y pensarse que les permita acciones tendientes al cuidado de sí y de los otros* (Risueño, 2004).

La temática referida los enfrenta a ir-siendo-actores de su existencia y responsables de sus elecciones. A pesar de que todos sabemos que *tánatos* gana pues la finitud es nuestra última posibilidad y que en ella se plasma nuestro ser, el objetivo debería ser que la misma no acontezca en momentos precoces dejando trancos desarrollos vitales en nuestros niños y oscureciendo proyectos existenciales en nuestros jóvenes, o simplemente facilitando

racionalizaciones patológicas en el adulto.

Las conductas de riesgo a las que se exponen parecen ser la negación de esa finitud, como manifestación de una onnipotencia característica de la adolescencia, cuando su cercano futuro como profesionales de la salud les impone dejar de serlo.

Las fallas en la autopercepción de riesgo son la consecuencia de una lábil conciencia de mismidad y por ende de la negación de la finitud. Esto les impide interperlarse e interpelar la realidad. La ausencia de espíritu crítico los aleja del cuidado y los impulsa a conductas de riesgo para consigo y para con los otros, incluso depositando en los otros el cuidado de sí mismos.

Si bien la información es el punto de partida de un proceso preventivo, es también punto de partida de un proceso constructivo de AUTOEDUCACION (Herrera Figueroa, 1981) el cual "...es una viviente autoiniciativa y quienes sostengan otra cosa ... tratarán de informar, de establecer comunicaciones, pero no lograrán la formación.... que sólo consigue la automotivación y las libres elecciones de criterios, educidos por propias autodeterminaciones responsables" (Herrera Figueroa, 1981, p91). Hablar de autoeducación, automotivación y libres elecciones de criterios es hablar de **conducta humana**. Esto implica, desde nuestra visión integral del hombre, hablar del sentido existencial y de la significación social de la conducta. Al referirnos al humano no podemos omitir lo valorativo.

Los hechos perceptibles que la información describe cobran sentido en la conducta y se formalizan en el conocimiento. Como lo valorativo atiende a fines siempre cambiantes, aunque respetando la unicidad biopsicosocial del yo, el pensamiento se torna flexible y por tanto ajustado a cada situación vital. Si el conjunto de valoraciones convertidas en ideal se rigidiza, se convierte en ideología y el pensamiento se vicia de prejuicios y se ve impedido de mensurar el obrar en la existencia concreta (Herrera Figueroa, 1997).

Como tutores es nuestra responsabilidad fijar las metas que permitan a los estudiantes de las Escuelas de Salud y Educación de la Universidad Argentina John F. Kennedy realizarse en la consumación de las acciones para el logro de los resultados necesarios que contribuyan a la construcción de la salud en el concierto de la comunidad científica, política y económica, nacional e internacional.

Por ello proponemos que la temática HIV/SIDA sea considerada por el Estado como prioridad en la Educación Superior. Independientemente de que las currículas contemplen el abordaje desde los contenidos conceptuales, los mismos deben transformarse en procesos vivenciales que atraviesen la experiencia autoeducativa y se ubiquen en el centro de la misma.

La comunidad educativa en el nivel superior tiene la responsabilidad hacia la sociedad de ser formadores y propiciadores del bienestar biopsicosocial, por ello nos parece oportuno concluir este trabajo con el espíritu que nos legara M. Herrera Figueroa: *"Educar es influir sobre el otro para que éste autoconduzca su accionar hacia objetivos sanos.... a cargo del educador está la fijación de metas pero del educando depende el conseguirlas"*

de modo que su esfuerzo resulta indelegable” (Herrera Figueroa, 1981, p 26).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abella, M. F.(1998) Y hoy se llamó ... SIDA. En Mas Colombo, E. et al. *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA*. (pp 77-92) Buenos. Aires, Argentina: Enrique Santiago Rueda Editor.
- Aggleton, P. (1998) Sexualidad, comportamiento sexual y cambio de comportamiento. *Revista DESIDAMOS Año VI Número 1*, 5-8. Buenos Aires, Argentina: FEIM
- Aggleton, P. (1998) Sexualidad, comportamiento sexual y cambio de comportamiento. *Revista DESIDAMOS Año VI Número 1*, 5-8. Buenos Aires, Argentina: FEIM
- AIDS CONTROL AND PREVENTION PROJECT (AIDSCAP). (1997) Making prevention work: Global lessons learned from the AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project 1991-1997. Research Triangle Park, North Carolina, *Family Health International*, North Carolina p.113
- Andrade, J. H., Boffi-Boggero, H. J., Masautis, A.E. et al. (1994) *Conocimientos y opiniones sobre enfermedades de transmisión sexual y SIDA en varones de 18 años de la República Argentina*. Buenos Aires, Argentina: ANM
- Andrade, P., Camacho, M., Díaz, J. (1994) Patrones de Conducta sexual en universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 7 (1), 99-108.
- Armora, S., García, N., París, D., Tuldrà, A. Y Viladevall, T. (1993) *Nivell d'informació sobre la prevenció i contagi de la SIDA en dos grups d'estudiants de la UAB*. Curs 92-93. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Avallone, A., Bittar, V. (2003). Relevamiento sobre las causas que motivan a tener relaciones sexuales sin preservativos en una población de mujeres con VIH positivo. En Macías, J.R. presidente, *6to. Congreso Argentino de SIDA*. 20-23 de noviembre 2003.
- Barrios, L. (1999) Creencias y conductas sexuales como factores de Riesgo de infección de VIH/SIDA en estudiantes universitarios venezolanos.[CD-ROM] *XXVII Congreso Interamericano de Psicología*. Caracas, Venezuela.
- Bayés, R. (1995) *SIDA y Psicología*. Barcelona, España: Martínez Roca, p74
- Bayés, R., Pastells, S., Tuldra, A. (1995) Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 33,22-27
- Belda, J., Navea, A. y Díaz, M. (1996) *Prevención de la transmisión sexual*. Sociedad Española de Oftalmología. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/sida/CAP11.HTM>
- Bianco M., *Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina: El caso Argentino*, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Buenos Aires, noviembre de 1996, p. 92
- Bologna, R. (2003) Transmisión vertical. En *Temas de Enfermedad por VIH/SIDA*. SAS Sociedad Argentina de SIDA. Buenos Aires, Argentina.
- Bundy, D. (2002, 9 julio). Educación y VIH. Conferencia de Prensa dada en la *XIV Conferencia Internacional de SIDA Barcelona 2002*. Disponible en: <http://www.aids2002.com/newarticle.asp>
- Calvo, P., Savoia, C. (2004, 25 de abril) Drogas: una "epidemia" social. *Diario Clarín* versión electrónica. Disponible en: <http://www.clarin.com/suplementos/zona/2004/04/25/z-03615.htm>

- Carbajal, M. (2001, 1º de diciembre) Un estudio sobre la prevención del sida en la capital y el conurbano. *Los que se cuidan mucho, poquito y nada. Diario Página 12*. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/2001/01-12/01-12-01/pag19.htm>
- Castro, S., López Am, Góngora, B. (2000) Conocimientos e impacto de tres medios de enseñanza en relación con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en estudiantes universitarios. *Rev. Biomed* 11(1) 7-16.
- Casullo, Ma. M. (1998) *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós
- Cecchini, L., Jiménez Fábrega, X., Ribas, J. Y Turull, C. (1993). *La SIDA i els edtudiantes universitaris. Coneixemeints i pràctiques de risc*. Bellaterra: Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Centro para la prevención y el Control de Enfermedades. *Can I get HIV from anal sex?*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/faq/faq22.htm>
- Centro para la prevención y el Control de Enfermedades. *Primary HIV Infection Associated with Oral Transmission*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/oralsexqa.htm>
- Centros para el control y prevención de Enfermedades. Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional. (1999, noviembre). Prevención de lesiones por pinchazos (piquetes de aguja) en entornos clínicos. *DHHS (NIOSH) Publication No. 2000-108*
- Chapin, J. (1999) *Understanding College Students' Sex Risk Perception: A Health Communication Perspective*. ERIC ED437689.
- CNN en español, (1999, 11 septiembre) *El optimismo ante tratamientos contra el Sida genera comportamientos de riesgo*. Disponible en: <http://www.cnnespanol.com>
- Copperman, A. Los estudiantes universitarios necesitan el curso 101 sobre condones *Healthology Search*. Febrero 2003 Disponible en: http://healthology.mdchoice.com/focus_article.asp?f=spn_sexual&b=mdchoice&c=spn_sexual_condom_course101
- Cunnigham, I. (1995) *Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de estudiantes universitarios*. Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico
- Cunnigham, I., Rodríguez Sánchez (1991) *Prácticas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH y medidas de prevención entre estudiantes de la Universidad de Puerto Rico* en Cunnigham, I., Ramos-Bellido y Ortiz-Colón, R. (eds). *El SIDA en Puerto Rico: Acercamientos Multidisciplinarios* (pp 147-173). Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Dekin, B. J., and others (1995) *Condom use in college: Students's self-protection against HIV. ASHE Annual Meeting of the Association for the Study of Higher Education*. ERIC ED391424
- Della Mora, M., Landoni, A. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2003, 22 (1)
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (2000). *¿Cómo se contagia el SIDA?*. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya
- Díaz Loving, R. (2001) Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología* 35, (2), 26
- Donas, S. (1992) *Marco Epidemiológico-Conceptual de la Salud Adolescente*. OPS, Representación de Costa Rica. San José de Costa Rica, Costa Rica.
- Duranti, R., Maulen, S., Marone, R., Chamorro M. (2002, 18 Junio) *Estudio de Prácticas Sexuales y Conciencia de Riesgo de Infección de Vih-Sida en un grupo de varones gays y*

- bisexuales*. Resumen de un trabajo aún en curso para ser presentado en el encuentro organizado por la Dirección de SiIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires “Juntando Saberes” Disponible en: <http://www.nexo.org/notasalud03.htm>
- El SIDA, la primera causa de muerte en jóvenes porteños. (2002,30 de noviembre). *Diario Clarín* Año VII N° 2429.
- Espada Sánchez J.P., Quiles Sebastián, M.J. y Méndez Carrillo F.J. Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia *Revista del colegio oficial del psicologos Vol 24 n° 85 mayo-agosto 2003*
- Ey, H. (1974) *La Conciencia*. Barcelona, España: Edit. Gredos
- Facultad de Psicología. UBA. Proyectos de Investigación 2001-2003. Disponible en <http://www.psi.uba.ar/investigaciones/ubacyt/2001-2003/2001-2003.php>
- Fortuny C. Elective cesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet* 1999; 353: 1035-39
- García Cervera, J., Pérez Campos, E.F., Perpiñá Cano, J. (Enero, 2001) *Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia*. Sociedad Española de Contracepción. Cap. 15 p 541
- Gardner, R., Blackburn, R., Upadhyay, U. (1999) El comportamiento sexual y los condones. *Populations Reports of Center for Communications Programs. John Hopkins University School of Public Health. Volumen XXVII, Número 1*. Baltimore, EE.UU
- Gerbert B., Herzig, K., Volberding , P., Stansell, J. Perceptions of health care professionals and patients about the risk of HIV transmission through oral sex: a qualitative study. *Patient Education and Counseling_ Volume 38, Issue 1* , September 1999, pp 49-60
- Gerbert, B., Herzig, K, Volberding, P. (1997) Counseling Patients about HIV Risk from Oral Sex. *Journal of General Internal Medicine, 1997, 12*, pp 698-704.
- González, J.M. (1995) Diferencias genéricas en el comportamiento sexual de estudiantes universitarios solteros de Barranquilla. *Revista Latinoamericana de Sexología, 10, 2*, 1612-176
- González, J.M. et al. (2000) *Juventud y VIH/SIDA: una experiencia universitaria en el Caribe colombiano*. Barranquillas, Colombia: Editorial Barranquillas.
- González, J.M., Marín, J.C., Chala. D. et al. (2000). *Juventud y SIDA: una experiencia universitaria*. Barranquilla, Colombia: Ed. Antillas
- Goode, E. (2001, 9 de Septiembre) Dicen que, ya sin miedo a la muerte, muchos gays no se cuidan del Sida. *Diario Clarín*, p 51.
- Herrera Figueroa, M. (1981). *Universidad y Educación Triversitaria*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Plus Ultra
- Herrera Figueroa, M. (1997). *Filosofía de los valores*. Buenos Aires, Argentina: Leuka
- Imbriano, A. (1998) Efectos de la post-modernidad en la Sexualidad y SIDA. En Mas Colombo, E. presidente *V seminario Interuniversitario y II Jornada Interdisciplinaria de ETS y SIDA*. Universidad Kennedy. Buenos Aires, Argentina.
- Irwin, C.E. (1990) The theoretical concept of at-risk adolescents. *Adolescents Medicine: State of the Art Reviews, 1*, 1-14.
- Jessor, R. (1991) Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescence Health*. Nueva York, EUA.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkena, k.J. y Kalichman, S.C. (1993) Psychological intervention to prevent HIV infection are urgently hended: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist, 42(10)*,1023-1034.
- Ley Nacional de SIDA N° 23.798.(1990) Disponible en:

- <http://www.msal.gov.ar/htm/site/Lusida/Legales/23798.htm>
- Maldonado Cervera A.L., Castillo L. (comunicación personal, abril, 2004) Adaptación al Castellano de la Escala VIH/SIDA - 65 Paniagua y cols., 1994.
- Mas Colombo, E., Risueño A. (1997) Neuropsicología y salud *Rev Universidad Kennedy* 5 (2) 2/97 7-12. Buenos Aires, Argentina. Universidad Argentina J.F.Kennedy
- Mas Colombo, E. y col. (1999). *Clínica Psicofisiopatológica*. Buenos Aires, Argentina: Erre Eme edit. pp21-25
- Mas Colombo, E., Risueño, A., Motta, I. (2003) Conocimiento de HIV/SIDA y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de las escuelas de salud y educación de la U.A.J.F.K. (Informe de Avance III) . Buenos Aires, Argentina: Universidad Argentina John F. Kennedy, Departamento de Biopsicología/GIVT. .
- Mas Colombo, E., Risueño, A., Motta, I. (2003) Mito y realidades de la Transmisión en V Congreso Virtual de Psiquiatría.com/Interpsiquis2004. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqcomunitaria/14878/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2003, 14 de Noviembre) VIH/ SIDA Disponible en <http://cne.isciii.es/sida/sidavih.htm>
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. (1995) *Ley de educación Superior Nro. 24.521*. Art. 43. Disponible en: <http://www.mcye.gov.ar/leysuper.html>
- Ministerio de Salud y Acción Social (1997). República Argentina. Propuesta Normativa Perinatal. Anexo. Norma Nacional de SIDA en Perinatología
- Ministerio de Salud de la Nación/Programa Nacional Proyecto LUSIDA / Ministerio de Educación (1998) *Cuadernillos de Dinámicas Participativas y Marco conceptual para docentes*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA (1998) Boletín Epidemiológico Publicación Oficial. Buenos Aires, Argentina
- Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nac. Proyecto LUSIDA (1999) Boletín Epidemiológico Public. Oficial. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA (2000) Boletín Epidemiológico Publicación Oficial. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA (2001) Boletín Epidemiológico Marzo Publicación Oficial. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la República Argentina, Octubre 2003· Boletín sobre SIDA en la Argentina. Año X, Nº 22. Buenos Aires, Argentina. p 9
- Ministerio de Salud de la República Argentina. Secretaría de Atención Sanitaria. Boletín Epidemiológico nacional 2000-2001.
- Ministerio de Salud. Proyecto LUSIDA. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/Lusida/frIndex.htm> Abril 2004
- O'Hara, P., Parris, D., Fichtner, R. R. y Oster, R. (1998). Influence of alcohol and drug use on AIDS risk behavior among youth in dropout prevention, *Journal of Drug Education*, 28, 2, 159-168.
- OMS/OPS (2002) *26º Conferencia Sanitaria Panamericana. 54º sesión del Comité Regional*. Washington, D.C. EUA 23-27 Sep. 2002
- OMS/OPS. *Resolución CE 130 R6*. 130º Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA. 24 Junio, 2002.
- ONU (2001, 25-27 Junio) *Proyecto de Declaración de Compromiso de VIH/SIDA "Crisis mundial, Acción mundial"*. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/coopex/declarationcommitment.pdf>

- Osorio Belmon, P., Flores Galaz, M. (1999) Patrones de Conducta Sexual y Valores Universitarios. [CD-ROM] *XXVII Congreso Interamericano de Psicología*. Caracas, Venezuela.
- Ostrow, D.G. (1989) AIDS prevention through effective education. *J Am Acad Arts Sciences. Summer 118* (3):229-254.
- PAHO/WHO (2001), *43rd Directing Council/53rd Session of the Regional Committee*, CD43/6.
- Pérez, C. (2002) Estrategias de prevención del HIV/SIDA. *Revista Quark, Ciencia, medicina, Comunicación y Cultura*, 24, abril/julio 2002
- Publicación oficial Ministerio de Salud de la Nación/Programa Nacional Proyecto LUSIDA. Fondo de Asistencia a proyectos de OCS's - LUSIDA. Listado de Proyectos de prevención de VIH/SIDA financiados 1º convocatoria 1998, 2º convocatoria 1999, 3º convocatoria 2000 y 4º convocatoria 2001. Buenos Aires, Argentina
- Racca, J. (1998) Clínica de las ETS. En Mas Colombo, E. et al. *Enfermedades de transmisión Sexual y SIDA*. Buenos Aires, Argentina: Enrique Santiago Rueda edit. pp 49-57
- Rawls, A. and others (1994) *Self-Reported Sexual Behavior in College Students*. ERIC ED371289.15:357-68.
- Reuters Servicios de Información en Salud (1997, 25 de noviembre). Exhortan a médicos y médicas a discutir con pacientes los riesgos de la transmisión del VIH por medio del sexo oral. Disponible en: <http://www.sfaf.org/resumen/nov97.html>
- Risueño, A. (1998 septiembre) Visión integral del hombre en un mundo con SIDA. En Mas Colombo, E. presidente *V seminario Interuniversitario y II Jornada Interdisciplinaria de ETS y SIDA*. Universidad Kennedy. Buenos Aires, Argentina.
- Risueño, A., Mas Colombo, E. (2001, agosto) Una Biopsicoaxiología para la construcción de la salud biopsicosocial del humano. En Susan Pick Presidente *XXVIII Congreso Interamericano de Psicología*. Santiago de Chile, Chile .
- Risueño, A. (2002) Aportes para una Neuropsicología del Siglo XXI . Cerebro-Psique y cognición. En *Interpsiquis 2002 III Congreso Virtual de psiquiatría*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/4746>
- Risueño, A. (2004) *Ópticas integrativistas del Síndrome atencional con hiperactividad*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Argentina J.F. Kennedy. Buenos Aires, Argentina.
- Robinson, E.D., Evans, B.G.I. Oral sex and HIV transmission. *AIDS 1999*;16(6):737-8.
- Robles Espinoza, I. (1997) Estrategias para fortalecer la conducta contra el SIDA en Estudiantes Universitarios. *Gaceta biomédica*. Ciudad de México, México: UNAM
- Serra, M. Programa Nacional de SIDA en Uruguay, citado en Editor, *Revista Virtual de la Asociación Vivir en Familia*, N° 19/03. Disponible en: <http://www.feyrazon.org/vivirenfamilia/VivirenFamilia1903.htm>
- Shapira V. *Transmisión vertical HIV* (2003 7 de febrero) *Diario La Nación*. Disponible en: <http://www.salud-biotica.org/vihtransmision.htm>
- Silber, T. (1992) Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. En Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suarez, E. N. Editores. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Serie PALTEX No. 20. Washington DC, EUA.: Organización Panamericana de la Salud
- Smith, Ch.; And Others (1995) *Assessing College Students' Attitudes, Knowledge and Behavior Towards HIV/AIDS*. ERIC ED388662.
- Soto Mas, F., Lacoste Marín, J., Papenfuss, R.L. y Gutiérrez León, A. (1997) El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev Esp de Salud Pública 1997*;71 (4) 335-341 Madrid, España.

- Sugahara, M. (1995) *Sexual Behavior of College Students in the Ages of AIDS: Strategies for Preventive Education* ERIC ED 393813.
- Tellechea Rotta, N., Legido, A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida por transmisión vertical: alteraciones neurológicas. *X Congreso de la Academia Iberoamericana de Neurología Pediátrica (y ii)*. Madrid, España, 29-30 de abril y 1 de mayo de 2002
- Terrones C. Barberis, F. Asborn, M. López Terrones, L. Barberis H. Pappalepore L. et al. Análiss del conocimiento sobre HIV/SIDA en Avellaneda En Macías, J.R. Presidente, *6to. Congreso Argentino de SIDA*. 20-23 de noviembre 2003.
- The United Nations (UNAIDS) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, 2002 pág. 12
Disponible en: <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html>
- The United Nations (UNAIDS) (2002) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*.
Comunicación por internet en: <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html>.
- The International Perinatal HIV Group. Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. *AIDS* 2001;15:357-68
- UN (2001), Global Crisis - Global Action. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. An Special Section on HIV/AIDS (25-27 June). Disponible en:
<http://www.aids.gov.br/coopex/declaration%20commitment.pdf>
- Velásquez-Velásquez C. Transmisión vertical del virus de inmuno deficiencia humana (vih) tipo 1. Instituto materno perinatal de Lima- *Ginecol Obstet (Perú)* 2002; 48(4): 235-242
- Weinstein, J. (1992) *Riesgo Psicosocial en Jóvenes*. Santiago de Chile, Chile: PREALC
- Weller, S. (2001). Prevención de vih/sida y anticoncepción: una relación poco explorada en la ciudad de Buenos Aires. *Infosida N°1*. Dirección General de SIDA. GCBA. Disponible en <http://www.sida.bioetica.org/sidaweller3.htm>
- Wulfert, E, Wan, C.K. (1993) Condom use: A self-efficacy nodel. *Health Psychology*, 12(5), pp 345-353.