

Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013

Yesica Mazo-Vélez*
Luz Enid Domínguez-Domínguez*
Jaiberth Antonio Cardona-Arias**

* Estudiante de V año de Microbiología y Bioanálisis. Grupo de Investigación Salud y Sostenibilidad. Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia. Medellín. Antioquia. Colombia.

** Microbiólogo y Bioanalista. Mgtr en Epidemiología. Profesor asistente. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia. Medellín. Antioquia. Colombia.

Correspondencia: Sr. Jaiberth Antonio Cardona Arias. Calle 67 Número 53-108, Bloque 5, oficina 103. Medellín. Antioquia. Colombia.
Correo electrónico: jaiberthcardona@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el Plan Nacional de respuesta ante el VIH/SIDA en Colombia enfatiza la necesidad de fomentar conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas que propendan por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera. **Objetivo:** analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes universitarios de Medellín según aspectos sociodemográficos. **Materiales y métodos:** estudio transversal en 210 adolescentes universitarios de Medellín. Los datos fueron almacenados y analizados en SPSS 21.0®. Para la descripción de la población se realizaron medidas de resumen y frecuencias, para la identificación de factores asociados con el tema se usaron pruebas como la U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Coeficiente de Correlación de Spearman, y regresión lineal multivariante. **Resultados:** los conocimientos fueron regulares en el 14%, las actitudes en el 8% y las prácticas en el 41%; no se halló correlación significativa con el número de personas en el hogar, ni la edad y escolaridad de los padres. Los puntajes de Actitudes y Prácticas presentaron una correlación estadísticamente significativa con la edad y el semestre del estudiante. Los estudiantes de mayor edad y semestres más avanzados presentaron puntajes más altos en las Actitudes y más bajos en las Prácticas. **Conclusión:** los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas presentaron resultados desfavorables demostrando el riesgo de los jóvenes de adquirir VIH/SIDA y la necesidad de fortalecer los programas destinados a mejorar la salud sexual y reproductiva de este grupo. MÉD.UIS. 2014;27(3):35-45

Palabras clave: Adolescentes. VIH. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud.

Knowledge, Attitudes and Practices about HIV/AIDS in university adolescents in Medellín, Colombia 2013

ABSTRACT

Introduction: the National Plan response to HIV/AIDS in Colombia emphasizes the need to promote knowledge, attitudes, behaviors and practices which foster the development of an autonomous, responsible and pleasurable sexuality. **Objective:** to assess the knowledge, attitudes and practices on HIV / AIDS among university adolescents in Medellín according to socio-demographics aspects. **Materials and methods:** cross-sectional study of 210 students. Data were stored and analyzed by SPSS 21.0®. The description of the subjects was realized with summary measures and frequencies, the identification of associated factors with the tests U Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Spearman's correlation coefficient and multivariate linear regression were performed. **Results:** the knowledge was regular in the 14%, attitudes in the 8% and the practices in the 41%. The knowledge, attitudes and practices showed no significant correlation with the number of members of the house, parent's age nor the education level of the parents. The scores of attitudes and practices showed a statistically significant correlation with age and current semester of the student. Older students and those in more advanced semesters had higher scores on the attitudes and lower in the practices. **Conclusion:** the knowledge, attitudes and practices score showed unfavorable results demonstrating the risk of the adolescent of acquiring HIV/AIDS and the need to strengthen programs to improve sexual and reproductive health of this group. MÉD.UIS. 2014;27(3):35-45

Keywords: Adolescents. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

¿Cómo citar este artículo?: Mazo-Vélez Y, Domínguez-Domínguez LE, Cardona-Arias JA. Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. MÉD.UIS. 2014;27(3):35-45.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se caracteriza por la alteración del sistema inmune, donde la ausencia de tratamiento puede conducir al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este último es identificado por la disminución de los linfocitos CD4+ con valores inferiores a 200 células/mL que deriva en el padecimiento de infecciones oportunistas como histoplasmosis, neumonía por *pneumocystis jiroveci*, criptococosis, candidiasis oral, tuberculosis pulmonar, toxoplasmosis cerebral, entre otras^{1,3}. Desde su aparición el VIH/SIDA ha constituido uno de los problemas de mayor relevancia en el ámbito mundial debido a las implicaciones socioculturales, económicas y de salud que presenta, a las dificultades para su prevención y control, y al elevado número de personas que son afectadas por este, debido a su alta transmisibilidad por la exposición a riesgos sexuales, ocupacionales, entre otros³⁻⁵.

Durante el año 2011, 34 millones de personas alrededor del mundo vivían con VIH, se presentaron 2,7 millones de nuevos casos y 1,8 millones de muertes relacionadas con SIDA⁶; en Colombia, para este mismo año se reportó un acumulado de 75 620 casos⁷. Entre los grupos más expuestos a la infección por VIH se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, los consumidores de drogas inyectables, mujeres, presos, desplazados, habitantes de la calle y adolescentes en contextos de vulnerabilidad⁷.

En Latinoamérica destacan los jóvenes como centro de la epidemia, más de la mitad de las nuevas infecciones que se producen en la actualidad afectan a personas entre los 15 y 24 años⁸, etapa en la cual dan inicio a su vida sexual y están enfrentados a factores de vulnerabilidad como fallas y carencias en educación sexual y reproductiva, presiones de grupo, tendencia al aumento de estilos de vida de elevado riesgo sexual como el uso de drogas y alcohol, alto recambio sexual, uso de condón en pocas o ninguna de sus relaciones sexuales, creencias, tabúes y concepciones erróneas sobre el VIH/SIDA⁹. Además, la adolescencia es una etapa caracterizada por la ocurrencia de cambios importantes desde

el punto de vista biológico, psicológico y social, que generalmente son un factor de riesgo para la salud como el consumo de drogas, cambios comportamentales y emocionales, contradicciones en sus relaciones con familiares y amigos, inicio temprano de relaciones sexuales, entre otras¹⁰.

Lo expuesto es extrapolable a los estudiantes menores de 20 años que ingresan a las universidades, en quienes es poco frecuente hallar las capacidades necesarias para enfrentarse a los retos del entorno universitario, donde es común hallar crisis de identidad, aumento de parejas sexuales, no uso de preservativos, tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol y sustancias psicoactivas, deficiencias en el conocimiento de su sexualidad; a lo que se suman algunas investigaciones que han documentado la necesidad de fomentar estrategias que mejoren la percepción del riesgo de infección, que en general es bajo^{9,11,12}.

Sumado a lo anterior, el crecimiento de la pandemia ha puesto de manifiesto que las iniciativas para el control de VIH/SIDA en adolescentes han sido insuficientes y en algunos casos ineficientes, puesto que continúa presentándose una elevada frecuencia de prácticas sexuales de riesgo y de casos en la población joven, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados. En este orden de ideas, se debe precisar que en el ámbito global y particularmente en Colombia, se han realizado múltiples investigaciones sobre esta problemática, caracterizando su impacto social, económico y cultural, su relación con la pobreza, el desempleo, el conflicto armado y el desplazamiento. En Medellín se han descrito los escenarios y significados del riesgo en hombres que tienen sexo con hombres, la importancia del entorno familiar en las personas infectadas, entre otros¹³⁻⁸, pero a la fecha no se han abordado los Conocimientos, las Actitudes y las Prácticas (CAP) que los adolescentes universitarios tienen sobre VIH/SIDA, los cuales podrían constituir un modelo importante para la orientación de acciones de intervención, control y prevención de la infección.

Los estudios previos sobre CAP en VIH/SIDA se han realizado en localidades diferentes a Medellín, dentro y fuera del país con hallazgos no aplicables

a la población del actual estudio y en la mayoría no está explícito si el instrumento fue evaluado bajo los criterios de utilidad, reproducibilidad y validez, lo que hace poner en duda la aplicación de sus resultados^{12,19-21}. En general, en el componente de conocimientos, los estudios citados han expuesto una elevada proporción de estudiantes con conocimientos inadecuados, pero en magnitudes diversas; en las actitudes y prácticas se hallan perfiles diferentes en función de la edad, el sexo, el estrato socioeconómico, el programa de estudio, el semestre cursado y la función familiar, lo que en conjunto explicita la necesidad de hacer perfiles CAP acordes con las singularidades de la población de estudio y con la implementación de instrumentos válidos, reproducibles y útiles.

El estudio de los CAP adquiere gran relevancia debido a que la aprehensión de conocimientos en torno al VIH/SIDA puede tener un impacto favorable en las actitudes de los adolescentes con respecto a este tema y las prácticas de riesgo o protección que adopten, los cuales son determinantes porque los comportamientos que se adquieren en esta etapa generalmente permanecen durante toda su vida sexual; todo ello puede condicionar la evolución de la epidemia en las próximas décadas¹². Además, los CAP resultan importantes dado que de una forma sistemática y apropiada permiten evaluar el efecto de los conocimientos adquiridos en torno de la temática estudiada, la forma de aproximarse a la experiencia de la sexualidad y su contenido vivencial, y esto resulta de gran utilidad para los programas de prevención y control, al incorporar las realidades de los actores sociales e introducir conceptos preventivos con base en los conocimientos y experiencias de los grupos implicados²²⁻⁴. Cabe aclarar que los CAP, como cualquier evento en salud, varían en función de las características de base de la población, por esto es necesario que las investigaciones evalúen su perfil general y su variación según las condiciones sociodemográficas del grupo de estudio.

En conexión con lo anterior, se realizó este estudio con el objetivo de analizar los CAP y poder identificar los factores sociodemográficos asociados en adolescentes universitarios en la ciudad de Medellín en el año 2013, teniendo en cuenta que el Ministerio de Protección Social plantea la utilización de la investigación como una estrategia indispensable para que los programas de prevención cumplan sus objetivos y que el plan nacional de respuesta ante el VIH/SIDA en Colombia enfatiza la

necesidad de fomentar conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas que propendan por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera^{4,25}.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 210 estudiantes de diferentes programas académicos ofrecidos por una universidad pública de Medellín, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 15 y 20 años. Se desarrolló en una muestra probabilística correspondiente a una población de referencia de 7000, desviación estándar esperada en los puntajes CAP de 15 (en una escala de 0 a 100), intervalo de confianza del 95% y error de muestreo del 2%. El muestreo fue polietápico, en la primera fase se desarrolló un muestreo estratificado según área de estudio (agrupada en Salud y Otras) realizando una selección aleatoria de dependencias en cada área y en la última fase se hizo un muestreo simple de los cursos y horarios de cada programa.

Los criterios de inclusión fueron ser adolescente, universitario con matrícula vigente, de cualquier sexo. Los criterios de exclusión fueron alteraciones mentales que pudiesen generar pérdida de información por sesgo de memoria, sujetos que al momento de la encuesta se encontraban bajo el influjo de drogas psicoactivas, quienes exijan remuneración para participar del estudio o no firmasen el consentimiento informado.

Para la recolección de la información se utilizó una fuente de información primaria que consistió en una encuesta estructurada con preguntas dicótomas, politómicas y otras en escala Likert de cinco niveles, entre las cuales se incluyó información sociodemográfica, 28 preguntas para evaluar los conocimientos sobre VIH/SIDA, 17 de actitudes frente a la infección y 12 sobre las prácticas protectoras frente a esta entidad. Para el cálculo de los puntajes de CAP, cada ítem se categorizó en correcto como respuesta que indica que el sujeto presentaba información correcta, actitudes favorables o prácticas protectoras frente a la infección, e incorrecto con valores de uno y cero respectivamente. Se realizaron sumatorias para cada una de las tres escalas y se formaron los tres puntajes, estos se transformaron a escalas entre 0 (peor resultado) y 100 (mejor puntaje) a partir de la siguiente fórmula: $[(\text{Puntaje obtenido} - \text{Menor puntaje posible}) / \text{Rango del}$

puntaje]*100. Este instrumento con las tres escalas de CAP presentó un proceso de validación previa a la luz de los criterios de validez de apariencia, contenido, constructo, predictiva y discriminante, consistencia interna y fiabilidad²⁶. Los puntajes se clasificaron en tres categorías para facilitar su interpretación y comparación en forma cualitativa en malo para puntajes inferiores a 60; bueno, entre 60 y 79, y excelente a partir de 80.

Se realizó una prueba piloto en un 20% de la muestra con el fin de evaluar la versión definitiva y el desempeño de los encuestadores. La encuesta fue aplicada por encuestadores capacitados en asuntos relacionados con el contenido del instrumento, técnicas de acercamiento al encuestado, aspectos éticos, condiciones que debía reunir el lugar donde se realizó la encuesta y revisión de esta antes de entregarla para la digitación, su aplicación fue individual, asistida y anónima. Se realizaron visitas programadas en cada una de las unidades académicas donde se tenía programado realizar la encuesta, una vez el estudiante aceptó participar del estudio, un miembro del equipo de investigación direccionó el diligenciamiento del instrumento en un lugar seguro, cómodo y que garantizará la obtención de información confiable, que no atentara contra la intimidad de los participantes.

La descripción del grupo de estudio y el puntaje CAP se realizó mediante el cálculo de proporciones y medidas de resumen. Los puntajes de CAP se compararon con las variables independientes del estudio, así: I) con sexo, estrato social y área de estudios a través de la Prueba U de Mann-Whitney, II) con el tipo de familia y la funcionalidad familiar a partir de la Prueba H de Kruskal-Wallis, III) con la edad y los semestres cursado por el estudiante, y la edad y escolaridad (años de estudio aprobados) de sus padres con el Coeficiente de Correlación de Spearman, y IV) y los tres puntajes entre sí con correlaciones de Spearman. La elección de pruebas no paramétricas se basó en el incumplimiento del supuesto de normalidad bivariada evaluado con las pruebas de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y Shapiro-Wilk.

Se realizó análisis multivariado para el puntaje de actitudes y el de prácticas con regresión lineal, evaluando los siguientes supuestos: aleatoriedad de Y con la prueba de las rachas, linealidad con ANOVA, normalidad y varianza constante de los residuos, no

correlación de los residuos con Durbin Watson, no colinealidad o multicolinealidad con la estimación de la tolerancia de cada variable y el Factor de Inflación de la Varianza y la significación estadística de los coeficientes de regresión. Se tomaron como variables independientes aquellas con valores p menores a 0,25 en el análisis bivariado y las teóricamente relevantes. No se realizó para el puntaje de conocimientos dado que este no presentó asociación con las variables independientes del estudio. Los datos fueron almacenados y analizados en el programa estadístico SPSS 21.0®, con un nivel de significación estadística menor a 0,05.

RESULTADOS

El 61% de los participantes correspondió a mujeres, 45% de estrato bajo, 31% pertenecientes a programas de las áreas de la salud, 60% se encontraban cursando el primer semestre, 47% tenían familias nucleadas y el 74% se clasificó con disfuncionalidad familiar leve. La edad osciló entre 15 y 20 años con promedio de 18, en la escolaridad de los padres se halló una media de 10 años aprobados y edad entre 33 y 80 (Ver Tabla 1).

En general, los CAP se clasificaron en su mayoría en un nivel bueno o excelente; sin embargo, el grado regular presentó frecuencias importantes con un 14% en los conocimientos, 8% en las actitudes y 41% en las prácticas, lo que evidencia el elevado número de estudiantes con prácticas de riesgo para la infección por VIH/SIDA. En los puntajes CAP los promedios oscilaron entre 69 y 78, los menores correspondieron a las prácticas (69 ± 22) y los mayores a las actitudes (78 ± 12) (Ver Tabla 1).

En la valoración de los ítems del componente de conocimientos destacó que solo el 13% identificó la tricomoniasis y el granuloma inguinal como una Infección de Transmisión Sexual (ITS), en los conocimientos generales sobre VIH/SIDA el 92% considera que el SIDA es mortal, 97% que el condón protege de la transmisión y el 99% piensa que las transfusiones de sangre infectada pueden producir VIH/SIDA. En cuanto a las vías de transmisión, el 82% refirió el sexo anal y el 92% el vaginal. En general, en este dominio se hallaron creencias irracionales como el considerar que algunas posiciones sexuales protegen de la infección y que algunos grupos presentan mayor riesgo *per se* de enfermarse por VIH/SIDA.

Tabla 1. Descripción del grupo de estudio y de los CAP sobre VIH/SIDA, Medellín 2013

		#	%
Características socio demográficas			
Sexo	Mujer	128	61,0
	Hombre	82	39,0
Estrato	Bajo	95	45,2
	Medio	115	54,8
Área	Salud	65	31,0
	Otras	145	69,0
Semestre	Uno	124	60,2
	Dos	25	12,1
	Tres	40	19,4
	Cuatro	17	8,3
Clasificación familiar	Monoparental	67	31,9
	Nucleada	99	47,1
	Extensa	19	9,0
	Otro	25	11,9
Funcionalidad familiar	Disfuncionalidad grave	8	3,8
	Disfuncionalidad leve	154	74,0
	Normofuncionalidad	46	22,1
Grado de CAP			
Conocimientos	Regular	29	13,9
	Bueno	138	65,7
	Excelente	43	20,5
Actitudes	Regular	16	7,7
	Bueno	82	39,0
	Excelente	112	53,3
Prácticas	Regular	87	41,4
	Bueno	51	24,3
	Excelente	72	34,3
	Media ± DE	Mediana (RI)	Rango
Edad del encuestado	18± 1	18 (18-19)	15-20
Personas hogar	4± 1	4 (3-5)	1-11
Escolaridad padre	10± 4	11 (6-11)	2-18
Escolaridad madre	10± 3	11 (9-11)	0-16
Edad padre	49± 7	49 (44-53)	33-80
Edad madre	45± 7	45 (40-49)	33-67
Puntaje de CAP			
Conocimiento	71±11	70 (67-78)	37-96
Actitudes	78±12	81 (75-88)	25-100
Prácticas	69 ±22	67 (58-92)	8-100

DE: Desviación estándar. RI: Rango Intercuartil
Fuente: Autores.

En lo referido a la escala de actitudes, el 81% consideró correcto tener relaciones sin condón si conoce a su pareja, 61% piensa que con preservativos se siente menos placer y que el interrumpir el coito para ponerse el condón disminuye el placer, el 98% no se sienten mal por el hecho de postergar o negarse a tener relaciones sexuales, 98% piensa que las personas con mayor riesgo de infectarse son las trabajadoras sexuales, seguido de un 53% para los hombres que tienen sexo con otros hombres, 92% rechazaría a una persona seropositiva, 92% refirió que sus padres se enojarían si preguntasen por el uso del condón y la totalidad de participantes refirió que no compartiría en aula o espacios cerrados con un seropositivo.

En las prácticas, 72% ya inició su vida sexual y de estos 61% planificó en su primera relación, 69% ha tenido una pareja estable durante los últimos 6 meses, 53% usa el condón como método de planificación (aunque solo la mitad en todas las relaciones sexuales), 18% ha tenido más de cinco compañeros sexuales en su vida y 6% más de tres durante el último año.

El puntaje de conocimientos no presentó asociación con ninguna de las variables independientes del estudio, el de actitudes presentó diferencias estadísticamente significativas con el área de estudio, siendo mejor en los estudiantes de programas de la salud, las prácticas presentaron asociación estadística con el sexo y la funcionalidad familiar, con mejores puntajes entre las mujeres y los estudiantes con disfuncionalidad leve (Ver Tabla 2).

Los puntajes de CAP no presentaron correlación significativa con el número de personas en el hogar, la edad del padre, la edad de la madre ni la escolaridad de ambos padres. Los puntajes de actitudes y prácticas presentaron una correlación estadísticamente significativa con la edad y el semestre del estudiante. Los estudiantes de mayor edad y semestres más avanzados presentaron puntajes más altos en las actitudes y más bajos en las prácticas.

El puntaje de conocimientos presentó una correlación positiva y estadísticamente significativa con el de actitudes (Rho de Spearman= 0,31, $V_p=0,000$), entre los demás puntajes no se hallaron correlaciones. En el análisis multivariado de los puntajes de actitudes y prácticas se halló que las principales variables independientes que están asociadas son la edad y el área de estudios para el primero, y el sexo y el semestre para el segundo; el puntaje de actitudes fue

mayor en las personas con mayor edad y del área de la salud, mientras que el de prácticas en las mujeres y las personas con menos semestres de estudio (Ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

En general, la mayoría de adolescentes presentó puntajes de conocimientos y actitudes en un grado bueno, mientras que en las Prácticas una elevada proporción registró un resultado regular, esto sugiere un alto riesgo de adquirir VIH/SIDA y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los programas destinados a la promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, con énfasis en VIH/SIDA.

Específicamente en el dominio de conocimientos, no se registraron asociaciones con el sexo, el estrato socioeconómico, el tipo de familia, la edad y el semestre de estudio, esto implica que las posibles intervenciones para mejorar este componente no requieren segregarse o focalizarse en grupos específicos, sino que puede realizarse de forma genérica. En este sentido, cabe precisar que las intervenciones dirigidas a mejorar los conocimientos pretenden fortalecer lo que algunos autores consideran la primera línea de defensa frente al riesgo de infección por VIH/SIDA, siempre y cuando se brinden tales conocimientos bajo una perspectiva holística, que integre la red relacional del adolescente, es decir, profesores, grupos de pares, profesionales de la salud, padres y otros miembros de la familia^{9,19}.

Se debe tener presente que las acciones implementadas para mejorar los conocimientos sobre VIH/SIDA desde el sector educativo y de salud, no excluyen algunos ítems propios del dominio de prácticas, en la medida que las intervenciones tienden a impactar tanto la cognición como la conducta. En este orden de ideas, se podría suponer que las estrategias para mejorar los conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes impactan factores de vulnerabilidad relacionados con el dominio de las prácticas, como lo son la falta de competencia para el ejercicio de una sexualidad responsable, la baja percepción del riesgo, las presiones de grupo, el alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre transmisión y prevención de las ITS en general y el VIH/SIDA en particular²⁷.

Tabla 2. Comparación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas según el sexo, estrato, programa académico, tipo de familia y funcionalidad familiar, Medellín 2013

		Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
		X±DE	Me	X±DE	Me	X±DE	Me
Sexo	Mujer	70 ± 11	70	78± 13	81	73± 21	71
	Hombre	72 ± 10	70	78± 12	81	64± 22	58
	Vp U M-W	0,386		0,636		0,006**	
Estrato social	Bajo	72± 10	74	78± 13	81	71± 22	67
	Medio	70± 11	70	78± 12	81	68± 21	67
	Vp U M-W	0,071		0,752		0,485	
Área de estudio	Salud	71 ± 10	70	81 ± 13	81	69 ± 22	67
	Otras	70 ± 11	70	76 ± 11	75	70 ± 21	67
	Vp U M-W	0,428		0,006**		0,748	
Tipo de familia	Monoparental	71± 10	70	77± 12	75	72± 22	75
	Nucleada	71± 11	70	78± 12	81	69± 20	67
	Extensa	74± 11	74	82± 14	88	69± 27	67
	Otro	69± 9	70	75± 13	81	67± 22	67
	Vp K-W	0,317		0,286		0,541	
Disfunción familiar	Grave	71 ± 9	70	80 ± 8	81	60 ± 18	63
	Leve	70 ± 11	70	77 ± 13	75	72 ± 22	75
	Normal	72 ± 10	72	81 ± 11	81	63 ± 19	58
	Vp K-W	0,661		0,161		0,018*	

X: Media. DE: Desviación Estandar. Me: Mediana.

Vp= Valor p. U M_W: Prueba U de Mann-Whitney. K-W: Prueba H de kruskal Wallis.

* El estadístico es significativo en el 0,05. ** El estadístico es significativo en el 0,01

Fuente: Autores

Tabla 3. Modelos de regresión lineal multivariante para las Actitudes y las Prácticas, Medellín 2013

Actitudes R ² = 15%	Beta	Error	Beta estandarizado	t	Vp
Constante	31,970	13,65		2,341	0,020
Conocimientos	0,345	0,08	0,297	4,560	0,000
Edad	1,474	0,68	0,142	2,173	0,031
Área de estudio (0.Otras/1.Salud)	3,429	1,71	0,130	2,002	0,047
Prácticas R ² = 10%					
Constante	82,538	3,181		25,949	0,000
Sexo (0.Hombre/1. Mujer)	10,307	2,976	0,233	3,464	0,001
Semestre	-5,010	1,401	-0,240	-3,577	0,000

Fuente: Autores

Al analizar algunos ítems del dominio de conocimientos, se evidenciaron deficiencias en aspectos generales de la infección/enfermedad, formas de transmisión e identificación de algunas ITS, un resultado similar se observó en el estudio

de Díaz y Manrique⁹ en el que se reportan bajos conocimientos relacionados con aspectos genéricos de la sexualidad, que pueden ayudar a explicar la gran cantidad de adolescentes con ITS y embarazos no deseados, el inicio temprano de las relaciones

sexuales, las altas frecuencias de alcoholismo, entre otros factores asociados con la propagación de la infección.

En contraste con el actual estudio, en la investigación realizada por Vera y colaboradores, se encontró un buen nivel de conocimientos en aspectos relacionados con la infección/enfermedad, generalidades sobre el agente causal, vías de transmisión más comunes y forma de diagnóstico. Ambos estudios concuerdan con el hallazgo de conocimientos reducidos sobre comportamientos de riesgo²⁸.

Es de destacar que los adolescentes cuentan con múltiples y diversas fuentes de información frente al VIH/SIDA, las cuales son determinantes en el perfil CAP; en este respecto, se encontró que la televisión, el internet, los amigos y las parejas sexuales son los medios más comunes a los que acuden para resolver sus dudas o hablar sobre salud sexual y reproductiva, siendo este un hallazgo diferente al de Ruiz Sternberg y colaboradores, debido a que la mayor parte de los participantes del estudio citado respondieron que los padres, el colegio, libros o revistas especializadas eran su principal fuente de conocimientos²⁹, mientras que los estudios de Uribe y Vera, exponen que los adolescentes evaluados recibieron información sobre la transmisión del VIH/SIDA de los programas de televisión y otros medios de comunicación masiva^{15,29}. Esto evidencia la importancia de disponer de estudios locales, no solo que recaben en el perfil CAP propio, sino en la identificación de los principales factores asociados en cada grupo.

En cuanto a las actitudes, se hallaron similitudes con el estudio de Uribe Rodríguez con respecto a la percepción de riesgo y autocuidado de los adolescentes, pues se encontró que estos no tienen problemas o prejuicios para comprar preservativos por la vergüenza, pero afirman que su uso disminuye el placer sexual. Además, se observó que los adolescentes tienen poca percepción del riesgo de infectarse de VIH/SIDA, debido a que piensan que solo los hombres que tienen sexo con otros hombres, los consumidores de sustancias psicoactivas y las trabajadoras sexuales son las personas con algún grado considerable de riesgo para contraer la infección³⁰.

En el estudio previamente citado, también se encontró una pequeña proporción de jóvenes que estuvieron de acuerdo en que las personas con VIH/

SIDA deberían ser aisladas de los demás por razones de seguridad, lo que contrasta con los hallazgos del actual estudio y el de Valencia y Solera en el que se observó que la mayoría de los jóvenes apoyaría y aceptaría a una persona infectada^{30,31}.

En el actual estudio no se halló asociación del puntaje de actitudes con el sexo, lo que difiere del estudio de Vinaccia y colaboradores, quienes encontraron que los adolescentes hombres presentan una actitud menos sensible y solidaria ante los afectados por la enfermedad, acompañado por una baja percepción de vulnerabilidad sobre los riesgos de contraer VIH/SIDA³².

Teniendo en cuenta que los adolescentes universitarios constituyen una población de alto riesgo de contraer ITS, en quienes los principales riesgos radican en sus conductas sexuales³³, es primordial fomentar actitudes positivas sobre los riesgos del VIH/SIDA que permitan acceder a vivencias placenteras, con criterio responsable, basado en la comprensión biológica y emocional del comportamiento sexual, tanto de sí mismos como de los semejantes, pues así se aumenta la posibilidad de superar percepciones negativas como vergüenza, culpa, creencias erróneas y prejuicios que, en conjunto, pueden incrementar el riesgo de adquirir la infección⁹.

Con respecto a las prácticas, se pudo evidenciar que la mayoría de los jóvenes comienzan tempranamente su vida sexual, no son conscientes de los riesgos que representa tener más de una pareja sexual, el no uso del condón en todas sus relaciones sexuales, el uso incorrecto de este y las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas. Se halla similitud con otros estudios que refieren alto riesgo por el no uso del preservativo y las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, con un aumento significativo en el número de parejas sexuales^{11,12,15,20}. De igual forma, Vera y colaboradores, encontraron una alta proporción de estudiantes con vida sexual activa, de los cuales un porcentaje mínimo afirmó utilizar siempre el preservativo durante sus relaciones sexuales²⁸.

Por otro lado, en el estudio de Antón y Espada, se reportó la gravedad de conductas como el tener relaciones sexuales bajo el efecto de drogas y tener varias parejas sexuales, en la medida que dichas prácticas agudizan la subvaloración del riesgo de contraer una ITS o de un embarazo no deseado,

aumentan la sensación de invulnerabilidad, y disminuyen el autocontrol y la percepción de riesgo frente al VIH/SIDA³³. Esto motiva a continuar y reforzar de manera continua múltiples estrategias que demuestren impactos positivos en la prevención primaria, teniendo en cuenta que durante la adolescencia se da inicio a las relaciones sexuales y sociales, se consolidan las actitudes, los valores y las creencias que van a incidir en la adopción de conductas saludables o de riesgo en el futuro¹¹.

Llama la atención que en este estudio no se halló una asociación estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimientos y el de las prácticas, pero sí entre conocimientos y actitudes; esto coincide con un estudio realizado en estudiantes universitarios de Cali, donde se halló un porcentaje importante de conocimientos correctos pero con una elevada proporción de prácticas que evidenciaban la ausencia de medidas de protección frente al VIH/SIDA¹¹. Se debe tener presente que el conocimiento *per se* puede mejorar algunas actitudes pero resulta insuficiente para cambiar las prácticas, debido a que estas, además del componente actitudinal e informativo, están culturalmente determinadas, es decir, los conocimientos y las actitudes pueden sustentar una parte de las prácticas, pero en estas también pueden influir la religión, las percepciones erradas frente a la salud y el riesgo sexual, entre otros aspectos de orden cualitativo no evaluados en el presente estudio³⁴.

Lo anterior no le resta importancia al modelo CAP, dado que es un componente importante en el modelo explicativo de ciertos patrones de comportamiento, por el contrario, llama la atención para que las intervenciones sean multidimensionales e incluyan componentes culturales que permitan la aprehensión de conductas protectoras. Además, implica un reto para que los sistemas educativos y los programas preventivos, diseñen estrategias que permitan una conexión más exitosa entre cognición y acción, entre información, conocimiento, actitud y praxis, teniendo como base el hecho que los modelos educativos con un fuerte componente de conocimientos, ofrecen oportunidades de aprendizaje para que los adolescentes adquieran competencias, valores y actitudes que limiten la transmisión de la pandemia⁸.

Por último, el modelo de regresión mostró que la edad y el área de estudios son los principales

factores asociados con el puntaje de actitudes, mientras que en las prácticas fueron el sexo y el semestre. Estos hallazgos podrían sustentarse en que los programas de la salud incluyen en su malla curricular la enseñanza de temas relacionados con VIH/SIDA, y en relación con la edad podrían suponer que la superación de prejuicios relacionados con la infección en los individuos de mayor edad presenta un efecto directo en las actitudes.

Paradójicamente, el aumento del semestre se relacionó con una disminución de las prácticas protectoras, lo que resulta contrario a estudios previos como el de Maimaiti³⁴ y podría sugerir que en la medida que se avanza en los semestres académicos se afianzan algunos patrones culturales relacionados con un pseudocontrol de la sexualidad y una subsecuente minimización de la percepción del riesgo, aunque la consolidación de este supuesto requiere de investigaciones posteriores que analicen este hallazgo, dado que los resultados expuestos resultan insuficientes para brindar una explicación más exhaustiva.

En relación con los factores asociados a los puntajes CAP, el estudio de Maimaiti no halló diferencias estadísticamente significativas en las actitudes según el sexo y los años de estudio, mientras que en las prácticas reportaron que los hombres presentaron mayores prácticas de riesgo, al igual que en el actual grupo. En relación con la edad y el semestre de estudio, Maimaiti presentó resultados contrarios a los reportados para esta población³⁴.

Lo expuesto permite aseverar que los perfiles CAP varían ostensiblemente entre poblaciones de adolescentes, no sólo en la magnitud de los puntajes sino también en los factores asociados, donde una de las pocas confluencias entre diversos estudios, es la referencia a una mayor presencia de prácticas de riesgo en los hombres, atribuible a determinaciones culturales relacionadas con la virilidad y el machismo.

Entre las limitaciones del estudio se destacan el sesgo temporal debido al tipo de estudio transversal y el hecho que las asociaciones estadísticas no son causales. A pesar de estas limitaciones, este estudio permitió generar algunas hipótesis, con lo cual se logra una de las principales finalidades de los estudios descriptivos y se brindan datos de base para estudios futuros, tanto desde el enfoque cuantitativo como el cualitativo, donde se puedan explicar y comprender, los principales determinantes de los CAP sobre VIH/SIDA en adolescentes.

Los resultados presentan confluencia con estudios previos que han evidenciado la necesidad de comprender el nivel de CAP como una fuente relevante de información para conocer el grado de vulnerabilidad de los adolescentes frente al VIH/SIDA. Además, el desconocimiento de los CAP podría sustentar, en alguna medida, el aumento de las ITS entre los adolescentes, con sus subsecuentes costos sociales y económicos, por lo que se hace más necesario estudiarlos como medio para la exploración e identificación de grupos de mayor riesgo y áreas prioritarias de acción, particularmente las direccionadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en este grupo.

CONCLUSIONES

Se observó una baja proporción de adolescentes con un grado excelente en el perfil de CAP sobre VIH/SIDA como se esperaba para una población universitaria. El perfil CAP resultó de mayor gravedad en las personas con menor edad, los hombres y de áreas diferentes a la salud, esto muestra el riesgo de adquirir VIH/SIDA, la necesidad de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva y permite orientar de una forma más rigurosa, las acciones de prevención que se deseen implementar en la población de estudio.

Los resultados de este estudio constituyen un insumo valioso para orientar estrategias de información, comunicación y educación en salud sexual y reproductiva en general y en VIH/SIDA en particular, dado que identificó áreas prioritarias de intervención como la elevada proporción de estudiantes que presentan prácticas de riesgo para contraer la infección. En coherencia con los alcances de los estudios descriptivos, esta investigación permitió conocer el perfil de CAP sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad de Medellín y generar hipótesis sobre algunos factores asociados con el tema como el sexo, la edad, el área de estudios y el ciclo académico; esto constituye un referente importante para estudios posteriores en esta temática.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todas las fases del estudio se tuvieron presentes los principios de la declaración de Helsinki y la

Resolución 8430 de Colombia, según la cual el estudio se clasifica como una investigación sin riesgo. Prevalció el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y de su privacidad. Este estudio obedece a un subcomponente del proyecto de investigación “Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes de instituciones Educativas de Medellín y su asociación con factores sociodemográficos y económicos”, avalado por el Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia.

FINANCIACIÓN

Universidad de Antioquia, Universidad Cooperativa de Colombia, estrategia de sostenibilidad 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: VIH/Sida [Internet] [citado 9 nov 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.
2. Bolaños MR, Rojo N. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009;25(2). [Citado 19 ene 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200003&script=sci_arttext.
3. Ministerio de la Protección Social, ONUSIDA. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia 2008-2011. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
4. Toledo HJ, Navas JA, Navas LC, Pérez N. Los adolescentes y el SIDA. Rev Cubana Med Trop. 2002;54(2):152-7.
5. World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011. Malta: World Health Organization; 2011 [citado 10 Dic 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf.
6. Ministerio de la Protección Social. Informe UNGASS – 2012. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida. Informe Nacional. República de Colombia; 2012 [citado 5 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CO_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CO_Narrative_Report[1].pdf)
7. Estrada JH. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007;25(1):61-70.
8. Ospina JM, Manrique-Abril FG. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. Av. enferm. 2007;25(2):101-11.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Protección Social. Guía de prevención VIH/SIDA. Jóvenes en contextos de vulnerabilidad. [Internet]; 2011 [Citado 12 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/PUB2011/VIH/JOVENES.pdf>
10. Uribe AF, Orcasita L. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2009;27:1-31 [citado 5 Nov 2013]. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>
11. Valdivia MR. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza politécnica. Municipio Yaguajay. 2009.
12. Levy J. HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. AIDS. 2009;23(2):147-60.
13. Posada I. El significado del riesgo y de la autonomía en hombres que tienen sexo con hombres y su relación con comportamientos de alto riesgo para adquirir la infección por VIH/SIDA, en la

- ciudad de Medellín en el año 2004-2005. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.
15. García R, Luque R, McDouall J, Moreno L. Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte, 2000-2005. Bogotá: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), Grupo temático para Colombia y Ministerio de la Protección Social de Colombia- Dirección General de Salud Pública; 2006. p.33-80.
 16. Posada IC, Gómez RD. Mercado y riesgo: escenarios de transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Medellín 1993-2006. ColombMed. 2007;38(3):222-36.
 17. Ospina S, Gutiérrez M, Soto M, Montoya A y Velásquez G. Características sociodemográficas y factores de riesgo para la infección por VIH, en usuarios de un programa de asesoría, Antioquia 1993-1996. Boletín Epidemiológico de Antioquia. 1997;22(4):468-74.
 18. Ceballos C, Ríos Grajales C. Análisis de supervivencia de pacientes con VIH y SIDA en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante el periodo comprendido entre 1988 - 2002 en la ciudad de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.
 19. Macchi ML, Benítez Leite S, Corvalán A, Núñez C y Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. RevChilPediatr 2008;79(2):206-217.
 20. Ruiz Sternberg AM, Latorre Santos C, Beltrán Rodríguez J, Ruiz Sternberg J y Vélez van Meerbeke A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Rev Sogia. 2005;12(3):86-93.
 21. Mahat G, Scoloveno MA. HIV/AIDS knowledge, attitudes and beliefs among nepalese adolescents. Journal of Advanced Nursing; 2006;53(5):583-590.
 22. Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. Ginebra: ONUSIDA; 1997.
 23. Cabrera Arana GA. Teorías y modelos en Salud Pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
 24. Abad Bueno JR, Madrigal Vilchez A y Mestre Luján FJ. El SIDA como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación. Universidad de Valencia. Facultad de Ciencias Sociales. Cuadernos de Trabajo Social. 2005;18:33-55.
 25. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). Política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR). Bogotá D.C. [Internet]. 2003 [Citado 11dic. de 2013]. Disponible en: http://www.unfpa.org.co/home/unfpaacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf
 26. Luján J, Cardona J. Construcción y evaluación de una escala de conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes universitarios de Medellín. En prensa.
 27. Velásquez Vélez, S y Bedoya Serna, B. Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. Medicina UPB. 2010;29(2):144-154.
 28. Vera LM, López N, Ariza ND, Díaz LM, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. ColombMed. 2004;35:62-68.
 29. Orcasita Pineda LT, Uribe Rodríguez AF y Valderrama Orbeagozo LJ. Conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA en padres de familia de adolescentes colombianos. Revista Colombiana de Psicología [en línea] 2013, 22 [citado 30 de ene. 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80428081005>
 30. Uribe Rodríguez AF. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada. Facultad de psicología; 2005.
 31. Valencia Jiménez NN, Solera Martínez NF. Necesidades de aprendizaje para la sexualidad de jóvenes entre 10 y 19 años en el Caribe colombiano. Investigación y desarrollo 2009; 17(1):106-31. [citado 5 de feb. 2014]. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/17-1/05%20NECESIDADES%20DE%20APRENDIZAJE.pdf
 32. Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD y Ballester Arnal R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. Terapia Psicológica. 2007; 25. [citado 5 de feb. 2014]. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=78525103>
 33. Antón Ruiz, FA y Espada JP. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. Anales de psicología. 2009;25(2):344-350.
 34. Maimaiti N, Latiff Y J. Knowledge, Attitude and practice regarding HIV/AIDS among university students in xinjiang. Global Journal of Health Science. 2010;2(2):51-60.