

Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca, 2009

Investigadores

Dedys Yajaira Berbesí Fernández, MSc
Ángela María Segura Cardona, PhD
Jaime Eduardo Ordoñez Molina, PhD



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Radical No. 1373 del 22 de marzo de 2007
Facultad de Medicina



OIM Organización Internacional para las Migraciones

**Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes
y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia
Humana en la población desmovilizada de la
región del Bajo Cauca, 2009**

Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca, 2009



Investigadores

Dedys Yajaira Berbesí Fernández, MSc

Ángela María Segura Cardona, PhD

Jaime Eduardo Ordoñez Molina, PhD

Grupos de Investigación de la Facultad de Medicina:
Grupo de Epidemiología y Bioestadística
Grupo Observatorio de la Salud Pública

Proyecto financiado por:



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Medellín, 2010

Berbesí Fernández, Dedsy Yajaira

Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca 2009/ Dedsy Yajaira Berbesí Fernández; Angela María Segura Cardona; Jaime Eduardo Ordóñez Molina. – 1ª ed. Medellín: Universidad CES, 2010.
132 p. ; 16 x 23 cm.

ISBN 978-958-8674-01-8

1. Medicina. 2. VIH. 3. Enfermedades infecciosas. 4. Enfermedades transmisibles.
5 Población desmovilizada – Colombia. 6. Medicina – Investigaciones.
I. Segura Cardona, Angela María II. Ordóñez Molina, Jaime Eduardo III. Título

CDD 616.9792

Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas
sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población
desmovilizada de la región del Bajo Cauca 2009

© Dedsy Yajaira Berbesí Fernández
© Angela María Segura Cardona
© Jaime Eduardo Ordóñez Molina
© Universidad CES

ISBN 978-958-8674-01-8

Primera edición, 2010

Editora: Dedsy Yajaira Berbesí Fernández

Diseño, diagramación e impresión: L. Vieco e HJas Ltda.
Impreso y hecho en Colombia/Printed and made in Colombia

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o con
cualquier propósito, sin la autorización escrita de los autores.

Universidad CES
Medellín
2010

AGRADECIMIENTOS

A la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y a la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, por la financiación de esta investigación.

A la Facultad de Medicina, la Dirección de Investigación y el Comité Editorial de la Universidad CES por apoyar la realización de esta publicación.

A la Doctora Beatriz Elena Gutiérrez Rueda, Asesora Salud, Género y Migración de la Dirección de Programas OIM Misión Colombia, por brindar la orientación y experiencia requerida en el desarrollo del proyecto.

A la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y especialmente a la Doctora Angela Castañeda Naranjo profesional universitaria, por su apoyo y recomendaciones durante la realización del proyecto.

A las Direcciones Locales de Salud de los municipios del Bajo Cauca que participaron activamente en la Investigación.

A la Alta Consejería para la Reintegración y especialmente a John Jairo Posso Echavarría coordinador del Centro de Servicios del Bajo Cauca, por el apoyo brindado en las diferentes etapas de la investigación.

A los participantes que confiaron en nosotros y contribuyeron con la valiosa información que hizo posible el estudio.

A la profesional Rita Elena Almanza Payares, Epidemióloga por el apoyo brindado en la capacitación de las auxiliares de campo y coordinación en la recolección de información.

A las psicólogas Sindy Perez y Johana Quintana y a las auxiliares de campo Aracelly Velez y Damaris Mercado, quienes recolectaron la información en los municipios del Bajo Cauca Antioqueño, soportando dificultades de la región.

CONTENIDO

RESUMEN	15
1. INTRODUCCIÓN	17
2. MARCO TEÓRICO	23
Epidemiología	23
Población del Bajo Cauca	27
3. OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo general	29
3.2 Objetivos Específicos	29
4. METODOLOGÍA	33
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Población de referencia	33
4.3 Criterios de inclusión y exclusión	33
4.4 Muestreo	34
4.5 Proceso de recolección de la información	34
4.6 Fuentes de información	36
4.7 Técnica e instrumento de recolección de información	36
4.8 Prueba piloto	37
4.9 Control de sesgos	37
4.10 Procesamiento de la información	38
4.11 Plan de análisis	38
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
6. RESULTADOS	43
6.1 Población desmovilizada	43
6.2 Comunidad	62
6.3 Comparación de resultados	78
7. DISCUSIÓN	85
8. CONCLUSIONES	89
9. RECOMENDACIONES	91

10. ANEXOS	95
ANEXO 1. ENCUESTA	97
ANEXO 2. MANUAL TRABAJO DE CAMPO	101
1. Información del proyecto	101
2. Trabajo de campo	106
3. Instructivo para el personal que realizó la recolección:	106
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO DE PREVALENCIA, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIH. BAJO CAUCA, 2009	109
ANEXO 4. Resultados conocimientos, actitudes y prácticas población desmovilizada	113
ANEXO 5. Resultados conocimientos, actitudes y prácticas en Comunidad	119
BIBLIOGRAFÍA	125

LISTA DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población desmovilizada encuestada según edad	44
Gráfico 2. Distribución de la población desmovilizada encuestada según años de escolaridad.	46
Gráfico 3. Distribución de la población desmovilizada encuestada según ocupación	46
Gráfico 4. Distribución de la población desmovilizada encuestada según tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social.	47
Gráfico 5. Distribución de la población desmovilizada encuestada según estado civil	48
Gráfico 6. Distribución de la población desmovilizada encuestada según lugar de residencia.	48
Gráfico 7. Distribución de la población desmovilizada encuestada según lugar de residencia	49
Gráfico 8. Distribución de la población desmovilizada encuestada según seroprevalencia de VIH	50
Gráfico 9. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA	50
Gráfico 10. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimiento sobre las formas de contagio del VIH/SIDA.	51
Gráfico 11. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimiento de las manifestaciones del VIH/SIDA.	52
Gráfico 12. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimientos sobre la prevención del VIH/SIDA.	53
Gráfico 13. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimientos frente al tratamiento del VIH/SIDA.	54
Gráfico 14. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitudes frente al VIH/SIDA.	55
Gráfico 15. Distribución de la población desmovilizada encuestada según creencias frente al VIH/SIDA.	56
Gráfico 16. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitudes frente a personas con VIH/SIDA.	57
Gráfico 17. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitudes frente a los sistemas de prevención y atención en VIH/SIDA.	57
Gráfico 18. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitud frente al ejercicio de la prostitución y el riesgo de contagio.	58

Gráfico 19. Distribución de la población desmovilizada encuestada según prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA.	59
Gráfico 20. Distribución de la población desmovilizada encuestada según acciones preventivas en VIH/SIDA	60
Gráfico 21. Distribución de la población desmovilizada encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA	61
Gráfico 22. Distribución de la población desmovilizada encuestada según comunicación en torno al VIH/SIDA	62
Gráfico 23. Distribución de la comunidad encuestada según edad	63
Gráfico 24. Distribución de la comunidad encuestada según ocupación	65
Gráfico 25. Distribución de la comunidad encuestada según tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social	66
Gráfico 26. Distribución de la comunidad encuestada según estado civil	66
Gráfico 27. Distribución de la comunidad encuestada según lugar de residencia	67
Gráfico 28. Distribución de la comunidad encuestada según seroprevalencia de VIH	68
Gráfico 29. Distribución de la comunidad encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA.	69
Gráfico 30. Distribución de la población comunidad encuestada según prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA.	75
Gráfico 31. Distribución de la comunidad encuestada según acciones preventivas en VIH/SIDA.	76
Gráfico 32. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA.	77
Gráfico 33. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA.	78
Gráfico 34. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA.	79
Gráfico 35. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA.	81
Gráfico 36. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA.	82
Figura 1. Acciones realizadas en el proyecto	16
Figura 2. Conocimientos sobre VIH-SIDA	91
Figura 3. Elementos claves en la capacitación	91
Figura 4. Acciones desarrolladas en la investigación	93

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de infección por VIH en el oriente de la RDC (2004) y en los sitios centinela más cercanos de los países vecinos	25
Tabla 2. Actividad desarrollada y responsable asignado	35
Tabla 3. Distribución de la población desmovilizada encuestada según edad y escolaridad	44
Tabla 4. Distribución de la población desmovilizada encuestada según grupo de edad y sexo	45
Tabla 5. Distribución de la comunidad encuestada según edad y escolaridad	63
Tabla 6. Distribución de la comunidad encuestada según grupo de edad y sexo	64
Tabla 7. Distribución de la comunidad encuestada según zona de residencia	67
Tabla 8. Distribución de la comunidad encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA	69
Tabla 9. Distribución de la comunidad encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA	70
Tabla 10. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente a la prueba de VIH/SIDA	72
Tabla 11. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA	73
Tabla 12. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA	74
Tabla 13. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA	80
Tabla 14. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA	81
Tabla 15. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA	83

De acuerdo al informe mundial sobre la epidemia mundial de SIDA, se estima que en todo el mundo, 33 millones de personas vivían con el VIH en el 2007. En Colombia, los patrones del virus, evidencian una mayor vulnerabilidad entre las personas pobres, mujeres, gays, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras y trabajadores sexuales y migrantes. Existe además, un cuadro complejo de estigma y exclusión social.

Adicionalmente, se ha reconocido una mayor exposición al riesgo de adquirir el VIH entre los hombres y mujeres que son, o han sido, miembros de grupos armados ilegales y las comunidades receptoras de las personas desmovilizadas y en proceso de reintegración.

Este documento presenta los resultados de un estudio descriptivo, con el cual se obtuvo información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas con relación al VIH de 323 personas desmovilizadas, entre los 19 a los 52 años de edad en la región del Bajo Cauca Antioqueño. Este grupo objetivo constituye el 66% (488) del total de la población desmovilizada en esta región. Todos los participantes fueron identificados por la Alta Consejería para la Reintegración, en coordinación con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones.

El estudio también determinó que la seroprevalencia de anticuerpos VHI 1 y VIH 2 encontrada en la población desmovilizada fue de 0,619% (2) [IC 95%: 0,075%-1,219%].

El 65% (210) de la población desmovilizada encuestada consideró que tenía toda la información que necesita saber acerca del VIH/SIDA que le permita evitar infectarse. Así mismo, el 58% (187), considera que las personas que quedan infectadas por VIH/Sida es porque no tenían suficiente información.

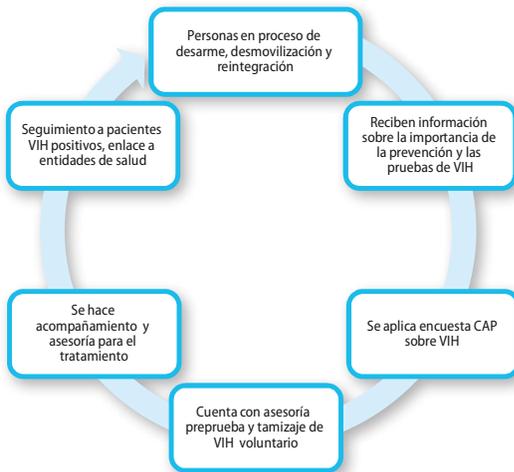
A comparación de la población colombiana que reporta una prevalencia de VIH en población general menor de 1%¹; en la presente investigación se reportó una prevalencia de 0,69% en población desmovilizada y de 0,58% en la comunidad encuestada.

Una limitación de la presente investigación fue la selección de la muestra no probabilística; los estudios sobre comportamientos socialmente estigmatizados tienen especiales dificultades, tanto para conseguir muestras representativas como para que los comportamientos no se oculten en la encuesta. Esta situación obliga a evaluar de forma muy crítica la representatividad de las muestras utilizadas así como la validez de la información obtenida². Situación que no fue ajena a la selección de la muestra obtenida.

Esta investigación se reconoce como un primer acercamiento a la población desmovilizada de esta región del país y como un insumo importante para futuros procesos de reintegración, donde es necesario seguir teniendo como prioridad el que no se generen mayores estigmas y señalamientos de los que tienen las enfermedades de transmisión sexual y especialmente el VIH- SIDA.

Durante el presente estudio, se puso en práctica un protocolo para velar porque los participantes recibieran: 1) información sobre la importancia de la prevención de ITS con énfasis en VIH-SIDA, 2) promoción, orientación y asesoría pre-prueba en VIH-SIDA, 3) pruebas voluntarias de VIH-SIDA y 4) orientación después de la prueba acerca de los pasos a seguir. Quienes obtenían resultados positivos eran referidos a los programas locales en coordinación con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, para someterse a tratamiento y aquellos con resultados negativos recibían información acerca de cómo prevenir futuras infecciones.

Figura 1. Acciones realizadas en el proyecto



1. INTRODUCCIÓN

“Podemos eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que impiden las respuestas eficaces ante el Sida”.

ONU-SIDA 2009-2011

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha definido según la Guía de Atención como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales; resaltando además que la gran mayoría de los pacientes diagnosticados oportunamente, pueden desarrollar su vida sin mayores limitaciones³.

De acuerdo al informe mundial sobre la epidemia mundial de SIDA, se estima que en todo el mundo, 33 millones de personas vivían con el VIH en 2007. En total dos millones de personas fallecieron a causa del SIDA en este mismo año⁴.

La pandemia de VIH es sumamente devastadora en las naciones de ingresos medios y bajos, pero incluso en los países con muchos recursos para financiar la prevención, la aparición de nuevos casos de infección por VIH se siguen reportando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2004 que 1,6 millones de personas de los países de ingresos altos vivían con VIH⁵; en el año 2005, dos millones de personas sólo en Norteamérica, Europa occidental y Europa central vivían con VIH y 65 000 se infectaron de forma reciente en estas tres regiones. La disponibilidad generalizada del tratamiento antirretroviral (TAR) permite a muchas personas en los países de ingresos altos, vivir por más tiempo y de forma más saludable que las personas en los países de escasos recursos. Además, aunque el TAR logre eliminar el virus, aún sería deseable prevenir la propagación del VIH. Todavía son

necesarios esfuerzos de prevención primaria en los países de ingresos altos, en particular entre los grupos de alto riesgo. Además, es de anotar que el comportamiento sexual sobrepasa al consumo inyectable de drogas como la causa principal de infección por VIH en muchos países de ingresos altos⁶.

Según los datos oficiales de VIH-SIDA en América Latina 2007, en Colombia las relaciones sexuales entre hombres fueron el principal factor de transmisión del VIH, observando una prevalencia del 10% al 18% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en varias ciudades. Las relaciones sexuales remuneradas no protegidas constituyen otro factor fundamental, de modo que en 2006, se registraron prevalencias del VIH del 3,3% y 5% entre profesionales femeninas del sexo de Barranquilla, en la costa caribeña⁷.

Desde 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo, 179 gobiernos en el marco de las Naciones Unidas se comprometieron a hacer accesible, a través de los sistemas de atención primaria en salud, la salud reproductiva a todas las personas a la edad apropiada, lo antes posible y no después del año 2015⁸.

Actualmente, se está trabajando para crear mejores políticas y para mejorar el acceso a la información y los servicios, logrando el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección, la detección temprana de la infección por VIH y la vigilancia en salud pública, entre otros.

Aunque han pasado más de dos décadas desde el primer diagnóstico de SIDA, una vacuna efectiva y accesible contra el VIH permanece como una esperanza distante. Más de 7 600 personas murieron cada día por causas relacionadas con el SIDA en 2005⁹. La pobreza y la violencia estructural, los esfuerzos de prevención insuficientes y la rápida evolución del virus contribuyen a su propagación¹⁰. Como no existe una vacuna, los programas de prevención del VIH exigen atención continua.

Es por esto que las acciones de mejoramiento de los servicios de salud, deben estar presentes en la gestión de los diferentes actores del sistema de salud, con el propósito de buscar la accesibilidad, la seguridad, la pertinencia y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud sexual, utilizando la oferta de asesoría como herramienta universal en los servicios de salud sexual y reproductiva, mediante estrategias novedosas para promover el disfrute de una vida sexual y reproductiva sana.

A nivel mundial se ha evidenciado que cualquier conflicto armado debilita la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en los derechos relacionados con el VIH y Sida, igual como aumenta las violaciones de estos derechos, particularmente en las poblaciones vulnerables. En el país los patrones de VIH evidencian una mayor vulnerabilidad entre personas pobres, mujeres, gays, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores/as sexuales y migrantes. Existiendo un cuadro complejo de estigma y exclusión social.

Adicionalmente se ha reconocido una mayor exposición al riesgo de adquirir el VIH por parte de los hombres y mujeres que son o han sido miembros de grupos armados ilegales, igual como por parte de las comunidades receptoras de las personas desmovilizadas y en proceso de reintegración.

En Colombia durante el año 2005, se llevo a cabo un proceso de desarme, desmovilización y reintegración (DDR), en el que se desmovilizaron 1922 personas, las cuales en su mayoría decidieron establecerse en los municipios del Bajo Cauca Antioqueño.

Durante este proceso de desarme y reintegración se identificó que una parte, eran personas viviendo con VIH pero no recibieron tratamiento. Desde este momento se instauró un programa de reinserción que buscaba incorporar a la vida civil a los ex combatientes de los grupos armados irregulares, proceso liderado por la Alta Consejería para la Reinserción (ACR)¹¹, con el apoyo de diferentes estamentos gubernamentales y no gubernamentales.

Esta investigación hace parte de un proyecto denominado “Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, con énfasis en VIH

y SIDA, dentro de los procesos de reintegración, reparación y reconciliación en Colombia”; en el cual se buscaba establecer la seroprevalencia de VIH en la población desmovilizada del Bajo Cauca, al igual que se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus de inmunodeficiencia humana de esta población.

Marco Teórico



2. MARCO TEÓRICO

“Las victorias reales y duraderas son las de la paz, y no las de la guerra”

Emerson RW, (1803-82)

Hay una creencia común respecto a que los conflictos estimulan la epidemia de VIH/SIDA, y por tanto, los refugiados y las víctimas del desplazamiento interno que huyen durante las emergencias humanitarias tienen una alta prevalencia de infección por VIH^{12,13,14,15,16,17}. Sin embargo, esta suposición ha sido cuestionada^{18,19,20}. Gran parte de la investigación detrás de estas afirmaciones no ha sido evaluada rigurosamente y parece haber ignorado elementos durante el conflicto que parecerían reducir la transmisión. En los últimos años ha surgido una noción acerca de cómo la epidemia de VIH se ve afectada por el conflicto y el desplazamiento forzado, que depende de la interacción de varios factores complejos, comunes y que se compensan.

Epidemiología

El África Sub-Sahariana es posiblemente la región del mundo que más desproporcionadamente se encuentra afectada tanto por conflictos armados como por la pandemia del VIH. Sólo en años recientes ha habido suficiente información disponible sobre prevalencia de la infección por VIH que permitiera hacer comparaciones tanto entre poblaciones afectadas por el conflicto y el desplazamiento, como al interior de las mismas. Estos nuevos datos permiten hacer una medición más científica de esta problemática²¹.

Aunque ha habido datos sobre la prevalencia de infección por VIH en la República Democrática del Congo (RDC) desde finales del decenio de 1980^{22,23,24,25}, sólo hasta hace pocos años hubo datos

disponibles del Oriente del país que es la región que ha estado en conflicto. Un estudio de 1997²⁶ en el Occidente de la RDC mostró que la prevalencia había cambiado poco desde 1991, a pesar de la inestabilidad política y el ambiente de pobreza; la infección por VIH-2 fue escasa. Sin embargo, el tamaño de la muestra de mujeres embarazadas en Bwamanda no fue suficiente¹⁵.

En 2002, un muestreo por conveniencia que tuvo un sesgo de selección al excluir la población rural, se utilizó nuevamente en cuatro áreas de la RDC (Kinshasa y Mbuji-Mayi en el Occidente y Kisangani y Lubimbasha en el Oriente).²⁷ No se determinaron tendencias claras con base en los estudios previos hechos en Kinshasa y Mbuji-Mayi. Sin embargo, a pesar de las violaciones reportadas a mujeres y niñas en Kisangani¹⁶, la tasa de infección de VIH en mujeres embarazadas fue similar o más baja que la de 1999 (3,4% [IC 95 %: 2,5 – 7,4] vs. 9,0 %).

Aunque los investigadores afirmaron que la prevalencia de infección fue más alta para las víctimas de desplazamiento interno en Lubumbasha que en los no desplazados de esta región (7,1 % [IC 95 %: 3,1 – 13,6 %] vs. 3,4 [IC 95 %: 2,5 – 7,4 %]), los intervalos de confianza (IC) se traslapan y el método utilizado para estimar la prevalencia no se expuso¹⁶. En 2001 se calculó una prevalencia de 24,1% en la zona de salud de Kalemie, Norte de Katanga²⁸. Sin embargo, las inquietudes acerca de la validez de dicho estudio estuvieron justificadas, porque la prevalencia de VIH-1 fue 5,9%; la de VIH-2 fue 13,8%; y la de infección mixta 4,5 %. El VIH-2 no es común en la RDC, y el estudio que se realizó en 2003-04 en todo el país reportó unas tasas insignificantes de infección por VIH-2.

El primer estudio de seroprevalencia durante la atención prenatal en todo el país desde que comenzó la guerra, se realizó en 2003-04, y determinó una seroprevalencia general de infección por VIH de 4,9% [IC 95 %: 4,3 – 5,6], sin diferencias aparentes entre el Occidente y el Oriente de la RDC (4,1% [IC 95 %: 3,6 – 4,7] vs. 4,9 [IC 95 %: 4,3 – 5,6])²⁹. Aunque las regiones occidentales mostraron un patrón típico^{12,14} de prevalencia de VIH mayor en el área urbana que en el área rural (5,2 % [IC 95 %: 4,4 – 6,3] vs. 2,1 % [IC 95 %: 1,4 – 3,3]), se observó

lo contrario en las regiones orientales (4,4 % [IC 95 %: 3,6 – 5,2] vs. 5,9 % [IC 95 %: 4,8 – 7,2])¹⁸. La prevalencia en las zonas orientales de la RDC fue menor que en los sitios centinelas más cercanos en los países vecinos, excepto en Ruada que fue similar. Tabla 1

Tabla 1. Prevalencia de infección por VIH en el oriente de la RDC (2004) y en los sitios centinela más cercanos de los países vecinos¹⁰

Región	Prevalencia [IC 95 %]	Países vecinos* y sitios centinelas más cercanos (2002)	Prevalencia
Bukavu (urbana)	3,1 % [1,9 – 5,1]	Burundi Kayanza (semiurbano) Muramvya (rural)	10,2 % 14,7 %
Bunia (urbana)	3,2 % [2,0 – 5,1]	Uganda, Arua (rural)	5,2 %
Goma (urbana)	5,4 % [3,8 – 7,6]	Ruanda, Gisenyi (rural)	7,1 %
Kindu (urbana) [†]	3,7 % [2,4 -5,8]		
Kisangani (urbana) [†]	6,3 % [4,4 – 8,8]		
Lodja (rural) [†]	6,6 % [4,8 – 9,1]		
Neisu (rural)	6,7 % [4,7 – 9,2]	No hay sitio cercano en la frontera con Sudán	
Karawa (rural)	4,5 % [2,9 – 6,6]	República Centroafricana, Bangassou (rural)	9,0 %

* Tanzania y Zambia no tienen sitios centinelas cercanos a los sitios centinelas nombrados arriba en el oriente de la RDC.

† Estos sitios centinelas no están cercanos a la frontera

Una reciente revisión sistemática de Spiegel y colaboradores¹⁰ concluye que no hay evidencia suficiente para señalar que la transmisión de VIH es mayor en las poblaciones afectadas por conflictos armados. Incluso, no encontraron datos suficientes que determinaran que la prevalencia de infección por VIH entre los refugiados que huían del conflicto fuese mayor que entre las comunidades vecinas a ellos. De hecho, al comparar las prevalencias de VIH en ambas situaciones, en ocasiones se encontraban resultados opuestos.

Lo anterior puede deberse a que el conflicto armado es un factor de vulnerabilidad, es decir, puede ser que este no se comporte como una causa suficiente pero sí necesaria al tratar de determinar su asociación con una mayor prevalencia de VIH.

De todos los obstáculos posibles para el desarrollo del África Sub-Sahariana (ASS), tal vez ninguno haya tenido un impacto más profundo que la doble carga del VIH/SIDA y el conflicto. Durante los últimos treinta años, ninguna región del mundo ha estado más gravemente afectada por los conflictos violentos a gran escala que la del ASS. Casi todos los países del ASS han sufrido el conflicto armado de forma directa o a través de un país fronterizo. El número de países implicados en grandes conflictos violentos se duplicó entre 1989 y 2000, pasando de 11 a 22³⁰. Un “cinturón de conflictos” se extiende desde Angola hasta el Cuerno de África, al mismo tiempo que la paz es esqui-va en el África occidental.

Durante esos mismos treinta años se ha observado el desarrollo de una crisis aún más generalizada: la pandemia de VIH/SIDA. En el ASS se encuentran las dos terceras partes de los pacientes con VIH/SIDA que hay el mundo³¹, aunque su población sólo representa el 10% de la población mundial. En esta región del mundo se encuentran los países con mayor prevalencia de VIH en adultos (15-49 años), cuyas cifras son escalofriantes: Swazilandia 26,1%; Botsuana 23,9%; Lesoto 23,2%; Sudáfrica 18,1%; Namibia 15,3%; Zimbabue 15,3%; Zambia 15,2%, entre otros³². Por esta razón es que el ASS ha sido el referente para llevar a cabo los estudios poblacionales relacionados con el conflicto armado y la alta prevalencia de VIH/SIDA.

Pero hay una gran diversidad a través de África en los niveles y tendencias de la infección por VIH. Mientras que la estabilización de la epidemia parece haber comenzado en varios países, las cifras de prevalencia de la población en la mayor parte del continente siguen aumentando, incluso entre las poblaciones rurales y en aquellos grupos socio-demográficos que no se consideraban de alto riesgo. Aunque se ha escrito mucho del VIH y los conflictos de forma separada, sólo durante el siglo XXI se ha investigado sobre la dinámica de la relación entre estas dos crisis, lo cual es fundamental para poder entenderla y de esta forma desarrollar estrategias eficientes para reducir los riesgos en la población, tanto africana como en el resto del mundo.

Algunos estudios hechos en países afectados por conflictos en el ASS proponen algunos mecanismos que puedan explicar la bidireccionalidad que se observa en las asociaciones de causalidad de estos problemas en la población. Actualmente, algunos señalan que el VIH/SIDA desempeña un papel potencial en la creación de condiciones propicias para la generación de conflictos violentos en el continente africano, pero no existe ninguna evidencia que pueda demostrarlo. De hecho, una de las conclusiones a las que se llegó en un foro político celebrado en el Instituto para la Paz de los Estados Unidos, fue que la pandemia va a surgir como una fuerza profundamente desestabilizadora a través del paisaje social, político y económico de África³³.

Por ejemplo, un gran número de huérfanos del SIDA y niños vulnerables hacen parte de las redes de apoyo social en muchos países del ASS^{34,35}. El trauma psicológico y la falta de afecto y supervisión de los padres, que experimentan los huérfanos del SIDA, los pone en riesgo de verse envueltos en actividades criminales o antisociales, tales como los niños soldados o actividades que sirven para aumentar su riesgo de contraer y propagar más la enfermedad, como por ejemplo la prostitución infantil. Por esta razón es importante investigar sobre la magnitud de los riesgos que enfrenta esta población. El conflicto destruye la infraestructura social y física, cuya consecuencia son enfermedades de transmisión sexual que no reciben tratamiento, un mal estado de salud y desnutrición, lo que aumenta el riesgo de transmisión en caso de exposición viral. Considerando que la relación entre los conflictos armados y el VIH depende de múltiples variables y que el comportamiento de tales variables está afectada por los diferentes determinantes sociales, demográficos, culturales, ambientales, económicos, entre otros, es importante establecer esta relación con base en tales características, para obtener información específica que sea de utilidad para la toma de decisiones.

Población del Bajo Cauca³⁶

La región del Bajo Cauca Antioqueño se encuentra conformada por los municipios de Cáceres, Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá y

Zaragoza. Siendo considerado el municipio de Caucasia, como el centro de esta subregión; dentro de este territorio que ocupa un área de 8.485 Km², incluye 25 corregimientos y 311 veredas, con una extensión, que equivale al 13.5 % del total departamental.

La población se caracteriza por su diversidad étnica y cultural, por la población procedente del sur de Bolívar y Córdoba, afro colombianos de la costa pacífica, indígenas del norte de Antioquia y Córdoba, y paisas del interior del departamento. Los afro-colombianos llegaron atraídos por la minería, familias indígenas (Zenúes, Emberá Catío y Emberá – Chamí), en su mayoría expulsadas de sus tierras por el fenómeno de la violencia. Los paisas son un grupo minoritario, con muy poca influencia cultural, pero con gran fuerza económica, por ser dueños de gran parte del comercio.

Esta región está ubicada al nordeste del departamento de Antioquia, entre las serranías de Ayapel y de San Lucas sobre la cuenca baja de los ríos Cauca y Nechí, en límites con los departamentos de Córdoba, Sucre y Bolívar. La mayor parte del territorio se encuentra en alturas comprendidas entre los 30 y 1.000 m.s.n.m.

El Bajo Cauca posee indicadores de vida muy bajos a nivel departamental, la población con pobreza es del 19.3%, donde se destacan los municipios de Caucasia y Taraza. Con Necesidades Básicas Insatisfechas: 58.9%, en los que sobresalen los municipios de Nechí y Cáceres y adicionalmente ocupa el primer lugar con población en miseria en el departamento 75.5%.

Los niveles de urbanización, se relacionan principalmente con el auge aurífero en la subregión, dado que la concentración en los centros urbanos favorece la comercialización del oro. Los asentamientos humanos se ubican principalmente en las cercanías de los ríos Cauca, que comprenden los municipios de Caucasia, Cáceres y Tarazá, y El río Nechí que recorre las poblaciones de Nechí, El Bagre y Zaragoza. Las áreas rurales se caracterizan por tener asentamientos mineros y agrícolas de carácter transitorio y por tener una amplia diversidad étnica y cultural, por lo que su perfil sociocultural se ha caracterizado por el desarraigo, la liberalidad de las costumbres y la pobreza.

3. OBJETIVOS

“Hemos recorrido un largo camino, pero no hemos llegado hasta donde quisiéramos. Es evidente que tendremos que esforzarnos aún más para asegurarnos de que los recursos y las acciones necesarias están a la altura del compromiso que hemos contraído”.

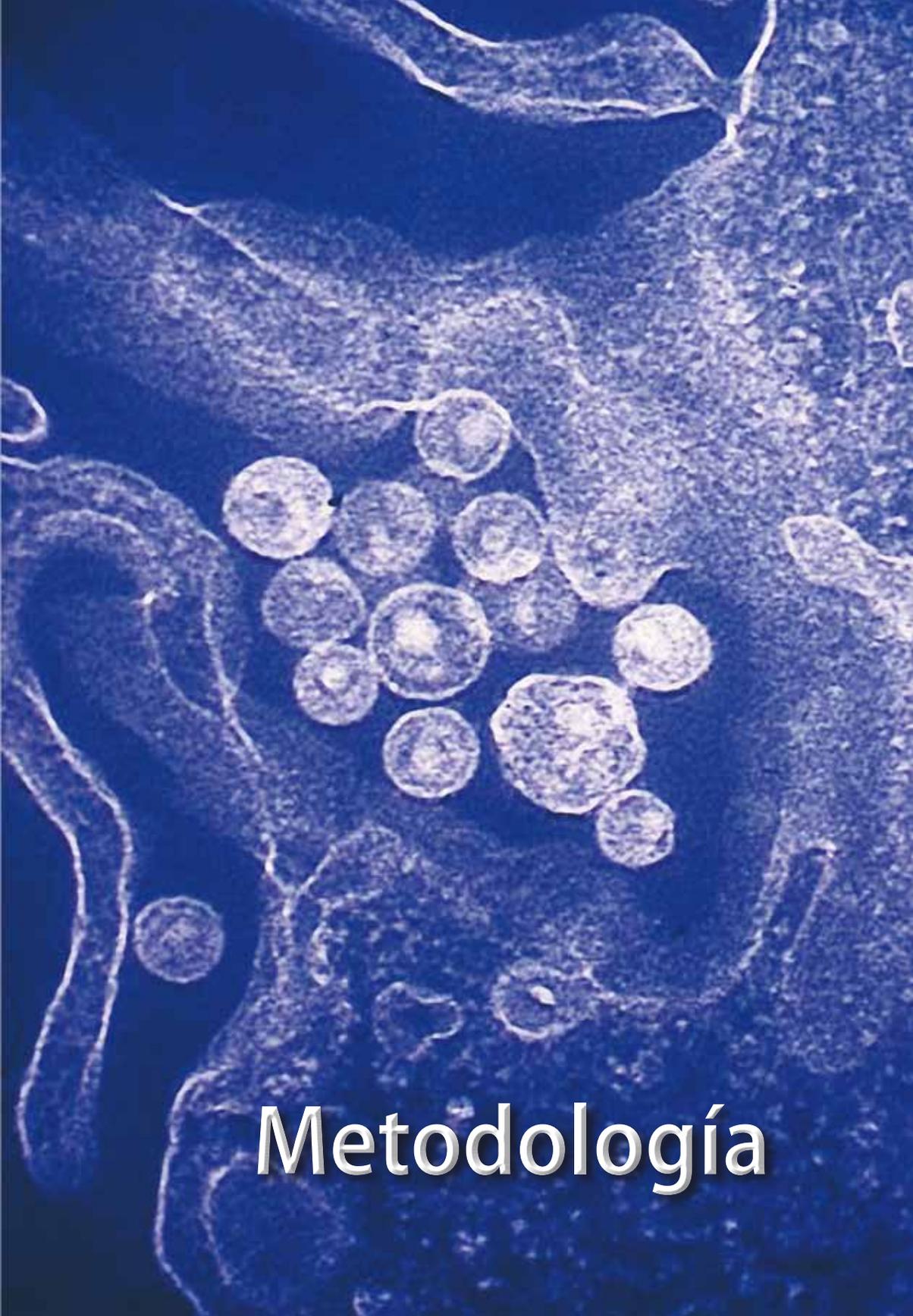
Kofi Annan

3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH en la población desmovilizada identificados por la Alta Consejería para la Reintegración; Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en la región del Bajo Cauca antioqueño, en el último trimestre de 2009.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las principales características socio-demográficas de la población objeto de estudio.
- Establecer la prevalencia de VIH en la población objeto de estudio.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la población desmovilizada con relación al VIH-SIDA.



Metodología

4. METODOLOGÍA

“Todo método consiste en el orden y disposición de aquellas cosas hacia las cuales es preciso dirigir la agudeza de la mente para descubrir alguna verdad”

Descartes

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque empírico analítico, con el cual se obtuvo información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población desmovilizada identificados por la Organización Internacional para las Migraciones en la región del Bajo Cauca antioqueño, al igual que se determinó la seroprevalencia de VIH para el año 2009.

4.2 Población de referencia

La población de referencia para el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas fue la población desmovilizada registrada en el censo de la entidad gubernamental responsable de la atención de esta población. Para completar el número de pruebas se incluyó la comunidad en general. Teniendo en cuenta que fueron seleccionados por la Alta Consejería para la Reintegración -ACR-.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Población desmovilizada
- Firmar el consentimiento informado
- Vivir en la región del Bajo Cauca

4.4 Muestreo

La muestra fue seleccionada a conveniencia de acuerdo a las especificaciones dadas por la OIM y la ACR.

Muestra: Se tomó el universo de la población desmovilizada registrada en el ente gubernamental que los agrupa (Alta Consejería Presidencial Gerencia Bajo Cauca y Zona Norte de Antioquia), que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

También se incluyó una muestra de la comunidad en general para el estudio de seroprevalencia. Es de anotar que con base en estas muestras no puede realizarse inferencia poblacional, por no cumplir con los criterios de representatividad de los grupos de donde provienen.

4.5 Proceso de recolección de la información

El proceso de recolección de información para el estudio de prevalencia y conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH en la población desmovilizada del Bajo Cauca antioqueño, incluyó la técnica de grupo focal, método delphi y el uso de cuestionario con los cuales se obtuvo la información necesaria para el desarrollo del proyecto.

Grupo focal

Como parte del proceso de construcción del instrumento para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual, específicamente sobre VIH/SIDA, en personas que hacen parte del programa de desmovilización en el Bajo Cauca Antioqueño, se realizó un grupo focal con desmovilizados residentes en la ciudad de Medellín, mediante el cual se buscaba revisar la redacción de los ítems previamente definidos para evaluar la claridad que cada uno de ellos tenía para los participantes y además generar nuevas preguntas a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas que pudieran identificarse en el grupo focal.

Se realizó una sesión de noventa minutos a la cual asistieron cinco hombres, adultos, desmovilizados de diferentes regiones del departamento de Antioquia y residentes actualmente en la ciudad de Medellín.

Método delphi

Luego de la revisión de artículos donde se incluían encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en el tema de VIH/SIDA en diferentes poblaciones y de realizado un grupo focal con población desmovilizada de varias regiones del departamento de Antioquia residentes en Medellín, se presentó una propuesta de encuesta para su revisión y análisis; los expertos debían calificar cada una de las preguntas o afirmaciones en tres aspectos: redacción, extensión y pertinencia.

Las actividades se describen en el siguiente cuadro resumen: Tabla 2.

Tabla 2. Actividad desarrollada y responsable asignado

Actividad	Responsable
Grupo focal y método delphi para la construcción del instrumento sobre conocimiento, actitudes y prácticas en VIH/SIDA	Investigadores
Prueba piloto	Investigadores
Listado de población desmovilizada residente en la región del Bajo Cauca (marco muestral)	Ente gubernamental - OIM
Convocatoria a la población desmovilizada a ser parte del estudio	OIM - Ente gubernamental - Universidad CES
Asesoría pre-prueba en VIH	Investigadores -profesionales participantes
Consentimiento informado de la población desmovilizada (cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión)	Investigadores
Provisión de reactivos	Universidad CES
Promoción de acceso a la prueba	Investigadores
Realización de tamizaje de VIH	Investigador
Establecimiento de protocolo e instrumentos para el desarrollo del estudio de prevalencia.	Investigadores
Aplicación de la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH en la población desplazada	Investigador
Realización de ELISA	Investigadores
Realización de Western Blot	Investigadores

Actividad	Responsable
Desarrollo de las asesoría pre/post prueba	Investigadores - profesionales participantes
Acompañamiento / asesoría para el tratamiento	Investigadores
Seguimiento a pacientes VIH positivos, enlace a entidades de salud	Ente gubernamental - OIM - Universidad CES
Publicación de resultados	Investigadores

Cuestionario

Se diseñó un formulario que incluía aspectos de: conocimientos, actitudes, prácticas y creencias de la población frente al VIH; posteriormente al instrumento se le realizó una validación de apariencia y contenido a través de una discusión con expertos por medio del método delphi.

4.6 Fuentes de información

La presente investigación utilizó la fuente primaria como medio para la obtención de la información de la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca (encuesta a la población y toma de muestra).

Se utilizó una técnica cualitativa de grupo focal para la construcción inicial del instrumento sobre conocimientos, actitudes y prácticas, basados en un instrumento validado, luego fue ajustado a través de una reunión de expertos bajo la técnica de método delphi.

4.7 Técnica e instrumento de recolección de información

Además de la aplicación del cuestionario, a cada persona estudiada se le tomó una muestra de sangre inicial para realizar el tamizaje de VIH; en los casos positivos por este tamizaje, se determinaron anticuerpos anti-VIH, por la técnica inmunoenzimática ELISA (Plus HIV Ag-Ab); los casos positivos se confirmaron mediante Western Blot. Se realizó una sola toma de muestra de sangre de 5 ml. Las muestras fueron procesadas por el laboratorio El Bosque ubicado en el municipio de Caucasia, las técnicas de ELISA y Western Blot, fueron analizadas en un centro de referencia en la ciudad de Medellín.

4.8 Prueba piloto

Se realizó la prueba piloto con el fin de capacitar al personal que aplicaría las encuestas, calcular el tiempo de diligenciamiento para ajustar el cronograma del proyecto, observar la reacción de la población, evaluar el desempeño de los encuestadores y las técnicas más adecuadas para el control de calidad de la información recolectada; se llevó a cabo con dieciocho participantes. Luego de realizada esta actividad se concluyó que en promedio la actividad tenía una duración de 2 horas, en algunos casos se debe dirigir las preguntas a los participantes y con pertinencia en su redacción al no encontrar ninguna dificultad para su aplicación, aunque algunos refirieron ser un poco extensa.

Para la recolección de la información se realizó un entrenamiento dirigido a dos psicólogas y dos auxiliares de enfermería seleccionadas para realizar el trabajo en terreno, este trabajo fue dirigido por una epidemióloga con amplia experiencia en el tema.

Este equipo en coordinación con la Alta Consejería para la Reintegración Social y Económica –ACR– desarrolló el trabajo de campo que consistía en la aplicación del consentimiento informado, consejerías pre y post prueba, toma y remisión de muestras de laboratorio, aplicación del instrumento para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual, específicamente sobre VIH/SIDA, coordinación con otras instituciones relacionadas con el proceso para la entrega de resultados (EPS-S, Secretarías Municipales de Salud, entre otras) y entrega de resultados.

4.9 Control de sesgos

Para el control de sesgos de información se realizó la prueba piloto al instrumento con el fin de evitar redundancias en la información y garantizar que se recopilaran todos los datos; igualmente como medida de control del sesgo de información en los encuestadores, se realizó una capacitación en el manejo adecuado del instrumento de recolección. Además de lo anterior, los investigadores realizaron

la revisión de las encuestas recolectadas por los encuestadores para corroborar su correcto diligenciamiento.

En el proceso del control de los sesgos de información del encuestado, se garantizó la confidencialidad de la información suministrada por la población.

4.10 Procesamiento de la información

Se realizó un procesamiento automatizado, el instrumento fue diseñado, tabulado y fue creada su correspondiente base de datos en TELEFORM®.

4.11 Plan de análisis

El análisis de la información se realizó a través de un análisis univariado que incluyó la descripción de las características de la población objeto de estudio, según las variables socio-demográficas: sexo, edad, nivel educativo, además se obtuvo la seroprevalencia de VIH y las proporciones de acuerdo a las variables de conocimientos, actitudes y prácticas de la población desmovilizada.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo de este proceso investigativo se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos por parte de los investigadores:

- Se respetó la integridad de las personas entrevistadas, independiente de las creencias, conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH, tanto por los encuestadores como por los investigadores.
- Se informó a los encuestados los términos de confidencialidad en el consentimiento informado. Se solicitó el consentimiento en forma escrita por parte de la población desmovilizada para la realización de la entrevista y toma de muestra de sangre, según Resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación en seres vivos. De acuerdo al artículo 14 de esta misma Resolución se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
- Además, según la misma Resolución, esta investigación se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, es un estudio prospectivo que utilizó el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes diagnóstico, entre los que se consideran: la extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud.



Resultados

6. RESULTADOS

“Ningún país manda a sus soldados a la guerra para defenderlo sin procurar que regresen sanos y salvos...”

Fred Said

La presentación de los resultados sobre los conocimientos, actitudes y prácticas así como la prevalencia de VIH/SIDA tiene en cuenta las diferencias en las poblaciones analizadas, por una parte se tomó como marco muestral el registro de todas las personas desmovilizadas identificadas por el ente gubernamental, luego fueron incluidos contactos y otras personas denominadas para el estudio como comunidad general, haciendo la claridad que es una muestra a conveniencia la cual no representa la población del Bajo Cauca Antioqueño. El análisis de resultados se presentará en forma separada por grupo poblacional.

6.1 Población desmovilizada

Características socio-demográficas

Edad

Se identificaron 323 personas como desmovilizados de la región del Bajo Cauca Antioqueño de 19 a 52 años de edad, con un promedio de edad de 32,5 años, un 50% de ellos con 34 años o menos; y un 75% de la población con 37 años o menos; es de anotar que la edad más frecuentemente reportada por la población desmovilizada encuestada fue los 34 años. Gráfico 1 y Tabla 3.

Gráfico 1. Distribución de la población desmovilizada encuestada según edad. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

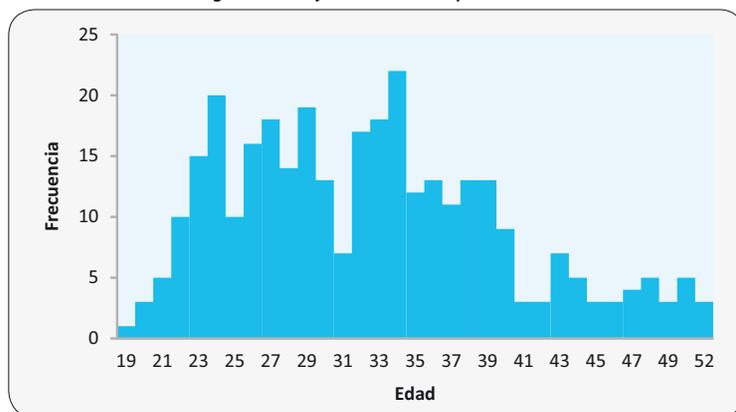


Tabla 3. Distribución de la población desmovilizada encuestada según edad y escolaridad. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Medida	Edad (años)	Escolaridad (años de estudio)
Promedio	32,50	5,91
Mediana	32,00	5,00
Moda	34,00	5,00
Desviación estándar	7,48	2,97
Mínimo	19,00	0,00
Máximo	52,00	11,00
Percentil 25	27,00	4,00
Percentil 50	32,00	5,00
Percentil 75	37,00	8,00

Sexo

El 74,0% (239) de la población desmovilizada encuestada correspondían a personas de sexo masculino y el 24,8% (80) a personas de sexo femenino; el 1,2% (4) de los encuestados no respondieron a esta pregunta. La razón de masculinidad encontrada en la población desmovilizada encuestada fue de 3:1, es decir, se encuestaron tres hombres desmovilizados por cada mujer desmovilizada. El promedio

de edad en los hombres fue de 33 años (± 7.26 años) y para las mujeres de 31 años (± 8.07 años).

Los hombres desmovilizados encuestados el 28,5% (68) eran personas de 25 a 30 años, seguido de los de 31 a 35 años quienes representaron el 23,4% (56) y por los de 36 a 40 años quienes representaron el 21,7% de los hombres encuestados. Mientras que las mujeres desmovilizadas encuestadas, el 25% (20) tenían entre 19 y 24 años y en proporción similar se encontraron las de 25 a 30 años, seguidas por las de 31 a 35 años quienes representaron el 22,5% de las mujeres encuestadas. Tabla 4.

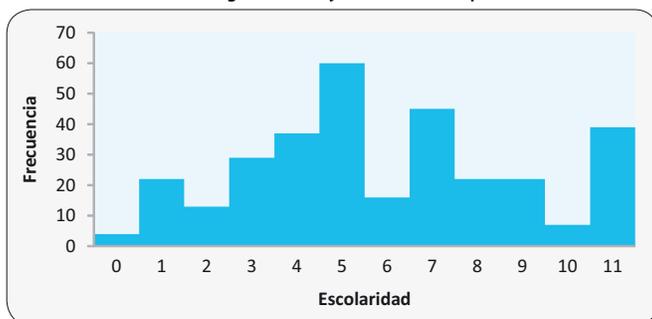
Tabla 4. Distribución de la población desmovilizada encuestada según grupo de edad y sexo. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Grupo de edad	Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%
19-24	30	12,6%	20	25,0%
25-30	68	28,5%	20	25,0%
31-35	56	23,4%	18	22,5%
36-40	52	21,7%	10	12,5%
41-45	15	6,3%	7	8,8%
46-52	18	7,5%	5	6,2%
Total	239	100,0%	80	100,0%

Escolaridad

Adicionalmente, se indagó a la población desmovilizada encuestada por los años de escolaridad cursados, donde se encontraron personas que reportaron no haber cursado ningún año escolar y personas con 11 años de escolaridad, lo que significaría que estas últimas cursaron toda la educación básica secundaria y media vocacional. El número promedio de años cursados por el grupo encuestado fue de 5,9 años ($\pm 2,97$ años de escolaridad), la mitad de los encuestados reportan haber cursado cinco años de escolaridad o menos y cinco años fue también el número de años más frecuentemente reportado por los encuestados; es de anotar que el 75% de los encuestados manifestaron haber cursado y aprobado hasta 8 años de escolaridad. Gráfico 2 y Tabla 3.

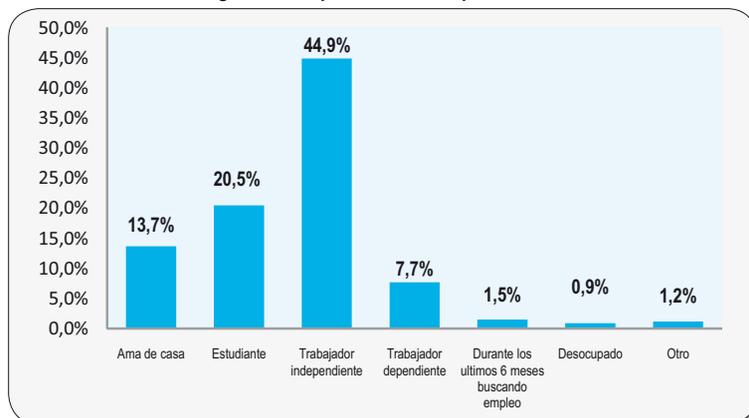
Gráfico 2. Distribución de la población desmovilizada encuestada según años de escolaridad. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Ocupación

La ocupación más frecuentemente reportada por la población desmovilizada fue el ser trabajador independiente según el 44,9% (145), seguido por los estudiantes quienes representaron el 20,5% (66) y por las amas de casa quienes representaron el 13,7% (44). Otras ocupaciones como ser trabajadores independientes, estar buscando trabajo, estar desocupado o realizar otras actividades fueron reportadas por menos de 10% de los desmovilizados encuestados. Es de anotar que el 9,6% de los encuestados no respondieron a esta pregunta. Gráfico 3.

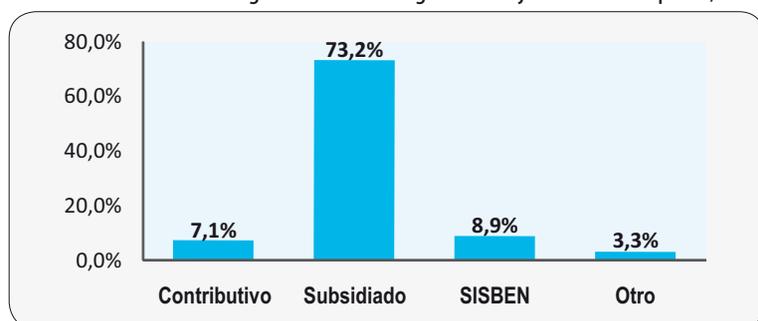
Gráfico 3. Distribución de la población desmovilizada encuestada según ocupación. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Tipo de afiliación

El 73,2% (236) de la población desmovilizada encuestada se encontraban afiliados al Sistema de Seguridad Social el Salud a través del régimen subsidiado al momento de la encuesta, seguido de las personas identificadas por el SISBEN según el 8,9% (29), un 7,1% (23) afiliados en el régimen contributivo y el 3,3% (11) manifestaron tener otro tipo de afiliación. Es de anotar que el 7,5% (24) de los encuestados no respondieron a esta pregunta. Gráfico 4.

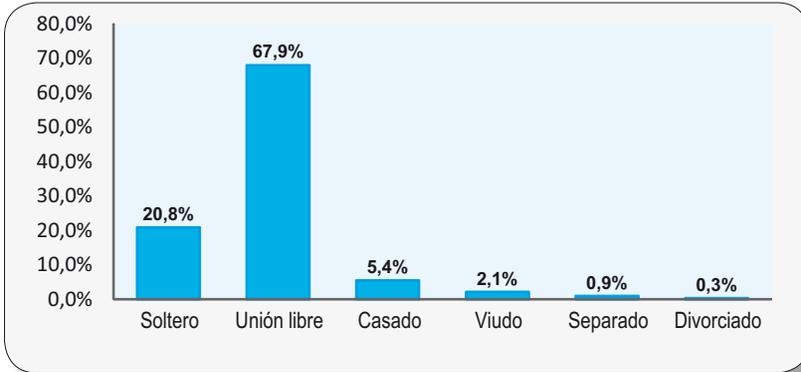
Gráfico 4. Distribución de la población desmovilizada encuestada según tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Estado civil

La población desmovilizada de la región del Bajo Cauca encuestada presentó una distribución por estado civil predominantemente de unión libre según el 67,9% (219) y de solteros según el 20,8% (67), el porcentaje restante correspondió a personas casadas, viudas, separados, divorciadas o no respondieron a esta pregunta. Gráfico 5.

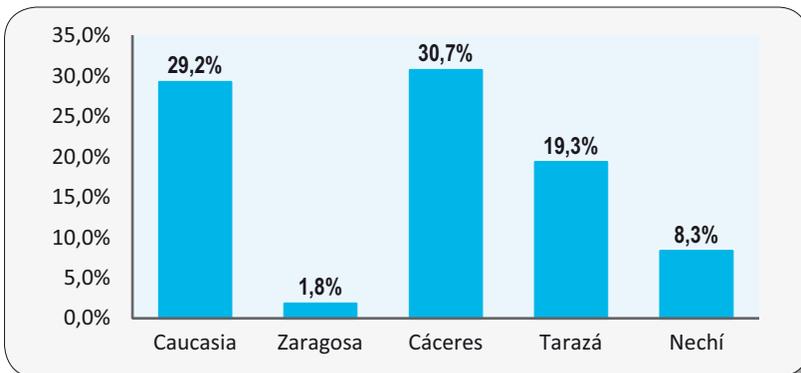
Gráfico 5. Distribución de la población desmovilizada encuestada según estado civil. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Lugar de residencia

Se indagó también a los desmovilizados encuestados por el lugar de residencia actual, donde el 30,7% (99) de ellos tenían como lugar de residencia el municipio de Cáceres, el 29,2% (94) vivían en el municipio de Caucasia, el 19,3% (62) residía en Taraza, el 8,3% (27) en Nechí y el 1,8% (6) residían en el municipio de Zaragoza. El 10,7% (35) de los encuestados no respondieron a esta pregunta. Gráfico 6.

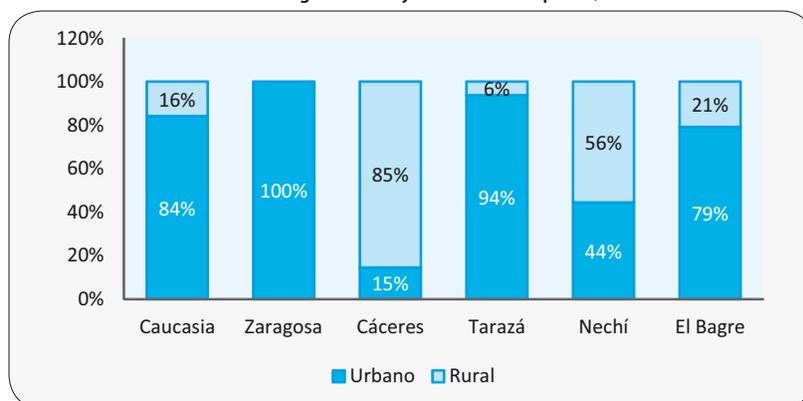
Gráfico 6. Distribución de la población desmovilizada encuestada según lugar de residencia. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Zona de residencia

El municipio de Cáceres fue el municipio que reportó la mayor población desmovilizada encuestada ubicada en zona rural con una proporción del 85% (84) de los encuestados residentes en este municipio; el municipio de Nechí de forma equivalente alberga a la población desmovilizada encuestada residentes en su municipio en las zonas urbana y rural; mientras que municipios como El Bagre, Caucasia, Tarazá y Zaragoza albergan en su zona urbana la población desmovilizada encuestada en proporciones del 79% al 100% de los residentes de cada uno de estos municipios. Gráfico 7.

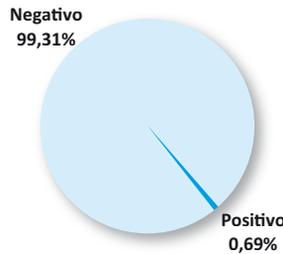
Gráfico 7. Distribución de la población desmovilizada encuestada según lugar de residencia. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Prevalencia de VIH

La seroprevalencia de anticuerpos HIV-1 y HIV-2 encontrada en la población desmovilizada de 19 a 52 años encuestada fue de 0,619% (2) [IC 95%: 0,075%-2,219%]. Los dos casos positivos correspondieron a dos hombres, uno del municipio de Cáceres y otro residente inicialmente en el municipio de Caucasia y luego en la zona rural del municipio de Zaragoza. Gráfico 8.

Gráfico 8. Distribución de la población desmovilizada encuestada según seroprevalencia de VIH. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

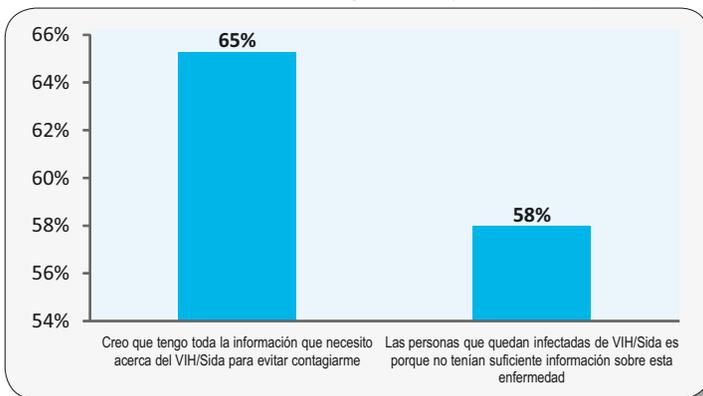


Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA

Conocimientos sobre el VIH/SIDA

Con el objetivo de identificar los conocimientos adquiridos por la población desmovilizada del Bajo Cauca Antioqueño sobre el VIH/SIDA, se realizaron a los encuestados algunas preguntas que permitiesen medir el grado de conocimiento, donde se encontró que el 65% (210) de la población desmovilizada encuestada considera que tiene toda la información que necesita saber acerca del VIH/SIDA que le permita evitar infectarse y en este mismo orden, el 58% (187) de la población desmovilizada encuestada considera que las personas que quedan infectadas por VIH/SIDA es porque no tenían suficiente información. Gráfico 9.

Gráfico 9. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

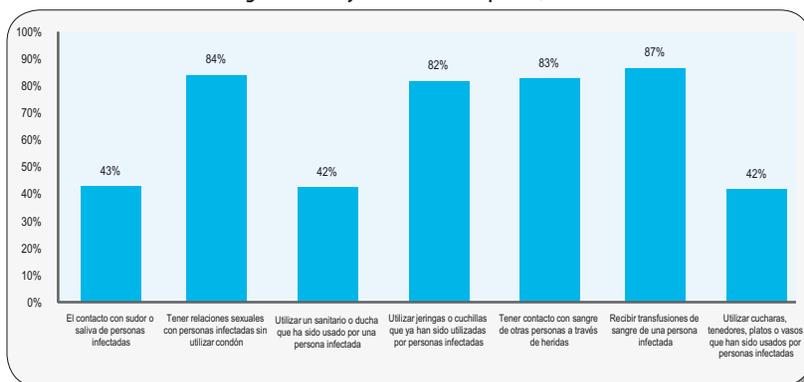


Adicionalmente, la población desmovilizada encuestada reportó desconocimiento con respecto a algunas formas de contagio, un 42% (136) considera que el utilizar utensilios para los alimentos puede llevar al contagio de VIH/SIDA, o el tener contacto con sudor o saliva del infectado ó el utilizar sanitarios y duchas.

Formas de contagio

Con respecto a las formas de contagio identificadas como conocimientos adecuados por la población desmovilizada encuestada, en promedio 8 de cada 10 desmovilizados reconocen que el tener relaciones sexuales sin protección, utilizar jeringas o cuchillas, el contacto con sangre y el recibir transfusiones son factores de riesgo para la transmisión de VIH; y de otro lado, en promedio 4 de cada 10 desmovilizados consideran que el tener contacto con el sudor o saliva de personas infectadas, utilizar un sanitario o ducha que ha sido usada por una persona infectada y utilizar cucharas, tenedores, platos o vasos que han sido usados por personas infectadas pueden favorecer el contagio del VIH/SIDA. Gráfico 10.

Gráfico 10. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimiento sobre las formas de contagio del VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

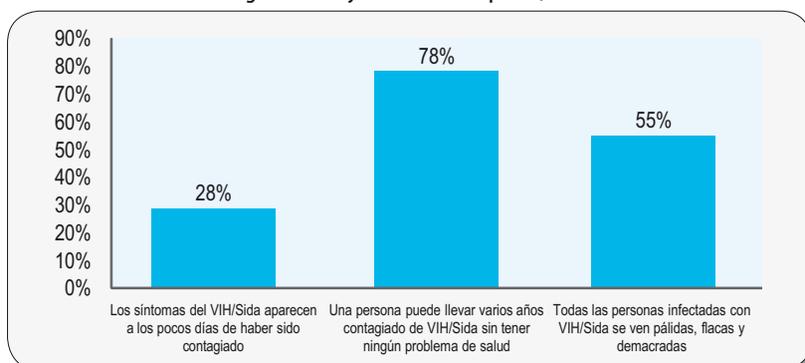


Alfa de Cronbach: 0,62

Manifestaciones del VIH

Se indagó a la población desmovilizada encuestada con relación al conocimiento sobre las manifestaciones del VIH y los conocimientos frente al tiempo de aparición de los síntomas después del contagio, donde uno de cada cuatro personas encuestadas tiene un conocimiento inadecuado frente a la aparición de los síntomas. Este conocimiento es más adecuado con respecto a manifestaciones físicas de la enfermedad en las personas infectadas con una proporción de conocimiento del 55% y sobre el periodo asintomático del VIH con una proporción de conocimiento del 78%. Gráfico 11.

Gráfico 11. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimiento de las manifestaciones del VIH/SIDA.
Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

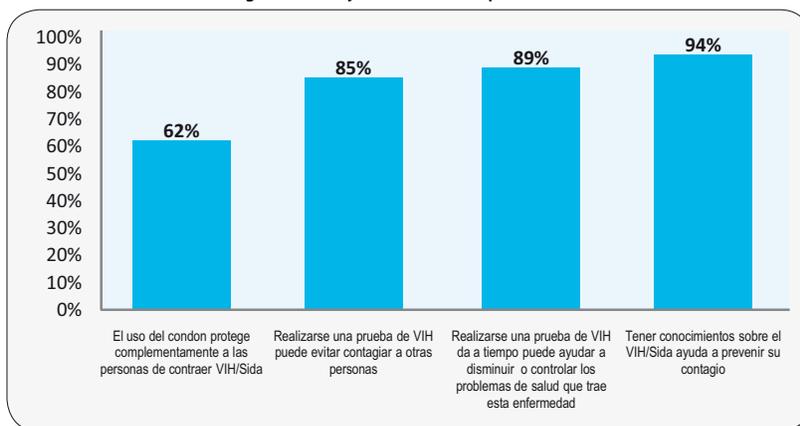


Formas de prevención

En cuanto al nivel de conocimientos sobre la prevención del VIH/SIDA en la población desmovilizada encuestada, el 62% considera que el condón es una medida adecuada para protegerse de la transmisión; la realización de la prueba es reconocida como parte fundamental de la prevención y control de esta enfermedad según el 85% y puede ayudar a controlar los problemas de salud asociados a la enfermedad según el 89% y finalmente, el 89% de los desmovilizados encuestados considera que tener conocimientos sobre el VIH/SIDA ayuda a prevenir su contagio. Gráfico 12.

Gráfico 12. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimientos sobre la prevención del VIH/SIDA.

Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

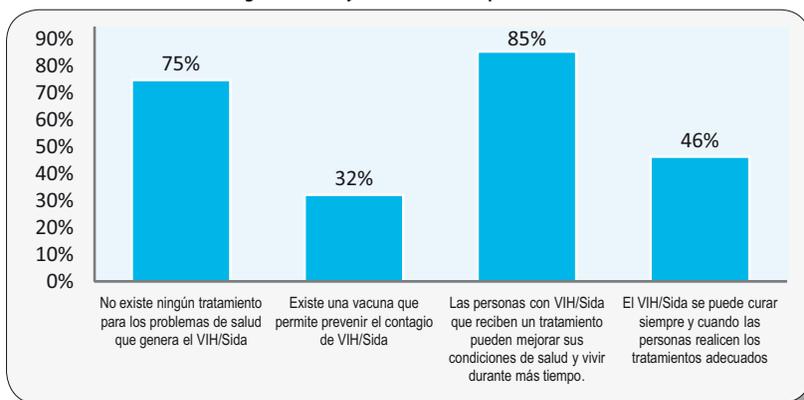


Tratamiento

Existe una proporción importante de desmovilizados encuestados que tienen conocimientos inadecuados con respecto al tratamiento del VIH/SIDA, puesto que el 32% cree que existe una vacuna para prevenir el contagio de VIH, el 46% creen que la enfermedad se puede curar con el tratamiento, el 75% considera que no existe ningún tratamiento para esta enfermedad; aunque un 85% de los encuestados considera que las personas con VIH/SIDA que reciben tratamiento pueden mejorar sus condiciones de salud y pueden vivir por más tiempo. Gráfico 13.

Gráfico 13. Distribución de la población desmovilizada encuestada según conocimientos frente al tratamiento del VIH/SIDA.

Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

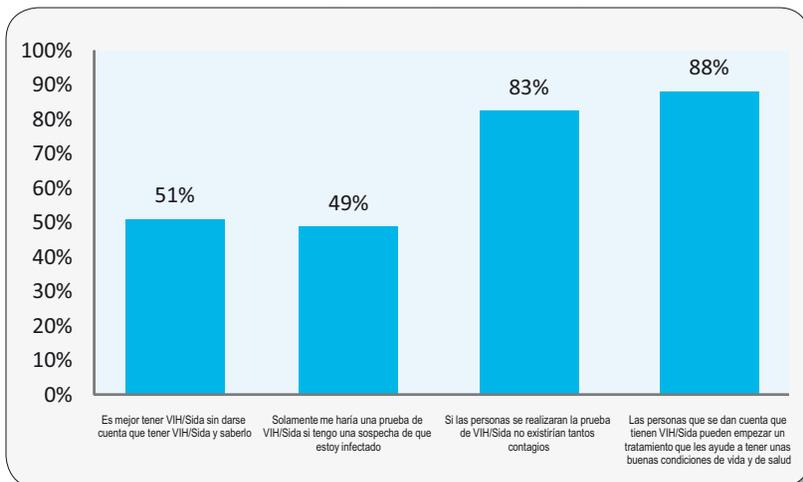


Actitudes frente al VIH/SIDA

Prueba de VIH

Con respecto a la resistencia de la población desmovilizada encuestada frente a la realización de la prueba de VIH, una de cada dos personas considera que es mejor tener VIH sin darse cuenta que saberlo, en similar proporción consideran que se harían la prueba solo si tienen sospecha de estar infectados; aunque es de anotar que el 83% de los encuestados considera que si las personas se hicieran pruebas de VIH se podría disminuir el contagio y el 88% considera que las personas que saben que tienen VIH pueden acceder más oportunamente a tratamiento y esto puede ayudar a mejorar sus condiciones de vida y de salud. Gráfico 14.

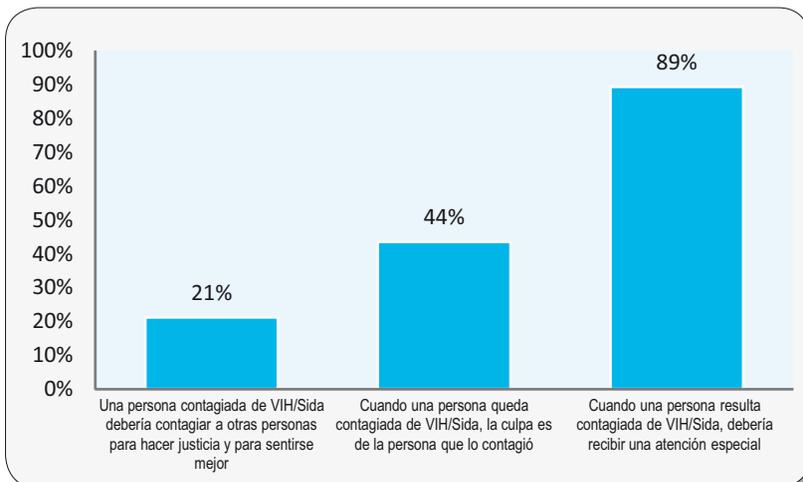
Gráfico 14. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitudes frente al VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Creencias sobre el VIH

En cuanto a los tabúes, mitos o creencias que tienen la población desmovilizada encuestada frente al contagio del VIH/SIDA, se observa una actitud que expresa retaliación frente al contagio con VIH, dado que el 21% consideran que si una persona es contagiada de VIH debería hacer justicia por su propia mano contagiando a otras personas para sentirse mejor, el 44% considera que el culpable del contagio es de la persona que transmitió la enfermedad y el 89% consideran que las personas contagiadas de VIH tienen una necesidad de atención especial que se debe tener desde el momento de ser notificados de la enfermedad. Gráfico 15.

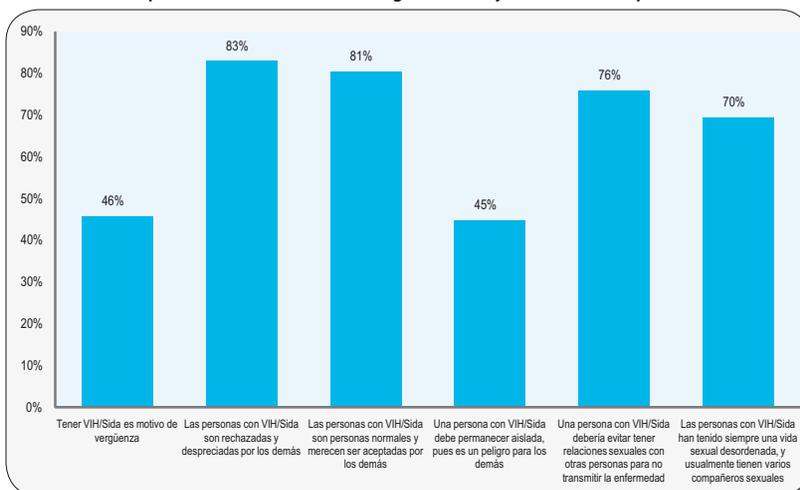
Gráfico 15. Distribución de la población desmovilizada encuestada según creencias frente al VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Actitudes frente a personas viviendo con VIH

El 46% de la población desmovilizada encuestada considera que el tener SIDA es motivo de vergüenza y el 83% considera que las personas con VIH son rechazadas y despreciadas por los demás, comparado con un 81% de los encuestados que aceptan a las personas VIH positivas; llama la atención que el 45% de los encuestados creen que las personas con VIH constituyen un riesgo para los demás; igualmente las personas con SIDA generan dudas sobre su vida sexual, expresado por el 70% de la población que refiere que las personas con SIDA han tenido siempre una vida sexual desordenada y usualmente son infieles. Gráfico 16.

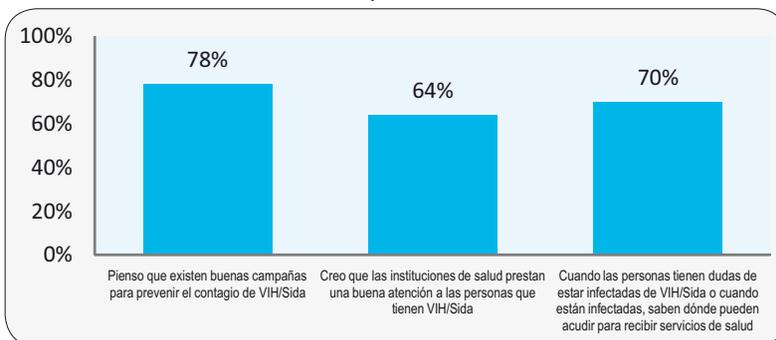
Gráfico 16. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitudes frente a personas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Actitudes frente al sistema de prevención y control

El 64% de la población desmovilizada encuestada considera que las instituciones de salud prestan una buena atención a las personas que tienen VIH/SIDA, el 70% considera saber dónde pueden ser atendidos en caso de tener sospechas de VIH y el 78% piensa que existen buenas campañas de prevención del VIH/SIDA. Gráfico 17.

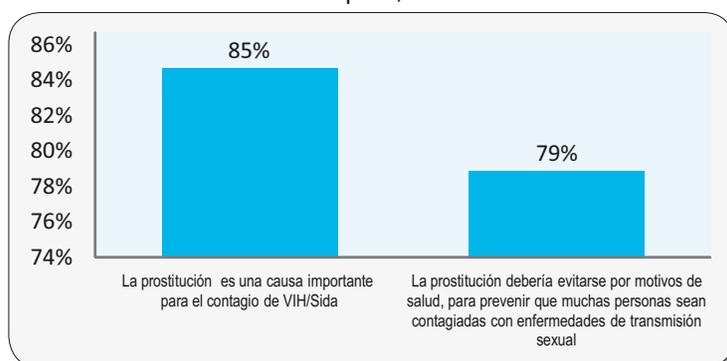
Gráfico 17. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitudes frente a los sistemas de prevención y atención en VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Actitudes frente al ejercicio de la prostitución

Se indagó a la población desmovilizada encuestada sobre la actitud que tiene frente al ejercicio de la prostitución y el riesgo de contagio por VIH/SIDA, donde el 85% de los encuestados considera que la prostitución es una causa importante de VIH y el 79% opina que debería evitarse por motivos de salud. Gráfico 18.

Gráfico 18. Distribución de la población desmovilizada encuestada según actitud frente al ejercicio de la prostitución y el riesgo de contagio. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

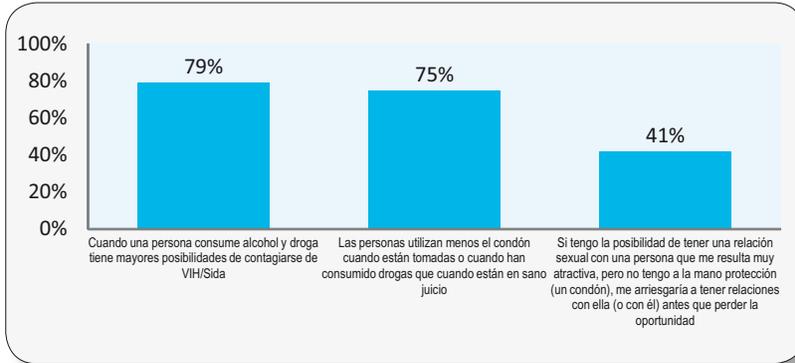


Prácticas frente al VIH/SIDA

Prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA

Con respecto a las prácticas de riesgo de VIH/SIDA, el 79% de la población desmovilizada encuestada refiere un mayor riesgo de contagio cuando las personas están bajo los efectos del alcohol y las drogas, y el 75% considera que el estar bajo estos efectos, podrían influir en tener conductas sexuales inseguras como es el no utilizar o utilizar menos el preservativo, y como conducta de riesgo importante se encontró que el 41% de los desmovilizados encuestados opinan que tendrían relaciones sexuales sin protección si una persona le resulta atractiva y tiene la oportunidad de estar con ella. Gráfico 19.

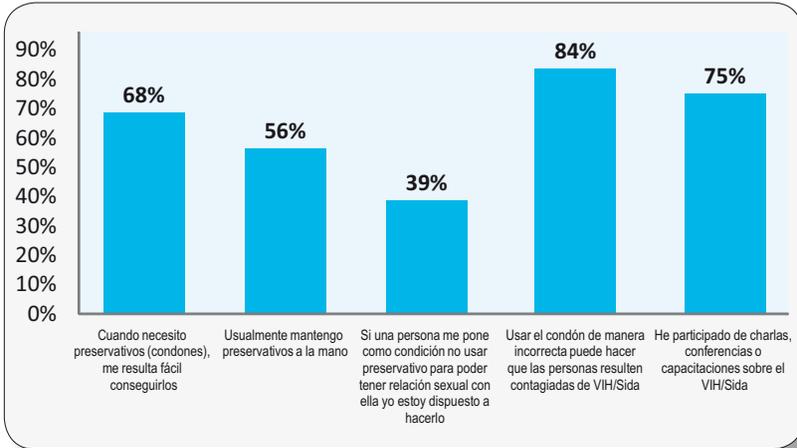
Gráfico 19. Distribución de la población desmovilizada encuestada según prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Acciones preventivas

En cuanto a las acciones preventivas que practica la población desmovilizada encuestada se evaluó el acceso a los preservativos, donde el 56% de los encuestados manifiestan mantener preservativos disponibles, el 68% manifiesta que puede conseguir fácilmente preservativos en caso de necesitarlos pero aún el 39% de los encuestados manifiesta que estarían dispuestos a no usar preservativos si se lo ponen como condición para tener relaciones sexuales, resultado que manifiesta conductas de riesgo de una proporción de la población desmovilizada encuestada. De otro lado, llama la atención que tres de cada cuatro personas entrevistadas han asistido a conferencias o capacitaciones sobre el SIDA y que el 84% de los encuestados son conscientes de que el uso incorrecto del preservativo puede aumentar la probabilidad de contagio de VIH/SIDA. Gráfico 20.

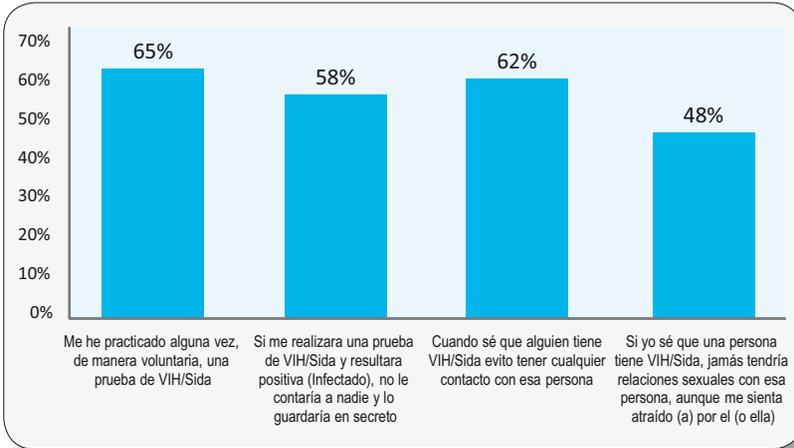
Gráfico 20. Distribución de la población desmovilizada encuestada según acciones preventivas en VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA

Entre las prácticas que hacen que la población desmovilizada encuestada aumente o disminuya el riesgo de contagio de VIH/SIDA se encuentra que dos de cada tres personas encuestadas se ha practicado alguna vez de manera voluntaria una prueba de VIH pero el 58% de los encuestados consideran que en caso de que la prueba resultase positiva no le contaría a nadie y guardaría esta información en secreto. Adicionalmente, el 62% manifiesta que cuando sabe que una persona tiene VIH/SIDA evita tener cualquier contacto con esa persona y el 48% manifiesta que no tendría relaciones sexuales con esta persona aunque se sienta atraído por ella. Gráfico 21.

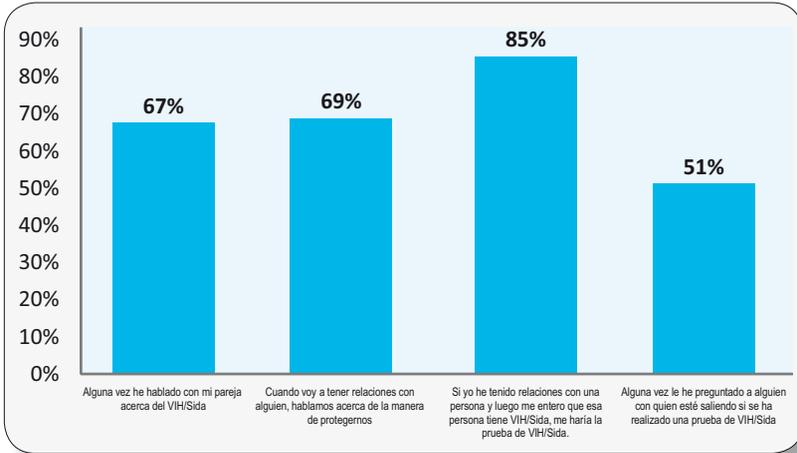
Gráfico 21. Distribución de la población desmovilizada encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Comunicación en torno al VIH/SIDA

Finalmente, se indagó a la población desmovilizada encuestada sobre las prácticas comunicativas que tiene con su pareja sobre el VIH/SIDA, donde el 51% manifiesta alguna vez haber preguntado a la pareja o a la persona con quien está saliendo si se ha realizado una prueba de VIH, el 67% manifiesta haber alguna vez hablado con su pareja acerca de VIH/SIDA, el 69% manifiesta que cuando va a tener relaciones sexuales, habla con su pareja de la manera de protegerse y el 85% manifiesta que en caso de enterarse de que una persona con la que tuvo relaciones sexuales tiene VIH/SIDA, se realizaría una prueba de VIH. Gráfico 22.

Gráfico 22. Distribución de la población desmovilizada encuestada según comunicación en torno al VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



6.2 Comunidad

Características socio-demográficas

Edad

Fueron encuestadas 165 personas de la comunidad, seleccionadas a través de una muestra a conveniencia bajo un proceso de bola de nieve, de acuerdo a las recomendaciones de la Alta Consejería para la Reintegración y su centro de servicios en Bajo Cauca.

Estas personas se encontraban en los rangos de edad de 15 a 57 años, con un promedio de edad de 29 años, un 50% de ellos con 26 años o menos; y un 75% de la población con 38 años o menos; es de anotar que la edad más frecuentemente reportada por la comunidad encuestada fue los 29 años. Gráfico 23. Tabla 5.

Gráfico 23. Distribución de la comunidad encuestada según edad. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

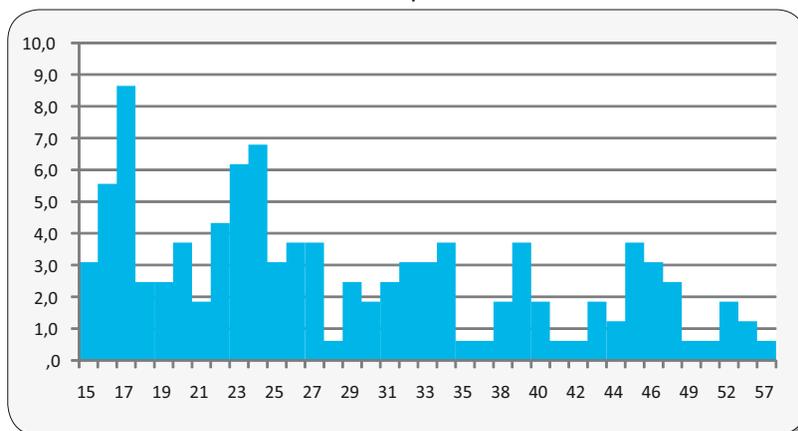


Tabla 5. Distribución de la comunidad encuestada según edad y escolaridad. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Medida	Edad (años)	Escolaridad (años de estudio)
Promedio	29,09	9,45
Mediana	26,00	11,00
Moda	17	11
Desviación estándar	10,832	2,660
Mínimo	15	0
Máximo	57	11
Percentil 25	20,00	10,00
Percentil 50	26,00	11,00
Percentil 75	38,00	11,00

Sexo

El 40,0% (66) de la comunidad encuestada correspondían a personas de sexo masculino y el 57,0% (94) a personas de sexo femenino; el 3,0% (5) de los encuestados no respondieron a esta pregunta. La razón de mujer: hombre encontrada en la encuestada fue de 1.4:1.

El promedio de edad en los hombres fue de 29 años (± 10.88 años) y para las mujeres de 29 años (± 10.78 años).

Los hombres de la comunidad encuestados el 28,5% (68) eran personas de 25 a 30 años, seguido de los de 31 a 35 años quienes representaron el 23,4% (56) y por los de 36 a 40 años quienes representaron el 21,7% de los hombres encuestados. Mientras que las mujeres encuestadas, el 25% (20) tenían entre 19 y 24 años y en proporción similar se encontraron las de 25 a 30 años, seguidas por las de 31 a 35 años quienes representaron el 22,5% de las mujeres encuestadas. Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de la comunidad encuestada según grupo de edad y sexo. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Grupos de edad	Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%
19-24	30	45,5%	41	44%
25-30	8	12,1%	17	18%
31-35	10	15,2%	11	12%
36-40	7	10,6%	6	6%
41-45	5	7,6%	8	9%
46-52	6	9,1%	10	11%
Total	66	100,0%	93	100%

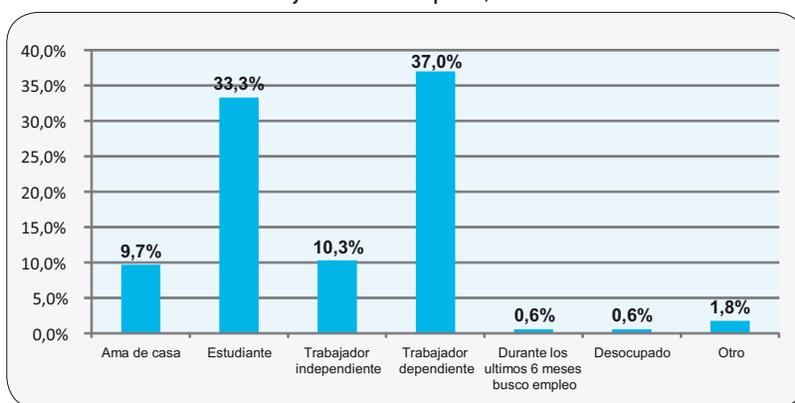
Escolaridad

Se indagó a la comunidad encuestada por los años de escolaridad cursados, donde se encontraron tres personas que reportaron no haber cursado ningún año escolar y personas con 11 años de escolaridad, lo que significaría que estas últimas cursaron hasta media vocacional. El número promedio de años cursados por el grupo encuestado fue de 9.45 años ($\pm 2,66$ años de escolaridad), la mitad de los encuestados reportan haber cursado diez años de escolaridad o menos y once años fue el número de años más frecuentemente reportado por los encuestados.

Ocupación

La ocupación más reportada por la comunidad fue el ser trabajador independiente con un 37,0% (61), seguido por los estudiantes quienes representaron el 33,3% (55), los trabajadores independientes el 10,3% (17) y las amas de casa representaron el 9,7% (16). Otras ocupaciones como estar buscando trabajo, estar desocupado o realizar otras actividades fueron reportadas por menos de 5% de la comunidad encuestada. El 6,7% de los encuestados no respondieron a esta pregunta. Gráfico 24.

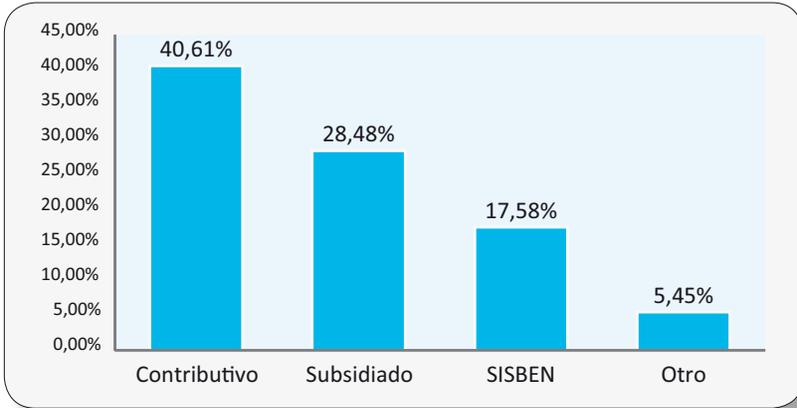
Gráfico 24. Distribución de la comunidad encuestada según ocupación. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Tipo de afiliación

El 40,6% (67) de la comunidad encuestada se encontraban afiliados al Sistema de Seguridad Social el Salud a través del régimen contributivo al momento de la encuesta, seguido de las personas afiliadas al régimen subsidiado con un 28,5% (47), un 17,6% (29) identificados en la encuesta SISBEN y el 5,5% (9) manifestaron tener otro tipo de afiliación. El 7,9% (13) de los encuestados no respondieron a esta pregunta. Gráfico 25.

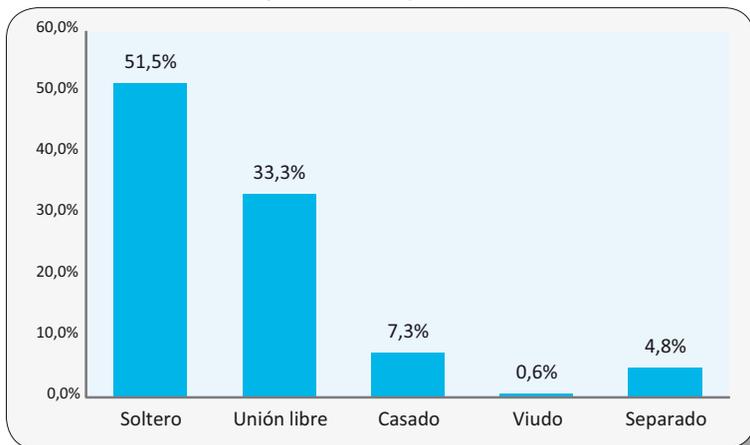
Gráfico 25. Distribución de la comunidad encuestada según tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Estado civil

La comunidad de la región del Bajo Cauca encuestada presentó una distribución por estado civil predominantemente de soltero según el 51,5% (85) y de unión libre según el 33,3% (55), el porcentaje restante correspondió a personas casadas, viudas, separados, divorciadas o no respondieron a esta pregunta. Gráfico 26.

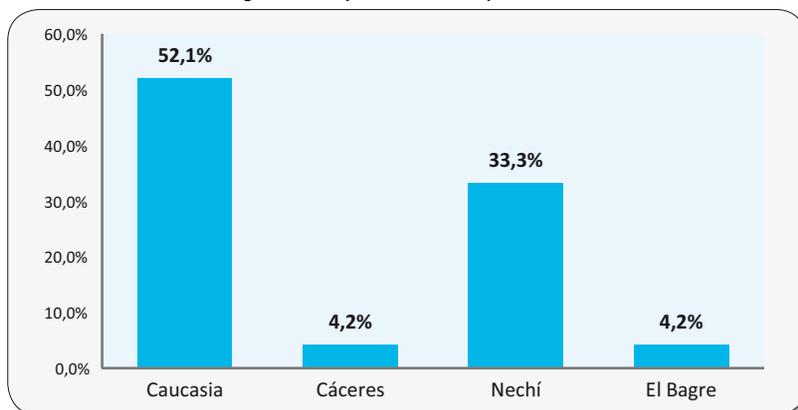
Gráfico 26. Distribución de la comunidad encuestada según estado civil. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Lugar de residencia

Al consultar por el lugar de residencia actual, el 52,1% (86) de ellos tenían como lugar de residencia el municipio de Caucasia, el 33,3% (55) vivían en el municipio de Cáceres y un 4,2% (7) en los municipios de Zaragoza y Taraza. El 6,1% (10) de los encuestados no respondieron a esta pregunta. Gráfico 27.

Gráfico 27. Distribución de la comunidad encuestada según lugar de residencia. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Zona de residencia

El 79% (131) de las personas encuestadas eran residentes del área urbana y el 14% (23) de la zona rural del Bajo Cauca Antioqueño. Tabla 7

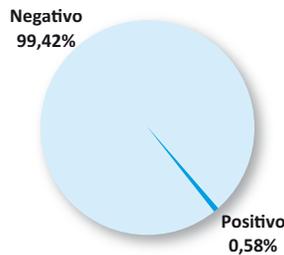
Tabla 7. Distribución de la comunidad encuestada según zona de residencia. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

	No.	%
Urbana	131	79,4%
Rural	23	13,9%

Prevalencia de VIH

La seroprevalencia de anticuerpos HIV-1 y HIV-2 encontrada en la comunidad de 15 a 57 años encuestada fue de 0,581% (1) [IC 95%: 0,015%-3,197%]. Fueron tomadas 172 muestras de laboratorio, siete personas no diligenciaron la encuesta CAP sobre VIH-SIDA. El caso positivo correspondió a una mujer de 32 años de edad residente en el municipio de Nechi. Gráfico 28.

Gráfico 28. Distribución de la comunidad encuestada según seroprevalencia de VIH. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA

Conocimientos sobre el VIH/SIDA

Se aplicó a la comunidad del Bajo Cauca Antioqueño, el mismo cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA, utilizado con la población desmovilizada.

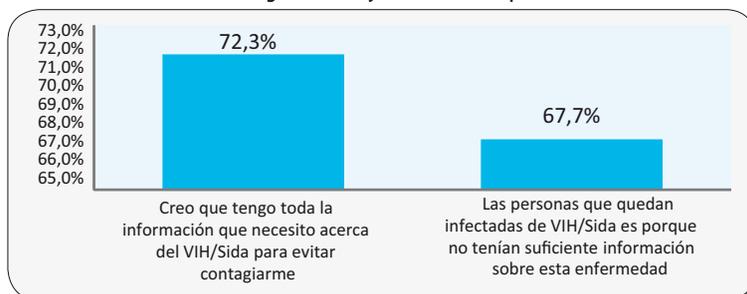
Una de cada cuatro personas encuestadas en promedio, consideró que el utilizar sanitarios o ducha, el tener contacto con sudor o saliva o el utilizar utensilios para los alimentos puede llevar al contagio de VIH/SIDA, así mismo cuatro de cada diez personas tiene desconocimiento sobre la transmisión del VIH a través de la picadura de mosquitos. Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de la comunidad encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Identifique cual de las siguientes situaciones puede llevar al contagio con VIH/SIDA	No.	%
Tener relaciones sexuales con personas infectadas sin utilizar condón	155	99,4 %
Recibir transfusiones de sangre de una persona infectada	156	98,7%
Utilizar jeringas o cuchillas que ya han sido utilizadas por personas infectadas	154	98,1%
Tener contacto con sangre de otras personas a través de heridas	150	96,2%
Se puede transmitir durante el embarazo, parto o lactancia	147	94,8%
Se puede transmitir a través de la picadura de mosquitos	66	43,7%
Utilizar cucharas, tenedores, platos o vasos que han sido usados por personas infectadas	44	28,9%
El contacto con sudor o saliva de personas infectadas	38	25,7%
Utilizar un sanitario o ducha que ha sido usado por una persona infectada	37	24,3%

Al mismo tiempo se indagó por los conocimientos globales que tenía la comunidad, encontrando que un 72,3% (115) consideró que tiene toda la información para evitar infectarse y un 67,7% (107) que las personas que quedan infectadas no tenía suficiente información sobre esta enfermedad. Gráfico 29.

Gráfico 29. Distribución de la comunidad encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Formas de prevención

En cuanto al nivel de conocimientos sobre la prevención del VIH/SIDA en la comunidad encuestada, el 96,8% considera que tener conocimientos sobre el VIH-SIDA ayuda a prevenir su contagio, igualmente el 94,9% de la comunidad cree que realizarse una prueba de VIH puede ayudar a disminuir los problemas de salud, pero no están seguros ante el uso del condón. Tabla 9.

Tabla 9. Distribución de la comunidad encuestada según conocimientos sobre el VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Tema	Conocimientos	No.	%
Formas de prevención	Tener conocimientos sobre el VIH/Sida ayuda a prevenir su contagio	153	96,8%
	Realizarse una prueba de VIH a tiempo puede ayudar a disminuir o controlar los problemas de salud que trae esta enfermedad	149	94,9%
	Realizarse una prueba de VIH puede evitar contagiar a otras personas	142	90,4%
	El uso del condón protege complementamente a las personas de contraer VIH/Sida	105	67,3%
Identificación del VIH-SIDA	Existe una prueba que permite saber si una persona tiene VIH/Sida	152	97,4%
	Los resultados de una prueba de VIH/Sida son confidenciales, es decir, la información sobre la prueba solamente se entrega a la persona que se la realizó	140	89,7%
	La prueba para saber si una persona tiene VIH/Sida no la cubre el seguro (EPS, ARS, SISBEN) y por tanto la debe pagar cada persona	78	51,0%
	Los resultados de una prueba de VIH/Sida son completamente confiables, es decir, las pruebas nunca se equivocan y por tanto no es necesario realizarse una segunda prueba	65	41,9%
	Cuando una persona se contagia de VIH/Sida, la prueba puede detectar que la persona se infectó a los dos días del contacto sexual	49	31,8%

Tema	Conocimientos	No.	%
Conocimiento sobre el tratamiento	Las personas con VIH/Sida que reciben un tratamiento pueden mejorar sus condiciones de salud y vivir durante más tiempo.	149	94,9%
	No existe ningún tratamiento para los problemas de salud que genera el VIH/Sida	126	81,3%
	El VIH/Sida se puede curar siempre y cuando las personas realicen los tratamientos adecuados	54	34,8%
	Existe una vacuna que permite prevenir el contagio de VIH/Sida	29	18,7%

Tratamiento

Llama la atención que el 95% de los encuestados considera que el tratamiento puede mejorar las condiciones de salud de las personas viviendo con VIH, al contrario el 18,7% es decir una de cada cinco personas encuestadas cree que existe una vacuna que previene el contagio de VIH-SIDA.

Actitudes frente al VIH/SIDA

Prueba de VIH

El 96,8% de los encuestados que las personas que saben que tienen VIH pueden acceder más oportunamente a tratamiento y esto puede ayudar a mejorar sus condiciones de vida y de salud, igualmente ocho de cada diez personas considera que hacerse la prueba de VIH podría disminuir el contagio. Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente a la prueba de VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Actitudes frente al VIH-SIDA		No.	%
Actitudes frente a la prueba de VIH	Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida pueden empezar un tratamiento que les ayude a tener unas buenas condiciones de vida y de salud	152	96,8%
	Si las personas se realizaran la prueba de VIH/Sida no existirían tantos contagios	125	79,1%
	Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida se enferman más que aquellas que tienen VIH/Sida y no lo saben	91	59,1%
	Dado que el VIH/Sida no se puede curar, no vale la pena hacerse una prueba, pues de todas maneras la persona que está contagiada se va a morir	90	57,7%
	Es mejor no hacerse la prueba de VIH/Sida, pues muchas veces los médicos se equivocan y dan resultados falsos	61	39,1%
	Es mejor tener VIH/Sida sin darse cuenta que tener VIH/Sida y saberlo	57	36,8%
	Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si tengo una sospecha de que estoy infectado	48	30,8%

Creencias sobre el VIH

Se observa una actitud que expresa retaliación frente al contagio con VIH, dado que una de cada cinco personas encuestadas consideran que si una persona es contagiada de VIH debería hacer justicia por su propia mano contagiando a otras personas para sentirse mejor, el 38% considera que el culpable del contagio es de la persona que transmitió la enfermedad y el 86% consideran que las personas contagiadas de VIH tienen una necesidad de atención especial que se debe tener desde el momento de ser notificados de la enfermedad. Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

	Actitudes frente al VIH-SIDA	No.	%
Actitudes frente al contagio	Cuando una persona resulta contagiada, debería recibir una atención especial	130	86,1 %
	Cuando una persona queda contagiada de VIH/Sida, la culpa es de la persona que lo contagió	58	37,9 %
	Una persona contagiada de VIH/Sida debería contagiar a otras personas para hacer justicia y para sentirse mejor	31	19,9%
Actitudes frente a las personas viviendo con VIH	Las personas con VIH/Sida son personas normales y merecen ser aceptadas por los demás	138	92,0%
	Las personas con VIH/Sida son rechazadas y despreciadas por los demás	124	83,8%
	Una persona con VIH/Sida debería evitar tener relaciones sexuales con otras personas para no transmitir la enfermedad	119	79,3%
	Las personas con VIH/Sida han tenido siempre una vida sexual desordenada, y usualmente tienen varios compañeros sexuales	98	65,3%
	Tener VIH/Sida es motivo de vergüenza	54	36,0%
	Una persona con VIH/Sida debe permanecer aislada, pues es un peligro para los demás	48	31,8%

Actitudes frente al sistema de prevención y el ejercicio de la prostitución

Se investigó en la comunidad sobre la actitud que tienen frente al ejercicio de la prostitución y el riesgo de contagio por VIH/SIDA, donde el 82% de los encuestados considera que la prostitución es una causa importante de VIH y en igual porcentaje opina que debería evitarse por motivos de salud.

El 72,2% de la comunidad encuestada considera que existen buenas campañas para prevenir el contagio y el 67,6% que las instituciones de salud prestan una buena atención a las personas que tienen VIH/SIDA, en similar proporción 66,7%% consideran saber dónde pueden ser atendidos en caso de tener sospechas de VIH. Tabla 12.

Tabla 12. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

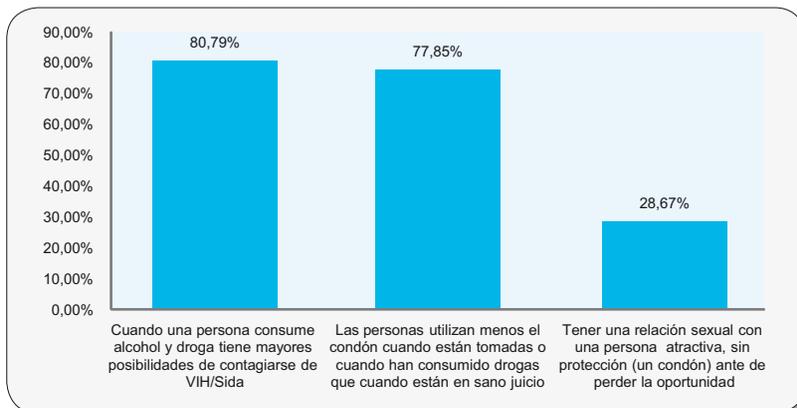
Actitudes frente al sistema de prevención y control		No.	%
Actitudes frente a los sistemas de prevención	La prostitución debería evitarse por motivos de salud, para prevenir que muchas personas sean contagiadas con enfermedades de transmisión sexual	123	82,6
	La prostitución es una causa importante para el contagio de VIH/Sida	123	82,0
	Pienso que existen buenas campañas para prevenir el contagio de VIH/Sida	109	72,2
	Creo que las instituciones de salud prestan una buena atención a las personas que tienen VIH/Sida	100	67,6
	Cuando las personas tienen dudas de estar infectadas de VIH/Sida o cuando están infectadas, saben dónde pueden acudir para recibir servicios de salud	100	66,7
	Hablar con la pareja sobre temas relacionados con el VIH/Sida es señal de desconfianza	60	39,7
	Pienso que usar condón es un acto de desconfianza con la pareja	49	32,7

Prácticas frente al VIH/SIDA

Prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA

En relación a las prácticas de riesgo de VIH/SIDA, el 81% de la comunidad encuestada refiere un mayor riesgo de contagio cuando las personas están bajo los efectos del alcohol y las drogas, y el 78% considera que el estar bajo estos efectos, podrían influir en tener conductas sexuales inseguras como es el no utilizar o utilizar menos el preservativo, y como conducta de riesgo importante se encontró que una de cada cuatro personas encuestados en promedio tendrían relaciones sexuales sin protección si una persona le resulta atractiva y tiene la oportunidad de estar con ella. Gráfico 30.

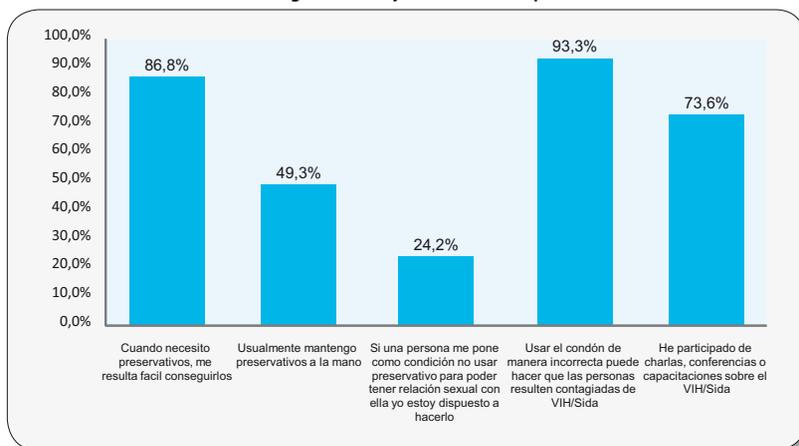
Gráfico 30. Distribución de la población comunidad encuestada según prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Acciones preventivas

Con respecto a las acciones preventivas que practica la población encuestada se evaluó el acceso a los preservativos, donde el 86,8% de los encuestados manifiestan conseguir fácilmente preservativos en caso de necesitarlos, una de cada dos personas encuestadas refiere mantener preservativos disponibles y una de cada cuatro manifiesta que estarían dispuestos a no usar preservativos si se lo ponen como condición para tener relaciones sexuales, resultado que manifiesta conductas de riesgo de una proporción de la población encuestada. De otro lado, llama la atención que tres de cada cuatro personas entrevistadas han asistido a conferencias o capacitaciones sobre el SIDA y que el 93,3% de los encuestados son conscientes de que el uso incorrecto del preservativo puede aumentar la probabilidad de contagio de VIH/SIDA. Gráfico 31.

Gráfico 31. Distribución de la comunidad encuestada según acciones preventivas en VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

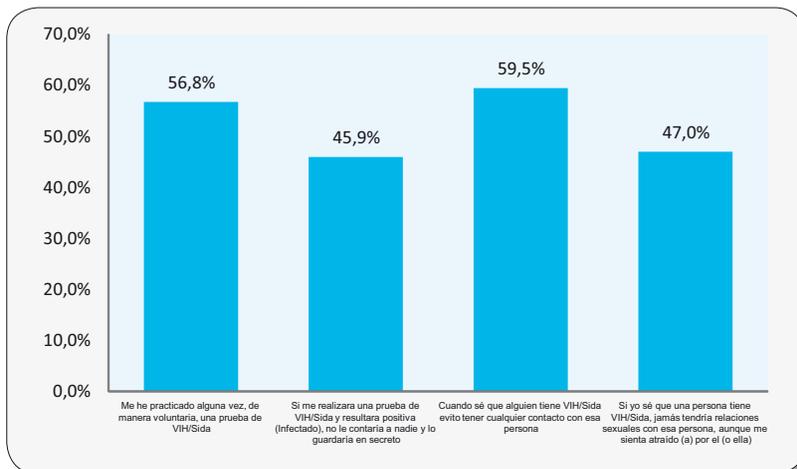


Prácticas que incrementan el riesgo de VIH/SIDA

El 60% de los encuestados manifiesta que cuando sabe que una persona tiene VIH/SIDA evita tener cualquier contacto con esa persona y el 47% manifiesta que no tendría relaciones sexuales con esta persona aunque se sienta atraído por ella.

El 46% de los encuestados consideran que en caso de que la prueba resultase positiva no le contaría a nadie y guardaría esta información en secreto. Gráfico 32.

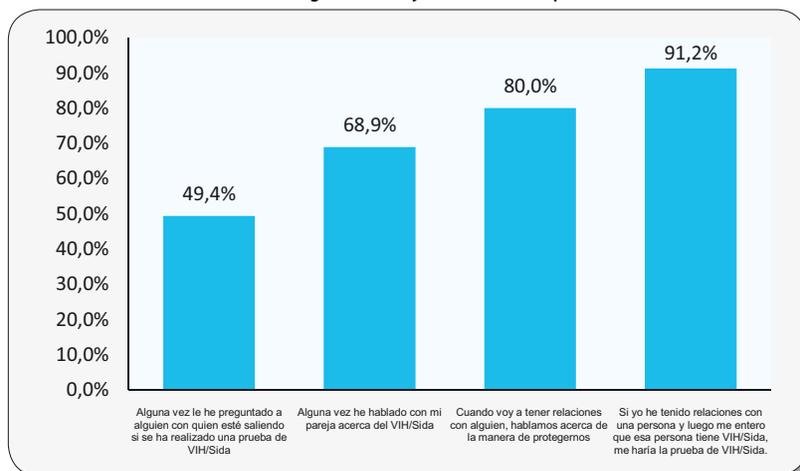
Gráfico 32. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



Comunicación en torno al VIH/SIDA

En último lugar, se indagó a la población encuestada sobre la comunicación con la pareja acerca del VIH/SIDA, uno de cada dos manifiesta alguna vez haber preguntado a la pareja o a la persona con quien está saliendo si se ha realizado una prueba de VIH, el 69% manifiesta haber alguna vez hablado con su pareja acerca de VIH/SIDA, ocho de cada diez manifiesta que cuando va a tener relaciones sexuales, habla con su pareja de la manera de protegerse y el 91% manifiesta que en caso de enterarse de que una persona con la que tuvo relaciones sexuales tiene VIH/SIDA, se realizaría una prueba de VIH. Gráfico 33.

Gráfico 33. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009



6.3 Comparación de resultados

A continuación se presenta una comparación de los resultados obtenidos en las dos poblaciones, aclarando que al ser muestras tomadas a conveniencia, no se podría generalizar los resultados a todos los desmovilizados ni tampoco a la comunidad en general.

Fueron analizadas las respuestas positivas a las preguntas realizadas, encontrando que en 27 de los 60 ítem evaluados en conocimientos, actitudes y prácticas, tenían diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en las proporciones de afirmaciones en las que estaban de acuerdo los entrevistados con dicho enunciado.

Formas de transmisión

En el 88%(8/9) de las preguntas realizadas en el tema de formas de transmisión del VIH, se encontraron diferencias en las dos poblaciones (DDR-Comunidad), siendo mejor los conocimientos en la población encuestada y categorizada como comunidad.

Las preguntas que reportaron mayores diferencias fueron: el contacto con sudor o saliva de personas infectadas (42% vs. 24,3%)

y el utilizar un sanitario o ducha que ha sido usado por una persona infectada (43% vs. 25.7%), las personas desmovilizadas tienen desconocimiento sobre estos tipos de contagio. Gráfico 34.

Existe una proporción importante de desmovilizados encuestados que tienen conocimientos inadecuados con respecto a otras formas de contagio, puesto que el 67% cree que el VIH se puede transmitir a través de la picadura de mosquitos, comparado con un 43,7% de la comunidad; el 18% considera que el utilizar jeringas o cuchillas que ya han sido utilizadas por personas infectadas, no es una forma de transmisión, comparado con un 2% de la comunidad que tiene este mismo conocimiento erróneo.

Gráfico 34. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

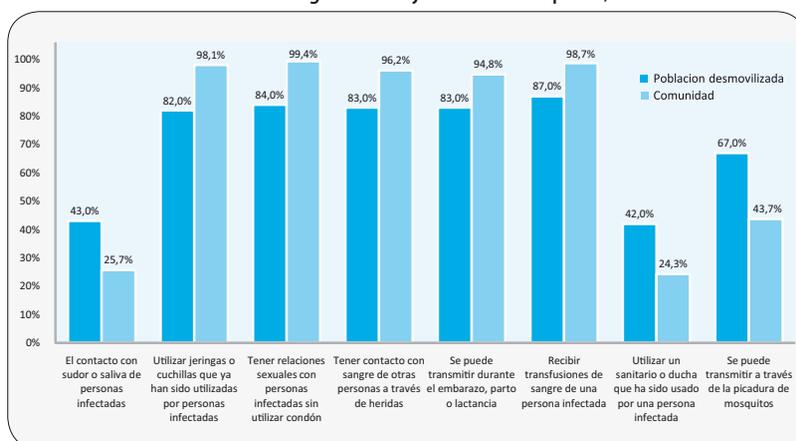


Tabla 13. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Formas de Transmisión	Población desmovilizada	Comunidad	RP	IC		valor de p
El contacto con sudor o saliva de personas infectadas	43,0%	25,7%	1,83			0,00
Utilizar jeringas o cuchillas que ya han sido utilizadas por personas infectadas	82,0%	98,1%	0,83	0,78	0,89	0,00
Tener relaciones sexuales con personas infectadas sin utilizar condón	84,0%	99,4%	0,85	0,8	0,89	0,00
Tener contacto con sangre de otras personas a través de heridas	83,0%	96,2%	0,86	0,81	0,92	0,00
Se puede transmitir durante el embarazo, parto o lactancia	83,0%	94,8%	0,87	0,81	0,93	0,00
Recibir transfusiones de sangre de una persona infectada	87,0%	98,7%	0,88	0,84	0,92	0,00
Utilizar un sanitario o ducha que ha sido usado por una persona infectada	42,0%	24,3%	1,73	0,95	3,17	0,05
Se puede transmitir a través de la picadura de mosquitos	67,0%	43,7%	1,52	1,14	2,03	0,00

Actitudes

Con respecto a las actitudes, el 69,0% de los desmovilizados tendrían relaciones y hablarían de la manera de protegerse, comparado con un 80% de la comunidad que haría lo mismo, encontrando diferencias estadísticamente significativas en las proporciones. ($p= 0.02$).

Con referencia a la prueba de VIH, 6 de cada 10 desmovilizados en promedio consideran que es mejor no hacerse una prueba de VIH, comparado con 4 de cada 10 personas de la comunidad. Siendo mucha mayor la diferencia a la pregunta si se haría la prueba al enterarse de que esa persona tenía VIH (91,2% de la comunidad versus el 48% de la población desmovilizada).

Entre las prácticas que hacen que la población aumente o disminuya el riesgo de contagio de VIH/SIDA se encuentra que 7 de cada

10 personas de la comunidad se practicaría la prueba de VIH-SIDA, comparada con 5 de cada 10 personas desmovilizadas.

Por otra parte, dos de cada tres personas encuestadas se ha practicado alguna vez de manera voluntaria una prueba de VIH pero el 58% de los encuestados consideran que en caso de que la prueba resultase positiva no le contaría a nadie y guardaría esta información en secreto.

Gráfico 35. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

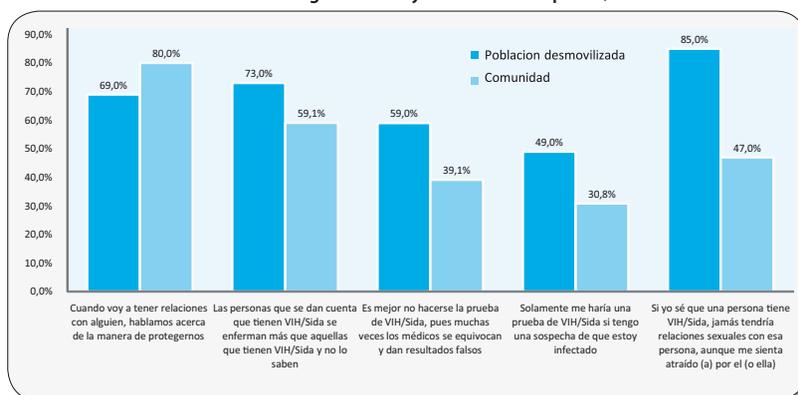


Tabla 14. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Respuesta positiva a las siguientes preguntas	Población desmovilizada	Comunidad	RP	IC	valor de p
Cuando voy a tener relaciones con alguien, hablamos acerca de la manera de protegernos	69,0%	80,0%	0,86	0,76 0,97	0,02
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida se enferman más que aquellas que tienen VIH/Sida y no lo saben	73,0%	59,1%	1,24	1,03 1,49	0,01
Es mejor no hacerse la prueba de VIH/Sida, pues muchas veces los médicos se equivocan y dan resultados falsos	59,0%	39,1%	1,5	1,07 2,09	0,01

Respuesta positiva a las siguientes preguntas	Población desmovilizada	Comunidad	RP	IC	valor de p	
Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si tengo una sospecha de que estoy infectado	49,0%	30,8%	1,56	0,99	2,44	0,04
Si yo sé que una persona tiene VIH/Sida, jamás tendría relaciones sexuales con esa persona, aunque me sienta atraído (a) por el (o ella)	85,0%	47,0%	1,81	1,4	2,33	0,00

Prácticas

En cuanto a las prácticas para la prevención del VIH/SIDA en la población desmovilizada encuestada, el 48% considera que se haría la prueba de VIH/Sida, si hubiese tenido relaciones con una persona y luego se enterara que esa persona tiene VIH/Sida, comparado con 91,2% de la comunidad que tendría la misma conducta.

Gráfico 36. Distribución de la comunidad encuestada según prácticas relacionadas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

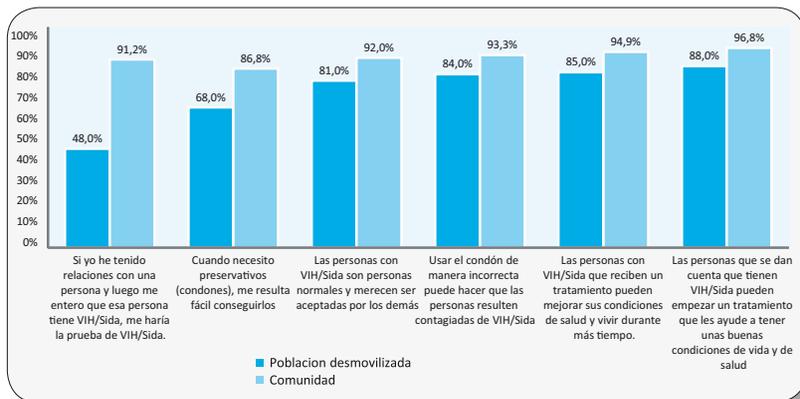


Tabla 15. Distribución de la comunidad encuestada según actitudes frente al contagio y personas con VIH/SIDA. Región del Bajo Cauca Antioqueño, 2009

Respuesta positiva a las siguientes preguntas..	Población desmovilizada	Comunidad	RP	IC	valor de p	
Si yo he tenido relaciones con una persona y luego me entero que esa persona tiene VIH/Sida, me haría la prueba de VIH/Sida.	48,0%	91,2%	0,53	0,44	0,63	0,00
Cuando necesito preservativos (condones), me resulta fácil conseguirlos	68,0%	86,8%	0,79	0,7	0,88	0,00
Las personas con VIH/Sida son personas normales y merecen ser aceptadas por los demás	81,0%	92,0%	0,87	0,81	0,95	0,00
Usar el condón de manera incorrecta puede hacer que las personas resulten contagiadas de VIH/Sida	84,0%	93,3%	0,89	0,83	0,96	0,00
Las personas con VIH/Sida que reciben un tratamiento pueden mejorar sus condiciones de salud y vivir durante más tiempo.	85,0%	94,9%	0,9	0,85	0,96	0,00
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida pueden empezar un tratamiento que les ayude a tener unas buenas condiciones de vida y de salud	88,0%	96,8%	0,91	0,86	0,96	0,00

7. DISCUSIÓN

A comparación de la población colombiana que reporta una prevalencia de VIH en población general menor de 1%³⁷; en la presente investigación se reportó una prevalencia de 0,69% en población desmovilizada y de 0,58% en la comunidad encuestada.

En el país se ha reconocido una epidemia concentrada, en grupos de alta vulnerabilidad como trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, registrando además factores socioeconómicos como la pobreza, el desplazamiento interno, la marginalidad y la desigualdad de género como condicionantes en el comportamiento de este evento³⁸. En la presente investigación no se identificó la población de desmovilizados y la comunidad del Bajo Cauca como población de alto riesgo, aunque es necesario seguir haciendo seguimiento y reforzando las acciones de educación y prevención.

Los tres casos positivos detectados en la investigación fueron del régimen subsidiado, similar a lo reportado en el Estudio Nacional Centinela de VIH de 2004, en el que se mostró una relación directa entre los individuos positivos y la pertenencia al régimen de afiliación subsidiado, evidenciando la relación entre pobreza y vulnerabilidad ante la infección por VIH. Se encontró también una mayor prevalencia de infección en hombres con respecto a mujeres³⁹.

En relación con otras regiones del país donde se han practicado estudios similares, los resultados del estudio muestran que los desmovilizados tenían mayor desinformación sobre las vías de transmisión del VIH y los modos de protegerse del virus; igual situación a la observada en un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizado con jóvenes en Cali donde se encontraron vacíos en los conocimientos sobre las formas de contagio y las formas de evitar el contagio de VIH-SIDA entre los participantes de este estudio⁴⁰.

El 46% de la población desmovilizada encuestada considera que el tener SIDA es motivo de vergüenza y el 83% considera que las personas con VIH son rechazadas y despreciadas por los demás, comparado con un 81% de los encuestados que aceptan a las personas VIH positivas; llamando la atención que el 45% de los encuestados creen que las personas con VIH constituyen un riesgo para los demás; igualmente las personas con SIDA generan dudas sobre su vida sexual, expresado por el 70% de la población que refiere que las personas con SIDA han tenido siempre una vida sexual desordenada y usualmente son infieles. Al contrario en un estudio sobre estudiantes universitarios se reportó una buena percepción del riesgo de contraer la infección por el VIH, aceptando que cualquier persona puede llegar a infectarse y ésta se acompaña de una actitud de apoyo hacia las personas que padecen la enfermedad, lo cual es coherente con su actitud positiva hacia la prevención de la enfermedad, mediante el uso del condón en todas las relaciones sexuales⁴¹

Con respecto a las prácticas de riesgo de VIH/SIDA, el 79% de la población desmovilizada encuestada refiere un mayor riesgo de contagio cuando las personas están bajo los efectos del alcohol y las drogas, y el 75% considera que el estar bajo estos efectos, podrían influir en tener conductas sexuales inseguras como es el no utilizar o utilizar menos el preservativo, y como conducta de riesgo importante se encontró que el 41% de los desmovilizados encuestados opinan que tendrían relaciones sexuales sin protección si una persona le resulta atractiva y tiene la oportunidad de estar con ella. De igual manera se han hallado resultados que identifican niveles adecuados de conocimientos sobre la transmisión del VIH pero alta frecuencia de prácticas riesgosas para adquirir la infección por VIH⁴²

El 84% de los desmovilizados son conscientes de que el uso incorrecto del preservativo puede aumentar la probabilidad de contagio de VIH/SIDA, esta proporción es similar a la encontrada en jóvenes del departamento de Santander, donde el 83.6% de los participantes identificó como una medida de prevención el tener una pareja sexual única y el 77.3% el uso del preservativo.⁴³

En un estudio sobre factores de riesgo de infección por VIH /sida y otras ITS, asociados a conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarios, encontraron que el 99% de los encuestados respondió que existe la posibilidad de infectarse al usar una jeringa usada por otra persona y el 98% consideró que una persona que se vea saludable puede tener VIH. El 94.3% refirió que una mujer embarazada que esté infectada puede transmitir el virus a su bebé⁴⁴. Estas proporciones de respuestas positivas son menores en los desmovilizados encuestados, por lo que se requiere fortalecer los procesos educativos y de prevención en esta población, reconociendo las diferencias socioculturales y la heterogeneidad de la población del país para el diseño y orientación de nuevas estrategias⁴⁵.

Estas orientaciones deben retomarse para el diseño de programas específicos, análisis que se concluye también en una investigación cualitativa etnográfica en población desplazada de Soacha, donde se identificó que la información sobre salud está cruzada por las creencias populares y que el arraigo a estas tradiciones y creencias lo cual hace difícil el abordar de temas de la sexualidad, la asistencia en salud y la prevención, este estudio recomienda que los equipos de salud se aproximen más a las comunidades, conociendo sus semánticas particulares, apropiándose de ellas y dándoles uso en la consulta y en los materiales de soporte⁴⁶, estos elementos deben ser analizados como variables de contexto que deben ser investigadas para lograr mejores resultados en las intervenciones.

La realidad es que a falta de un tratamiento eficaz, el cambio voluntario de comportamiento es la única arma de la que hoy disponemos en la lucha contra el VIH Sida. Por otra parte, conseguir un cambio de conducta es siempre difícil, incluso bajo las mejores condiciones. Es por ello que necesitamos disecar intervenciones que incorporen el máximo de recursos disponibles con el fin de facilitar la consecución de los objetivos establecidos y en ello, la educación supone un arma estratégica que debe adaptarse a las particulares características de las poblaciones⁴⁷.

Las relaciones sexuales entre hombres también son el principal factor de transmisión del VIH en Colombia, donde se ha observado recientemente una prevalencia del 10-18% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varias ciudades de Colombia⁴⁸, en el presente estudio no fue consultada la variable sobre orientación sexual para no generar mayor estigmatización sobre la población.

Otra limitación de la presente investigación fue la selección de la muestra no probabilística; los estudios sobre comportamientos socialmente estigmatizados tienen especiales dificultades, tanto para conseguir muestras representativas como para que los comportamientos no se oculten en la encuesta. Esta situación obliga a evaluar de forma muy crítica la representatividad de las muestras utilizadas así como la validez de la información obtenida⁴⁹. Situación que no fue ajena a la selección de la muestra obtenida.

Esta investigación se reconoce como un primer acercamiento a la población desmovilizada de esta región del país y como un insumo importante para futuros procesos de reintegración, donde es necesario seguir teniendo como prioridad a esta población sin generar mayores estigmas y señalamientos de los que generan las enfermedades de transmisión sexual y especialmente el VIH-SIDA.

8. CONCLUSIONES

Los conocimientos, actitudes y prácticas se determinaron de una muestra a conveniencia de 323 personas desmovilizadas de 19 a 52 años de edad identificados por la Alta Consejería para la Reintegración –ACR- y de su centro de servicios en Bajo Cauca, con una participación del 66% (488) de esta población.

Los 165 participantes de la comunidad fueron seleccionados a través de un muestreo a conveniencia utilizando la técnica de bola de nieve; fueron tomadas 172 muestras para determinación de anticuerpos de VIH en la comunidad; para un total de 495 muestras tomadas en las dos poblaciones.

La población desmovilizada encuestada tenía un promedio de edad de 32,5 años, un 50% de ellos con 34 años o menos; y un 75% de la población con 37 años o menos; el 74,0% (239) de la población desmovilizada encuestada correspondían a personas de sexo masculino y el 24,8% (80) a personas de sexo femenino. La razón de masculinidad encontrada en la población desmovilizada encuestada fue de 3:1, es decir, se encuestaron tres hombres desmovilizados por cada mujer desmovilizada.

Con respecto a la comunidad, la población tenía un promedio de edad de 29 años, un 50% de ellos con 26 años o menos; y un 75% de la población con 38 años o menos; el 40% (66) de la comunidad encuestada correspondían a personas de sexo masculino y el 57% (94) a personas de sexo femenino; el 3,0% (5) de los encuestados no respondieron a esta pregunta.

Se encontraron diferencias en la distribución de la población desmovilizada y de la comunidad según la variable de estado civil, para el caso de la población desmovilizada el 67,9% (219) se encontraban en unión libre, para el caso de la comunidad la mayor proporción correspondió a la condición de solteros con un 51,5% (85).

Entre las variables socio-demográficas consultadas se encontraba la escolaridad, las personas del proceso de desmovilización reportaron no haber cursado ningún año escolar. El número promedio de años cursados por el grupo encuestado fue de 5,9 años ($\pm 2,97$ años de escolaridad). Comparado con la comunidad donde el número promedio de años cursados por el grupo encuestado fue de 9.45 años ($\pm 2,66$ años de escolaridad).

La principal ocupación en el grupo de desmovilizados y de la comunidad fue el ser trabajador independiente con un 44,9% (145) y 37,0% (61) respectivamente. Los estudiantes representaron el 20,5% (66) en la población desmovilizada y para la comunidad esta proporción fue del 33,3% (55).

El 73,2% (236) de la población desmovilizada encuestada se encontraba afiliada al Sistema de Seguridad Social el Salud a través del régimen subsidiado, comparado con un 28,5% (47) de la comunidad en este régimen. A diferencia del régimen contributivo donde el 7,1% (23) de los desmovilizados se encontraban afiliados en el régimen contributivo comparado con un 40,6% (67) de personas de la comunidad.

En la comunidad la seroprevalencia de anticuerpos HIV-1 y HIV-2 encontrada en la comunidad de 15 a 57 años encuestada fue de 0,581% (1) [IC 95%: 0,015%-3,197%]. El caso positivo correspondió a una mujer de 32 años de edad residente en el municipio de Nechi. Para el caso de la población desmovilizada la seroprevalencia encontrada fue de 0,619% (2) [IC 95%: 0,075%-2,219%]. Los dos casos positivos correspondieron a dos hombres, uno del municipio de Cáceres y otro residente inicialmente en el municipio de Cauca y luego en la zona rural del municipio de Zaragoza. Todos los casos fueron notificados a través del sistema de vigilancia en salud pública de los municipios y a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Dos de estos casos ya conocían el diagnóstico previamente.

El 65% (210) de la población desmovilizada encuestada considera que tiene toda la información que necesita saber acerca del VIH/SIDA que le permita evitar infectarse, comparado con un 72% (115) de las personas de la comunidad.

9. RECOMENDACIONES

Con respecto a los conocimientos sobre el VIH-SIDA es necesario hacer énfasis sobre las formas de infección, los síntomas y manifestaciones clínica y tratamiento.

Figura 2. Conocimientos sobre VIH-SIDA



Igualmente dentro de los programas de capacitación a la población desmovilizada se debe orientar sobre los siguientes aspectos:

Figura 3. Elementos claves en la capacitación

Conocimientos	Actitudes	Prácticas
<ul style="list-style-type: none"> • La importancia de conocer su diagnóstico • La importancia de hacerse la prueba como mínimo dos veces al año o cuando haya estado en una relación sexual riesgosa • La atención por las instituciones de salud y las rutas de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de mitos, tabúes y creencias sobre el VIH/SIDA • Disminución de niveles de prejuicios hacia las personas infectadas • Responsabilidad de cada persona en el momento de la infección • Las PVVs no son un riesgo para la sociedad o para uno 	<ul style="list-style-type: none"> • Los riesgos que representan las sustancias alucinógenas, facilitando la infección • La importancia del uso de los preservativos en todas las relaciones sexuales • La importancia de conversar con la pareja sobre el VIH/SIDA y métodos de prevención

A continuación se mencionan algunas recomendaciones que pueden orientar la formulación de protocolos para la prevención, promoción y atención del VIH en población que hace parte de DDR:

Dentro de la experiencia de UNICEF⁵⁰, la desmovilización de los niños soldados del Afganistán muestra buenos resultados; al haber incluido a los menores en diversas medidas de apoyo, que comenzaban por la inscripción en una base de datos del programa, con evaluaciones médicas y psicológicas y sesiones informativas sobre prevención del abuso de drogas, posibilidades de reintegración, prevención del VIH/SIDA. Existiendo la posibilidad de que los niños desmovilizados se pudieran realizar una prueba voluntaria del VIH y otras enfermedades transmitidas sexualmente. Se puede considerar generar un protocolo básico de atención en salud a las personas que hacen parte del proceso de Colombia.

Se debe manejar adecuadamente la información generada por los estudios e investigaciones en población vulnerable del conflicto. El diálogo sobre la estigmatización de los combatientes es a menudo el paso preliminar hacia la reunificación familiar y la reintegración. Los medios de comunicación pueden aumentar la conciencia sobre los eventos, pero deben tener cuidado de no perjudicar las oportunidades de una reintegración con éxito (por ejemplo, cuando se informe sobre los índices de prevalencia del VIH, reales o presuntos, entre los desmovilizados)⁵¹.

Para que el proceso colombiano de desarme, desmovilización y reintegración sea completo, es necesario: asegurar que los programas de reintegración incluyen medidas para la prevención de las ITS, las pruebas del VIH, la atención médica y el suministro de fármacos adecuados⁵².

El Programa de Desmovilización y Reintegración de Rwanda ha conseguido avances notables en permitir que miles de ex combatientes regresen a la vida civil productiva; en la segunda fase de este proyecto incluyeron una iniciativa sobre VIH/SIDA para aumentar la conciencia sobre esta enfermedad y proporcionar orientación y capacitación voluntaria a ex combatientes durante el proceso de

desmovilización y reintegración. El proyecto se implementó en estrecha colaboración con los programas vigentes sobre VIH/SIDA para institucionalizar la orientación. Durante la desmovilización, se puso en práctica un protocolo para velar porque todos los ex combatientes recibieran: 1) información sobre la importancia de la prevención y las pruebas, 2) orientación antes de someterse a pruebas, 3) pruebas voluntarias y 4) orientación después de la prueba acerca de los pasos a seguir. Quienes obtenían resultados positivos eran referidos a los programas nacionales para someterse a tratamiento y aquellos con resultados negativos recibían información acerca de cómo prevenir futuras infecciones⁵³.

En resumen la propuesta debe orientar las siguientes acciones que fueron implementados en el presente estudio, luego de realizar la capacitación de funcionarios de salud y de personas de la comunidad en la asesoría pre-prueba y postprueba:

Figura 4. Acciones desarrolladas en la investigación



10. ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN VIH/SIDA EN BAJO CAUCA	
Edad: __ años; Sexo: M F;	
Ocupación: ama de casa ____; estudiante ____; trabajador independiente ____; trabajador dependiente ____;	
durante los últimos 6 meses estuvo buscando empleo; desocupado (no tiene ni busca empleo) ____ otro _____	
Estado civil: soltero_ ; union libre_ ; casado_ ; viudo_ ; separado_ ; otro: ____	
Número de años de estudio: __	
Tipo de afiliación: contributivo_ ; subsidiado_ ; Sisben_ ; otro _____	
Lugar de residencia: Cauca_ Zaragosa_ Cáceres_ Tarazá_ Nechí_ El Bagre	
A continuación se presentan una serie de afirmaciones con las cuales deben informar si están de acuerdo (SI) o están en desacuerdo (NO)	
Creo que tengo toda la información que necesito acerca del VIH/Sida para evitar contagiarme	Si- No
Las personas que quedan infectadas de VIH/Sida es porque no tenían suficiente información sobre esta enfermedad	Si- No
Identifique cuáles de las siguientes situaciones pueden llevar al contagio con VIH/Sida	
El contacto con sudor o saliva de personas infectadas	Si- No
Tener relaciones sexuales con personas infectadas sin utilizar condón	Si- No
Utilizar un sanitario o ducha que ha sido usado por una persona infectada	Si- No
Utilizar jeringas o cuchillas que ya han sido utilizadas por personas infectadas	Si- No
Tener contacto con sangre de otras personas a través de heridas	Si- No
Recibir transfusiones de sangre de una persona infectada	Si- No
Utilizar cucharas, tenedores, platos o vasos que han sido usados por personas infectadas	Si- No
Se puede transmitir durante el embarazo, parto o lactancia	Si- No
Se puede transmitir a través de la picadura de mosquitos	Si- No
Los síntomas del VIH/Sida aparecen a los pocos días de haber sido contagiado	Si- No
Una persona puede llevar varios años contagiado de VIH/Sida sin tener ningún problema de salud	Si- No
Todas las personas infectadas con VIH/Sida se ven pálidas, flacas y demacradas	Si- No

Una persona puede estar infectada de VIH/Sida y tener apariencia saludable	Si- No
Las personas que usan correctamente el condón tienen menores posibilidades de infectarse de VIH/Sida	Si- No
El uso del condón protege completamente a las personas de contraer VIH/Sida	Si- No
Realizarse una prueba de VIH puede evitar contagiar a otras personas	Si- No
Realizarse una prueba de VIH da a tiempo puede ayudar a disminuir o controlar los problemas de salud que trae esta enfermedad	Si- No
Tener conocimientos sobre el VIH/Sida ayuda a prevenir su contagio	Si- No
Existe una prueba que permite saber si una persona tiene VIH/Sida	Si- No
La prueba para saber si una persona tiene VIH/Sida no la cubre el seguro (EPS, ARS, SISBEN) y por tanto la debe pagar cada persona	Si- No
Los resultados de una prueba de VIH/Sida son confidenciales, es decir, la información sobre la prueba solamente se entrega a la persona que se la realizó	Si- No
Los resultados de una prueba de VIH/Sida son completamente confiables, es decir, las pruebas nunca se equivocan y por tanto no es necesario realizarse una segunda prueba	Si- No
Cuando una persona se contagia de VIH/Sida, la prueba puede detectar que la persona se infectó a los dos días del contacto sexual	Si- No
No existe ningún tratamiento para los problemas de salud que genera el VIH/Sida	Si- No
Existe una vacuna que permite prevenir el contagio de VIH/Sida	Si- No
Las personas con VIH/Sida que reciben un tratamiento pueden mejorar sus condiciones de salud y vivir durante más tiempo.	Si- No
El VIH/Sida se puede curar siempre y cuando las personas realicen los tratamientos adecuados	Si- No
Dado que el VIH/Sida no se puede curar, no vale la pena hacerse una prueba, pues de todas maneras la persona que está contagiada se va a morir	Si- No
Es mejor tener VIH/Sida sin darse cuenta que tener VIH/Sida y saberlo	Si- No
Es mejor no hacerse la prueba de VIH/Sida, pues muchas veces los médicos se equivocan y dan resultados falsos	Si- No
Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si me la exigen en un trabajo	Si- No
Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si tengo una sospecha de que estoy infectado	Si- No
Si las personas se realizaran la prueba de VIH/Sida no existirían tantos contagios	Si- No
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida después de realizarse una prueba están condenados a muerte y por tanto no vale la pena vivir	Si- No

Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida se enferman más que aquellas que tienen VIH/Sida y no lo saben	Si- No
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida pueden empezar un tratamiento que les ayude a tener unas buenas condiciones de vida y de salud	Si- No
Una persona contagiada de VIH/Sida debería contagiar a otras personas para hacer justicia y para sentirse mejor	Si- No
Cuando una persona queda contagiada de VIH/Sida, la culpa es de la persona que lo contagió	Si- No
Cuando una persona resulta contagiada de VIH/Sida, debería recibir una atención especial por parte de la familia, de la institución donde trabaja y de las instituciones de salud	Si- No
Tener VIH/Sida es motivo de vergüenza	Si- No
Las personas con VIH/Sida son rechazadas y despreciadas por los demás	Si- No
Las personas con VIH/Sida son personas normales y merecen ser aceptadas por los demás	Si- No
Una persona con VIH/Sida debe permanecer aislada, pues es un peligro para los demás	Si- No
Una persona con VIH/Sida debería evitar tener relaciones sexuales con otras personas para no transmitir la enfermedad	Si- No
Las personas con VIH/Sida han tenido siempre una vida sexual desordenada, y usualmente tienen varios compañeros sexuales	Si- No
Pienso que existen buenas campañas para prevenir el contagio de VIH/Sida	Si- No
Creo que las instituciones de salud prestan una buena atención a las personas que tienen VIH/Sida	Si- No
Cuando las personas tienen dudas de estar infectadas de VIH/Sida o cuando están infectadas, saben dónde pueden acudir para recibir servicios de salud	Si- No
La prostitución es una causa importante para el contagio de VIH/Sida	Si- No
La prostitución debería evitarse por motivos de salud, para prevenir que muchas personas sean contagiadas con enfermedades de transmisión sexual	Si- No
Hablar con la pareja sobre temas relacionados con el VIH/Sida es señal de desconfianza	Si- No
Pienso que usar condón es un acto de desconfianza con la pareja	Si- No
Cuando una persona consume alcohol y droga tiene mayores posibilidades de infectarse de VIH/Sida	Si- No
Las personas utilizan menos el condón cuando están tomadas o cuando han consumido drogas que cuando están en sano juicio	Si- No

Si tengo la posibilidad de tener una relación sexual con una persona que me resulta muy atractiva, pero no tengo a la mano protección (un condón), me arriesgaría a tener relaciones con ella (o con él) antes que perder la oportunidad	Si- No
Cuando necesito preservativos (condones), me resulta fácil conseguirlos	Si- No
Usualmente mantengo preservativos a la mano	Si- No
Si una persona me pone como condición no usar preservativo para poder tener relación sexual con ella yo estoy dispuesto a hacerlo	Si- No
Usar el condón de manera incorrecta puede hacer que las personas resulten contagiadas de VIH/Sida	Si- No
He participado de charlas, conferencias o capacitaciones sobre el VIH/Sida	Si- No
Me he practicado alguna vez, de manera voluntaria, una prueba de VIH/Sida	Si- No
Si me realizara una prueba de VIH/Sida y resultara positiva (Infectado), no le contaría a nadie y lo guardaría en secreto	Si- No
Cuando sé que alguien tiene VIH/Sida evito tener cualquier contacto con esa persona	Si- No
Si yo he tenido relaciones con una persona y luego me entero que esa persona tiene VIH/Sida, me haría la prueba de VIH/Sida.	Si- No
Si yo sé que una persona tiene VIH/Sida, jamás tendría relaciones sexuales con esa persona, aunque me sienta atraído (a) por el (o ella)	Si- No
Alguna vez he hablado con mi pareja acerca del VIH/Sida	Si- No
Alguna vez le he preguntado a alguien con quien esté saliendo si se ha realizado una prueba de VIH/Sida	Si- No
Cuando voy a tener relaciones con alguien, hablamos acerca de la manera de protegernos	Si- No

ANEXO 2. MANUAL TRABAJO DE CAMPO

1. Información del proyecto

ESTUDIO DE PREVALENCIA, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA POBLACION DESMOVLIZADA DE LA REGION DEL BAJO CAUCA, 2009

Introducción

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha definido según la Guía de Atención como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales; resaltando además que la gran mayoría de los pacientes diagnosticados oportunamente, pueden desarrollar su vida sin mayores limitaciones⁵⁴.

Aunque han pasado más de dos décadas desde el primer diagnóstico de SIDA, una vacuna efectiva y accesible contra el VIH permanece como una esperanza distante. Más de 7 600 personas murieron cada día por causas relacionadas con el SIDA en 2005⁵⁵. La pobreza y la violencia estructural, los esfuerzos de prevención insuficientes y la rápida evolución del virus contribuyen a su propagación⁵⁶. Como no existe una vacuna, los programas de prevención del VIH exigen atención continua.

Es por esto que las acciones de mejoramiento de los servicios de salud, deben estar presentes en la gestión de los diferentes actores del sistema de salud, con el propósito de buscar la accesibilidad, la seguridad, la pertinencia y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud sexual, iniciativas como las del programa INTEGRA que buscan utilizar la oferta de asesoría como herramienta universal

en los servicios de salud sexual y reproductiva, mediante estrategias novedosas para promover el disfrute de una vida sexual y reproductiva sana.

A través de las acciones de capacitación se busca ofrecer herramientas de trabajo que faciliten el abordaje eficaz, ágil, concreto y efectivo de las personas, incluyendo la realización de pruebas voluntarias de HIV⁵⁷. De acuerdo a la guía para la prevención y detección de la infección por VIH, la asesoría puede ser entendida como el “conjunto de actividades confidenciales que buscan la adecuada preparación de una persona con respecto a sus conocimientos, prácticas y conductas de riesgo y protección antes y después de la realización de pruebas diagnósticas que le permitan al asesorado la toma de decisiones informadas relacionadas con esas pruebas”.

En el marco del proyecto “Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, con énfasis en VIH y SIDA, dentro de los procesos de reintegración, reparación y reconciliación en Colombia”. Se propone desarrollar los objetivos 4 y 5 consistentes en la capacitación de 15 funcionarios/as de salud en consultaría pre y post prueba y de 40 pares de la comunidad, establecer la seroprevalencia de VIH en la población desmovilizada del Bajo Cauca al igual que determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus de inmunodeficiencia humana.

El proceso incluye una prueba de tamizaje a las 500 personas, esta prueba de detección busca identificar problemas de salud en personas aparentemente sanas; posteriormente se confirma el diagnóstico a través de procedimientos diagnósticos y durante todo este proceso además de identificar aspectos de la conducta sexual, se realizará la asesoría que tendrá las características de tener un enfoque integral, ser confidencial, cumplir con los requerimientos éticos inclusive el consentimiento informado, manteniendo el respeto, coherencia y honestidad con el asesorado, buscando realizar una acción efectiva sin permitir que la estigmatización, los prejuicios y la oposición moral obstaculicen los objetivos en la lucha contra el VIH⁵⁸.

Objetivo general

Determinar la seroprevalencia de VIH en la población desmovilizada identificados por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en la región del Bajo Cauca antioqueño, en el último trimestre de 2009.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales características socio demográficas de la población objeto de estudio.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la población desmovilizada con relación al VIH-SIDA.
- Establecer la seroprevalencia de VIH en la población objeto de estudio.
- Capacitar 15 funcionarios/as de salud en consultaría pre y post prueba en VIH y de 40 pares de la comunidad.

Tipo de estudio

Se realizará un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque empírico analítico, con el cual se obtendrá información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población desmovilizada identificados por la Organización Internacional para las Migraciones en la región del Bajo Cauca antioqueño, al igual que se determinara la seroprevalencia de VIH para el año 2009 en dicha población.

Población de referencia

La población de referencia para el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas será la población desmovilizada registrada en el censo que para su efecto tengan las entidades gubernamentales responsables de la atención de esta población.

Se tendrá como población de referencia para la capacitación: los funcionarios/as de los seis municipios de la región (Cáceres, Caucasia, El Bagre, Nechi, Taraza, Zaragoza) de entidades de salud; y la comunidad en general.

Muestreo

La muestra será seleccionada a conveniencia de acuerdo a los términos de referencia dados por la OIM.

Muestra: Se tomará el universo de la población desmovilizada registrada en el ente gubernamental que los agrupa (Alta Consejería Presidencial Gerencia Bajo Cauca y Zona Norte de Antioquia), estimado en 500 personas.

En caso que el contratante (OIM) determine incluir la comunidad en general en el estudio de seroprevalencia, se tendrá especial cuidado en no realizar inferencia de la muestra a la población, por no cumplir con los criterios de representatividad de estos últimos (la muestra de la comunidad no sería probabilística).

Procesamiento de la información

Se realizará un procesamiento automatizado, el instrumento será diseñado, tabulado y se creará su correspondiente base de datos en TELEFORM. A partir de esta base de datos se exportará la información a otros paquetes como STATA 10.0 y EPI-INFO 3.2 para el análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida de acuerdo al plan de análisis definido.

Plan de análisis

Se realizará análisis univariado en la descripción de las características de la población objeto de estudio, según las variables socio demográficas: sexo, edad, nivel educativo, además se obtendrá la seroprevalencia de VIH y las proporciones de acuerdo a las variables de conocimientos, actitudes y prácticas de la población desmovilizada. Los análisis tendrá la inclusión de un enfoque diferencial en el estudio de la problemática, especialmente étnico y de género.

En el análisis bivariado se obtendrá la presencia de VIH de acuerdo a las variables socio-demográficas incluidas en el estudio, utilizando las pruebas estadísticas Chi cuadrado y t-Student. Se define como nivel de significación estadística el 5%.

Consideraciones éticas

En el desarrollo de este proceso investigativo se tendrán en cuenta los siguientes aspectos éticos por parte de los investigadores:

Se respetará la integridad de las personas entrevistadas, independiente de las creencias, conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH, tanto por los entrevistadores como por los investigadores.

Se informará a los entrevistados los términos de confidencialidad en el consentimiento informado. Se solicitará el consentimiento en forma escrita por parte de la población desmovilizada para la realización de la entrevista y toma de muestra de sangre, según Resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación en seres vivos. de acuerdo al artículo 14 de esta misma resolución se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Además, según la misma Resolución, esta investigación se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, es un estudio prospectivo que empleará el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes diagnóstico, entre los que se consideran: la extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de Salud.

Descripción de los productos

- Capacitación de 15 funcionarios/as de salud en consultaría pre y post prueba en VIH y de 40 pares de la comunidad.
- Entrega de CD con las memorias de la capacitación y documentos guía para la atención del VIH-Sida.
- Modulo de capacitación en plataforma virtual en pagina web de la Universidad CES
- Entrega de un plan de trabajo y herramientas que se utilizarán para el desarrollo de las actividades.

- Informes mensuales entregados en físico, junto con una versión resumida, estos serán presentado en comités técnicos con la OIM.
- Informe final de ejecución financiera de los recursos destinados a la investigación, así como un informe final de las acciones técnicas.
- Divulgación de los resultados en los términos considerados por OIM.

2. Trabajo de campo

Esta etapa se inicia con el proceso de selección de los profesionales y auxiliares de la Región del Bajo Cauca, que pudieran hacer parte de la recolección de información y cumplieran los requisitos de educación, formación y experiencia de trabajo con desmovilizados, se tomo como criterio fundamental el concepto de la Alta Consejería para la Reintegración, en cabeza de Jhon Jairo Posso.

Paralelamente se realizó la construcción del instrumento (grupo focal, método delphi)

Una vez se tenía aprobado la encuesta, se realizó la prueba piloto, con el fin de probar el diseño metodológico, calcular el tiempo de diligenciamiento, ajustar el cronograma del proyecto, actitud requerida de los profesionales y auxiliares y las técnicas más adecuadas para el control de calidad.

El equipo de trabajo dispuso de los siguientes elementos para la realización del trabajo de campo: escarapela de identificación, información institucional, consentimientos informados, encuestas y lapiceros, además de los implementos para la toma de muestra de sangre.

3. Instructivo para el personal que realizó la recolección:

El personal que realizó el trabajo de campo, dispuso de dos días de capacitación previos (6 y 7 de noviembre). En la capacitación realizada, fueron revisados los procedimientos y se realizaron ejercicios

buscando practicar lo aprendido. Esta capacitación debía ser aprovechada para hacer preguntas acerca de cualquier procedimiento para evitar errores en la asesoría y entrevistas reales.

Durante toda la fase de ejecución, fue coordinado por la Epidemióloga Rita Elena Almanza y el resto del equipo de investigadores, para aclarar preguntas y procedimientos, especialmente en los primeros días de recolección de información. Se hizo énfasis en la importancia del control de calidad del dato.

Durante el proceso de recolección se recalco la importancia de tener un conocimiento absoluto del tema, encuestando en privado, interrogando tal cual esta formulado la pregunta en la encuesta. Haciendo las preguntas despacio para asegurarse de que la persona entendiera.

Diligenciar sólo con lápiz negro. No utilizar portaminas. El sistema de lectura automatizado no identificará aquellas encuestas que se diligencien con lápiz.

La persona debe estar segura de su respuesta antes de diligenciar el formulario porque no se pueden borrar las mismas ni hacer círculos ni nada que se le parezca. Los formularios de lectura automática no permiten corregir errores al momento de diligenciarlos con lapicero.

La persona debe marcar con una equis (X) dentro de la casilla que elija como respuesta. Por favor, decirle a las personas que la equis no se salga de la casilla porque el sistema identificará esa respuesta como errónea y no será tenida en cuenta.

En aquellas preguntas en las que se solicitan respuestas numéricas, ambas casillas deben diligenciarse. En caso que la respuesta sea de un solo dígito, debe iniciarse siempre con el número cero (0). Por ejemplo si la respuesta es dos, el persona debe escribir (02); si la respuesta es cinco, el persona debe escribir (05), y así, sucesivamente. Si el persona sólo escribe un dígito, el sistema asumirá automáticamente un cero (0) a la derecha.

Le solicitamos que no utilice ganchos, clips o cualquier otro mecanismo para unir las hojas que componen la encuesta, porque cada hoja tiene un código de barras en la parte superior izquierda, que si pierde su integridad, no puede ser leído posteriormente por el sistema. En el mismo sentido, por favor avisar a los personas que al momento de entregar las encuestas, tampoco hagan dobleces de las hojas en las esquinas tratando de unir las, las hojas deben entregarse de forma independiente, por tal motivo usted debe cerciorarse que cada persona devuelva la hoja que compone el formulario de recolección.

Considerando que esta encuesta será leída en el programa Teleform®, es muy importante tener en cuenta todas estas recomendaciones, con el fin de asegurar la mejor calidad posible en el proceso de recolección de los datos en su institución, para que la información obtenida sea veraz y confiable, y sea de utilidad para ustedes en la toma de decisiones.

El diligenciamiento de la ENCUESTA tiene una duración de 25 a 35 minutos, aproximadamente.

Todo el proceso de recolección de información que incluye: el consentimiento informado, aplicación de la encuesta, asesoría pre prueba y la toma de muestra tiene una duración aproximada de dos horas.

Con respecto a las variables tener en cuenta:

- Edad: escribir los años cumplidos
- Sexo: marcar M. si es Masculino o F si es femenino
- Ocupación: se debe marcar con una X la ocupación que tiene, en caso de tener más de dos ocupaciones, la que ocupa su mayor parte del tiempo
- Estado civil: soltero: sin ninguna relación que viva bajo el mismo techo; Unión libre
- Tipo de afiliación
- Lugar de residencia
- Las demás preguntas deben ser marcada una solo opción siendo SI o NO.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DE PREVALENCIA, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIH. BAJO CAUCA, 2009

Usted está invitado a participar en un estudio que busca determinar los conocimientos y creencias de la población frente al VIH/Sida al igual que la prevalencia de VIH.

Porque se está realizando este estudio?

Los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH, pueden llegar a definir el riesgo que se tenga de contraer dicha infección, este estudio pretende determinar además la prevalencia del VIH, Los estudios de prevalencia permiten determinar la presencia o ausencia de una enfermedad o evento de importancia y de otras variables de interés.

¿Cuál es el propósito?

Establecer la prevalencia de VIH en la población desmovilizada del Bajo Cauca al igual que determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus de inmunodeficiencia humana.

¿Quién realiza el estudio?

Los Doctores:, Dedsy Berbesí, Rita Almanza, Angela Segura y Jaime Ordoñez con el apoyo de la Universidad CES, Alta Consejería para la Reinserción y la Organización Internacional de Migraciones (OIM).

¿Qué tiene que hacer usted?

Una vez haya leído este formato y firmado al final aceptando participar en el estudio un integrante de la investigación le entregará un cuestionario con una serie de preguntas, así como se tomará una muestra de sangre para determinar la prevalencia de VIH.

¿Cómo se realizara el estudio?

El estudio consta de: una asesoría pre prueba para VIH/Sida, toma de muestra de sangre (máximo 10 ml) y la aplicación de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas; el resultado de la prueba en sangre se entregará confidencialmente con la asesoría pos prueba.

¿Cuáles son los posibles riesgos de participar en el estudio?

Esta investigación es clasificada como de riesgo mínimo de acuerdo a la norma colombiana sobre investigación en salud, en este tipo de estudio se incluye: extracción de sangre por punción venosa en adultos y el registro de datos a través de una encuesta. Los pacientes con resultado positivo de la prueba de VIH, tendrán la disponibilidad de tratamiento médico de acuerdo al régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, durante el proceso de investigación se realizará el seguimiento de los pacientes y se gestionará su atención correspondiente.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en el estudio?

Entre los posibles beneficios que busca, este estudio son: mejorar la información sobre los procesos de desmovilización al existir una mayor exposición al riesgo de adquirir el VIH por parte de hombres y mujeres que son o han sido miembros de grupos armados ilegales, para ello es necesario profundizar en los factores que influyen en que haya una mayor exposición al riesgo.

¿Qué información se mantiene confidencial?

La participación en el estudio es completamente anónima para la presentación y análisis de los resultados, siendo la información clínica de importancia para la investigación de conocimiento única y exclusivamente por los investigadores del estudio, al usted firmar este consentimiento estamos adquiriendo un compromiso mutuo de confidencialidad de los datos suministrados. Ningún dato personal será publicado en ninguna revista y los datos suministrados serán para uso exclusivo de los investigadores. Se entregará la información de los pacientes con resultado positivo de acuerdo a la reglamentación de los casos de notificación obligatoria al igual que se iniciará su proceso de seguimiento y tratamiento médico con la entidad de salud correspondiente.

¿Puedo retirarme en cualquier momento?

La participación en este estudio es completamente voluntaria, en caso de aceptar usted está en libertad de retirarse del estudio en cualquier momento, así como su negativa no lleva a ninguna sanción de parte de ninguna entidad que tenga que ver con su atención. Sin embargo, esperamos que al usted incluirse voluntariamente en el estudio termine el proceso de este ya que es importante para nosotros.

Después de haber leído este documento, entendido lo aquí consignado y resuelto sus dudas con los investigadores debe firmar el consentimiento adjunto, autorizando su participación en el estudio.

Yo _____ entiendo de que se trata este estudio, cuáles son sus beneficios y riesgos, como será mi participación en él. Y se me han resuelto todas mis dudas y acepto voluntariamente participar en el estudio, y que se me haga el seguimiento requerido para los fines propuestos en el estudio.

Recibí el compromiso de contar con la consejería pre-test (actividad que será realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba diagnóstica),

también existe el compromiso de recibir una asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Firma de la persona que da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula _____

Ciudad y fecha _____

Firma del investigador: _____

Nombre: _____

Cédula _____

Firma de un testigo: _____

Nombre: _____

Cédula _____

ANEXO 4.

RESULTADOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS POBLACIÓN DESMOVILIZADA

Conocimientos, actitudes y prácticas		Total
Creo que tengo toda la información que necesito acerca del VIH/Sida para evitar contagiarme	Nro	205
	%	65%
Las personas que quedan infectadas de VIH/Sida es porque no tenían suficiente información sobre esta enfermedad	Nro	178
	%	58%
El contacto con sudor o saliva de personas infectadas	Nro	132
	%	43%
Tener relaciones sexuales con personas infectadas sin utilizar condón	Nro	258
	%	84%
Utilizar un sanitario o ducha que ha sido usado por una persona infectada	Nro	128
	%	42%
Utilizar jeringas o cuchillas que ya han sido utilizadas por personas infectadas	Nro	257
	%	82%
Tener contacto con sangre de otras personas a través de heridas	Nro	260
	%	83%
Recibir transfusiones de sangre de una persona infectada	Nro	272
	%	87%
Utilizar cucharas, tenedores, platos o vasos que han sido usados por personas infectadas	Nro	129
	%	42%
Se puede transmitir durante el embarazo, parto o lactancia	Nro	257
	%	83%
Se puede transmitir a través de la picadura de mosquitos	Nro	205
	%	67%
Realizarse una prueba de VIH puede evitar contagiar a otras personas	Nro	264
	%	85%
Realizarse una prueba de VIH da a tiempo puede ayudar a disminuir o controlar los problemas de salud que trae esta enfermedad	Nro	277
	%	89%

Conocimientos, actitudes y prácticas		Total
Los síntomas del VIH/Sida aparecen a los pocos días de haber sido contagiado	Nro	88
	%	28%
Una persona puede llevar varios años contagiado de VIH/Sida sin tener ningún problema de salud	Nro	239
	%	78%
Todas las personas infectadas con VIH/Sida se ven pálidas, flacas y demacradas	Nro	168
	%	55%
El uso del condón protege complementamente a las personas de contraer VIH/Sida	Nro	194
	%	62%
Alguna vez le he preguntado a alguien con quien esté saliendo si se ha realizado una prueba de VIH/Sida	Nro	158
	%	51%
Tener conocimientos sobre el VIH/Sida ayuda a prevenir su contagio	Nro	295
	%	94%
Existe una prueba que permite saber si una persona tiene VIH/Sida	Nro	280
	%	90%
La prueba para saber si una persona tiene VIH/Sida no la cubre el seguro (EPS, ARS, SISBEN) y por tanto la debe pagar cada persona	Nro	179
	%	58%
Los resultados de una prueba de VIH/Sida son confidenciales, es decir, la información sobre la prueba solamente se entrega a la persona que se la realizó	Nro	271
	%	88%
Los resultados de una prueba de VIH/Sida son completamente confiables, es decir, las pruebas nunca se equivocan y por tanto no es necesario realizarse una segunda prueba	Nro	197
	%	64%
Cuando una persona se contagia de VIH/Sida, la prueba puede detectar que la persona se infectó a los dos días del contacto sexual	Nro	108
	%	36%
No existe ningún tratamiento para los problemas de salud que genera el VIH/Sida	Nro	225
	%	75%
Existe una vacuna que permite prevenir el contagio de VIH/Sida	Nro	98
	%	32%
Las personas con VIH/Sida que reciben un tratamiento pueden mejorar sus condiciones de salud y vivir durante más tiempo.	Nro	262
	%	85%
El VIH/Sida se puede curar siempre y cuando las personas realicen los tratamientos adecuados	Nro	139
	%	46%

Conocimientos, actitudes y prácticas		Total
Dado que el VIH/Sida no se puede curar, no vale la pena hacerse una prueba, pues de todas maneras la persona que está contagiada se va a morir	Nro	208
	%	68%
Es mejor tener VIH/Sida sin darse cuenta que tener VIH/Sida y saberlo	Nro	153
	%	51%
Es mejor no hacerse la prueba de VIH/Sida, pues muchas veces los médicos se equivocan y dan resultados falsos	Nro	180
	%	59%
Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si me la exigen en un trabajo	Nro	111
	%	37%
Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si tengo una sospecha de que estoy infectado	Nro	146
	%	49%
Si las personas se realizaran la prueba de VIH/Sida no existirían tantos contagios	Nro	250
	%	83%
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida después de realizarse una prueba están condenados a muerte y por tanto no vale la pena vivir	Nro	155
	%	51%
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida se enferman más que aquellas que tienen VIH/Sida y no lo saben	Nro	222
	%	73%
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida pueden empezar un tratamiento que les ayude a tener unas buenas condiciones de vida y de salud	Nro	274
	%	88%
Una persona contagiada de VIH/Sida debería contagiar a otras personas para hacer justicia y para sentirse mejor	Nro	65
	%	21%
Cuando una persona queda contagiada de VIH/Sida, la culpa es de la persona que lo contagió	Nro	135
	%	44%
Una persona con VIH/Sida debería evitar tener relaciones sexuales con otras personas para no transmitir la enfermedad	Nro	228
	%	76%
Las personas con VIH/Sida han tenido siempre una vida sexual desordenada, y usualmente tienen varios compañeros sexuales	Nro	208
	%	70%
Cuando una persona resulta contagiada de VIH/Sida, debería recibir una atención especial	Nro	269
	%	89%
Tener VIH/Sida es motivo de vergüenza	Nro	136
	%	46%

Conocimientos, actitudes y prácticas		Total
Las personas con VIH/Sida son rechazadas y despreciadas por los demás	Nro	244
	%	83%
Las personas con VIH/Sida son personas normales y merecen ser aceptadas por los demás	Nro	240
	%	81%
Una persona con VIH/Sida debe permanecer aislada, pues es un peligro para los demás	Nro	132
	%	45%
Pienso que existen buenas campañas para prevenir el contagio de VIH/Sida	Nro	234
	%	78%
Creo que las instituciones de salud prestan una buena atención a las personas que tienen VIH/Sida	Nro	190
	%	64%
Cuando las personas tienen dudas de estar infectadas de VIH/Sida o cuando están infectadas, saben dónde pueden acudir para recibir servicios de salud	Nro	207
	%	70%
La prostitución es una causa importante para el contagio de VIH/Sida	Nro	254
	%	85%
La prostitución debería evitarse por motivos de salud, para prevenir que muchas personas sean contagiadas con enfermedades de transmisión sexual	Nro	235
	%	79%
Hablar con la pareja sobre temas relacionados con el VIH/Sida es señal de desconfianza	Nro	141
	%	48%
Pienso que usar condón es un acto de desconfianza con la pareja	Nro	132
	%	45%
Cuando una persona consume alcohol y droga tiene mayores posibilidades de infectarse de VIH/Sida	Nro	234
	%	79%
Las personas utilizan menos el condón cuando están tomadas o cuando han consumido drogas que cuando están en sano juicio	Nro	223
	%	75%
Si tengo la posibilidad de tener una relación sexual con una persona que me resulta muy atractiva, pero no tengo a la mano protección (un condón), me arriesgaría a tener relaciones con ella (o con él) antes que perder la oportunidad	Nro	124
	%	41%
Cuando necesito preservativos (condones), me resulta fácil conseguirlos	Nro	204
	%	68%
Usualmente mantengo preservativos a la mano	Nro	166
	%	56%

Conocimientos, actitudes y prácticas		Total
Si una persona me pone como condición no usar preservativo para poder tener relación sexual con ella yo estoy dispuesto a hacerlo	Nro	114
	%	39%
Usar el condón de manera incorrecta puede hacer que las personas resulten contagiadas de VIH/Sida	Nro	248
	%	84%
Me he practicado alguna vez, de manera voluntaria, una prueba de VIH/Sida	Nro	192
	%	65%
Si me realizara una prueba de VIH/Sida y resultara positiva (Infectado), no le contaría a nadie y lo guardaría en secreto	Nro	172
	%	58%
Cuando sé que alguien tiene VIH/Sida evito tener cualquier contacto con esa persona	Nro	185
	%	62%
Si yo sé que una persona tiene VIH/Sida, jamás tendría relaciones sexuales con esa persona, aunque me sienta atraído (a) por el (o ella)	Nro	144
	%	48%
Alguna vez he hablado con mi pareja acerca del VIH/Sida	Nro	201
	%	67%
Cuando voy a tener relaciones con alguien, hablamos acerca de la manera de protegernos	Nro	213
	%	69%
Si yo he tenido relaciones con una persona y luego me entero que esa persona tiene VIH/Sida, me haría la prueba de VIH/Sida.	Nro	255
	%	85%
He participado de charlas, conferencias o capacitaciones sobre el VIH/Sida	Nro	218
	%	75%

ANEXO 5.

RESULTADOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN COMUNIDAD

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH	Respuestas positivas	
	Nro	%
Creo que tengo toda la información que necesito acerca del VIH/Sida para evitar contagiarme	205	65%
Las personas que quedan infectadas de VIH/Sida es porque no tenían suficiente información sobre esta enfermedad	178	58%
IDENTIFICACIÓN FORMA DE CONTAGIO		
El contacto con sudor o saliva de personas infectadas	132	43%
Tener relaciones sexuales con personas infectadas sin utilizar condón	258	84%
Utilizar un sanitario o ducha que ha sido usado por una persona infectada	128	42%
Utilizar jeringas o cuchillas que ya han sido utilizadas por personas infectadas	257	82%
Tener contacto con sangre de otras personas a través de heridas	260	83%
Recibir transfusiones de sangre de una persona infectada	272	87%
Utilizar cucharas, tenedores, platos o vasos que han sido usados por personas infectadas	129	42%
Se puede transmitir durante el embarazo, parto o lactancia	257	83%
Se puede transmitir a través de la picadura de mosquitos	205	67%

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH		Respuestas positivas	
MANIFESTACIONES DEL VIH/SIDA			
Los síntomas del VIH/Sida aparecen a los pocos días de haber sido contagiado	Nro	88	
	%	28%	
Una persona puede llevar varios años contagiado de VIH/Sida sin tener ningún problema de salud	Nro	239	
	%	78%	
Todas las personas infectadas con VIH/Sida se ven pálidas, flacas y demacradas	Nro	168	
	%	55%	
FORMAS DE PREVENCIÓN			
El uso del condón protege complementamente a las personas de contraer VIH/Sida	Nro	194	
	%	62%	
Realizarse una prueba de VIH puede evitar contagiar a otras personas	Nro	264	
	%	85%	
Realizarse una prueba de VIH da a tiempo puede ayudar a disminuir o controlar los problemas de salud que trae esta enfermedad	Nro	277	
	%	89%	
Tener conocimientos sobre el VIH/Sida ayuda a prevenir su contagio	Nro	295	
	%	94%	
IDENTIFICACION DEL VIH			
Existe una prueba que permite saber si una persona tiene VIH/Sida	Nro	280	
	%	90%	
La prueba para saber si una persona tiene VIH/Sida no la cubre el seguro (EPS, ARS, SISBEN) y por tanto la debe pagar cada persona	Nro	179	
	%	58%	
Los resultados de una prueba de VIH/Sida son confidenciales, es decir, la información sobre la prueba solamente se entrega a la persona que se la realizó	Nro	271	
	%	88%	
Los resultados de una prueba de VIH/Sida son completamente confiables, es decir, las pruebas nunca se equivocan y por tanto no es necesario realizarse una segunda prueba	Nro	197	
	%	64%	
Cuando una persona se contagia de VIH/Sida, la prueba puede detectar que la persona se infectó a los dos días del contacto sexual	Nro	108	
	%	36%	

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH		Respuestas positivas	
TRATAMIENTO			
No existe ningún tratamiento para los problemas de salud que genera el VIH/Sida	Nro	225	
	%	75%	
Existe una vacuna que permite prevenir el contagio de VIH/Sida	Nro	98	
	%	32%	
Las personas con VIH/Sida que reciben un tratamiento pueden mejorar sus condiciones de salud y vivir durante más tiempo.	Nro	262	
	%	85%	
El VIH/Sida se puede curar siempre y cuando las personas realicen los tratamientos adecuados	Nro	139	
	%	46%	
FRENTE A LA PRUEBA DEL VIH			
Dado que el VIH/Sida no se puede curar, no vale la pena hacerse una prueba, pues de todas maneras la persona que está contagiada se va a morir	Nro	208	
	%	68%	
Es mejor tener VIH/Sida sin darse cuenta que tener VIH/Sida y saberlo	Nro	153	
	%	51%	
Es mejor no hacerse la prueba de VIH/Sida, pues muchas veces los médicos se equivocan y dan resultados falsos	Nro	180	
	%	59%	
Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si me la exigen en un trabajo	Nro	111	
	%	37%	
Solamente me haría una prueba de VIH/Sida si tengo una sospecha de que estoy infectado	Nro	146	
	%	49%	
Si las personas se realizaran la prueba de VIH/Sida no existirían tantos contagios	Nro	250	
	%	83%	
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida después de realizarse una prueba están condenados a muerte y por tanto no vale la pena vivir	Nro	155	
	%	51%	
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida se enferman más que aquellas que tienen VIH/Sida y no lo saben	Nro	222	
	%	73%	
Las personas que se dan cuenta que tienen VIH/Sida pueden empezar un tratamiento que les ayude a tener unas buenas condiciones de vida y de salud	Nro	274	
	%	88%	

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH		Respuestas positivas	
FRENTE AL CONTAGIO			
Una persona contagiada de VIH/Sida debería contagiar a otras personas para hacer justicia y para sentirse mejor	Nro	65	
	%	21%	
Cuando una persona queda contagiada de VIH/Sida, la culpa es de la persona que lo contagió	Nro	135	
	%	44%	
Cuando una persona resulta contagiada de VIH/Sida, debería recibir una atención especial	Nro	269	
	%	89%	
Frente a las personas portadoras de VIH			
Tener VIH/Sida es motivo de vergüenza	Nro	136	
	%	46%	
Las personas con VIH/Sida son rechazadas y despreciadas por los demás	Nro	244	
	%	83%	
Las personas con VIH/Sida son personas normales y merecen ser aceptadas por los demás	Nro	240	
	%	81%	
Una persona con VIH/Sida debe permanecer aislada, pues es un peligro para los demás	Nro	132	
	%	45%	
Una persona con VIH/Sida debería evitar tener relaciones sexuales con otras personas para no transmitir la enfermedad	Nro	228	
	%	76%	
Las personas con VIH/Sida han tenido siempre una vida sexual desordenada, y usualmente tienen varios compañeros sexuales	Nro	208	
	%	70%	
FRENTE A LOS SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN VIH/SIDA			
Pienso que existen buenas campañas para prevenir el contagio de VIH/Sida	Nro	234	
	%	78%	
Creo que las instituciones de salud prestan una buena atención a las personas que tienen VIH/Sida	Nro	190	
	%	64%	
Cuando las personas tienen dudas de estar infectadas de VIH/Sida o cuando están infectadas, saben dónde pueden acudir para recibir servicios de salud	Nro	207	
	%	70%	
PRÁCTICAS			
Cuando una persona consume alcohol y droga tiene mayores posibilidades de infectarse de VIH/Sida	Nro	234	
	%	79%	
Las personas utilizan menos el condón cuando están tomadas o cuando han consumido drogas que cuando están en sano juicio	Nro	223	
	%	75%	

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH	Respuestas positivas	
	Nro	
Si tengo la posibilidad de tener una relación sexual con una persona que me resulta muy atractiva, pero no tengo a la mano protección (un condón), me arriesgaría a tener relaciones con ella (o con él) antes que perder la oportunidad	Nro	124
	%	41%
ACCIONES PREVENTIVAS		
Cuando necesito preservativos (condones), me resulta fácil conseguirlos	Nro	204
	%	68%
Usualmente mantengo preservativos a la mano	Nro	166
	%	56%
Si una persona me pone como condición no usar preservativo para poder tener relación sexual con ella yo estoy dispuesto a hacerlo	Nro	114
	%	39%
La prostitución es una causa importante para el contagio de VIH/Sida	Nro	254
	%	85%
La prostitución debería evitarse por motivos de salud, para prevenir que muchas personas sean contagiadas con enfermedades de transmisión sexual	Nro	235
	%	79%
Hablar con la pareja sobre temas relacionados con el VIH/Sida es señal de desconfianza	Nro	141
	%	48%
Pienso que usar condón es un acto de desconfianza con la pareja	Nro	132
	%	45%
Usar el condón de manera incorrecta puede hacer que las personas resulten contagiadas de VIH/Sida	Nro	248
	%	84%
Me he practicado alguna vez, de manera voluntaria, una prueba de VIH/Sida	Nro	192
	%	65%
Si me realizara una prueba de VIH/Sida y resultara positiva (Infectado), no le contaría a nadie y lo guardaría en secreto	Nro	172
	%	58%
Cuando sé que alguien tiene VIH/Sida evito tener cualquier contacto con esa persona	Nro	185
	%	62%
Si yo sé que una persona tiene VIH/Sida, jamás tendría relaciones sexuales con esa persona, aunque me sienta atraído (a) por el (o ella)	Nro	144
	%	48%
Alguna vez he hablado con mi pareja acerca del VIH/Sida	Nro	201
	%	67%

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH	Respuestas positivas	
	Cuando voy a tener relaciones con alguien, hablamos acerca de la manera de protegernos	Nro
%		69%
Si yo he tenido relaciones con una persona y luego me entero que esa persona tiene VIH/Sida, me haría la prueba de VIH/Sida.	Nro	255
	%	85%
He participado de charlas, conferencias o capacitaciones sobre el VIH/Sida	Nro	218
	%	75%
Alguna vez le he preguntado a alguien con quien esté saliendo si se ha realizado una prueba de VIH/Sida	Nro	158
	%	51%

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Protección Social. Casos de VIH en Colombia. Boletín Epidemiológico de Colombia, 2009.
- 2 Cañellas S, Perez J, Noguer I, Villamil F, García L, Fuente L, et al. Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por vih en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de madrid. Rrv Esp Salud Pública 2000; 74: 25-32.
- 3 Ministerio de la Protección Social y FEDESALUD. Guías para el manejo del VIH/Sida basadas en la evidencia. Bogotá 2006.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia mundial de VIH. 2007
- 5 UNAIDS/WHO. Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report. Geneva: UNAIDS, 2004.
- 6 Underhill K, Operario D, Montgomery P. Programas de abstinencia exclusiva para la prevención de la infección por VIH en países de ingresos altos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia en América latina. 2007.
- 8 UN. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 septiembre 1994. New York: United Nations, 1995.
- 9 UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS/WHO, 2006.
- 10 Farmer P. Infections and inequalities: The modern plagues. Berkeley, CA: University of California Press, 2001.

- 11 Espriella R, Falla J. Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 38 / No. 2 / 2009
- 12 Save the Children. HIV and conflict. A double emergency. London: Save the Children, 2002.
- 13 Smith A. HIV/AIDS and emergencies: analysis and recommendations for practice. *Network HPN Paper* 2002; 38: 1-33.
- 14 Salama P, Dondero TJ. HIV surveillance in complex emergencies. *AIDS* 2001; 15(suppl 3): S4-12.
- 15 McGinn T, Purdin S, Krause S, Jones R. Forced migration and transmission of HIV and other sexually transmitted diseases: policy and programmatic responses. San Francisco: UCSF Center for HIV Information, 2001.
- 16 Carballo M, Solby S. HIV/AIDS, conflicto and reconstruction in sub-Saharan Africa. Durban, 2001. [Internet] Disponible en: http://www.certi.org/publications/AIDS_symp/pub/carb.PDF Consultado en enero de 2010.
- 17 Hankins CA, Friedman SR, Zafar T, Strathdee SA. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infection in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS* 2002; 16: 2245-52.
- 18 Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters* 2004; 28: 322-39.
- 19 Mokc NB, Duale S, Brown LF, Mathys E, O'Maonaigh HC, Abul-Husn NK, Elliott S. Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emer Themes Epidemiol* 2004; 1: 6-21.
- 20 Allen T. AIDS and evidence: interrogating some Ugandan myths. *J Biosoc Sci* 2006; 38: 7-28.
- 21 Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D, Schilperoord M. Prevalence of HIV infection in conflict-affected

- and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet* 2007; 369 (9580): 2187-95.
- 22 UNAIDS. Joint UN programme on HIV/AIDS. UNAIDS/WHO global HIV/AIDS online database. [Internet] Disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/> Consultado en enero de 2010.
 - 23 Asamoah-Odei E, Calleja J, Boerma J. HIV prevalence and trends in Sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet* 2004; 364:35-40.
 - 24 WHO. HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region. 2005 Update. [Internet] Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/hivinafrica2005e_web.pdf Consultado en enero de 2010.
 - 25 Ghys PD, Kufa E, Georfe MV. Measuring trends in prevalence and incidence of HIV infection in countries with generalized epidemics. *Sex Transm Infect* 2006; 82 (suppl 1): 52-6.
 - 26 Mulanga-Kabeya C, Nzilambi N, Edidi B, Minlangu M, Tshimpaka T, Kambembo L, et al. Evidence of stable HIV seroprevalences in selected populations in the Democratic Republic of the Congo. *AIDS* 1998; 12(8): 905-10.
 - 27 Mulanga C, Bazepeo SE, Mwamba JK, Butel C, Tshimpaka JW, Kashi M, et al. Political and socioeconomic instability: how does it affect HIV? A case study in the Democratic Republic of Congo. *AIDS* 2004; 18(5): 832-4.
 - 28 Kambale L. Study on the HIV/AIDS prevalence in the Health Zone of Kalemie in the región of North Katanga. Goma: Save the Children, 2001.
 - 29 Programme National de Lutte contra le VIH/SIDA et les ISTs. Rapport du passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceinte frequentant les services de CPN. Kinshasa, 2003-04.

- 30 United States Institute of Peace. AIDS and Violent Conflict in Africa. [Internet]. Disponible en: <http://www.usip.org/files/resources/sr75.pdf> Consultado en febrero de 2010.
- 31 UNAIDS. 2008 Report on the global AIDS epidemic. [Internet] Disponible en: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp Consultado en febrero de 2010
- 32 A global view of HIV infection. Estimated adult (15-49) HIV prevalence (%) for countries in 2007. [Internet] Disponible en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/GR08_2007_HIVPrevWallMap_GR08_en.jpg Consultado en febrero de 2010.
- 33 United States Institute of Peace. Plague Upon Plague: AIDS & Violent Conflict in Africa [Internet] Disponible en: <http://www.usip.org/events/plague-upon-plague-aids-violent-conflict-africa> Consultado en febrero de 2010.
- 34 UNICEF. Unite for Children. Urgent action for children on the brink. [Internet] Disponible en: http://www.unicef.org/media/media_9403.html Consultado en febrero de 2010.
- 35 Foster G, Williamson J. A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa. AIDS 2000, 14(suppl 3):S275-S284.
- 36 Agencia para el desarrollo regional de Antioquia. Subregión Bajo Cauca Antioqueño.
- 37 Ministerio de Protección Social. Casos de VIH en Colombia. Boletín Epidemiológico de Colombia, 2009.
- 38 Ministerio de Protección Social. Casos de VIH en Colombia. Boletín Epidemiológico de Colombia, 2009.
- 39 Prieto et. Al. VI Estudio nacional centinela de VIH 2003-2004.
- 40 Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre metodos de planificacion familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicacion en jovenes. Colomb Medic Vol 34 (4) 2003.

- 41 Vera LM, López N, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Acta Médica Colombiana Vol. 26 N° 1 Enero/Febrero. 2001.
- 42 Vera LM, López N, Ariza ND, Díaz L, Flórez Y, Franco G, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Colomb. Méd Vol. 35 N° 2, 2004
- 43 López et al. Asociación entre conocimientos, actitudes y las prácticas sexuales de alto riesgo para adquirir infección por VIH, en jóvenes del departamento de Santander. 2001.
- 44 Reyes y Jessup. Factores de riesgo de infección por VIH /sida y otras ITS, asociados a conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarios. 2003.
- 45 Garcia et al. Comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria en Colombia. Análisis de una encuesta nacional.
- 46 Velandia et., al. ¿Ofertan los servicios lo que el cliente necesita? etnografía sobre salud sexual y reproductiva en desplazados viviendo en Soacha, Colombia. 2002.
- 47 Soto M. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Rev. Esp Salud Pública. 1997; 71:335-341.
- 48 ONUSIDA. Situación de la epidemia en América Latina.
- 49 Cañellas S, Perez J, Noguer I, Villamil F, García L, Fuente L, et al. Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por vih en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de madrid. Rrv Esp Salud Pública 2000; 74: 25-32.
- 50 UNICEF La desmovilización de los niños soldados del Afganistán muestra buenos resultados. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/media/media_24531.html Hallado: 24-05-2010.
- 51 UNICEF. Niños asociados con grupos armados. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/protection/>

- files/FactSheet_children_armed_groups_sp.pdf. Hallado: 24-05-2010.
- 52 Schwitalla G, Dietrich LM. La desmovilización de las mujeres excombatientes en Colombia. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/5320.pdf>. Hallado en: 24-05-2010.
- 53 Asociación Internacional de Fomento. Ayudar a los excombatientes a bajar las armas. Disponible en : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/QUIENESSOMOS/EXTIDASPANISH/0,,contentMDK:21389548~menuPK:4753060~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:1261939,00.html>
- 54 Ministerio de la Protección Social y FEDESALUD. Guías para el manejo del VIH/Sida basadas en la evidencia. Bogotá 2006.
- 55 UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS/WHO, 2006.
- 56 Farmer P. Infections and inequalities: The modern plagues. Berkeley, CA: University of California Press, 2001.
- 57 Ministerio de Protección Social. Guía Nro. 3. Asesoría para la prevención y detección de la infección por VIH y el abordaje de otros eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Dirigida a profesionales de la salud que laboran en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- 58 Ministerio de Protección Social. Guía Nro. 2. Identificación de vulnerabilidad y riesgo en los servicios de salud sexual y reproductiva. Dirigida a profesionales de la salud que laboran los servicios.

Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus de inmunodeficiencia humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca, 2009

Se imprimió en los talleres gráficos de L. Vieco e Hijas Ltda.
Medellín, 2010

De acuerdo al informe mundial sobre la epidemia mundial de SIDA, se estima que en todo el mundo, 33 millones de personas vivían con el VIH en el 2007. En Colombia, los patrones del virus, evidencian una mayor vulnerabilidad entre las personas pobres, mujeres, hombres teniendo sexo con hombres, trabajadores sexuales y migrantes. Existe además, un cuadro complejo de estigma y exclusión social.

Adicionalmente, se ha reconocido una mayor exposición al riesgo de adquirir el VIH entre los hombres y mujeres que son, o han sido, miembros de grupos armados ilegales y las comunidades receptoras de las personas desmovilizadas y en proceso de reintegración.

Este documento presenta los resultados de un estudio descriptivo, con el cual se obtuvo información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas con relación al VIH de 323 personas desmovilizadas, entre los 19 a los 52 años de edad en la región del Bajo Cauca Antioqueño. Este grupo objetivo constituye el 66% (488) del total de la población desmovilizada en esta región. Todos los participantes fueron identificados por la Alta Consejería para la Reintegración, en coordinación con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Instituto de Estudios e Investigaciones - I.E.I.
Facultad de Medicina



OIM Organización Internacional para las Migraciones

ISBN 978-958-6674-01-8



9 789588 674018