



**Salud sexual y reproductiva,
enfermedades de transmisión sexual
y VIH/sida en jóvenes de 10 a 24 años
de una ciudad receptora de población
desplazada. Montería, Colombia, 2003**



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA EN JÓVENES DE 10 A 24 AÑOS DE UNA CIUDAD RECEPTORA DE POBLACIÓN DESPLAZADA. MONTERÍA, COLOMBIA, 2003

Por:

Eriksson Linda, OIM

Guarnizo Carol, Fundación Henry Ardila

Mejía Alfredo, Fundación Henry Ardila

Prieto Franklyn, INS

Misión de la OIM en Colombia



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Este documento fue publicado gracias al apoyo financiero
del Fondo 1035 de la OIM Ginebra.

~ Bogotá, D.C., Colombia, 2004 ~

Otros cuadernos OIM:

- 1) Diagnóstico sobre la población desplazada en seis departamentos de Colombia, 2001
- 2) Remesas en Colombia; desarrollo y marco legal
- 3) Promoción de una perspectiva de género en el trabajo con poblaciones afectadas por el desplazamiento interno forzado

Este estudio fue realizado en el marco del proyecto “Construcción de una respuesta intersectorial en Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ETS-VIH-SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en el municipio de Montería”, desarrollado con el apoyo de las instituciones miembro del MCP – Colombia:

Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Red de Solidaridad Social, Programa presidencial Colombia Joven, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional de Colombia, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, PNUD, OPS, OIM, Profamilia, CODHES, Cruz Roja Colombiana, Recolvih+, Fundación Vivir Mejor, Coalición de personas viviendo con VIH y Fundación Henry Ardila.

ISBN

Reservados Todos los derechos 2004

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

La OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su calidad de organismo intergubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para ayudar a encarar los desafíos que plantea la migración a nivel operativo; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Diseño y Diagramación: Héctor Suárez Castro

Preprensa: Contextos Gráficos Ltda.

Impresión: Panamericana Formas e Impresos S.A.

Impreso en Colombia.



1. PRESENTACIÓN

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) es un organismo internacional intergubernamental creado en 1951, que tiene como tarea trabajar con migrantes y gobiernos para proveer respuestas humanas a los desafíos que plantea la migración y la movilidad humana. La OIM tiene su sede central en Ginebra, Suiza, y cuenta actualmente con 105 estados miembro y 27 observadores.

Consagrada al principio que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a las sociedades, tanto de origen como de recepción, la OIM trabaja para ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración a nivel operativo.

En ese sentido, los principios fundamentales del accionar de la OIM son:

- fomentar la comprensión de los asuntos migratorios;
- alentar el desarrollo social y económico a través de la migración, y
- velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Dentro del campo de acción de la OIM frente al tema migratorio se encuentra el trabajo en la asistencia y apoyo a las poblaciones desarraigadas, segmento

en donde se ubica a quienes se conoce como población desplazada interna.

1.1 INICIATIVA COLOMBIANA FRENTE AL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA

El fenómeno del desplazamiento interno forzado en Colombia es importante dentro del tema de movilidad humana, el cual plantea la necesidad de una intervención que atienda las condiciones de vulnerabilidad de toda la población involucrada.

Uno de los problemas prioritarios de atención en esta población, por la forma cómo puede afectar las oportunidades de desarrollo integral de los jóvenes y adolescentes, es la vulnerabilidad frente a las ETS/VIH/sida y embarazos no planeados o no deseados. La complejidad del tema y las difíciles condiciones y contextos implican una respuesta integral, flexible e innovadora.

En enero de 2002 se conformó el Mecanismo Coordinador de País (MCP) con el objetivo de formular un proyecto ante el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM¹, por sus siglas en inglés). Este

¹ Global Fund for Aids, Tuberculosis and Malaria.

mecanismo está conformado por instituciones estatales como el Ministerio de la Protección Social (MPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Ministerio de Educación Nacional (MEN), la Red de Solidaridad Social (RSS) y el programa presidencial Colombia Joven; por organismos de cooperación internacional como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), y por organizaciones de la sociedad civil, como la Cruz Roja Colombiana, la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia); organizaciones no gubernamentales como la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), la Fundación Henry Ardila, la Fundación Vivir Mejor, la Red Colombiana de Personas Viviendo con el VIH (RECOLVIH) y la Coalición de Personas Viviendo con el VIH; y también por miembros de entidades académicas como la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia.

1.2 PROYECTO PILOTO FINANCIADO POR EL FONDO 1035 DE LA OIM GINEBRA

El proyecto presentado al Fondo Mundial fue aprobado para financiamiento en septiembre de 2003 y plantea es-

trategias de promoción de la salud y prevención y atención de las ETS y el VIH-Sida dirigidas a jóvenes y adolescentes en el contexto de desplazamiento en Colombia. Con el objetivo de probar y validar las estrategias allí propuestas, se diseñó e implementó un proyecto piloto en la ciudad de Montería entre julio y octubre 2003 que recibió el financiamiento a través del Fondo 1035 de la OIM, Ginebra.

El fondo 1035 manejado por la OIM Ginebra fue creado en el año 2000 por el Director General de la OIM y se encuentra respaldado por fondos propios de la organización, así como por donaciones de los países miembros. Su propósito es el de financiar proyectos semilla en países de desarrollo o en transición y en esta línea se presentó, se aprobó y se implementó el proyecto cuyos resultados aquí se comparten.

Dentro del marco del proyecto piloto se creó una alianza estratégica entre la OIM y un grupo de consultores de la Fundación Henry Ardilla y el INS con experiencia en el tema, para que se realizara una prueba piloto de la encuesta sobre Conductas, Actitudes y Prácticas (CAP) diseñada para obtener información de los jóvenes en contexto de desplazamiento en Montería frente a su salud sexual y reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH/sida, como instrumento para determinar una línea de base y para su mejoramiento y uso posterior en el marco del proyecto del país.

Esta publicación recoge y analiza los resultados de la encuesta aplicada entre 1842 jóvenes entre 10 y 24 años viviendo en Montería, y su objetivo principal es sensibilizar al público en general y a los tomadores de decisiones que influyen en la lucha contra el VIH/sida, mediante el análisis de los comportamientos, conocimientos y actitudes encontrados entre estos jóvenes y adolescentes residentes en una comunidad receptora de población desplazada.

Los resultados de la encuesta reflejan un diagnóstico general del conocimiento y comportamiento de esta población frente a este tema. Por ejemplo, se destacan las preocupantes cifras en cuanto a desinformación y percepción de riesgo y otros factores determinantes de la vulnerabilidad de esta población. Entre los principales resultados se vale destacar:

- El estudio confirma la *presencia de factores de riesgo* asociados con la vulnerabilidad frente a las ETS y el VIH entre los jóvenes en general, pero aún más entre los inmigrantes recientemente llegados a la ciudad.
 - *Temprana edad de inicio de relaciones sexuales*, especialmente entre los hombres, los y las menos escolarizados y los y las inmigrantes más recientes.
 - *Baja tasa de uso del condón* en la primera relación sexual en general. Esta tasa aumenta con el tiempo de residencia en Montería y la mayor edad del inicio de la vida sexual.
 - También *baja tasa de uso del condón* en la *última relación sexual*, aunque esta tasa aumenta con el tiempo de residencia.
 - *Desconocimiento* en relación con las ETS y el VIH, siendo mayor entre los y las inmigrantes recientes y las personas con menor edad.
 - *Baja percepción de riesgo* frente a la infección por el VIH.
 - *Alto grado de estigma y discriminación* hacia las personas que viven con el VIH en general, pero menos notable entre los y las inmigrantes más recientes.
- Por último, se agradecen profundamente a las diferentes entidades y personas que de una manera u otra participaron durante el proceso de diseño e implementación del presente proyecto piloto.
- A todos los miembros del Mecanismo Coordinador de País (MCP) para el proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en Colombia, en especial a los funcionarios de los Ministerios de Educación Nacional y de la Protección Social, UNFPA, Onusida, Unicef y la Cruz Roja Colombiana.
 - A los funcionarios de Profamilia de la sede nacional y en Montería.
 - A los miembros de la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia.
 - A los 24 facilitadores capacitados como socios locales durante el proyecto.

- A los 13 miembros de las autoridades locales gubernamentales y no gubernamentales presentes durante el proceso de ejecución del proyecto piloto en Montería.
 - A los 23 representantes de los sectores de salud y educación en Montería que apoyaron la implementación del proyecto en Montería.
 - A los 306 jóvenes multiplicadores de los 12 barrios marginales de Montería donde se implementó el proyecto piloto.
 - A los 2.050 jóvenes pares.
- A todos, gracias por ser transmisores de conocimiento y socios en esta importante iniciativa.

2. VIH/SIDA Y MOVILIDAD HUMANA *

Quisiéramos empezar haciendo algunos comentarios sobre la relación entre la movilidad humana y la vulnerabilidad a la infección por el VIH. Es decir, explicar brevemente por qué se consideran las poblaciones móviles tales como migrantes laborales, migrantes indocumentados, víctimas de la trata de personas y desplazados internos, especialmente vulnerables a la epidemia de ETS/VIH/sida y por qué es tan importante implementar programas y proyectos específicos dirigidos a estas poblaciones.

Durante la última década y por la expansión de la epidemia del VIH/sida, se ha observado la creciente importancia de la relación entre la movilidad humana y esta enfermedad en los programas de prevención. Sin embargo, aunque aumentó la investigación sobre el tema y la información relacionada, se considera que la implementación de programas y proyectos de atención y prevención dirigidos a las poblaciones móviles todavía ha sido insuficiente.

En diferentes experiencias internacionales de implementación de programas y proyectos de prevención y atención del VIH/sida, aunque por un lado la incidencia disminuyó en la población permanente, por otro aumentó en la población móvil, y aunque la información

de la relación entre movilidad humana y la expansión del VIH/sida es insuficiente y existen pocas experiencias en el trabajo de prevención y atención en esta materia en poblaciones móviles, se ha deducido que son más vulnerables que la población residente, principalmente por las siguientes razones:

1. Al llegar al lugar de acogida, las poblaciones móviles pueden enfrentar a una comunidad con una incidencia y prevalencia de VIH/sida mayor que la existente en su lugar de origen, que, sumado a una *menor percepción del riesgo* de adquirir el virus comparadas con la población residente, influye en la vulnerabilidad a la epidemia.
2. En casi todas las situaciones de movilidad humana, las poblaciones móviles tienen *menor acceso a los servicios de salud* que la población residente, incluidos los servicios de prevención y atención, y las estrategias de promoción.
3. Las *diferencias culturales* entre las poblaciones móviles y residentes relacionadas con la sexualidad, tales como prácticas, tabúes y creencias, o con el idioma, requieren de

* Este capítulo es una síntesis no exhaustiva de la literatura detallada en "Bibliografía recomendada". pág. 67-70.

un tratamiento diferenciado, aspectos que son poco considerados en el diseño de programas de prevención y atención dirigidos originalmente a la población residente.

4. El *factor económico* es un determinante directo de la vulnerabilidad de las poblaciones móviles. En muchos casos, el intercambio de sexo es utilizado como una estrategia de supervivencia a cambio de favores, dinero, comida o alojamiento; además, los ingresos de las poblaciones móviles en la mayoría de los casos son menores que los de la población residente y están destinados a la adquisición de bienes y servicios básicos, dentro de los cuales no está la compra de preservativos.
5. Características demográficas como la *edad y el género* de los migrantes forzados coadyuvan a la vulnerabilidad por la condición de joven y mujer.
6. Estar fuera de su *contexto social* puede significar aislamiento, soledad, falta de apoyo económico, social y familiar. Estos sentimientos pueden inducir al migrante a buscar compañía y a disminuir las exigencias en sus relaciones emocionales y sexuales, lo que puede convertirse en facilitador de la vivencia de comportamientos de riesgo para ETS/VIH/sida. También puede conllevar al rompimiento de normas sociales relativas al número de parejas sexuales admitidas. El anonimato puede significar que la persona está más dispuesta a hacer cosas que no haría en su lugar de origen.
7. *La situación específica de los migrantes indocumentados* promueve obstáculos legales al acceso a los servicios de salud regulares y consecuentemente a programas de tratamiento o prevención del VIH/sida.
8. Las poblaciones móviles en general están compuestas por personas con *un nivel de educación y formación más bajo* que el de la población residente, lo cual resulta en menor acceso a la información disponible. Muchas veces, la información que reciben es inadecuada y, de esta manera, pueden desconocer las ventajas de la detección oportuna y las alternativas de tratamiento de las ETS o el VIH.
9. El *riesgo de contraer VIH/sida o ETS puede resultar aparentemente menos visible* frente a otros como el riesgo de deportación, desempleo, insatisfacción de las necesidades básicas o inadaptación a una nueva cultura; razones por las cuales aumenta el peligro de ser infectado.
10. Las poblaciones móviles en general tienen *menos poder y alternativas de protección* que la población residente, ya que no son reconocidas como titulares de derechos ni por las autoridades en el lugar de origen, ni en el lugar de acogida. Con frecuencia, tampoco pertenecen a estructuras organizadas que les permitan ser escuchados.
11. Hay un incremento del comercio sexual en los sitios que concentran a *migrantes laborales temporales*

como en épocas de cosecha, en los puertos que reciben barcos internacionales y cruceros, y en los entornos de las minas, en donde incrementan el número de compañeros o compañeras sexuales por parte de las poblaciones móviles y la práctica de relaciones sexuales no protegidas. Si el migrante tiene relaciones sexuales casuales no protegidas durante su permanencia fuera de su lugar de origen, también aumenta el riesgo de contraer el virus para el esposo o la esposa que se ha quedado en el hogar.

12. En el caso de los migrantes internacionales, la condición de infectado por el VIH es percibida como un riesgo de *ser deportado a su país de origen*, en donde posiblemente no hay, o es inaccesible, el tratamiento adecuado. En este caso, el hecho de ser deportado puede significar la muerte rápida de las personas infectadas, con una violación directa a sus derechos. Para los migrantes internacionales, la condición de in-

fectado por el VIH también puede significar el *impedimento a la libre circulación*, ya que algunos países no permiten la entrada a su territorio de personas infectadas por el VIH.

En este contexto, con un escenario de desplazamiento interno forzado y vulnerabilidad de fondo, se concibió, formuló e implementó el *“Proyecto piloto para la construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en las ETS, VIH/sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en el municipio de Montería”*. En los siguientes capítulos se describirá el proyecto y se analizarán y discutirán los resultados de una encuesta de comportamientos de tipo conocimientos, actitudes y prácticas que se espera pueda dar luces para la exitosa implementación de futuras acciones en la región dirigidas a poblaciones desplazadas forzosa-mente y a validar una herramienta que hace parte de la vigilancia en salud pública de segunda generación.

3. SEXUALIDAD Y SALUD DE JÓVENES VULNERABLES Y DESPLAZADOS EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA

Como se explicó anteriormente, la información que se presenta a continuación es el resultado del análisis de una encuesta realizada en población joven desplazada y vulnerable de municipio de Montería entre agosto y octubre de 2003. La encuesta fue aplicada en el marco de un proyecto piloto de estrategias de trabajo para la promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ETS/VIH/sida y el embarazo en adolescentes, dirigido a la población vulnerable afectada por el desplazamiento en Montería.

3.1 CONTEXTO: PROYECTO PILOTO DE PREVENCIÓN DE LAS ETS/VIH/SIDA EN MONTERÍA

El Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria fue creado en el 2001 como una iniciativa de la Asamblea General de las Naciones Unidas para la respuesta a estos tres problemas de salud pública en el mundo en vías de desarrollo. Como ya se mencionó, el MCP de Colombia se conformó en el 2002, con el propósito de elaborar y presentar ante el Fondo Global, la propuesta *“Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ETS-VIH-sida, con jóvenes y adolescentes residentes en co-*

munidades receptoras de población desplazada en Colombia”, cuyo objetivo es beneficiar a cerca de 600.000 jóvenes de 48 municipios del país, y el cual fue aprobado en agosto de 2003 para una vigencia de cuatro años.

La presente propuesta, desarrollada en Montería, fue concebida como una experiencia piloto para la implementación y validación de algunas de las estrategias y actividades propuestas dentro del proyecto aprobado por el Fondo Global, con el fin de recoger las lecciones aprendidas durante estos procesos e identificar las mejoras necesarias para la futura implementación del proyecto en los municipios en donde se implementará el proyecto del Fondo Global.

El motivo de la selección de Montería como lugar de intervención fue la tendencia al aumento de personas viviendo con el VIH, su condición de municipio receptor de población desplazada¹, y la experiencia de varias organizaciones locales de la sociedad civil en el trabajo con jóvenes y sexualidad.

¹ Montería registró un reporte de 390 casos de VIH/sida hasta septiembre de 2003. También vale la pena destacar que el departamento de Córdoba recibió 62.029 desplazados desde el 2000 a mayo del 2003, y expulsó 55.006 personas. En el mismo período, Montería recibió 18.823 desplazados y expulsó 2.110 personas (datos de la Red de Solidaridad Social).

Montería es la capital del departamento de Córdoba, y está ubicada en la costa norte de Colombia. Su población es de 300.000 habitantes en el área urbana y 75.000 en el área rural. Se estima que 100.000 personas viven en barrios marginales. Córdoba sufre las consecuencias del conflicto interno armado desde hace varias décadas. La violencia ocasionada por grupos armados ilegales, la delincuencia común -incluyendo los traficantes de drogas-, así como la falta de servicios públicos, el desempleo, la corrupción, la impunidad y el desplazamiento interno forzado son los principales problemas que afectan la población en esta región (1).

Entre los problemas más graves que afectan a la población adolescente y joven de los barrios marginales de Montería que reciben población desplazada, se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas, la prostitución juvenil en ambos sexos, la alta frecuencia de violencia doméstica, la insatisfacción de las necesidades básicas, el embarazo no deseado en los grupos de edad entre 13 y 14 años, la ausencia del padre o la madre, la conformación de pandillas y el reclutamiento por los grupos armados ilegales (1).

Los habitantes de Montería manifiestan que muchos adolescentes y jóvenes adultos se ven involucrados en actividades ilegales, o asumen prácticas de riesgo por la falta de acceso a programas para el uso adecuado del tiempo libre o por la ausencia de oportunidades para la generación de ingresos legales. Estos barrios, llenos de bares,

billares y burdeles, carecen en su mayoría de áreas recreativas y de áreas verdes. Además, un alto porcentaje de los adolescentes que viven en estos barrios están fuera del sistema escolar, y no existen muchas alternativas de integración a organizaciones juveniles o deportivas.²

En este contexto, se decidió implementar un proyecto piloto de promoción de la salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención ETS/VIH/sida. Para lograr los objetivos del proyecto se manejaron tres estrategias fundamentales:

1. promoción del apoyo político local por parte de las autoridades gubernamentales y no gubernamentales;
2. integración y calificación del sector salud y la comunidad educativa local, y
3. apropiación y capacitación de jóvenes.

Paralelo al proceso de implementación de estas estrategias en Montería, se diseñó en Bogotá un cuestionario por el INS y la OIM para recolectar información sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los jóvenes afectados por el desplazamiento en Montería, frente a la salud sexual y reproductiva y las ETS/VIH/sida. Este cuestionario se aplicó a los y las jóvenes promotores de salud sexual y reproductiva y sus pares, y sus resultados se presentan a continuación.

² Análisis realizados por los participantes en los diferentes talleres durante la implementación del proyecto.

3.2 METODOLOGÍA UTILIZADA

El presente estudio fue una prueba piloto general que permitirá el ajuste y la validación del instrumento utilizado para el mismo, así como la obtención de indicadores básicos de comportamiento para su aplicación en el marco del proyecto “*Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ETS/VIH/sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia*”, presentado por el Mecanismo Coordinador del País (MCP Colombia) y aprobado para financiamiento por el Fondo Global de lucha contra el Sida la Tuberculosis, la Malaria (GFATM) en el 2003.

La encuesta aplicada fue concebida como un instrumento para un estudio de corte transversal dentro de las metodologías de encuestas de comportamientos de la vigilancia en salud pública de segunda generación de VIH/sida(2-3). Para el estudio se construyó una encuesta a partir de categorías de preguntas, validados previamente de diferentes cuestionarios, y aplicados principalmente en la población joven en diferentes partes de Colombia, es decir en una población similar a la del proyecto piloto. Fueron incluidas otras categorías propuestas por Family Health International y Cols. (4,5), Onusida/Ministerio de Salud (6), OPS/OMS/Profamilia (7), Instituto de Seguros Sociales/Profamilia (8) y del Instituto Nacional de Salud (INS) y Cols. (9,10). El borrador de la encuesta fue validado

por la entidad ejecutora a nivel local, a través de un grupo focal de jóvenes afectados por el desplazamiento, base sobre la cual se hicieron ajustes en cuanto a la formulación de las preguntas.

El cuestionario final (ver Anexo 1) contiene categorías de preguntas con variables sobre información sociodemográfica, prácticas sexuales, parejas sexuales comerciales, parejas sexuales no comerciales, acceso al condón masculino, conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual, conocimientos, actitudes y prácticas en relación con el VIH/sida, percepción de riesgo y acceso a prueba para detectar VIH, estigma y discriminación hacia VIH, relaciones sexuales involuntarias, planificación familiar y percepción de futuro.

Partiendo de la naturaleza del estudio y de las características de la población sujeto del estudio, el muestreo se hizo por conveniencia. Así, el muestreo de la encuesta fue no probabilístico hasta agotar la población programada para el proyecto piloto de la estrategia, y no existió exclusión por condición de escolaridad(escolar o no escolar), laboral (empleado, desempleado, subempleado), estado civil (casado, soltero, etc), o por condición o no de desplazamiento. Los participantes en la encuesta fueron informados de manera oral y escrita del carácter voluntario de la encuesta y de la garantía de la confidencialidad y el anonimato de la misma. Ninguna encuesta fue relacionada con identificación del participante (documento, nombre, dirección o teléfono), y tampoco se tomaron muestras biológicas. Se asignó un có-

digo a cada encuesta para la digitación de las mismas.

Una vez recolectada la información, fue tabulada en una base de datos en Excel 8.0® y procesada en Epi Info 3.1®. Para la verificación de la información se realizaron rutinas de validación mediante filtros conjuntos y personalizados y tablas dinámicas. Posteriormente, se realizó un análisis univariado de cada una de las categorías de preguntas estratificado por sexo, grupo de edad (10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años) y condición de migración del encuestado. Para poder facilitar el análisis con relación a la movilidad humana, se dividió la población en “nativos” e “inmigrantes”, sea cual sea su razón de movilización. Así se construyeron categorías de migración según el siguiente criterio: inmigrantes con menos de 3 años de residencia en Montería; entre 3 y 6 años; más de 6 años, y nativos. Se realizaron pruebas de hipótesis para diferencias de proporciones aceptando un error a de 5%. Además, se analizó la proporción de no respuesta general y para cada estrato que permitirá el ajuste del instrumento final, mediante la evaluación de los sesgos y su relación con no respuesta (11).

Uno de los objetivos de la encuesta fue identificar si existen diferencias entre la población desplazada y la población nativa de Montería como comunidad receptora de población desplazada en Colombia. Por lo tanto, se dividió la población por tiempo de residencia en la ciudad. No sé indagó sobre las razones de traslado a Montería, lo que no permite llegar a conclusiones directas

sobre cómo el desplazamiento forzado por el conflicto interno en Colombia ha afectado la vulnerabilidad de esta población, pero se puede llegar a conclusiones sobre cómo, si así es el caso, la movilidad humana influye en la vulnerabilidad frente a la salud sexual y reproductiva, con énfasis en las ETS/VIH/sida y embarazo en la adolescencia.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 INFORMACIÓN GENERAL

La población encuestada, después de excluir las encuestas de mayores de los rangos de edad de interés o por no haber registrado la edad, fue de 1.728 jóvenes desplazados y vulnerables en los barrios marginales de Montería. De éstos, 53,2% eran mujeres y la edad media era de 15.5 años (tabla 1). No sé encontraron diferencias de la muestra por edad y sexo.

De esta muestra de población, 11,5% residía en Montería hace menos de 3 años, mientras que 47% ha vivido en Montería toda su vida. En la tabla 2 se observan las similitudes entre grupos de edad y tiempo de residencia en la ciudad. Se encontraron diferencias por sexo en la población que tiene menos de un año de residencia en Montería, 1 a 2 años o 3 a 4 años, con un mayor aporte de las mujeres entre 56,8% y 62,1%.

Dentro del grupo encuestado, 85,4% de la población asistía a una institución educativa al momento de la encuesta y no hubo diferencias significativas entre los hombres y las mujeres, ni entre

Tabla 1:
Edad y sexo de la población encuestada

Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
10 a 14	312 38,6%	354 38,5%	666 38,5%
15 a 19	431 53,3%	488 53,0%	919 53,1%
20 a 24	65 8,0%	78 8,4%	143 8,2%
Total	808 100%	920 100%	1.728 100%

Tabla 2:
Tiempo de residencia en Montería, por grupo de edad y sexo

Años	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Total hombres	Total mujeres	Total
Menos de 1 año	29 4,5%	41 4,6%	5 3,5%	32 43,2%	42 56,8%	75 4,5%
1 a 2 años	40 6,3%	68 7,6%	9 6,3%	44 37,9%	72 62,1%	117 7,0%
3 a 4 años	35 5,5%	77 8,6%	10 7,0%	52 43,0%	69 57,0%	122 7,3%
5 a 6 años	49 7,7%	71 7,9%	11 7,7%	61 46,6%	70 53,4%	131 7,8%
Más de 6 años	91 14,2%	138 15,4%	17 12,0%	114 46,9%	129 53,1%	246 14,7%
Siempre	307 48,0%	403 45,1%	78 54,9%	383 48,9%	400 51,1%	788 47,0%
No sabe/No responde	88 13,8%	96 10,7%	12 8,5%	87 44,4%	109 55,6%	196 11,7%
Total	639	894	142			1.675

la población inmigrante y residente. De los 248 jóvenes que no estudiaban en el momento de la encuesta, 20,6% no lo hacían por falta de recursos económicos, 16,5% por deseo de trabajar y 12,1% porque no les gustó el estudio. En el grupo de 20 a 24 años es mayor el aporte del abandono del sistema escolar por unión marital o embarazo,

mientras en el de 10 a 14 años, la razón fue maltrato (tabla 3).

Hay mayor abandono del sistema escolar en los hombres por el deseo de trabajar y el maltrato, mientras que entre las mujeres la razón más frecuente es el embarazo y la unión marital (tabla 4). Se encontró que la falta de recur-

Tabla 3:
Argumentos para abandono del sistema escolar, por grupos de edad

Argumento	10 a 14		15 a 19		20 a 24		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Recursos económicos	7	38,9%	37	24,5%	7	8,9%	51	20,6%
Deseo de trabajo	6	33,3%	23	15,2%	12	15,2%	41	16,5%
No gustó	2	11,1%	19	12,6%	9	11,4%	30	12,1%
Unión marital	0	0,0%	11	7,3%	6	7,6%	17	6,9%
Embarazo	0	0,0%	8	5,3%	6	7,6%	14	5,6%
Maltrato	1	5,6%	8	5,3%	2	2,5%	11	4,4%
Desplazamiento	0	0,0%	3	2,0%	5	6,3%	8	3,2%
Acceso	1	5,6%	3	2,0%	0	0,0%	4	1,6%
Total	18		151		79		248	

Tabla 4:
Argumentos para el abandono del sistema escolar, por sexo

Argumento	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Deseos de trabajar	28	68,3%	13	31,0%	41	49,4%
Maltrato	9	22,0%	2	4,8%	11	13,3%
Embarazo	2	4,9%	12	28,6%	14	16,9%
Unión marital	2	4,9%	15	35,7%	17	20,5%

ses económicos era una razón más frecuente entre las personas que inmigraron a Montería en los últimos seis años (3,6 a 4,3% contra 2,7% entre los nativos); igual que la unión marital (2,0 a 2,6% contra 0,4%).

En el momento de la encuesta, había 316 (30,4%) jóvenes trabajando, de los cuales 22,3% eran menores de 15 años, 33,6% entre 15 y 19 años y 38,5% mayores de 19 años. En la tabla 5 se registran las ocupaciones de los jóvenes que estaban trabajando. Las proporciones fueron similares entre los hombres y las mujeres, igual que entre los inmigrantes y nativos.

De los jóvenes encuestados, 91% vive con su familia, situación que disminuye con la edad, mientras que en los ma-

yores de 20 años era 83%. La convivencia con la pareja aumenta de 0,8% en menores de 15 años a 12,1% en los mayores de 20 años (tabla 6). En este contexto, 4,2% de las mujeres y 1,3% de los hombres vivía con su pareja.

Los nativos son quienes más viven con su familia (92,4%) o solos (3,7%), mientras que las personas que llevan menos tiempo en Montería tienden a vivir más con el patrón (5,4%), con amigos (5,9%) o con la pareja (4,3%), en comparación con los nativos (tabla 7).

Se encontró que 6,9% (102) tenía hijos: 0,6% de los jóvenes entre 10 a 14 años; 6% de los jóvenes entre 15 a 19 años y el 37,5% de los adultos menores entre 20 a 24 años. Dividido por género, 4,8% (34) de los hombres y 9% (68)

Tabla 5:
Ocupaciones de los y las jóvenes
que estaban trabajando en el momento de la encuesta

Trabajo	Número	Porcentaje	Trabajo	Número	Porcentaje
Vendedor	43	23,8%	Agricultor	2	1,1%
Servicios generales	42	23,2%	Artista	2	1,1%
Informal	25	13,8%	Conductor	2	1,1%
Oficios varios	17	9,4%	Obrero	2	1,1%
Independiente	13	7,2%	Salud	2	1,1%
Servicios turísticos	9	5,0%	servicio social	2	1,1%
Construcción	8	4,4%	Vigilante	2	1,1%
Empleado	5	2,8%	Artesano	1	0,6%
Comerciante	4	2,2%	Total	181	100,0%

Tabla 6:
Convivencia familiar, por grupos de edad

Con quién vive	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Total
Con familia	634 95,3%	810 88,8%	116 82,9%	1.560 90,9%
Con pareja	5 0,8%	26 2,9%	17 12,1%	48 2,8%
Solo	14 2,1%	28 3,1%	5 3,6%	47 2,7%
Con el patrón	5 0,8%	24 2,6%	2 1,4%	31 1,8%
Con amigos	3 0,5%	20 2,2%	0 0,0%	23 1,3%
Otros	4 0,6%	1 0,1%	4 2,9%	9 0,5%
Total	665	912	140	1.717

Tabla 7:
Convivencia familiar, por tiempo de residencia

Con quién vive	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
Sólo	3 1,6%	4 1,6%	6 2,4%	29 3,7%
Con familia	149 80,1%	231 92,0%	222 90,6%	725 92,4%
Con el patrón	10 5,4%	5 2,0%	5 2,0%	6 0,8%
Con amigos	11 5,9%	3 1,2%	2 0,8%	3 0,4%
Con pareja	8 4,3%	7 2,8%	10 4,1%	21 2,7%
Total	186	251	245	785

de las mujeres tenía hijos. La media de hijos fue de uno, con un rango entre 1 y 5 hijos. Los jóvenes inmigrantes con menos de seis años viviendo en Montería son los que más frecuentemente tienen hijos con 9,3% contra 6,4% y 6,9% entre los que han vivido más de seis años o toda su vida en la ciudad.

3.3.2 CONSUMO DE PSICOACTIVOS Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Otro factor que ha demostrado influir en la vulnerabilidad a las ETS/VIH/sida y el embarazo entre adolescentes es el consumo de psicoactivos. Se encontró que 59,6% no consumió bebidas alcohólicas en el último mes. La frecuencia de consumo de alcohol aumentó con la edad (tabla 8), y también se encontraron di-

ferencias por sexo. Se evidenció que los hombres consumen alcohol más a menudo que las mujeres, con una frecuencia diaria o semanal de consumo de bebidas alcohólicas de 16% contra 6,8% entre las mujeres. Por otro lado, 41,4% de los hombres y el 58,6% de las mujeres no han consumido bebidas alcohólicas en las últimas 4 semanas. No se encontraron diferencias significativas en el consumo de bebidas alcohólicas entre los inmigrantes y los nativos, con excepción de las personas que reportaron nunca tomar; los inmigrantes con menos de un año tomaban menos con 68,2% contra un 58,5% entre los nativos.

En cuanto a otras sustancias psicoactivas, se encontró que 7,5% había consumido una sustancia

Tabla 8:
Consumo de bebidas alcohólicas, por grupos de edad

Frecuencia de consumo	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Total
Ni una vez	445 73,3%	452 52,4%	60 44,1%	957 59,6%
Menos de una vez a la semana	36 5,9%	146 16,9%	28 20,6%	210 13,1%
Una vez a la semana o más	22 3,6%	108 12,5%	19 14,0%	149 9,3%
Todos los días	5 0,8%	20 2,3%	5 3,7%	30 1,9%
No sabe/No responde	99 16,3%	137 15,9%	24 17,6%	260 16,2%
Total	607	863	136	1.606

Tabla 9:
Droga de preferencia, por grupos de edad

edad	marihuana	cocaína	éxtasis	bazuco	heroína	hongo	otros	ninguno	Total
10 a 14	14 2,5%	7 1,2%	1 0,2%	6 1,1%	1 0,2%	0 0,0%	3 0,5%	546 96,3%	567
15 a 19	48 6,2%	17 2,2%	13 1,7%	3 0,4%	5 0,6%	1 0,1%	7 0,9%	703 90,7%	775
20 a 24	14 11,3%	7 5,6%	2 1,6%	2 1,6%	2 1,6%	1 0,8%	0 0,0%	107 86,3%	124
Total	76 5,2%	31 2,1%	16 1,1%	11 0,8%	8 0,5%	2 0,1%	10 0,7%	1.356 92,5%	1.466

psicoactiva alguna vez en su vida. La frecuencia aumentó con la edad: 3,7% entre 10 y 14 años había consumido alguna sustancia; 9,3% entre los 15 y 19 años y 13,7% entre los 20 y 24 años. Había una diferencia entre los hombres y las mujeres: el 9,9% de los hombres y el 5,4% de las mujeres consumieron algún psicoactivo en la vida.

El antecedente de consumo principal fue marihuana con 5,2% (11,3% en mayores de 19 años), seguido por la cocaína, el éxtasis, el bazuco, la heroína y los hongos (tabla 9).

Se halló una diferencia entre los hombres que habían probado marihuana (7,2%) y mujeres que la habían probado (3,4%), y no se encontraron otras diferencias en cuanto a la prevalencia de prueba de otras drogas. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los inmigrantes y los nativos en cuanto al consumo de este tipo de

sustancias psicoactivas, pero el consumo de cocaína fue mayor en los inmigrantes que llevaban entre 3 y 6 años en Montería (3,7% contra una variante de 1.0 y 2,5% en el resto de los grupos de inmigrantes y los nativos).

3.3.3 PRÁCTICAS SEXUALES

En lo que se refiere a prácticas sexuales, 57,6% de los jóvenes encuestados había *iniciado una vida sexual activa* en el momento de la encuesta, que variaba desde 44% entre los menores de 15 años, hasta 95,1% en el grupo entre 20-24 años. Se encontró que 67,3% de los hombres y 49,5% de las mujeres había tenido relaciones sexuales. Dividido por tiempo de residencia, se encontraron variaciones en el inicio de una vida sexual activa entre 58,1% y 60,4%. De las personas que habían iniciado una vida sexual

activa, 35% ha tenido relaciones sexuales con penetración pene/vagina; 4,4% con penetración pene/ano, y 4,4% relaciones pene/boca. El inicio de las relaciones sexuales aumenta con la edad (tabla 10).

En cuanto al tipo de relación, 46,8% de los hombres mencionó haber tenido relaciones pene/vagina, comparado con 24,7% de las mujeres, mientras que 7,2% de los hombres y 2,1% de las mujeres habían tenido relaciones pene/ano (tabla 11).

Del total de los jóvenes que habían iniciado una vida sexual activa, 14,4% refirió haber *usado un preservativo* en la primera relación sexual, de los cuales 17,8% se encontró en el grupo entre 20 y 24 años; 16,7% en el grupo entre 15 y 19 años, y 8,6% entre el grupo de menores que 15 años. Frente a este tema, 13,8% de los hombres reportó haber usado un preservativo en la primera relación sexual contra 14,9% de las mujeres. La frecuencia del uso de condón en la primera relación sexual

Tabla 10:
Tipo de relación sexual, por grupos de edad

Años	Pene/vagina	Pene/ano	Pene/boca	Total
10 a 14	114 17,0%	22 3,3%	11 1,6%	672
15 a 19	373 40,3%	37 4,0%	41 4,4%	925
20 a 24	122 85,3%	18 12,6%	25 17,5%	143
Total	609 35,0%	77 4,4%	77 4,4%	1.740

Tabla 11:
Tipo de relación sexual, por sexo

Tipo relación	masculino	femenino	valor de p
Pene/vagina	46,8%	24,7%	0,00
Pene/ano	7,2%	2,1%	0,00
Pene/boca	6,6%	2,6%	0,00

aumentó con el tiempo de residencia de la persona encuestada: 12,9% de los inmigrantes que llevaban menos de tres años en Montería reportó uso del condón en la primera relación sexual, en comparación con 14,9% entre los que llevaban entre 3 y 6 años, y 17,7% en los que llevaban más que 6 años viviendo en Montería.

La mediana de *edad de inicio* de las relaciones sexuales fue de 15 años, con 25% menor de 13 años y 25% por encima de los 16. La mediana disminuye entre menor sea la edad del encuestado (tabla 12). El promedio de edad para el inicio de relaciones sexuales penetrativas en hombres fue de

13,6 años (mediana de 14), y en mujeres de 15,3 años (mediana 15), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,00$, t de Student=7,95). También, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales de los inmigrantes con menos de 6 años en Montería fue de 14 años, comparado con los 15 años de los inmigrantes de más de 6 años y los nativos.

Con relación a la *edad del primer compañero o compañera sexual*, la edad del primer compañero sexual de las mujeres fue en promedio de 20.6 años (mediana de 20 años) y en los hombres de 15,4 años (mediana de 15 años), con diferencias estadísticamente significa-

Tabla 12:
Edad de inicio, por grupo de edad

Años	P25	Me	p75	n	N
10 a 14	10	12	13	80	672
15 a 19	13	15	16	331	925
20 a 24	15	16	18	113	143
Total	13	15	16	524	1.740

Tabla 13:
Edad del primer compañero sexual, por grupo de edad del encuestado

Edad	p25	Me	p75	n	N
10 a 14	12	14,5	16,5	72	672
15 a 19	15	17	20	289	925
20 a 24	17	20	24	96	143
Total	15	17	20	457	1.740

tivas ($p=0,00$, t de Student= $0,00$). Se encontró que los cuartiles uno y dos de cada grupo de edad, entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la edad del primer compañero sexual, tuvo una diferencia de 2 años, excepto para los encuestados en el grupo entre 20 y 24 años con una mediana de 16 y 20, respectivamente. Para el tercer cuartil, la diferencia encontrada fue de 3,5 a 6 años (tabla 13). La diferencia entre la edad del encuestado y su primera pareja fue de 1 y 5 años en los grupos de hombres y mujeres, respectivamente.

El *primer compañero sexual* de los encuestados fue el novio o la novia con 49,5%, seguido por un amigo o amiga con 22,7%; el esposo o la esposa, con 14,8%; un familiar, con 8%; un desconocido o desconocida, con 2,4%; una trabajadora sexual, con 0,8%; o un animal, 1,4%. Es de anotar la mayor proporción de la primera relación sexual con un amigo o amiga, o con un desconocido o desconocida en los menores que 14 años, y con el esposo o esposa, novio o novia en los mayores de 20 años (tabla 14).

Tabla 14:
Primer compañero sexual, por grupo de edad

Primer compañero sexual	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Total
Novio	53 40,5%	192 50,5%	69 56,1%	314 49,5%
Amigo	42 32,1%	80 21,1%	22 17,9%	144 22,7%
Esposo	14 10,7%	56 14,7%	24 19,5%	94 14,8%
Familiar	13 9,9%	33 8,7%	5 4,1%	51 8,0%
Desconocido	3 2,3%	10 2,6%	2 1,6%	15 2,4%
Trabajador sexual	2 1,5%	2 0,5%	1 0,8%	5 0,8%
Animal	3 2,3%	6 1,6%	0 0,0%	9 1,4%
Otro	1 0,8%	1 0,3%	0 0,0%	2 0,3%
Total	131	380	123	634

De la población encuestada, 64,4% de las mujeres y 40,8% de los hombres tuvo como primera pareja sexual al novio o la novia. Es de anotar que 23% de las mujeres tuvo su primera relación sexual con su esposo y que 10,7% y 32,9% de los hombres con un amigo y un familiar, respectivamente (tabla 15).

Con diferencia de los nativos y los inmigrantes con más de tres años en Montería, los inmigrantes más recientes reportaron haber iniciado la vida sexual activa en una mayor proporción con su esposo o esposa (20,0%) y con

un familiar (11,4%), y en menor proporción con el novio o novia (**20%**) (tabla 16).

El 42,9% de los jóvenes refirió haber tenido *parejas sexuales en los últimos doce meses*, dividido en 20,7%, 47,1% y 73,5% por los tres grupos de edad respectivamente. Igualmente, 41,3% de los hombres y 44,6% de las mujeres reportó haber tenido por lo menos una pareja sexual en los últimos 12 meses ($p=0,3$). La mediana de estas parejas sexuales fue de 1; excepto en el grupo de 15 a 19 años donde la mediana era

Tabla 15:
Primera pareja sexual, por sexo del encuestado

Primera pareja sexual	Hombre	Mujer
Novio	160 40,8%	154 64,4%
Esposo	37 9,4%	55 23,0%
Amigo	129 32,9%	14 5,9%
Familiar	42 10,7%	9 3,8%
Desconocido	12 3,1%	3 1,3%
Trabajador sexual	4 1,0%	1 0,4%
Un animal	8 2,0%	1 0,4%
Total	392	239

Tabla 16:
Primer compañero sexual, por tiempo de residencia

Primer compañero sexual	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
Novio	29 41,4%	58 51,3%	50 52,1%	149 52,3%
Esposo	14 20,0%	20 17,7%	14 14,6%	35 12,3%
Amigo	16 22,9%	24 21,2%	22 22,9%	64 22,5%
Familiar	8 11,4%	6 5,3%	5 5,2%	24 8,4%
Desconocido	1 1,4%	2 1,8%	2 2,1%	6 2,1%
Trabajador sexual	1 1,4%	1 0,9%	1 1,0%	2 0,7%
Animal	1 1,4%	1 0,9%	2 2,1%	4 1,4%
Otro	0 0,0%	1 0,9%	0 0,0%	1 0,4%
Total	70	113	96	285

2. El percentil 25 de los 3 grupos fue 1 y el percentil 75 fue de 2, a excepción del grupo de 15 a 19 años, con 3. La media de parejas sexuales en los últimos 12 meses de los hombres fue de 2,6, mientras que la media de las mujeres fue de 1,4 ($p=0,00$).

Por último, 4% (27/679) respondió tener o haber tenido relaciones sexuales con una *pareja del mismo sexo*, con un rango entre 3,2% y 4,2% por grupo

de edad. Asimismo, 4,9% de los hombres y 2,6% de las mujeres mencionaron haber tenido relaciones sexuales con una pareja del mismo sexo. Dentro del grupo de los migrantes, 6,8% menos de tres años en Montería; 2,7% entre tres y seis años; 5,0% de los inmigrantes con más de seis años, y 4,2% de los nativos manifestaron tener o haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

3.3.4 USO DEL CONDÓN

En cuanto al uso de métodos de protección, 13,6% de los jóvenes encuestados *utilizó condón en la última relación sexual penetrativa*, con un rango entre 6,4% entre los menores que 15 años y 19,1% entre las personas entre 20 y 24 años. De este grupo, 15,8% de los hombres y 10,8% de las mujeres usaron preservativo en su última relación ($p=0,00$). Hubo diferencia en el uso de condón en la última relación sexual con respecto al tiempo de residencia de la persona encuestada; 9,5% de los inmigrantes con menos de 3 años en Montería reportó haber utilizado condón en su última relación sexual penetrativa; 21,1% de los que llevaban entre 3 y 6 años; 11% en los inmigrantes con más de 6 años, y 14,6% en los nativos.

De los que reportaron haber usado preservativo en su primera relación

sexual, también lo usaron en la última relación sexual: 46% de los menores que 15 años, 40,6% de los del grupo de 15 a 19 años y 16,7% de los mayores de 19 años. De los que no usaron condón en la primera relación sexual, lo hicieron en la última relación: 4,7%, 17,4% y 22% por grupo de edad respectivamente. Dividido por sexo, 41% de los hombres y 34,8% de las mujeres que usaron preservativo en su primera relación, también lo usaron en la última, y solamente 16% de los hombres y 13,6% de las mujeres que no lo usaron la primera vez, lo usaron la última.

La *decisión del uso de preservativo* en la última relación sexual la tomó la persona que respondió la encuesta en 39,2% de los casos; ambas partes en 29,7% de los casos y la tomó la pareja en 18,2% de los casos. El encuestado refirió no recordar quien tomó la deci-

Tabla 17:
Decisión de uso de preservativo, por sexo

La persona que tomó la decisión	Hombre	Mujer	Total
El mismo	43 46,20%	15 27,80%	58 39%
Pareja	17 18,30%	10 18,50%	27 18%
Conjunto	20 21,50%	23 42,60%	43 29%
No recuerda	13 14,00%	6 11,10%	19 13%
Total	93	54	147

sión en 12,8% de los casos, porcentaje que fue mayor en los más jóvenes con 58%. La decisión en conjunto de usar condón para los hombres fue de 21,5% y para las mujeres de 42,6%. Los hombres decidieron solos el uso del condón en entre 29% y 36% de los casos, y las mujeres solamente en entre 10,6% y 21% de los casos (tabla 17).

La diferencia entre los inmigrantes y los nativos en cuanto a la decisión del uso de condón, consistió en que es más frecuente que la pareja decida que se utilizará el condón por parte de los inmigrantes con menos años viviendo en Montería (28,6%), en comparación con los otros grupos de inmigrantes y los nativos. De igual manera, entre los nativos, tomó más la decisión la persona que respondió la encuesta o en conjunto, con

41,2% y un 36,8%, respectivamente (tabla 18).

Las principales razones de *no usar el preservativo* fueron la no disponibilidad en 23,4% de los casos, el desacuerdo de la pareja en 20,4% de los casos y “no pensamos en eso” en 15,3% de los casos. El grupo de 10 a 14 años también refirió el costo del condón en 20,7% de los casos y 12,6% de los jóvenes del grupo de 15 a 19 años respondió que no usaron preservativo por confianza en su pareja. Vale también destacar que el desconocimiento sobre el uso de condón se encontró entre 0% en jóvenes de 20 a 24 años y 6,9% de 10 a 14 años (tabla 19).

Se encontraron diferencias significativas entre las razones de no usar el condón presentadas por las mujeres

Tabla 18:
Decisión de uso de preservativo, por tiempo de residencia

Quien decidió	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
Yo mismo	5 35,7%	14 40,0%	9 47,4%	28 41,2%
Pareja	4 28,6%	7 20,0%	3 15,8%	12 17,6%
Conjunta	2 14,3%	10 28,6%	2 10,5%	25 36,8%
No sabe/No responde	3 21,4%	4 11,4%	5 26,3%	3 4,4%
Total	14	35	19	68

Tabla 19:
Razón de no uso de condón, por grupo de edad

Razón de no uso	10 a 14		15 a 19		20 a 24		Total	
	N	%	n	%	No.	%	n	%
No disponibilidad	24	27,6%	55	22,3%	17	22,1%	96	23,4%
Pareja en desacuerdo	9	10,3%	52	21,1%	23	29,9%	84	20,4%
No pensamos en eso	16	18,4%	35	14,2%	12	15,6%	63	15,3%
Monogamia	5	5,7%	27	10,9%	18	23,4%	50	12,2%
No me gusta	6	6,9%	34	13,8%	7	9,1%	47	11,4%
Confianza en la pareja	5	5,7%	31	12,6%	10	13,0%	46	11,2%
Costosos	18	20,7%	11	4,5%	4	5,2%	33	8,0%
Otro anticonceptivo	2	2,3%	24	9,7%	7	9,1%	33	8,0%
Innecesario	5	5,7%	14	5,7%	5	6,5%	24	5,8%
Afán	2	2,3%	13	5,3%	1	1,3%	16	3,9%
Desconocimiento sobre uso	6	6,9%	1	0,4%	0	0,0%	7	1,7%
Efecto de alcohol o drogas	1	1,1%	4	1,6%	0	0,0%	5	1,2%
Desconocimiento del condón	0	0,0%	2	0,8%	0	0,0%	2	0,5%
Total	87		247		77		411	

y los hombres, especialmente en cuanto al no uso por desacuerdo con su pareja, “no pensamos en eso”, el costo, el uso de otro anticonceptivo y “afán”. Adicionalmente, en los hombres fueron razones importantes para no usar el condón, la confianza en la pareja y el costo, y en las mujeres, la monogamia, el uso de otro anticonceptivo y el “no me gusta” (tabla 20).

En cuanto a la diferencia entre las razones de no usar el condón por parte

de los nativos y los inmigrantes, se encontró que la “no disponibilidad” y el desacuerdo con la pareja fue la primera y segunda causa respectivamente para todos los grupos, pero que hubo una diferencia en que los inmigrantes con menos años reportaron la confianza en la pareja como una razón importante al no uso del condón y que lo consideraron innecesario. Vale destacar también que el porcentaje de no usar condón por estar

Tabla 20:
Razón de no uso de condón, por sexo

Razón de no uso	Hombres	Mujeres	P
No disponibilidad	23,2%	23,4%	0,97
Pareja en desacuerdo	24,4%	14,3%	0,04
No pensamos en eso	18,5%	9,7%	0,02
Monogamia	9,8%	16,2%	0,06
No me gusta	9,4%	14,3%	0,13
Confianza en la pareja	12,2%	9,7%	0,44
Costosos	10,2%	4,5%	0,04
Otro anticonceptivo	5,5%	13,0%	0,01
Innecesario	7,5%	3,2%	0,08
Afán	5,5%	1,3%	0,03
Desconocimiento sobre uso	8,0%	0,0%	0,39
Efecto de alcohol o drogas	1,6%	0,6%	0,41
Desconocimiento del condón	0,8%	0,0%	0,39
Total	254	154	

bajo efectos de alcohol o drogas y por desconocimiento del condón o el uso del mismo, era más alto entre los inmigrantes con menos de tres años en la ciudad (tabla 21).

Respecto a la *frecuencia del uso de condón* en las relaciones sexuales penetrativas, el 9,3% contestó que usaba el preservativo todas las veces: el 8,2% de los menores que 15 años; el 10,4% del grupo de 15 a 19 años, y el 7% de los mayores de 20 años. Las personas que reportaron usarlo solamente algunas veces o nunca fueron

el 45,9%, el 51,3% y el 47% por grupo de edad respectivo, para un total de 49,5%. Este porcentaje fue similar entre los diferentes grupos de inmigrantes y los nativos. Por sexo, se encontró que el 11,2% de los hombres y el 7,4% de las mujeres siempre usaron preservativo; mientras que el 45.1 y 54,2% por sexo respectivo, no lo usa o lo usa ocasionalmente.

Los sitios más reconocidos de *acceso al preservativo masculino* fueron las farmacias, los centros de planificación familiar y los supermercados con 78,5%,

Tabla 21:
Razón de no uso de condón, por tiempo de residencia

Razón de no uso	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
No disponibilidad	24,5%	33,8%	43,1%	52,4%
Pareja en desacuerdo	26,4%	9,5%	18,2%	23,1%
No pensamos en eso	11,3%	5,4%	13,6%	19,7%
Monogamia	11,3%	9,5%	12,1%	16,2%
No me gusta	15,1%	9,5%	15,2%	9,8%
Confianza en la pareja	18,9%	10,8%	9,1%	9,8%
Costosos	5,7%	5,4%	4,5%	9,2%
Otro anticonceptivo	7,5%	8,1%	15,2%	5,2%
Innecesario	11,3%	5,4%	4,5%	4,6%
Afán	7,5%	2,7%	4,5%	2,9%
Desconocimiento sobre uso	3,8%	2,7%	1,5%	0,6%
Efecto de alcohol o drogas	3,8%	0,0%	0,0%	1,7%
Desconocimiento del condón	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	53	74	66	173

17,5% y 14%. Las diferencias entre los grupos de edad no fueron estadísticamente significativas (tabla 22).

Hay un mayor reconocimiento de la farmacia como proveedor de preservativos en los hombres con 81,4% y del supermercado, hospital y centro de planificación familiar por las mujeres (tabla 23).

Por último, no se encontraron diferencias significativas según el tiempo de residencia en Montería.

3.3.5 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Entre 6,4% y 12,5% de la población encuestada no utilizaba *métodos de anticoncepción o planificación familiar* en el momento de la encuesta. El método de anticoncepción más usado es el condón masculino que osciló entre 23% en menores de 15 años, 32% en el grupo de 15 a 19 años y 30,1% en mayores de 20 años. Los hombres mencionaron como método de anticoncepción principal al preservativo con 38,8% y las mu-

Tabla 22:
Sitio de acceso al preservativo masculino, por grupo de edad

Sitio de acceso	10 a 14		15 a 19		20 a 24		Total	
	n.	%	n	%	n	%	n	%
Farmacia	528	78,6%	721	77,9%	117	81,8%	1366	78,5%
Centro de pnf	87	12,9%	185	20,0%	33	23,1%	305	17,5%
Supermercado	61	9,1%	148	16,0%	35	24,5%	244	14,0%
Tienda	91	13,5%	118	12,8%	14	9,8%	223	12,8%
Hospital	46	6,8%	85	9,2%	9	6,3%	140	8,0%
Pensión/motel	29	4,3%	70	7,6%	11	7,7%	110	6,3%
Amigo	32	4,8%	54	5,8%	5	3,5%	91	5,2%
Bar	30	4,5%	49	5,3%	10	7,0%	89	5,1%
Profesor	17	2,5%	30	3,2%	8	5,6%	55	3,2%
Otro	2	0,3%	4	0,4%	0	0,0%	6	0,3%
No sabe/No responde	78	11,6%	91	9,8%	10	7,0%	179	10,3%
Total	672		925		143		1.740	

Tabla 23:
Sitio de acceso al preservativo masculino, por sexo

Sitio	Hombres	Mujeres	p
Tienda	13,0%	12,8%	0,92
Farmacia	81,4%	76,0%	0,01
Supermercado	11,9%	16,0%	0,01
Hospital	6,7%	9,3%	0,04
Centro de Planificación Familiar	14,9%	20,1%	0,00
Motel	5,9%	6,7%	0,49
Total	808	920	

jeros 17,4%. Estas también representaron un porcentaje más alto en cuanto al uso de otros tipos de planificación (tabla 24). No hubo preferencia del uso de un método de anticoncepción especial ante otro, por tiempo de residencia.

El 31,2% utilizó *el condón como método único o como doble protección*: en el grupo de adolescentes menores de

15 años fue de 24%; en el grupo de 15 a 19 años, de 34,9% y en mayores de 19 años, de 31%. Se encontró una diferencia por sexo en cuanto a que el 41% de los hombres y el 19% de las mujeres lo usan como método único o combinado, pero no se encontró ninguna diferencia significativa por tiempo de residencia.

Tabla 24:
Uso de métodos de anticoncepción o planificación familiar, por grupo de edad y sexo

Anticonceptivo actual	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Hombres	Mujeres	Total
Preservativos	68 23,0%	183 32,0%	41 30,1%	211 38,8%	79 17,4%	292 29,1%
Anticonceptivos orales	9 3,0%	35 6,1%	17 12,5%	21 3,9%	40 8,8%	61 6,1%
DIU	9 3,0%	17 3,0%	6 4,4%	13 2,4%	19 4,2%	32 3,2%
Inyecciones	1 0,3%	19 3,3%	8 5,9%	9 1,7%	19 4,2%	28 2,8%
Coito interrumpido	1 0,3%	15 2,6%	6 4,4%	9 1,7%	13 2,9%	22 2,2%
Ritmo/natural	2 0,7%	9 1,6%	10 7,4%	10 1,8%	11 2,4%	21 2,1%
Óvulos	0 0,0%	2 0,4%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,4%	2 0,2%
Ninguno	19 6,4%	42 7,4%	17 12,5%	34 6,3%	44 9,7%	78 7,8%
No sabe/No responde	187 63,2%	249 43,6%	31 22,8%	237 43,6%	228 50,1%	467 46,6%
Total	296	571	136	544	455	1.003

Al indagar sobre el *método de planificación familiar de preferencia*, el 46,4% prefirió el preservativo; el 10,5%, los anticonceptivos orales y el 6,3%, las inyecciones. Estas preferencias fueron iguales independientemente del tiempo de residencia en Montería. El 3,2% no prefiere ninguno y el 32,8% no supo o no respondió. Los anticonceptivos orales son preferidos de manera similar en los tres grupos de edad, mientras que las inyecciones lo son más en el grupo de 20 a 24 años (14,7%) igual que los preservativos (36,4%), en el mismo grupo (tabla 25).

Según los resultados de la encuesta, los hombres prefieren los preservativos como método de planificación en

56,8%; contra el 37,4% de las mujeres. En general, las mujeres prefieren o utilizan una mayor variedad de métodos de anticoncepción que los hombres (tabla 26).

De las 520 personas encuestadas que refirieron tener relaciones sexuales pero no planificar, 46,2% reportó que le gustaría tener un hijo ahora, con un rango entre 44,2% en menores de 15 años, 46,1% en el grupo entre 15 y 19 años y 48,4% en mayores de 19 años. El deseo de un hijo o una hija no varió significativamente entre los hombres (46,8%) y las mujeres (45,4%) con un $p=0.75$; mientras que sí hubo una diferencia dependiendo del tiempo de residencia en Montería; el 51,7% de los

Tabla 25:
Anticonceptivo preferido, por grupo de edad

Tipo	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Total
Preservativos	45,8	48,3	36,4	46,4
Anticonceptivos orales	10,4	10,3	11,9	10,5
Inyecciones	4,2	6,6	14,7	6,3
DIU	6,0	4,0	4,2	4,8
Naturales	2,0	3,2	3,5	2,9
Óvulos	0,6	1,7	0,7	1,2
Ninguno	3,4	2,9	3,5	3,2
NS	8,5	5,2	3,5	6,3
NR	27,1	25,5	30,1	26,5
Total	672	925	143	1.740

Tabla 26:
Anticonceptivo preferido, por sexo

Anticonceptivo preferido	Hombres	Mujeres	valor de p
Preservativos	56,8	37,4	0,00
Anticonceptivos orales	7,1	13,6	0,00
Inyecciones	2,7	9,6	0,00
DIU	1,6	7,6	0,00
Naturales	2,0	3,5	0,06
Óvulos	0,4	2,0	0,00
Ninguno	2,4	3,9	0,07
Total	808	920	-

Tabla 27:
Razón para querer un hijo, por grupo de edad y sexo

Argumento	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Hombres	Mujeres	Total
Soledad	9	46	18	39	34	73
	20,5%	33,1%	40,0%	29,1%	36,6%	32,0%
Ilusión de futuro	6	31	14	31	20	51
	13,6%	22,3%	31,1%	23,1%	21,5%	22,4%
Autoestima	7	11	3	13	7	21
	15,9%	7,9%	6,7%	9,7%	7,5%	9,2%
Retener la pareja	8	10	2	13	7	20
	18,2%	7,2%	4,4%	9,7%	7,5%	8,8%
Recompensa económica	2	3	1	5	1	6
	4,5%	2,2%	2,2%	3,7%	1,1%	2,6%
No sabe/ No responde	12	38	7	33	25	57
	27,3%	27,3%	15,6%	24,6%	26,9%	25,0%
Total	44	139	45	134	93	228

Tabla 28:
Razón para querer un hijo, por tiempo de residencia

Razón para tener hijo	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
Retener la pareja	3 10,3%	3 9,4%	3 10,3%	8 7,7%
Autoestima	4 13,8%	2 6,3%	4 13,8%	6 5,8%
Recompensa económica	1 3,4%	1 3,1%	1 3,4%	3 2,9%
Ilusión de futuro	3 10,3%	8 25,0%	5 17,2%	30 28,8%
Soledad	10 34,5%	9 28,1%	13 44,8%	30 28,8%
No sabe/No responde	8 27,6%	9 28,1%	3 10,3%	27 26,0%
Total	29	32	29	104

que llevaban menos de 3 años; el 40,2% de los que llevaban entre 3 y 6 años; el 50% de los que llevaban más que 6 años, y el 34,1% de los nativos querían un hijo o hijo en el momento de la encuesta.

La *razón principal para querer tener un hijo* de los 228 encuestados que respondieron positivamente fue la soledad con 32%, seguido por la ilusión de futuro con 22,4% y autoestima con 9,2%. El argumento de querer tener un hijo para poder retener la pareja se dio en 8,8% y por recompensa económica en 2,6%; fue un porcentaje mayor en el grupo de 10 a 14 años con 18,2% y 4,5%, respectivamente. Con relación a

la división por sexo, se encontró una diferencia en que había más mujeres que querían un hijo o hija por evitar sentirse solos (36,6% versus 29,1%). La soledad también se constituyó en la principal razón para tener un hijo o hija entre los grupos por tiempo de residencia (tablas 27 y 28).

Ninguno de los encuestados refirió antecedente de *aborto*, ni de la encuestada misma o de la pareja del encuestado.

3.3.6 SEXO COMERCIAL

En cuanto a las personas que *han dado dinero* por tener relaciones sexuales,

hubo 4,7% que reportó haberlo hecho, con un rango por grupos de edad entre 2,7% en los más jóvenes y 13,2% en los mayores de 19 años.

Por otro lado, 4,7% *había recibido dinero o pago en especie* a cambio de tener relaciones sexuales, con un rango por grupos de edad de 0,7% en los más jóvenes, 5,1% en el grupo entre 15 y 19 años y 11,8% en el grupo de 20 a 24 años.

Asimismo, 8,1% de los hombres había dado dinero por tener relaciones sexuales y el 5,0% había recibido dinero para tenerlas; 0,7% de las mujeres ha dado dinero y 4,4% lo ha recibido para tener relaciones sexuales. Se encontraron diferencias por género ($p=0,00$).

No sé encontraron diferencias significativas en haber dado o recibido dinero o pago en especie por tener relaciones sexuales, teniendo en cuenta el tiempo de residencia del encuestado o la encuestada.

3.3.7 RELACIONES SEXUALES INVOLUNTARIAS

En este punto, 4,1% de los jóvenes encuestados refirió que alguna de sus parejas lo obligó a tener relaciones sexuales a pesar de que no quería. En los grupos de edad esta situación se encontró en 3,9% de los menores y 4,9% de los mayores. En esta muestra, 5,3% de los encuestados contestó que fue durante el último año que alguien le obligó a tener relaciones sexuales a pesar de que no quería. En los grupos

de edad, el rango varió entre 4,1% y 6,1%. En 41,5% de los casos fue la pareja quien obligaba al encuestado a tener relaciones sexuales.

Se encontró que el abuso sexual fue mayor entre los inmigrantes que entre los nativos: 5,3% de los inmigrantes que llevaban menos de 3 años; 5,6% de los que llevaban entre 3 y 6 años, 4,8% de los que llevaban más de 6 años, y 3,6% de los nativos fueron obligados por su pareja a tener relaciones sexuales. Así, 8,7%, 7,2%, 4,3% y 4,6% de los grupos de migración, respectivamente, fueron obligados por alguien que no era su pareja a tener relaciones sexuales involuntariamente.

3.3.8 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Entre 51,7% y 68,6% de los encuestados no sabía o no reconocía los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Entre los síntomas más reconocidos fueron: la secreción genital, identificado por entre 12,8% en el grupo de 10 a 14 años y 18,9% en el grupo de 20 a 24 años; el flujo maloliente entre 8,5% y 21%, y la úlcera genital en 12% en los jóvenes de 15 a 19 años (tabla 29).

Hay un mayor reconocimiento de los síntomas de una posible enfermedad sexual entre las mujeres. Reconocen principalmente la secreción genital, el flujo maloliente y la úlcera genital con diferencias que no superan el 6% y sin sobrepasar en ningún caso el 20% (tabla 30). En cuanto a las posibles dife-

Tabla 29:
Reconocimiento de síntomas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, por grupo de edad

Síntoma relacionado	10 a 14		15 a 19		20 a 24		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Secreción genital	86	12,8%	167	18,1%	27	18,9%	280	16,1%
Disuria	75	11,2%	162	17,5%	31	21,7%	268	15,4%
Flujo maloliente	57	8,5%	149	16,1%	30	21,0%	236	13,6%
Úlcera genital	42	6,3%	111	12,0%	17	11,9%	170	9,8%
Vesículas	30	4,5%	96	10,4%	12	8,4%	138	7,9%
Prurito	34	5,1%	90	9,7%	14	9,8%	138	7,9%
Adenitis	37	5,5%	84	9,1%	6	4,2%	127	7,3%
Cólico	40	6,0%	60	6,5%	8	5,6%	108	6,2%
Otros	3	0,4%	3	0,3%	1	0,7%	7	0,4%
No sabe/ No responde	461	68,6%	540	58,4%	74	51,7%	1.075	61,8%
Total	672		925		143		1.740	

Tabla 30:
Reconocimiento de síntomas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, por sexo

Síntoma	Hombres	Mujeres	p
Cólico	5,3%	7,0%	0,16
Secreción genital	14,0%	17,6%	0,04
Flujo maloliente	10,3%	16,4%	0,00
Disuria	16,0%	15,0%	0,58
Úlcera genital	7,9%	11,4%	0,01
Total	808	920	

Tabla 31:
Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, por grupo de edad

Edad	Secreción genital		Úlceras genitales		Total
	% con as	% sin as	% con as	% sin as	
10 a 14	1,6	2,8	0,3	0,4	672
15 a 19	1	3,4	0,2	1,1	925
20 a 24	0,7	8,4	0	2,1	143
Total	1,2	3,6	0,2	0,9	1740

as = actividad sexual

rencias por tiempo de residencia, no se encontró ninguna.

De las personas que habían iniciado una vida sexual activa en el momento de la encuesta, 1,2% refirió antecedentes de secreción genital y 0,2% de úlcera genital (tabla 31). De las 98 personas que respondieron consultar por estos síntomas, teniendo o no una vida sexual activa, el 13,3% lo hacía a un médico y el 13,3% a una farmacia, 58,2% no supo o no respondió.

No se encontraron mayores diferencias entre las mujeres y los hombres; 1,6% de las mujeres y 0,6% de los hombres refirieron haber tenido, al menos, un episodio de secreción genital, y el 0,2% de los hombres y mujeres refirieron haber tenido úlcera genital. Tampoco se encontraron mayores diferencias entre los inmigrantes y los nativos, salvo un leve aumento en las incidencias entre los nativos (1,3% contra 1,0% en la secreción genital, y 0,4% contra 0,1% en úlcera genital).

3.3.9 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA

Inicialmente, 79,8% de la población encuestada refirió *haber escuchado alguna vez del VIH o sida*, con un rango entre 75,6% en los menores y 84,6% en los mayores. No había ninguna diferencia entre los hombres (80,1%) y las mujeres (79,6%). Sin embargo, de acuerdo con el tiempo de residencia, el porcentaje aumentó a favor de los nativos; 76% de los inmigrantes que llevaba menos de 3 años refirió haber escuchado alguna vez del VIH; 74,7% de los que llevaban entre 3 y 6 años; 82,1% de los que llevaban más de 6 años, y 84,6% de los nativos.

Entre los que habían escuchado alguna vez sobre el VIH o sida, se preguntó si la *información que tenían era errónea o completa*. Del grupo, 62,7% cree que no puede infectarse con una pareja "fiel" no infectada, 52,6% que se puede prevenir el VIH con abstinión

sexual y 29,6% que el VIH se transmite por la picadura de un mosquito. Los conceptos erróneos se encontraron más en los jóvenes entre 10 y 14 años. Hay desconocimiento sobre la transmisión por leche materna entre 36,8% y 40,5%. Las tasas de conceptos erróneos son mayores entre los hombres

que entre las mujeres y de desconocimiento en mujeres que en hombres (tabla 32). El grupo con mayor aporte de conceptos erróneos fue el que reside en Montería hace más de 6 años, pero que no son nativos, y el grupo con más desconocimiento fue el que llevaba menos de 6 años en Montería.

Tabla 32:
Conocimientos relacionados con el VIH, por grupo de edad y sexo

Concepto	CAP	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Hombres	Mujeres	Total
Uso adecuado de preservativo protege	% erróneo	6,9	7,2	4,1	8,2	5,7	6,8
	% desconocimiento	15,0	9,3	12,4	7,9	14,9	11,7
Infección VIH por picadura de mosquito	% erróneo	34,3	28,6	16,5	33,4	26,1	29,6
	% desconocimiento	24,6	22,4	20,7	21,3	24,5	23,0
Protección VIH con pareja fiel no infectada	% erróneo	60,0	63,2	71,1	66,5	59,4	62,7
	% desconocimiento	24,2	17,2	9,1	16,7	21,2	19,1
Protección VIH con abstinencia sexual	% erróneo	54,5	52,0	48,8	52,1	52,9	52,6
	% desconocimiento	16,3	15,9	14,0	15,0	16,8	15,9
Infección VIH por compartir alimento con VIH positivo	% erróneo	24,6	15,1	7,4	18,7	17,2	17,9
	% desconocimiento	23,6	20,0	21,5	19,9	22,5	21,5
Infección VIH por compartir aguja contaminada	% erróneo	7,9	5,5	3,3	6,5	5,9	6,2
	% desconocimiento	14,6	11,4	6,6	11,0	13,4	12,2
Transmisión VIH madre infectada hijo	% erróneo	3,5	3,4	1,7	3,9	2,7	3,3
	% desconocimiento	16,1	13,9	6,6	14,2	14,1	14,1
Transmisión VIH madre infectada hijo por lactancia	% erróneo	8,3	13,7	28,1	13,3	12,8	13,0
	% desconocimiento	37,2	36,8	40,5	37,9	36,7	37,3

De un total de 1.389 encuestados

No se había realizado la prueba para VIH 56% de los jóvenes y 32,4% no respondieron la pregunta. El 7,1% de los encuestados que sí se habían realizado la prueba lo hizo en el último año, con un rango entre 4,8% y 14,7% entre los grupos de edad; 10,7% se había realizado la prueba alguna vez en la vida, con un rango entre 7,7% y 21% entre los grupos de edad (tabla 33). Las tasas no variaron mucho entre los hombres y las mujeres; 54,6% de los hombres y 59,2% de las mujeres nunca se la había realizado.

Por tiempo de residencia, los inmigrantes se habían hecho más la prueba de VIH en comparación con los nativos. Sin

embargo, fueron los que lo hicieron hace más tiempo (tabla 34).

De las 100 personas que respondieron sobre el *por qué se habían realizado la prueba*, 50 personas lo hicieron voluntariamente, 22 por solicitud de personal de salud, 4 para acceder a un trabajo y 12 para entrar en el ejército o en la universidad.

El 44% refirió no estar en riesgo de infectarse por el VIH. De esta muestra, 39,1% de las personas en el grupo entre 10 a 14 años refirió no estar en riesgo, 47,7% de las personas entre 15 a 19 años y 44,1% de las personas de 20 a 24 años. La morbilidad por el VIH re-

Tabla 33:
Antecedentes de prueba de VIH, por grupo de edad

Prueba más reciente	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Total
Nunca	350 52,1%	559 60,4%	80 55,9%	989 56,8%
<1 año	32 4,8%	70 7,6%	21 14,7%	123 7,1%
1-2 años	7 1,0%	12 1,3%	4 2,8%	23 1,3%
3-4 años	0 0,0%	2 0,2%	3 2,1%	5 0,3%
>4 años	13 1,9%	21 2,3%	2 1,4%	36 2,1%
No sabe/ No responde	270 40,2%	261 28,2%	33 23,1%	564 32,4%
Total	672	925	143	1.740

portada por las personas encuestadas se encuentra en un rango entre 0,4 y 0,7%, con un total de 0,6% (tabla 35).

Había una menor percepción de riesgo entre los hombres con 51% que

afirmaba tener posibilidad de tener VIH contra 45,3% de las mujeres. Del número total de encuestados, 0,4% de los hombres mencionó ser positivo y 0,8% de las mujeres (tabla 36).

Tabla 34:
Antecedentes de prueba de VIH, por tiempo de residencia

Frecuencia	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
Nunca	46,4	55,3	63,8	60,7
Hace más de 3 años	15,1	7,1	6,9	8
Hace menos de 2 años	3,1	4	1,6	2
No sabe/No responde	35,4	33,6	29,6	29,4
Total	192	253	246	788

Tabla 35:
Percepción de riesgo, por grupo de edad

Riesgo de adquirir sida	10 a 14	15 a 19	20 a 24	Total
Ninguna	263 39,1%	441 47,7%	63 44,1%	767 44,1%
Alguna	86 12,8%	162 17,5%	37 25,9%	285 16,4%
Mucha	40 6,0%	46 5,0%	7 4,9%	93 5,3%
VIH positivo	5 0,7%	4 0,4%	1 0,7%	10 0,6%
No sabe/No responde	278 41,4%	272 29,4%	35 24,5%	585 33,6%
Total	672	925	143	1.740

Tabla 36:
Percepción de riesgo, por sexo

Percepción de riesgo	Hombres	Mujeres
Ninguna	343 51,0%	419 45,3%
Alguna	148 22,0%	135 14,6%
Mucha	50 7,4%	42 4,5%
VIH positivo	3 0,4%	7 0,8%
No sabe/No responde	264 39,3%	317 34,3%
Total	808	920

Tabla 37:
Percepción de riesgo, por tiempo de residencia

Percepción de riesgo	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
Ninguna	77 40,1%	112 44,3%	119 48,4%	357 45,3%
Alguna	34 17,7%	30 11,9%	39 15,9%	149 18,9%
Mucha	7 3,6%	11 4,3%	15 6,1%	48 6,1%
VIH positivo	2 1,0%	1 0,4%	1 0,4%	6 0,8%
No sabe/No responde	72 37,5%	99 39,1%	72 29,3%	228 28,9%
Total	192	253	246	788

Por tiempo de residencia, la menor percepción de riesgo fue de los inmigrantes con más de 6 años viviendo en Montería (48,4%) y los nativos (45,3%). Sin embargo, los nativos fueron los que más percibieron que están en riesgo de adquirir el virus con 6,1% contra 3,6% entre los inmigrantes con menos de 3 años en Montería. La prevalencia del VIH previa oscila entre 0,4% y 1,0% (tabla 37).

3.3.10 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

En cuanto al estigma que la población encuestada siente o no hacia las personas infectadas por el VIH, se encuen-

tra que 61,4% no compraría comida a un tendero VIH positivo; 49,5% no comería del mismo plato de un paciente VIH; 33,8% declararía insubsistente a un docente VIH; 24,1% expulsaría a un estudiante VIH positivo, y 17,2% no cuidaría a un familiar que resultara infectado por el virus. Además, 28,6% mantendría en secreto a un pariente VIH positivo, mientras que 37,6% no lo haría. A menor edad (10 a 14 años) mayor es la proporción de respuesta negativa. Se encontraron más respuestas negativas entre los hombres que entre las mujeres, y entre los nativos que entre los inmigrantes (tablas 38, 39 y 40).

Tabla 38:
Estigma y discriminación, por grupo de edad

Argumento	10 a 14		15 a 19		20 a 24		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
No comer del mismo plato	403	60,0%	412	44,5%	46	32,2%	861	49,5%
No cuidado en caso de pariente VIH	155	23,1%	134	14,5%	10	7,0%	299	17,2%
Expulsión de estudiante VIH	211	31,4%	194	21,0%	15	10,5%	420	24,1%
Insubsistencia docente VIH	289	43,0%	276	29,8%	23	16,1%	588	33,8%
No comprar comida a tendero VIH	454	67,6%	549	59,4%	65	45,5%	1.068	61,4%
Secreto de pariente VIH	260	38,7%	345	37,3%	49	34,3%	654	37,6%
Total	672		925		143		1.740	

Tabla 39:
Estigma y discriminación, por sexo

Argumento	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
No comer del mismo plato	400	59,5%	454	49,1%
No cuidado en caso de pariente VIH	132	19,6%	164	17,7%
Expulsión de estudiante VIH	186	27,7%	230	24,9%
Insubsistencia docente VIH	260	38,7%	323	34,9%
No comprar comida a tendero VIH	485	72,2%	574	62,1%
Secreto de pariente VIH	243	36,2%	253	27,4%
Total		808		920

Tabla 40:
Estigma y discriminación, por tiempo de residencia

Argumento	Menos de 3 años	Entre 3 y 6 años	Más de 6 años	Siempre
No comer del mismo plato	50,0%	50,2%	49,2%	48,4%
No cuidado en caso de pariente VIH	17,2%	19,0%	19,9%	14,8%
Expulsión de estudiante VIH	27,6%	22,5%	26,4%	23,6%
Insubsistencia docente VIH	34,4%	31,6%	37,4%	33,9%
No comprar comida a tendero VIH	56,8%	64,4%	61,8%	62,4%
Secreto de pariente VIH	24,5%	28,5%	32,5%	31,2%
Total	192	253	246	788

4. DISCUSIÓN

En este capítulo se comentan algunos de los hallazgos más destacados de la encuesta que se presentó en el capítulo anterior. En general, se puede adelantar que más que revelar nueva información, con la encuesta se pudo comprobar que los supuestos con que se ha trabajado, hasta cierto punto son correctos.

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los jóvenes se constituyen en un grupo poblacional vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual y VIH; esta vulnerabilidad está relacionada con comportamientos sexuales de riesgo, consumo de sustancias psicoactivas, falta de información y servicios de prevención y por un complejo de razones sociales y económicas. El inicio de la vida sexual activa a una edad temprana, tener múltiples compañeros sexuales y no utilizar el preservativo en las relaciones sexuales se constituyen en los principales factores de riesgo para este grupo. La vulnerabilidad aumenta cuando los jóvenes son excluidos, desplazados, trabajadores sexuales y tienen comportamientos homosexuales. Es por esto que el conocimiento de la sexualidad de los jóvenes en el marco de la problemática del desplazamiento debe convertirse en priori-

dad a partir de lo cual se diseñen intervenciones acordes con la problemática de este grupo.

Desde el punto de vista de la investigación social en salud y estudios de comportamiento para ETS y VIH, el estudio confirma la presencia de factores de riesgo asociados con la infección por VIH-ETS en los jóvenes de Montería, los cuales no se diferencian mucho de los factores reportados para otros jóvenes en el contexto nacional.

Dichos factores asociados con la infección por VIH-ETS y la caracterización del grupo de jóvenes de Montería se dan a partir de estadísticas descriptivas básicas. Los resultados permiten, además, hacer algunas aproximaciones a las necesidades en salud sexual y reproductiva de los jóvenes de Montería y a su vulnerabilidad frente a la infección por VIH-ETS, información que puede ser utilizada para la prevención y el control del VIH, específicamente dentro del marco del proyecto *Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ETS-VIH-sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia.*

Entre los factores de comportamiento sexual se analizó la edad de inicio de relaciones sexuales, se encontró que el 44% de los jóvenes menores de 15 años había tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta. Esta proporción fue de 19% para un grupo de jóvenes de la misma edad y en condiciones de desplazamiento, residentes de Villavicencio (12).

El 61,7% de los jóvenes entre 15 y 19 años refirió antecedentes de relaciones sexuales; en las mujeres esta proporción fue 49,5% que resulta mayor que la obtenida en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS–(13) en la cual 40% de las jóvenes entre 15 y 19 años había tenido relaciones sexuales, y al comparar con una encuesta a estudiantes de secundaria de representación nacional (6) en la que 41,6% reportó antecedentes de relaciones sexuales, cabe anotar que en esta última encuesta el 85% de la población estaba entre 13 y 18 años. La diferencia encontrada por sexo con un mayor porcentaje de antecedentes de relaciones sexuales para hombres coincide con los estudios nacionales revisados (6,8,12). Esto lleva a plantear que los jóvenes de Montería inician relaciones sexuales más temprano comparados con jóvenes colombianos de otras regiones, lo cual se refuerza con los hallazgos del estudio de jóvenes de secundaria donde la Costa Atlántica tuvo la edad promedio más temprana de inicio de relaciones sexuales por región.

Respecto a la edad de la primera relación sexual, el promedio fue de 14,4

años, 13,6 en hombres y 15,3 en mujeres; esta media es similar a la obtenida en otros estudios: 14 años para los estudiantes de secundaria (6) y 16,4 en mujeres en el último estudio de Profamilia (13). Uno de los factores que influyen en el inicio temprano de relaciones sexuales es el nivel educativo, lo cual ha sido evidenciado en diferentes estudios. Así, por ejemplo, las mujeres con acceso a educación formal y estudios universitarios comenzaron relaciones sexuales en promedio a los 17 años, mientras en las adolescentes sin escolaridad este promedio de edad fue de 13,6 años. Por situación de inmigración, los resultados sugieren que los jóvenes con menos movilidad están empezando más tarde sus relaciones sexuales, lo anterior posiblemente refleje que la movilidad como fenómeno social estaría asociada con uno de los factores de riesgo determinantes en la infección por VIH en jóvenes como es la edad de inicio de relaciones sexuales.

El uso del condón en la primera relación sexual es un aspecto de gran interés en términos de la vigilancia de comportamientos asociados con la infección por VIH, lo anterior porque es más fácil sostener en el tiempo los comportamientos establecidos al inicio de la actividad sexual que modificar los comportamientos cuando ya se han convertido en un hábito. El uso del condón en la primera relación sexual fue reportado por 14,4% de los jóvenes encuestados; esta proporción fue de 25% en los jóvenes estudiantes de secundaria (9), lo cual podría asociarse

a que estar vinculado al sistema escolar aumenta las posibilidades de utilizar preservativo en la primera relación sexual. Por grupos edad, 17,8% (26/301) de los mayores de 19 años, 16,7% (96/575) de 15 a 19 años y 8,6% (24/135) de menores de 15 años manifestaron haber utilizado condón en su primera relación sexual. Esto indica que en los más jóvenes está disminuyendo el uso de condón para la primera relación sexual, posiblemente porque las estrategias educativas han disminuido recientemente, afectando a las generaciones más jóvenes, lo cual también indica la presencia de un factor de riesgo para los más jóvenes, quienes, además tienen factores de riesgo biológicos y sociales que los hacen más vulnerables. Respecto al tiempo de residencia en Montería, la proporción de jóvenes que usaron el condón en su primera relación sexual aumentó con el tiempo de residencia, y que podría indicar que las condiciones de información, disponibilidad de preservativos y representaciones frente a este tema, son más desfavorables en poblaciones con mayor movilidad.

En relación con el primer compañero(a) sexual, fue el novio(a) en el 40,8% de los hombres y 64,4% de las mujeres, seguido del esposo en mujeres y una amiga en hombres. Un estudio de 1994 realizado en jóvenes de 12 a 17 años evidenció que los hombres tienen el inicio de su actividad sexual con la novia (8); los hallazgos coinciden con lo reportado por los(as) jóvenes residentes en Villavicencio que identificaron en

su mayoría al novio(a) como el(la) primer(a) compañero(a) sexual (12). Por condición migratoria, la posibilidad de que el primer compañero(a) sexual sea un familiar o el(la) esposo(a) es mayor para los inmigrantes recientes, esto podría ser producto de las condiciones de vivienda y características de las relaciones interpersonales propias de las familias con mayor movilidad, pues las diferencias culturales de los inmigrantes con la población receptora puede favorecer las relaciones entre el grupo inmigrante, o que su condición los lleva a buscar más rápidamente una unión conyugal.

La diferencia de edad entre la persona encuestada y su primer(a) compañero(a) sexual fue mayor para las mujeres, lo cual representa un factor de vulnerabilidad sociocultural y biológica, ya que estos hombres pertenecen a una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia de VIH y ETS, o quienes han tenido mayor exposición a éstas debido a su edad. Éste se ha identificado como uno de los principales factores de vulnerabilidad de las mujeres jóvenes de la mayoría de los países de África subsahariana, donde la epidemia presenta un patrón de transmisión generalizado (heterosexual) y donde uno de los grupos más afectados son las jóvenes. Las relaciones que se establecen entre hombres mayores y mujeres jóvenes se dan a partir de la protección que éstos puedan dar a las mujeres, lo que implica relaciones de poder, donde el hombre, y aún más en estos ca-

sos, es quien toma decisiones frente a las mujeres, lo que disminuye la probabilidad de que ellas puedan decidir sobre su cuerpo y sobre su salud (14,15).

Las relaciones sexuales en los últimos 12 meses fueron reportadas por el 74,4% de los jóvenes sexualmente activos, cifra similar a la de los estudiantes de secundaria a nivel nacional, cuyo valor fue de 72%.

El uso del condón en la última relación sexual fue reportado por 13,6% de los jóvenes, menor que 34,6% de los estudiantes de secundaria y que 20,3% reportado por las adolescentes de 15 a 19 años del país (13). En el presente estudio, esta proporción fue menor en el grupo de jóvenes inmigrantes recientes, lo cual podría estar evidenciando una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH-ETS, derivado de la situación socioeconómica propia del desplazamiento, las dificultades que tienen para acceder a los servicios de salud y educación y, especialmente, al acceso de elementos de sexo más seguro.

Las diferencias encontradas por sexo y grupo de edad en el uso del condón en la última relación sexual podrían explicarse porque el condón es inicialmente usado para prevenir embarazos no deseados, y a medida que las personas tienen relaciones sexuales frecuentes van adoptando otros métodos de planificación, y abandonan en muchos casos el uso del condón. Al comparar los jóvenes que usaron el condón la primera vez y los que lo usaron

la última, por grupos de edad, los más jóvenes tuvieron el mayor uso sostenido, lo cual puede relacionarse con que en este grupo ha pasado poco tiempo entre la primera vez y la última; el grupo de jóvenes mayores de 19 años adoptó en mayor proporción el uso del condón en la última sin haberlo usado la primera, lo que puede estar asociado a mayor exposición a los mensajes de prevención, condición que no se tenía en el momento de su primera relación sexual.

La iniciativa del uso del condón en general la siguen tomando más los hombres, aspecto relacionado con los roles socialmente establecidos para hombres y para mujeres, donde el hombre es quien toma la decisión frente a las relaciones sexuales y al uso del preservativo. Los datos sobre frecuencia de uso del condón son difíciles de obtener y comparar de un estudio a otro; sin embargo, se puede plantear que entre jóvenes y adultos, los hombres reportan mayor actividad sexual y uso de condón en otros estudios (16). Estos hallazgos permiten identificar la necesidad de fortalecer el estímulo a la determinación del uso por parte de las mujeres, trabajo de promoción que pasa por la apropiación de las jóvenes hacia la autodeterminación en cuestiones de relaciones sexuales y un ejercicio cierto de derechos sexuales y reproductivos que poco a poco logre cerrar las brechas históricamente construidas en detrimento de las mujeres. Desde la perspectiva masculina, reorientar la apropiación de este género

hacia la protección de la salud propia y la de sus parejas sexuales. Los resultados evidencian que los inmigrantes recientes tienen poco poder de iniciativa para el uso del condón, lo cual se explica en parte por las dificultades frente al acceso a los servicios de salud, a la información de calidad y a las condiciones materiales propias de algunos grupos poblacionales con mayor movilidad, y a una pérdida del manejo de su propio cuerpo dada su situación de inmigrante.

El 9,3% de los jóvenes manifestó usar siempre el condón en sus relaciones sexuales; esta proporción es baja comparada con el 17,4% reportado por los estudiantes de secundaria, aunque los jóvenes de la costa Atlántica presentaron el menor porcentaje de uso sostenido del condón. Es claro que los jóvenes mayores cambian la protección del condón por la anticoncepción, lo cual puede significar que el condón se percibe más como método de planificación que como elemento de protección frente a otros factores como VIH-ETS, lo que implicaría un riesgo cuando los jóvenes deciden planificar con otros métodos.

Entre las razones para no uso del condón, los jóvenes destacaron la “no disponibilidad”, “el desacuerdo de la pareja” y el “no pensamos en eso”. En la encuesta de estudiantes de secundaria, las principales razones fueron, “confianza en la pareja”, “monogamia”, “afán del momento” y “porque es difícil hablar de eso”. Estas diferencias en ambos casos están mostrando probablemente peores condiciones en térmi-

nos de acceso a condones de los jóvenes de Montería, lo cual puede estar relacionado con el acceso a la educación. Estar vinculado al sistema educativo disminuye la probabilidad de no tener acceso a los elementos necesarios para adoptar comportamientos de protección, así como el acceso a las acciones de prevención y de atención en salud sexual y reproductiva.

Es importante mencionar que para los jóvenes de 10 a 14 años la segunda razón para no usar el condón, después de la no disponibilidad, fue “son costosos”. Teniendo en cuenta este resultado, podría plantearse como prioridad de las intervenciones encaminadas al estímulo del uso del condón la distribución gratuita, especialmente en el grupo de los más jóvenes.

En los mayores de 19 años toma fuerza el argumento de “desacuerdo de la pareja”, lo que atribuirse a que en ese momento ya hay una vida sexual activa más estable y, posiblemente, se han adoptado otros métodos de planificación, y el uso del condón podría verse por la pareja como la probabilidad infidelidad y a la disminución del placer. El enunciado “no pensamos en eso” aparece entre las primeras razones de no uso, y esto podría estar reflejando la disociación existente entre la información que se recibe o el conocimiento que se tiene y la incorporación de esos elementos a la vida cotidiana por una baja percepción de riesgo. Esta disociación aparece en los adolescentes de otras regiones como en el Eje Cafetero, en donde se encontró que el uso

del condón está limitado a las relaciones sexuales que se tienen en una fiesta o con mujeres que los hombres no conocen (17).

El promedio de parejas sexuales en el último año fue mayor para hombres, lo que coincide con los resultados de la encuesta a estudiantes de secundaria en la cual un mayor porcentaje de mujeres que de hombres manifestaron tener una sola pareja en el año anterior. Estos hallazgos podrían estar reflejando la construcción de género frente al número de parejas socialmente aceptado para hombres y mujeres; estas últimas desde edad temprana articulan, más frecuentemente que los hombres, las relaciones sexuales al vínculo afectivo. Por grupos de edad, los jóvenes de 15 a 19 años tuvieron más parejas en el último año; la razón de este hallazgo podría ser que los más jóvenes hasta ahora inician su actividad sexual y los mayores de 20 años ya tienen relaciones de pareja más estables.

Se encontró que 4% (27/679) de los jóvenes refirieron tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, 4,9% de los hombres y 2,6% de las mujeres, proporciones muy similares a las sugeridas por los expertos para la población general (18). Este porcentaje es mayor en el grupo de inmigrantes recientes, lo cual puede estar asociado con una mayor posibilidad de intercambio de relaciones sexuales por dinero o bienes en este grupo de migración con personas del mismo sexo, dada su condición y su vulnerabilidad económica. También se

puede asociar con los resultados del estudio de jóvenes de secundaria en el cual los jóvenes de la Costa Atlántica presentaron un mayor porcentaje de comportamiento bisexual.

Los resultados respecto a las relaciones sexuales comerciales no muestran una mayor proporción de personas que hayan recibido dinero por relaciones sexuales en los grupos de migración reciente, fenómeno que caracteriza los procesos de migración, lo cual podría estar reflejando que la muestra tomada en el estudio no refleja la realidad de los jóvenes en situación de desplazamiento, sino de los jóvenes en general. Existe un mayor porcentaje de hombres que ha recibido dinero por relaciones sexuales si los comparamos con la proporción de mujeres que contestaron haberlo hecho; este grupo de hombres podría ser más vulnerable dado su intercambio sexual por dinero u otros bienes y, probablemente, porque sus clientes son otros hombres, pues se ha identificado que la mayoría de hombres que intercambian relaciones sexuales por dinero lo hacen pagados por otros hombres (19).

Respecto al sitio donde pueden obtener el condón masculino, la mayoría de jóvenes identificó la farmacia (78,5%), lo cual reafirma el papel relevante que juega este lugar en el acceso a elementos de prevención como el condón y, adicionalmente, como escenario de consulta frente a problemas de salud, especialmente ante la realidad del desplazamiento forzado.

Por sexo, las mujeres identificaron más que los hombres al hospital y al centro de planificación familiar como proveedores de preservativos, lo cual estaría reflejando la mayor utilización de las mujeres de los servicios de salud en general y, específicamente, los de planificación familiar, y derivado de lo anterior el mayor acceso de las mismas a las intervenciones educativas y de prevención provenientes de los servicios de salud.

El consumo de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas se reconoce como un factor que influye en la capacidad de decisión frente a los comportamientos de riesgo. En los jóvenes, el principal problema continúa siendo el consumo de alcohol; en el presente estudio, los hombres, más que las mujeres, consumen alcohol, situación que aumenta con la edad. El consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida fue reportado por 7,5% de los jóvenes; el consumo principal fue de marihuana con 5,2% (11,3% en mayores que 19 años), seguido de cocaína, éxtasis, bazuco, heroína y hongos. Teniendo en cuenta los efectos de estas sustancias en el cambio en la percepción de riesgo y, por lo tanto, en mayor facilidad de incurrir en comportamientos de riesgo, la adicción a estas sustancias puede conducir a intercambio de favores sexuales por dinero para conseguir las drogas o directamente por las sustancias. La prevención de su consumo también se constituye en una labor fundamental en la prevención de la infección por VIH y ETS.

Hay un porcentaje alto de jóvenes que no reconocen los síntomas de las infecciones de transmisión sexual (61,8%), mientras que las mujeres reconocen más los síntomas, lo cual puede ser consecuencia de lo enunciado respecto al acceso a la información proveniente de los servicios de salud.

Más de 20% de los jóvenes no ha escuchado hablar del VIH/sida, esta proporción es mayor en el grupo de 10 a 14 años, en el cual también es mayor el porcentaje de conceptos erróneos frente a la transmisión del VIH. Estos hallazgos podrían ser el reflejo de poco acceso a la información de los más jóvenes, educación sexual desde el sistema escolar aún deficiente, y, probablemente, condiciones de pobreza y exclusión que hacen que las personas no tengan contacto con la información que les ayude a tomar las mejores decisiones para su salud. Este porcentaje de desconocimiento resulta alto al comparar con la ENDS 2000, donde 97% de las adolescentes habían oído hablar de sida y 80% de VIH (13).

Debe cuestionarse el alcance de las estrategias educativas emprendidas por el sector salud para el grupo de jóvenes. Las tasas de conceptos erróneos frente a la transmisión del VIH son mayores en hombres que en mujeres y de desconocimiento en mujeres que en hombres; podría interpretarse que los hombres creen saber más, pero tienen conceptos equivocados, las mujeres por el contrario reconocen su desconocimiento frente a situaciones específicas de transmisión del VIH; aunque

ellas tienen más contacto con los servicios de salud, no están recibiendo la información pues probablemente el trabajo en salud sexual y reproductiva con mujeres continúa más enfocado hacia el control de fecundidad o atención durante el parto y la gestación.

Al comparar con la encuesta realizada a jóvenes residentes en Villavicencio, las mujeres tuvieron mejores conocimientos que los hombres en el tema de formas de transmisión del VIH (12). En este mismo estudio se encontró una fuerte creencia que hay riesgo de infección al donar sangre (56%) y al usar baños públicos (47%). Podría decirse que la información está llegando de forma desigual a hombres y mujeres dependiendo del contexto particular relacionado con acceso a educación, localización geográfica y acceso a servicios de salud tanto de atención como de prevención; por estas razones, las acciones deberán estar encaminadas a diseñar estrategias de información y sensibilización a partir del reconocimiento de las diferencias socioculturales entre hombres y mujeres.

Cien personas reportaron haberse hecho la prueba de VIH, de las cuales, la mitad lo hizo voluntariamente, el 16% para acceder a un trabajo, por solicitud del ejército o la universidad; es importante evaluar desde el punto de vista ético y legal lo que está sucediendo al respecto en estas y otras instituciones pues este tipo de pruebas podrían contribuir al estigma y discriminación y, de ahí, al temor de solicitar de manera voluntaria hacerse la prueba.

La percepción del riesgo influye de manera directa en los comportamientos protectores que adoptan las personas. La relación entre percepción de riesgo y vulnerabilidad ha sido evidenciada en diferentes estudios relacionados con el tema (9). En el presente estudio, el 44% de los jóvenes no se perciben en riesgo frente a la infección por VIH; es mayor la proporción en el grupo de 10 a 14 años, lo cual coincide con el bajo nivel de conocimientos. Estos resultados pueden sugerir que cerca de la mitad de los jóvenes no adoptarían conductas protectoras pues no perciben riesgo.

El 51% de los hombres y el 45,3% de las mujeres afirmó no tener posibilidad de tener VIH, lo cual podría reflejar de alguna manera los imaginarios colectivos relacionados con el ser hombre y ser mujer en nuestro contexto o probablemente es reflejo del mayor contacto de las mujeres con los servicios de salud y en ellos con algún tipo de información respecto al VIH.

Frente al estigma y la discriminación se encontró una alta frecuencia de jóvenes que rechazarían en su contexto cotidiano personas viviendo con VIH, explicada por falta de información respecto a las formas de transmisión del virus, lo cual se evidencia en ideas como que compartir la comida del mismo plato que una persona viviendo con VIH implica riesgo de infección. Los resultados reflejan un alto grado de rechazo e intolerancia frente a las personas viviendo con VIH y una percepción de que a estas personas no debería

permitírseles continuar desempeñando sus actividades normales.

El grupo de los más jóvenes (10 a 14 años) tiene el mayor porcentaje de respuestas de discriminación, más frecuentes en hombres, lo cual estaría explicado en parte por el rol de cuidadoras de las mujeres que las hace abiertas a la posibilidad de cuidar una persona viviendo con VIH, además podría estar reflejando una mayor disposición a la convivencia y a la no discriminación frente a las personas viviendo con VIH. En general, la discriminación de cualquier tipo es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

Las relaciones sexuales involuntarias fueron reportadas por 4,1% de los jóvenes encuestados, aunque la diferencia por sexo no fue significativa, los hombres reportaron más que las mujeres que alguna de sus parejas les obligó a tener relaciones sexuales, a pesar de que no querían. Se hace necesario profundizar en este aspecto a través de otras metodologías de investigación que permitan evidenciar cuáles son los imaginarios de los jóvenes frente a lo que significa ser presionado para tener relaciones sexuales o si estos jóvenes han sido presionados por otros hombres, pues no hay evidencia de un cambio en la construcción social de género que permita pensar que estos hombres fueron obligados por sus parejas mujeres. Alrededor de 42% de los jóvenes fueron obligados por sus parejas, lo cual plantea la necesidad de fortalecer los valores en términos de derechos sexuales y

reproductivos en las relaciones de pareja.

El 7,8% de los jóvenes que iniciaron su actividad sexual no utiliza métodos de planificación familiar y 45,7% manifestó utilizar algún método de planificación; esta proporción fue de 40,3% en las mujeres, inferior a lo reportado por las adolescentes entre 15 y 19 años de la ENDS-2000 (13). En esta encuesta, el 57,2% de las adolescentes que tienen unión conyugal utilizan algún método y esta proporción es de 81,3% para las no unidas pero sexualmente activas.

Los métodos más empleados por los jóvenes de Montería son el preservativo seguido por los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino (DIU) en todos los grupos de edad; el uso de estos métodos aumenta en los mayores de 15 años. La ENDS 2000 mostró que los adolescentes entre 15 y 19 años utilizaron como métodos anticonceptivos la píldora, seguida del condón y del coito interrumpido (13).

Entre los jóvenes que refirieron tener relaciones sexuales pero no usar métodos anticonceptivos, al 46,2% le gustaría tener un hijo ahora y entre las principales razones para hacerlo declaran la soledad (32%), la ilusión de futuro (22,4%) y autoestima (9,2%); este hallazgo mostraría debilidad en las redes de apoyo y cohesión social que esté impulsando a los jóvenes a pensar en la paternidad y la maternidad como alternativa; esta debilidad podría ser consecuencia de la situación de desplaza-

miento forzado en algunos jóvenes encuestados, aunque es necesario indagar por este aspecto y sus consecuencias en términos de uso de métodos anticonceptivos y fecundidad, más específicamente en futuras investigaciones.

Respecto al método anticonceptivo de preferencia, el primer lugar lo ocupa el condón (46,4%), seguido de los anticonceptivos orales (10,5%) y las inyecciones (6,3%); en los mayores de 20 años disminuye la preferencia por el condón y aumenta por los anticonceptivos orales e inyecciones, lo cual podría estar evidenciando que el uso del condón se asocia con los primeros encuentros sexuales y, a medida que se tienen relaciones sexuales con parejas estables, se plantean otros métodos y se abandona el uso del condón, lo que los puede poner en mayor riesgo.

En los jóvenes residentes en Villavicencio, el primer lugar entre los métodos preferidos también lo ocupó el condón con una proporción de 63,4% seguido por los anticonceptivos orales y las inyecciones (12). En el presente estudio los hombres declararon preferir el condón como método anticonceptivo en mayor proporción que las mujeres. Las mujeres manifestaron más frecuentemente que preferían los otros métodos anticonceptivos, explicado por la baja iniciativa para el uso del condón que tienen las mujeres respecto a sus parejas. Se podría decir que el primer método anticonceptivo que usa la mayoría de las personas es el condón;

por lo tanto, las acciones preventivas deberían encaminarse a estimular la consistencia de su uso.

Teniendo en cuenta la naturaleza del presente estudio y la importancia de la movilidad como factor de riesgo para el VIH y las ETS, a continuación se presentan los factores específicos que podrían poner en riesgo a los jóvenes que han inmigrado a Montería.

Por sexo, son más las mujeres inmigrantes en Montería, quienes se constituyen en un grupo vulnerable al combinar su condición de mujeres y movilidad, que implica oportunidades limitadas de acceder a empleo formal, trabajo en condiciones inferiores sujetas a la discriminación como mujeres y como inmigrantes; tienen poco o ningún acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y poco poder de negociación para evitar relaciones sin protección o no deseadas durante la movilización y en su destino (20). Aunque no hubo diferencias por tiempo de inmigración en el acceso a educación, sí lo hubo en las razones para no acceder al sistema educativo, donde “no tener recursos” fue la razón más importante para las personas que han migrado a Montería hace menos de seis años.

El no vivir con la familia es una característica de los inmigrantes de Montería frente a los nativos, esto representa un factor de vulnerabilidad dado que la familia es una fuente importante de soporte social. Se ha considerado que tal soporte puede reducir consecuencias nocivas para la salud por

estimulación de los cambios de comportamiento. Personas con una buena red de soporte pueden ser estimuladas a mantener conductas saludables (21), asimilar información conveniente para mantener conductas saludables o facilitadas por el apoyo del grupo social, en este caso, la familia (22). Aunque no hubo diferencia en la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas, sí la hubo por tipo de sustancia, encontrando que los inmigrantes que llevaban entre 3 y 6 años reportaron mayor consumo de cocaína que los nativos y otros grupos de inmigrantes.

Los inmigrantes iniciaron su vida sexual a menor edad que los nativos, esto podría estar relacionado con la posibilidad de que los jóvenes y niños "... sin demasiadas cosas en que ocuparse y sin nadie que los cuide pasen a ser sexualmente activos antes de lo habitual" (23). Exceptuando el grupo de inmigrantes que lleva entre 3 y 6 años viviendo en Montería, los inmigrantes reportaron menor frecuencia de uso del condón frente a los nativos, lo cual puede estar explicado por un menor acceso a servicios de salud, información y a elementos de sexo más seguro.

En cuanto al uso del condón en la última relación sexual, éste fue menor para los inmigrantes, aumentando esta frecuencia con el tiempo de residencia, lo cual estaría reflejando menores habilidades de negociación para el uso del condón por parte de los inmigrantes; es importante mencionar que el desarrollo de estas habilidades depende del

ambiente socioeconómico en el cual se den las relaciones humanas, del nivel educativo de las personas y del desarrollo de capacidades de autodeterminación, condiciones que se encuentran afectadas en situaciones de movilidad; en general, podríamos afirmar que los inmigrantes tienen menor poder de decisión frente a su sexualidad, su cuerpo, entre otros. Los resultados de uso del condón en la última relación sexual podrían estar relacionados con el nivel de conocimientos encontrado en el presente estudio, los inmigrantes de menos de 6 años desconocían en mayor proporción el VIH-sida al compararlos con los inmigrantes de más de 6 años y los nativos; además, el mayor nivel de conceptos erróneos se registró en el grupo que llevaba menos de 6 años en Montería.

Los inmigrantes de menos de 6 años declararon en menor proporción actitudes de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH en relación con los nativos; esto probablemente se debe a que este grupo ha sido víctima de discriminación y, por lo tanto, está más sensible a las situaciones de rechazo.

Aunque el estudio evidenció algunas diferencias por grupos de migración en comportamientos asociados con VIH, el fenómeno de desplazamiento forzado y su relación con comportamientos de riesgo para VIH-ETS requerirá de investigaciones más precisas que permitan caracterizar específicamente a este grupo poblacional, integrando metodologías de corte cualitativo.

4.2 ACIERTOS Y ERRORES

Después de haber aplicado la encuesta, se evaluó todo el proceso y se encontraron ciertas falencias en el mismo, especialmente en lo siguiente:

- La *formulación de las preguntas* en la encuesta puede haber sido demasiado técnica para el nivel educativo y la edad de los encuestados por lo que se puede haber perdido parte del entendimiento de las mismas, a pesar de la validación previa.
- La encuesta fue muy extensa (se incluyeron 56 preguntas) y aunque se estimó que se tardaría media hora para responder la encuesta, repetitivamente se necesitó hasta una hora para responderla, lo cual puede haber cansado a los encuestados y disminuido la exactitud de las respuestas.
- Se hizo la aplicación de la encuesta en conexión con la implementación del proceso de educación de pares por lo que los *espacios físicos* ocasionalmente no eran los más aptos para responder una encuesta de esta envergadura, ya que a veces no contaban con la ventilación adecuada, algo que podría haber influido en la concentración de los encuestados. Adicionalmente, de vez en cuando eran demasiado estrechos como para asegurar que cada uno de los encuestados tuviera suficiente espacio para poder responder manteniendo la privacidad, algo que pueda haber influido en la posibilidad de responder tranquilamente con toda confidencialidad.
- Por último, *las personas que guiaron la aplicación de la encuesta* no fueron entrenados con tal objetivo, sino eran las mismas personas que habían sido entrenados como socios del proyecto; o como jóvenes multiplicadores. Esto podría haber influido en la manera de que no estaban totalmente preparados para responder o aclarar preguntas relacionadas con la encuesta y así se podría haber disminuido la exactitud de las respuestas.

5. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados del presente estudio, las acciones prioritarias de prevención para este grupo poblacional deberían estar encaminadas a:

1. Implementar estrategias para fomentar entre los jóvenes la utilización de los servicios de salud y sexual y reproductiva (demanda inducida). Los jóvenes no identifican los servicios de salud como proveedores de elementos de protección y muchos de los que reportan haber tenido síntomas de infecciones de transmisión sexual no consultan a los servicios de salud y toman otras alternativas de resolución. Esto plantea la necesidad de que los servicios de salud sexual y reproductiva tengan características que permitan a los jóvenes vencer las barreras que pasan por lo económico, geográfico, cultural, lingüístico, construcciones de género, etc. Una tarea fundamental que se plantea a este respecto es adaptar los servicios a las realidades propias de este grupo poblacional en las diferentes regiones y eliminar las barreras derivadas de la movilidad humana en el país.
2. Desarrollar acciones de información, educación y comunicación, cuyo objetivo sea sensibilizar a los jóvenes frente al riesgo de infección por VIH

y las alternativas en términos de comportamientos para reducir ese riesgo. Los resultados evidenciaron una baja percepción de riesgo frente a la infección por VIH, lo cual representa un factor de riesgo en este grupo poblacional; por lo que se requiere, un trabajo que aporte en términos de información y sensibilización, encaminado a que los jóvenes se perciban en riesgo frente al VIH mientras no adopten comportamientos que los protejan. En la educación para la salud, la experiencia ha mostrado que se consigue mayor impacto cuando las estrategias se integran a la vida cotidiana de las personas (24); esto implica trabajar en los espacios como las instituciones educativas, lugares de trabajo y sitios de recreación, por esto las intervenciones dirigidas a jóvenes idealmente deben integrarse a las dinámicas de este grupo poblacional en estos lugares y sostenerse en el tiempo con un control periódico para valorar su impacto en términos de modificar comportamientos de riesgo asociados con el VIH. Estas estrategias deberán contemplar particularidades de los jóvenes que habitan municipios receptores de población desplazada como: desarrollo de habilidades de negociación, autoestima, apropiación

- ción, participación social, conocimiento y ejercicio de derechos humanos, entre otros.
3. Ampliar la cobertura de sistema educativo. Los hallazgos del presente estudio, los de jóvenes escolares a nivel nacional y los de otros estudios nos demuestran que la vinculación a la educación formal de calidad representa una ventaja para reducir los riesgos en salud. Esto plantea un reto particular para el sector salud en términos de gestión e incidencia política con otros actores sociales y otros sectores, principalmente el educativo.
 4. Educación sexual desde los inicios de la vida escolar ya que, al parecer, ésta se refuerza cuando los jóvenes han iniciado una vida sexual activa o, por lo menos, cuando los adultos creen que se está iniciando, dejando de lado a los más jóvenes que de acuerdo con la evidencia ya han iniciado una vida sexual activa.
 5. Garantizar acceso gratuito a los elementos de protección, especialmente a los condones. Las principales razones de no uso del condón en el grupo de jóvenes encuestados estuvieron relacionadas con los altos costos y la no disponibilidad de los preservativos; por lo tanto, es posible predecir que con acciones que mejoren el acceso, los comportamientos de riesgo relacionados con el no uso del condón se reducirán, especialmente en el grupo de 10 a 14 años que reporta más dificultades relacionadas con el costo.
 6. Mejorar los instrumentos y las técnicas de muestreo para tener una aproximación más real a la situación de los jóvenes y para poder comparar a través del tiempo y entre regiones las diferencias entre los factores de riesgo. Esto también permitirá una aproximación a la medición del impacto del proyecto de prevención financiado por el Fondo Global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Negrete V. **El desplazamiento por la violencia en el departamento de Córdoba 1999-2001**. Montería Colombia: Acción contra el hambre, 2002. Disponible en URL: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ach/despCord1999-2001.htm>
2. OMS. **Sexually transmitted infections: Prevalence study methodology. Guidelines for the implementation of STI prevalence surveys**. Manila: OMS; 1999. Disponible en URL: <http://www.wpro.who.int/Technical/unit/STD/pdf/Prevalence.pdf>
3. OMS/Onusida. **Guías sobre la vigilancia del VIH de segunda generación**. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5/UNAIDS/00.03S. Ginebra: 2000. Disponible en URL: <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/09/1202/arti.pdf>
4. Family Health International (FIH)/USAID. **Encuestas de vigilancia de comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH**. Nueva York, 2000. Disponible en URL: <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/manualsguidebooks/bssspanish.htm>
5. FIH/AIDSCAP/USAID. **Module 4. Application of a behavioral surveillance survey tool**. Bangkok: 1997
6. Ministerio de Salud/Onusida. **Comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria en Colombia. análisis de una encuesta nacional**. Bogotá D.C.: 1999. Disponible en URL: <http://www.onusida.org.co/Actividades2000-2003/EncuestaNacional/articuloencuestajovenesRLS.htm>
7. Profamilia, UNFPA.. **La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Encuesta nacional de demografía**. Bogotá D.C: 2002.
8. Instituto de Seguro Social/Profamilia. **Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas, Tomo IV. Adolescentes. Sexualidad y Comportamientos de Riesgo para la Salud**. Bogotá D.C.: 1994
9. INS/Liga Colombiana de Lucha contra el sida/Naval Medical Research Center Detachment. **Epidemiología del VIH 1-2 en Colombia. Seroprevalencia de VIH 1-2 y factores de riesgo asociados en HSH 2001**. Bogotá D.C.: 2001.

10. INS/Liga Colombiana de Lucha contra el sida/Naval Medical Research Center Detachment. **Epidemiología del VIH 1-2 en Colombia. Seroprevalencia de VIH 1-2 y factores de riesgo asociados en trabajadoras sexuales de Bogotá 2002.** Bogotá D.C.: 2002.
11. Izazola-Licea JA; Gortmaker SL et al. **Assessment of non-response bias in a probability household survey of males same-gender sexual behavior.** Salud Pública de México 2000, 42(2):90-98. Disponible en URL: www.insp.mx/salud/42/422_1.pdf
12. Escobar MR; Vargas CI. **Jóvenes, desplazamiento y sexualidad. El caso de los asentamientos de la reliquia y la Nohora en la ciudad de Villavicencio.** Bogotá; D.C.: Save the Children, Fundación Antonio Restrepo Barco, Diana Memorial Fund; 2003. Disponible en URL: <http://www.funrestrepobarco.org.co/PDF%20LIBRO/jovenesdesplazamiento.pdf>
13. Profamilia. **Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud.** Bogotá D.C.: 2000.
14. Herrera C, Campero L. **La vulnerabilidad y la invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema.** Salud pública de México 2002; 44(6):554-564. Disponible en URL: <http://bvs.insp.mx/componen/virtual/ppriori/09/0203/arti.pdf>
15. Onusida/OMS. **Situación de la epidemia de Sida 2003.** Onusida/0.3.395. Ginebra: 2003. Disponible en URL: http://www.aegis.com/files/unaid/2003/epiupdate2003_sp.pdf
16. Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. **Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.** Salud Pública de México 2003, 45(5):632-640. Disponible en URL: http://www.insp.mx/salud/45/45s5_6.pdf
17. González Vélez AC, Londoño Vélez A. **Desastre natural: catástrofe sexual. Adolescentes, redes sociales y riesgo en el postterremoto.** Bogotá D.C.: Corporación Sisma Mujer, Organización Panamericana de la Salud; 2003.
18. Sundet JM. **Prevalence of risk-prone sexual behaviour in the general population of Norway.** En: Fleming AF; Carballo M; Fitzsimons DW; Bailey MR; Mann J. **Global Impact of AIDS.** New York: John Wiley & Sons Inc; 1998. p. 53-60.
19. Onusida, Liga Colombiana de Lucha Contra el sida. **Estrategias y lineamientos para la acción en VIH-sida con HSH.** Bogotá D.C.: 1999.
20. Onusida. **Movilidad de la población y sida, Actualización técnica.** Colección Onusida de prácticas óptimas. Ginebra: 2001.

21. House JS. **Work, stress and social support**. Reading MA: Addison Wesley; 1981.
22. Berkman L. **The relationship on social networks and social support to morbidity and mortality**. En: Cohen S; Syme SL. **Social support and health**. Nueva York: Academic Press; 1985. p 241-259
23. Onusida. **Los refugiados y el sida. Actualización técnica**, Ginebra: Colección Onusida de prácticas óptimas; 1997.
24. UIPES. **La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud: Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa I**. Bruselas, Luxemburgo: ML Design; 1999. Disponible en URL: http://www.msc.es/profesional/preProSalud/promocion/pdfs/Parte_1.pdf
- Social Science and Medicine 1995, (41)6:819-828.
3. Cowan Low K. **HIV/AIDS prevention and care programmes for mobile populations in Africa: an inventory**. Ginebra: IOM/UNDP/Unaid; 2002. Disponible en URL: http://www.iom.int/documents/publication/en/hivaid_report_web.pdf
4. Decosas J, Adrien A. **Migration and HIV**. AIDS 1997;11 (Suppl A):S77-S84.
5. DFID/ JOHN SNOW INTERNATIONAL. **A study to establish the connections between HIV/AIDS and Conflict**. February, 2004.
6. European Project AIDS & Mobility, NIGZ. **Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees in the field of HIV/AIDS**. Satellite Meeting held at the 3rd European Conference on the 'Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS. Amsterdam, 2000. Disponible en URL: <http://www.aidsmobility.org/rep140200.pdf>

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

A continuación encontrarán una lista de documentos que se refieren al tema de la relación entre la movilidad humana y la vulnerabilidad frente al VIH, principalmente, en un intento de proveer al lector interesado con documentación para poder profundizar en esta temática específica.

1. ACNUR, OMS, UNFPA. **Salud reproductiva en población refugiada: un manual de trabajo interagencias**. Ginebra: 2002
2. Bollini P. **No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000**. Social Science and Medicine 1995, (41)6:819-828.
3. Gibney L. **Interventions for workers away from their families**. En: Gibney L, DiClemente RJ, Vermund S. **Preventing HIV Infection in Developing Countries; biomedical and behavioral approaches**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999.
4. García Restrepo E, Cardona Jiménez MM. **El lenguaje de la sexualidad en tu adolescencia**. Bogotá D.C.: Profamilia; 1997.
5. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. **En acción con los jóvenes: El VIH/sida y las ETS**. Ginebra: 2001.

10. Haour-Knipe M., Dubois-Arber F. **Minorities, immigrants and HIV/AIDS epidemiology: concerns about the use and quality of data.** *European Journal of Public Health* 1993;3:259-263.
11. Haour-Knipe M. **AIDS prevention, stigma and migrant status.** *Innovation in Social Science Research* 1993;6(1):19-35.
12. Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. **HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation.** *Soc Sci Med* 1999;49:1357-72.
13. Haour-Knipe M, Grondin, D. **Sexual health of mobile and migrant populations** *Sexual Health Exchange*, February 2003
14. Haour-Knipe M, Leshabari M, Lwihula G. **Workers away from their families in HIV Prevention Innovations in Developing Countries.** Gibney L., DeClemente R, Vermund S. New York: Plenum Publishers, 257-282, 1999.
15. Haour-Knipe M. **HIV-infected migrants in Europe: Missing out on the benefits of early care.** *AIDS and Mobility News* 2002:3-4.
16. INTER-AGENCY ADVISORY GROUP ON AIDS (IAAG). **HIV/AIDS among Conflict - Affected and Displaced Populations: Dispelling Myths and taking action.** UNHCR, Geneva, 9-10 February, 2004.
17. Inter-Agency Standing Committee (IASC). **Guidelines for HIV interventions in Emergency Settings.** 2003. Disponible en URL: www.humanitarianinfo.org/iasc.
18. IOM/Unaid. **Mobile Populations and HIV/AIDS in the Southern African Region: Recommendations for Action.** Ginebra, 2003 Disponible en URL: http://www.iom.org.za/Reports/HIV_SouthAfrica_report.pdf
19. IOM. **Labour Migration and HIV/AIDS in Southern Africa.** Ginebra, 2002. Disponible en URL: http://www.iom.org.za/Reports/Labour_migration_HIV-AIDS.pdf
20. IOM. **HIV/AIDS and Mobile Populations in the Caribbean: A Baseline Assessment.** 2004. Disponible en URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562536.pdf>
21. IOM. **Position paper on HIV/AIDS and Migration.** Disponible en Inglés: <http://www.iom.int//DOCUMENTS/GOVERNING/EN/Mcinf252.pdf> en francés: <http://www.iom.int//DOCUMENTS/GOVERNING/FR/Mcinf252.pdf> y en español: <http://www.iom.int//DOCUMENTS/GOVERNING/SP/Mcinf252.pdf>
22. IOM. **HIV/AIDS Prevention and Care among Mobile Groups in the Balkans.** 2002. Disponible en URL: <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=1633>
23. IOM. **HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Mobile Populations in Africa: An Inventory.** 2002. Disponible en URL: <http://www.iom.int>

- www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=1531
24. IOM. **Migrants: HIV testing and counselling. A Manual for IOM counsellors.** 2004.
 25. Kerr-Pontes, Ligia Regina Sansigolo, Gonzalez, F, Kendall, C et al. **Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil.** Cad. Saúde Pública. [online]. Jan./Feb. 2004, vol.20, no.1 [cited 15 September 2004], p.320-328. Disponible en URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100050&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-311X Electronic Document Format (ISO)
 26. Lagarde E, Shim Van Der Loeff M, Enel C et al, for the MECORA Group. **Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas in West Africa.** International Journal of Epidemiology. 2003;32:744-752. DOI:10.1093/ije/dyg111. International Epidemiological Association, 2003. Great Britain.
 27. Ministerio de la Protección Social – Colombia. **Política nacional de Salud sexual y reproductiva.** Bogotá D.C.: UNFPA; 2003. Disponible en URL: http://www.profamilia.org.co/profamilia/P4/PDFS/Politica_SSR.PDF
 28. Ojeda G, Murad R. **Salud Sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas.** Bogotá D.C.: Profamilia; 2001.
 29. Onusida. **Campaña Mundial contra el SIDA 2002–2003. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA.** ONUSIDA/02.43S Ginebra: Colección prácticas óptimas de Onusida; 2002. Disponible en URL: <http://www.impactaperu.org/download/pdf0008.pdf>
 30. Onusida, Ministerio de Salud – Colombia. **Infección por VIH y sida en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo.** Bogotá DC, 1999.
 31. Onusida/ OIM. **El derecho de los migrantes a la salud.** Ginebra: Colección Prácticas Óptimas de Onusida; 2002.
 32. Onusida/ UNICEF/ OMS. **Los jóvenes y el VIH/sida: una oportunidad en un momento crucial.** Ginebra, 2002. Disponible en URL: http://www.unicef.org/spanish/publications/pub_youngpeople_hiv aids_sp.pdf
 33. OPS/ OMS/ Onusida. **VIH y sida en las Américas, una epidemia con muchas caras.** Pan Am J Public Health 8(6), 2000 **Disponible en URL:** <http://www.paho.org/spanish/DBI/es/TEMAS.pdf>
 34. OPS/OMS. **Sida: Perfil de una epidemia.** Washington D.C.: OPS, Publicación científica 514; 1989.
 35. Refugee studies center and the Norwegian Refugee Council. **Reproductive health for displaced people: investing in the future.** In No. 19 Forced Migration Review. January 2004.

36. Southern Africa regional Poverty Network (SARPN). **Mobile Populations and HIV/AIDS in the Southern African Region. Deskreview and Bibliography on HIV/AIDS and Mobile Populations.** 2003. Disponible en URL: <http://www.sarpn.org.za/documents/d0000365/index.php>
37. Tawil O, Verster A, O'Reilly KR. **Enabling approaches for HIV/ AIDS prevention: can we modify the environment and minimize the risk?** AIDS 1995; 9(12):1299-1306
38. The Royal Tropical Institute (KIT). **Sexual health of mobile and migrant populations.** Sexual health exchange 3, 2003. Disponible en URL: http://www.kit.nl/ils/exchange_content/html/2003-2-editorial.asp
39. UNAIDS/ IOM. **Population Mobility and AIDS.** Disponible en URL: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/JC513populationTUE.pdf>
40. UNAIDS/ IOM. **Statement on HIV-related travel restrictions.** 2004. Disponible en URL: <http://www.hiv-development.org>
41. UNAIDS/ IOM. **Migrants Right to Health.** Disponible en URL: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/JC519-Migrants-E.pdfv>
42. UNAIDS/ UNESCO. **Migrant populations and HIV/AIDS. The development and implementation of programmes: theory, methodology and practice.** 2000
43. UNFPA. **Salud reproductiva para comunidades en crisis.** New York: 2001. Disponible en URL: http://www.unfpa.org/modules/intercenter/crisis/crisis_spa.pdf
44. UNICEF/IOM. **Overview of HIV/AIDS in South Eastern Europe.** 2002. Disponible en URL: <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=1632>
45. White, R. **What can we make of an association between human immunodeficiency virus prevalence and population mobility?.** International Journal of Epidemiology. 2003;32:753-754. DOI:10.1093/ije/dyg265. International Epidemiological Association, 2003. Great Britain.
46. Wilson D. **Lesotho and Swaziland, HIV/AIDS Risk Assessments at Cross-Border and Migrant Sites in Southern Africa.** Project support Group (PSG); Family Health International (FHI) and USAID.

PÁGINAS WEB

<http://www.aidsmobility.org> European Project AIDS & Mobility

<http://www.fhi.org> Family Health International

<http://ins.gov.co> Instituto Nacional de Salud

<http://www.iom.int> Organización Internacional para las Migraciones

<http://www.unaids.org> Onusida

<http://unfpa.org> UNFPA

<http://www.unhcr.ch> ACNUR

<http://unicef.org> Unicef

ANEXO 1: ENCUESTA SOBRE SEXUALIDAD Y SALUD PARA JÓVENES EN MONTERÍA

Su participación en este proyecto es muy importante. A continuación encontrará una encuesta que será llenada sólo si usted desea contribuir con el proyecto. Es decir, que es de manera voluntaria; no debe llevar su nombre ni datos personales. Se garantiza confidencialidad.

Esta encuesta es confidencial. No es necesario que escriba sus datos de identificación

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste con sinceridad, marcando una equis (X) cuando sea necesario o escribiendo cuando se lo solicite.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿HOMBRE O MUJER?

Hombre

Mujer

2. ¿CUANTOS AÑOS TIENE?

Edad en años: _____

No sabe

3. ¿ASISTE AL COLEGIO?

Sí

No

4. ¿CUANTOS AÑOS EN TOTAL TIENE DE EDUCACIÓN FINALIZADA HASTA AHORA? (NO CUENTE LOS AÑOS DE PREESCOLAR.)

Número de años cursados: _____

5. SÍ HA ABANDONADO EL COLEGIO, ¿POR QUÉ RAZÓN LO HA HECHO?

Falta de recursos

No le gusta

Quería trabajar

Maltrato

Desplazamiento

Embarazo

Unión libre o matrimonio

No había colegio o quedaba lejos

Otro motivo: _____

6. ¿TRABAJA EN LA ACTUALIDAD?

Sí

No (pasar a pregunta No.8)

7. ¿EN QUÉ TRABAJA?

8. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO VIVE EN MONTERÍA?

- Menos de 1 año
- Hace 1 –2 años
- Hace 3 – 4 años
- Hace 4 – 6 años
- Hace más de 6 años
- Desde hace siempre
- No sé/no me acuerdo

9. ¿CON QUIÉN VIVE?

- Solo/a
- Con familia
- Con el patrón
- Con educadores
- Con amigos/as
- Con esposo/a compañero/a
- No vive en ningún lado
- Otro: _____

10. ¿TIENE HIJOS/AS?

- Sí
- Cuántos/as: _____
- No

11. ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TOMADO ALCOHOL EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

- Todos los días
- Una vez a la semana o más
- Menos de una vez por semana
- Ni una vez
- No sé/No me acuerdo

12. ALGUNAS PERSONAS HAN PROBADO DROGAS; ¿CUÁL/ES DE LAS SIGUIENTES, SI ES EL CASO, HA PROBADO USTED?

	Sí	No	No sé
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hongos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ALGUNAS PERSONAS INYECTAN DROGAS UTILIZANDO JERINGAS; ¿USTED SE HA INYECTADO DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO? (LAS DROGAS INYECTADAS CON PROPÓSITOS MÉDICOS O TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD NO CUENTAN.)

- Sí
- No
- No sé

SECCIÓN 2: PRÁCTICAS SEXUALES

Ahora vamos a preguntar algunas cosas personales sobre el sexo. Recuerde que estamos preguntando esto para conocer como piensa y siente la gente joven, para ayudar a hacer su vida más segura. Sabemos que algunos jóvenes han tenido relaciones sexuales. Por favor, responda las siguientes con honestidad. Recuerde su nombre no se ha escrito en este cuestionario.

14. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO RELACIONES SEXUALES? (SÍ NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES, FAVOR PASAR A LA PREGUNTA 27)		Amigo/a	<input type="checkbox"/>
		Familiar	<input type="checkbox"/>
		Desconocido/a	<input type="checkbox"/>
	Sí	Trabajador/a sexual	<input type="checkbox"/>
	No	Un animal	<input type="checkbox"/>
Pene-vagina	<input type="checkbox"/>	Otro/a:	
Pene-boca	<input type="checkbox"/>		
Pene-ano	<input type="checkbox"/>		
Otras: _____			
15. ¿A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?		19. ¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	
		Número de parejas:	_____
Edad en años: _____		No sé/no me acuerdo	<input type="checkbox"/>
No sé - No me acuerdo	<input type="checkbox"/>	20. ¿HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ UNA PAREJA SEXUAL DE SU MISMO SEXO?	
16. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA PRIMERA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES?		Sí	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	SECCIÓN 3: PAREJAS COMERCIALES	
No sé/No me acuerdo	<input type="checkbox"/>	21. ¿HA DADO DINERO O PAGO EN ESPECIE A CAMBIO DE TENER RELACIÓN SEXUAL?	
17. ¿CUÁL ERA LA EDAD DE LA PERSONA CON LA QUE SOSTUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?		Sí	<input type="checkbox"/>
Edad en años: _____		No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	22. ¿HA RECIBIDO DINERO O PAGO EN ESPECIE A CAMBIO DE TENER RELACIONES SEXUALES?	
No me acuerdo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
18. ¿CON QUIÉN TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?		No	<input type="checkbox"/>
Novio/a	<input type="checkbox"/>		
Esposo/a	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 4: PAREJAS NO COMERCIALES

	Por afán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Por no saber usarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Por no conocerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	Sólo tengo relaciones con él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No (pasar a pregunta número 25)	No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé/no me acuerdo			

23. LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES; ¿UTILIZÓ UN CONDÓN?

Yo mismo/a	<input type="checkbox"/>
Mi pareja	<input type="checkbox"/>
Decisión en conjunto	<input type="checkbox"/>
No sé/No me acuerdo	<input type="checkbox"/>

24. ¿QUIÉN SUGIRIÓ EL USO DEL CONDÓN EN ESA OCASIÓN?

	Sí	No
No había disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy caros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi pareja no estaba de acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No nos gusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizamos otro anticonceptivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No pensamos que fuera necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No pensamos en eso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiaba en la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estaba borracho o trabado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA UTILIZADO USTED UN CONDÓN DURANTE EL ÚLTIMO AÑO EN SUS RELACIONES SEXUALES?

Todas las veces	<input type="checkbox"/>
Casi todas las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces o nunca	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 5: CONDÓN MASCULINO**26. ¿QUÉ LUGARES CONOCE USTED DONDE PODRÍA CONSEGUIR CONDONES?**

Tienda	<input type="checkbox"/>
Farmacia	<input type="checkbox"/>
Supermercado	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>
Centro de planificación familiar	<input type="checkbox"/>
Un bar	<input type="checkbox"/>
Pensión/motel	<input type="checkbox"/>
Con un profesor/a	<input type="checkbox"/>
Con un amigo/a	<input type="checkbox"/>
Otros _____	

SECCIÓN 6: ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

28. ¿PUEDE DESCRIBIR ALGÚN SÍNTOMA DE ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

	Sí	No
Dolor en el estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción en la vagina o pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción con mal olor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras o llagas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón en la región pélvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampollas o vejigas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____		

29. ¿HA TENIDO SECRECIÓN GENITAL EN EL ÚLTIMO AÑO?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé/no me acuerdo	<input type="checkbox"/>

30. ¿HA TENIDO ÚLCERAS, LLAGAS O AMPOLLAS EN LOS GENITALES EN EL ÚLTIMO AÑO?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé/no me acuerdo	<input type="checkbox"/>

31. ¿SI HA TENIDO SECRECIONES, ÚLCERAS, LLAGAS O AMPOLLAS GENITALES; ¿CON QUIÉN HA BUSCADO AYUDA?

Médico	<input type="checkbox"/>
Farmacia	<input type="checkbox"/>
Medicina naturista	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>
Amigo/a	<input type="checkbox"/>
Profesor/a	<input type="checkbox"/>
Sacerdote	<input type="checkbox"/>
Otro/a: _____	

SECCIÓN 7: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA

32. ¿HA ESCUCHADO ALGUNA VEZ SOBRE EL VIH/SIDA?

Sí	<input type="checkbox"/>
No (favor pasar a pregunta 44)	<input type="checkbox"/>

33. ¿PUEDE UNO PROTEGERSE DEL VIH UTILIZANDO UN CONDÓN DE MANERA CORRECTA, CADA VEZ QUE TENGA RELACIONES SEXUALES?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

34. ¿PUEDE UNO INFECTARSE DEL VIH POR UNA PICADURA DE MOSQUITO?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

35. ¿PUEDE UNO PROTEGERSE DEL VIH AL TENER UNA PAREJA SEXUAL FIEL, QUE NO ESTÉ INFECTADA?

- Sí
- No
- No sé

36. ¿PUEDE UNO PROTEGERSE DEL VIH AL NO TENER RELACIONES SEXUALES?

- Sí
- No
- No sé

37. ¿PUEDE UNO INFECTARSE DEL VIH AL COMPARTIR UN ALIMENTO CON ALGUIEN QUE ESTÁ INFECTADO?

- Sí
- No
- No sé

38. ¿PUEDE UNO ADQUIRIR EL VIH AL INYECTARSE CON UNA AGUJA QUE ALGUIEN MÁS YA UTILIZÓ?

- Sí
- No
- No sé

39. ¿PUEDE UNA MUJER EMBARAZADA INFECTADA CON EL VIH O QUE TIENE SIDA, TRANSMITIR EL VIRUS A SU BEBÉ?

- Sí
- No
- No sé

40. ¿PUEDE UNA MUJER CON EL VIH O SIDA TRANSMITIR LA ENFERMEDAD A SU BEBÉ, A TRAVÉS DE LA LACTANCIA MATERNA?

- Sí
- No
- No sé

41. ¿CUÁNDO SE REALIZÓ LA PRUEBA DEL VIH MÁS RECIENTE?

- Nunca lo he hecho
- Hace menos de 1 año
- Hace 1 – 2 años
- Hace 3 – 4 años
- Hace más de 4 años
- No sé/no me acuerdo

42. ¿USTED SE HIZO LA PRUEBA VOLUNTARIAMENTE O SE LE SOLICITÓ HACERLO?

- Voluntariamente
- Solicitada por personal de salud
- Solicitada para el trabajo
- Solicitada para el ejercicio
- Solicitada para la universidad
- Otros: _____

43. ¿USTED CONSIDERA QUE ESTÁ EN RIESGO DE CONTRAER EL VIH/SIDA?

- Ninguna posibilidad
- Alguna posibilidad
- Mucha posibilidad
- Ya tengo el virus

SECCIÓN 8: ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

44. ¿ESTARÍA DISPUESTO A COMER EN EL MISMO PLATO CON UNA PERSONA QUE TIENE EL VIRUS DEL VIH/SIDA?

Sí

No

No sé

45. SI UN/A PARIENTE SE CONTAGIARA CON EL VIH: ¿ESTARÍA DISPUESTO A CUIDARLO EN SU CASA?

Sí

No

No sé

46. SI UN ESTUDIANTE TIENE EL VIH, PERO NO ESTÁ ENFERMO/A: ¿SE DEBE PERMITIR QUE SIGA ASISTIENDO A CLASE?

Sí

No

No sé

47. SI UN MAESTRO/A TIENE EL VIH; ¿SE DEBE PERMITIRLO A CONTINUAR DANDO CLASES?

Sí

No

No sé

48. SI CONOCE UN TENDERO O UN VENDEDOR DE COMIDA QUE TIENE EL VIH: ¿COMPRARÍA USTED COMIDA DE EL/ELLA?

Sí

No

No sé

49. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA DEL VIH/SIDA: ¿LO MANTENDRÍA EN SECRETO?

Sí

No

No sé

SECCIÓN 9: RELACIONES SEXUALES VOLUNTARIAS VERSUS RELACIONES SEXUALES INVOLUNTARIAS

50. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿ALGUNA DE SUS PAREJAS SEXUALES, LE/LA OBLIGÓ A TENER RELACIONES SEXUALES, A PESAR DE QUE USTED NO QUERÍA TENERLA?

Sí

No

51. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿ALGUIEN LE/LA OBLIGÓ A TENER RELACIONES SEXUALES, A PESAR DE QUE USTED NO QUERÍA?

Sí

No

SECCIÓN 10: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

52. SÍ USTED TIENE RELACIONES SEXUALES; ¿CON QUÉ MÉTODOS SE CUIDA ACTUALMENTE? (SÍ NO TIENE RELACIONES SEXUALES, FAVOR PASAR A PREGUNTA 55.)

- Pastillas
- Condomes
- Dispositivo (DIU)
- Inyecciones
- Óvulos
- Ritmo o natural
- Eyacuación fuera de la vagina
- Ninguno
- Otro: _____

53. SÍ USTED TIENE RELACIONES SEXUALES Y NO PLANIFICA, ¿LE GUSTARÍA TENER UN HIJO AHORA?

- Sí
- No (favor pasar a pregunta 56)

54. SÍ LA RESPUESTA ANTERIOR ES POSITIVA, ¿CUÁL ES LA RAZÓN QUE LE IMPULSA TENER UN HIJO AHORA?

- Retener mi pareja
- Me hace sentir más persona
- Trae recompensas económicas
- Ilusión de dejar semillas
- Sentirse acompañado/a
- No sé
- Otros: _____

55. SÍ USTED TUVIESE RELACIONES SEXUALES; ¿QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREFERIRÍA USAR?

- Pastillas
- Condomes
- Dispositivo (DIU)
- Inyecciones
- Óvulos
- Ritmo o natural
- No sé
- Ninguno
- Otro: _____

56. ¿USTED O SU PAREJA HA ABORTADO EN ALGUNA OCASIÓN? (NO NECESARIAMENTE SU PAREJA ACTUAL)

- Sí
- No

Gracias por su colaboración

Notas:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



OIM Organización Internacional para las Migraciones

OIM MISIÓN EN COLOMBIA

Oficinas en Bogotá, D.C.

Carrera 14 No. 93B-46 Pisos 3,4,5 y 6 Edificio Chicó 94

PBX: (57+1) 622 7774 Fax: (57+1) 622 3479 - 622 3417 A.A. 253 200

E-mail: oimcolombia@oim.org.co

<http://www.oim.int> y <http://oim.org.co>