

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia)

Knowledge, Attitudes, and Practices regarding sexually transmitted infections among adolescents in Caldas (Colombia)

Jaiberth Antonio Cardona Arias¹, Paulina Arboleda Carmona², Carolina Rosero Ascuntar²

Resumen

Objetivo: Analizar los conocimientos actitudes y prácticas acerca de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes escolarizados del municipio de Caldas (Antioquia, Colombia), según aspectos sociodemográficos.

Materiales y métodos: Estudio transversal en 567 adolescentes. Los datos se almacenaron y analizaron en SPSS 18.0 con base en proporciones, medidas de resumen, intervalos de confianza para la diferencia de proporciones y pruebas no paramétricas como chi-cuadrado, H de Kruskal Wallis y U de Mann Whitney.

Resultados: El nivel de conocimientos fue insatisfactorio, mientras que las actitudes y las prácticas fueron satisfactorias; solo se hallaron diferencias significativas en los conocimientos según la residencia, siendo mayor en los habitantes de zonas urbanas, y el nivel actitudes y prácticas fue significativamente mayor en las mujeres.

Conclusión: El nivel de conocimientos en este grupo fue deficiente respecto a los esfuerzos realizados por las instituciones educativas y las secretarías de salud; no obstante, las actitudes presentaron una cualificación satisfactoria, lo que podría derivar en el logro de unas prácticas sexuales más seguras. Con estos resultados se podrían mejorar los programas de educación en salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Adolescentes, conocimientos, actitudes, prácticas, infección, transmisión, sexual.

Fecha de recepción: 9 de abril de 2013
Fecha de aceptación: 22 de junio de 2013

¹ Grupo de investigación Salud y Sostenibilidad, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia).

² Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia).

Correspondencia: Jaiberth Antonio Cardona Arias. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, calle 67 n° 53 - 108, Bloque 5, oficina 103, Medellín (Colombia). Teléfono 2198486, Fax 2195486. mjaca462@gmail.com.

Abstract

Objective: To assess knowledge, attitudes and practices regarding STIs in adolescents of Caldas, according to the demographic aspects.

Methods: Cross sectional study in 567 adolescents. Data were stored and analyzed in SPSS 18.0 with proportions, summary measures, confidence intervals for the difference of proportions and nonparametric tests such as chi square, Kruskal Wallis and Mann Whitney.

Results: The level of knowledge was unsatisfactory, while the attitudes and practices were satisfactory, only significant differences were found in knowledge according to the residence, being higher in urban and regarding the level of attitudes and practices, they were significantly higher in women.

Conclusion: The level of knowledge in this group was poor compared to the efforts of educational institutions and health departments; however, attitudes had a satisfactory qualification that could lead to the achievement of safer sex practices. These results could improve education programs in sexual and reproductive health.

Keywords: adolescents, knowledge, attitudes, practices, infection, transmission, sexual.

INTRODUCCIÓN

Múltiples aspectos socioeconómicos e históricoculturales determinan las conductas que las personas asumen en cuanto a su sexualidad y, con ello, algunos factores de riesgo para la transmisión de las infecciones de transmisión sexual (ITS); entre estos se incluyen relaciones sexuales con diferentes compañeros, elevada frecuencia de relaciones sexuales sin protección de barrera e inicio temprano de la actividad sexual (1).

Respecto a esta problemática se han propuesto metodologías que permiten la disminución de factores de riesgo, como la propuesta de finales de 1999, año en el que se concertó el plan estratégico de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH/sida 2000/2003; este pretendía fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones públicas y privadas y de las organizaciones no gubernamentales (ONG) en lo que respecta a las enfermedades de transmisión sexual, y de esta manera poder reducir la propagación de la infección y su impacto social y

económico (2). Este plan fue un antecedente importante para la redacción de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en 2003 (3).

En Colombia se establecieron normativas para el control y prevención de enfermedades de transmisión sexual, con el propósito de evitar el aumento en su frecuencia y transmisión; además para obtener información útil que orientase la toma de decisiones en salud (4). Uno de los planes propuestos fue el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011, cuyo objetivo fue promover en toda la población los conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas que propugnen, a lo largo del ciclo vital, el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera (5).

A pesar de la formulación e implementación de diversos planes que buscan impactar en la problemática de las ITS, algunos estudios han reportado que el nivel de conocimientos sigue siendo muy bajo (6). Esta deficiencia se ha confirmado en múltiples

estudios en los que se muestra que la población colombiana no ha alcanzado un nivel elevado de conocimientos acerca de la prevención de ITS, como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, la cual explica que el desconocimiento de factores de riesgo para adquirir ITS fue mayor entre las mujeres más jóvenes (15 a 19 años de edad), en el área rural, en la región oriental, entre las mujeres sin educación, entre las más pobres, y los departamentos donde se halló el más bajo nivel de conocimiento de las ITS fueron Nariño, Boyacá, Meta y Cauca (7).

En el estudio de las ITS, los adolescentes son un grupo clave, dado que el interés por el cuerpo y la sexualidad aparece en esta etapa, en algunas familias existe desconocimiento y silencio respecto a este tema y en la adolescencia se consolidan actitudes y comportamientos que incidirán en las prácticas sexuales futuras.

En el municipio de Caldas, la problemática en torno de la SSR de los adolescentes se ha constituido en un grave problema de salud pública; ello sustentado en cifras como la tasa de fecundidad, que ha presentado tendencias al aumento en este grupo: en 2004 el 18.3 % de los partos atendidos fueron de adolescentes, en 2005 el 18.3 % y en 2006 el 26.5 %; aunado al alto índice de embarazos no deseados en adolescentes se encuentra el aumento de ITS, el aborto y el inicio temprano de las relaciones sexuales (8).

La permanencia de las ITS depende en gran medida de los comportamientos que adoptan los adolescentes; además se ha reportado que en la adolescencia se experimentan cambios que aumentan el consumo de diversas drogas alucinógenas y otras prácticas que constituyen factores de riesgo importantes para la SSR.

En este contexto, la Secretaría de Salud del municipio de Caldas formuló el proyecto de SSR dirigido a adolescentes y cuyo propósito fue “promover los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la reducción de los factores de riesgo y el estímulo de factores protectores en donde los jóvenes tengan un proyecto de vida saludable, a partir de un trabajo interdisciplinario basado en la prevención y la educación” (8).

A pesar de la implementación de diversos programas se ha observado que estos son insuficientes, y en algunos casos ineficientes, dado que continúa presentándose una elevada frecuencia de prácticas sexuales de riesgo en la población joven. Ello podría ser atribuido al carácter vertical de los programas y a estrategias de intervención, control, prevención y educación que se implementan desconociendo los conocimientos, las actitudes y las prácticas que poseen los adolescentes sobre su SSR, y de forma específica sobre las ITS.

El estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es de gran relevancia, dado que la aprehensión de conocimientos en torno de la sexualidad puede impactar positivamente en las actitudes de los adolescentes con respecto a esta temática, y con ello se pueden generar prácticas sexuales más seguras, con lo cual se disminuye el riesgo de contraer una ITS. Los CAP resultan importantes debido a que de una forma sistémica y parsimoniosa permiten evaluar el efecto de los conocimientos adquiridos en torno de la temática evaluada, la forma de aproximarse a la experiencia de la sexualidad y su contenido vivencial (9-10).

Sumado a lo anterior, se ha reportado que los programas de prevención más exitosos son aquellos que parten de las realidades de

los actores sociales e introducen conceptos preventivos con base en los conocimientos y experiencias de los grupos implicados (11).

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que el Ministerio de la Protección Social plantea la utilización de la investigación como una estrategia indispensable para que los programas de prevención cumplan sus objetivos, se realizó un estudio con el objetivo de analizar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de las ITS y su asociación con aspectos sociodemográficos en adolescentes escolarizados del municipio de Caldas. Se pretende estudiar el nivel de conocimientos sobre el tema, las actitudes respecto a las ITS y las prácticas de riesgo, con la intención de conocer la dimensión del problema en este municipio, tener un referente para el diseño y fundamentación de estrategias de prevención y para evaluar el impacto de las intervenciones que se realicen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Sujetos de estudio: El estudio se desarrolló en una muestra no probabilística de 567 estudiantes entre 14 y 19 años, matriculados en los grados octavo a undécimo de cinco instituciones educativas.

Recolección de la información: Se empleó fuente de información primaria basada en una encuesta anónima, diligenciada de forma individual en un lugar privado con el fin de evitar sesgos de información. La encuesta incluyó cuatro componentes: i) información sociodemográfica, ii) Conocimientos sobre vías de transmisión, métodos de protección, síntomas y riesgos de las ITS, iii) Actitudes de rechazo, estigma y protección

frente a las ITS, y iv) Prácticas relacionadas con recambio sexual, utilización de métodos de planificación, consumo de psicoactivos y otros factores de riesgo sexual.

Para cualificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas se realizó una escala en la que se tomó como un nivel insatisfactorio o malo un porcentaje de respuestas acertadas, actitudes positivas o ausencia de prácticas de riesgo menores de 60 %, satisfactorio o bueno entre 61 y 80 %, muy satisfactorio o muy bueno entre 81 y 90 % y excelente o totalmente satisfactorio en los casos en que las respuestas correctas superaron el 90 %, es decir, los porcentajes cercanos a 0 indican peores conocimientos, actitudes y/o prácticas y los cercanos a 100 identifican los mejores.

Análisis de la información: Los datos fueron almacenados y analizados en una base de datos en Statistical Package for the Social Sciences for Windows, *software* SPSS versión 18,0. Se determinó la confiabilidad de las escalas de CAP con el alfa de Cronbach. Para el análisis univariado se utilizaron proporciones, medidas de resumen, intervalos de confianza del 95 % para una proporción y prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors univariada. Dados los resultados de las pruebas de normalidad bivariada, se emplearon pruebas de estadística no paramétrica, como chi-cuadrado, H de Kruskal Wallis y U de Mann Whitney; además se calcularon intervalos de confianza para la diferencia de proporciones. En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de 0.05.

Aspectos éticos: El estudio estuvo anidado al proyecto de educación en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud del municipio y las instituciones educativas; a

cada participante se le informó el propósito, riesgos y beneficios del estudio, y prevaleció el respeto a la dignidad de los sujetos participantes en este, la protección de sus derechos y la voluntariedad de su participación.

RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo conformado por 57,9 % de hombres y 42,1 % mujeres. Acerca del conocimiento de las principales ITS, se encontró que el 96,2 % conoce el VIH/sida, 82,7 % la blenorragia, 76,5 % sífilis, 61,2 % herpes, 37,1 % piojo púbico, 27,2 % virus del papiloma humano, 21,5 % hepatitis B, 12,5 % clamidia y 9,8 % trichomonas. El 53,6 % tiene vida sexual activa; de estos, el 39,5 % utiliza

siempre el condón, el 23,3 % frecuentemente, el 21,4 % ocasionalmente y el 15,9 % nunca.

La tabla 1 describe las características socio-demográficas diferenciadas por sexo; en esta no se observaron diferencias significativas en procedencia ni grado escolar, mientras que en las creencias religiosas, la participación en grupos sociales, el estrato social y el tipo de familia se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En el análisis de algunas variables cuantitativas relacionadas con el adolescente y sus padres, según el sexo, se encontraron diferencias significativas en la edad del participante y la edad de la persona con quien tuvo la primera relación sexual; esta última fue mayor entre las mujeres (tabla 2).

Tabla 1. Análisis de la frecuencia absoluta y relativa de características sociodemográficas del grupo de estudio según el sexo

Variable	Factores	Total	Femenino	Masculino	X2 (Vp)*
		% (n)	% (n)	% (n)	
Procedencia	Rural	49.3(275)	46.4 (150)	53.0 (124)	0,127
	Urbano	50.7(283)	53.6 (173)	47.0 (110)	
Religión	Católico	82.0(457)	85.1(275)	77.7(181)	
	Evangélico	9.2(51)	9.9(32)	8.2(19)	0,001‡
	Ninguno	8.8(49)	5.0(16)	14.2(33)	
Grado escolar	Octavo	25.4(144)	22.6(74)	29.3(70)	
	Noveno	38.8(220)	42.2(138)	34.3(82)	0,171
	Décimo	21.7(123)	22.0(72)	21.3(51)	
	Undécimo	14.1(80)	13.1(43)	15.1(36)	
Estrato social	Bajo	81,7 (456)	84.8 (274)	77.4 (181)	0,024†
	Medio	18,3 (102)	15.2(49)	22.6 (53)	
Grupo social	Pertenece	45.5(256)	37.0(121)	57.2(135)	0,000‡
	No pertenece	54.5(307)	63.0(206)	42.8(101)	
Tipo de Familia	Nucleada	62.2(293)	56.8(155)	69.5(137)	
	Extensa	12.7(60)	15.0(41)	9.6(19)	0,034†
	Monoparental	15.9(75)	17.2(47)	14.2(28)	
	Monoparental Extensa	9.1(43)	11.0(30)	6.6(13)	

* Valor p, significación estadística obtenida por la prueba chi-cuadrado.

† El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel de 0,05.

‡ El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel de 0,01.

Fuente: datos tabulados por los autores.

Tabla 2. Análisis de la distribución de algunas características del grupo de estudio según sexo

Variable	Total	Femenino	Masculino	U M-W (Vp)*
	Me† (RI) ‡	Me† (RI) ‡	Me† (RI) ‡	
Edad	15 (14-17)	15(14-16)	16 (15-17)	0,000††
Convivientes	5(4-6)	5 (4-6)	4 (4-5)	0,236
Edad padre	43 (40-50)	43 (40-50)	43(39-50)	0,832
Edad madre	40 (37-45)	40 (37-45)	40(50-8)	0,799
Escolaridad padre	5 (55-9)	5 (5-9)	5(4-8)	0,429
Escolaridad madre	5 (5-10)	6(5-10)	5(4-8)	0,905
Edad compañero PRS*	16 (15-19)	18(17-22)	15(14-16)	0,000††

* Primera relación sexual.

† Mediana.

‡ Rango intercuartil.

§ Valor p, significación estadística obtenida por la Prueba U de Mann Whitney.

†† El estadístico de la Prueba U de Mann Whitney es significativo en el nivel de 0,01.

Fuente: datos tabulados por los autores.

Con respecto a los conocimientos sobre las ITS, no se encontraron diferencias estadísticas entre quienes poseen y no poseen conocimientos acertados sobre la transmisión; en las preguntas relacionadas con la gravedad, el recambio sexual y el tratamiento, las mayores frecuencias se observaron en los estudiantes que poseen conocimientos correctos; mientras que en los referido a protección, efectividad del condón y los signos y síntomas de las ITS, la mayor frecuencia se encontró entre los participantes que poseen conocimientos errados (tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia absoluta y relativa de algunos conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS)

CONOCIMIENTOS	n	Si (IC95%)	No (IC95%)	IC 95% P1-P2*
Se puede contagiar una ITS sin relaciones sexuales	554	58,1 (54-62)	41,9 (38-46)	-9,8; 42,2
Píldoras anticonceptivas protegen de ITS	547	81,4 (78-84)	18,6 (15-22)	30,0; 95,6‡
ITS son enfermedades poco graves	542	13,3 (10-16)	86,7 (84-90)	-86,1; -60,8‡
Lo más grave de las relaciones sexuales es el embarazo	560	16,6 (13-19)	83,4 (80-86)	-80,2; -53,4‡
El uso correcto del condón protege de ITS	559	18,2 (15-21)	81,8 (79-85)	-77,5; -49,7‡
Se sabe a simple vista quien tiene una ITS	549	81,8 (78-85)	18,2 (15-21)	30,8; 96,4‡
A mayor parejas sexuales mayor riesgo de ITS	533	15,8 (12-18)	84,2 (81-87)	-82,0; -54,8‡
Existen tratamientos contra las ITS	547	88,1 (85-90)	11,9 (9-15)	41,7; 110,7‡

Continúa...

ACTITUDES				
La probabilidad de contraer ITS es mínima cuando no se usa condón	548	37,2	62,8	-45,5; -5,7†
		(33-41)	(59-67)	
Te alejarías de una persona que tenga ITS	553	72,2	27,8	14,4; 47,4†
		(68-75)	(24-32)	
La gente con ITS tiene lo que se merece	538	18	82	-78,2; -49,8‡
		(14-21)	(79-85)	
Se corre algún riesgo al compartir el aula con alguien que tiene ITS	546	18,7	81,3	-76,9; -48,3‡
		(15-21)	(78-85)	
Abandonaría a su novio/a si tuviese SIDA	538	47,4	52,6	-28,6; 18,2
		(43-51)	(48-57)	
PRÁCTICAS				
Ha tenido relaciones sexuales	552	53,6	46,4	-17,5; 31,9
		(49-57)	(42-51)	
Planificó en la primera relación sexual	292	64,4	35,6	-21,3; 78,9
		(58-69)	(30-41)	
Ha tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo	351	4,6	95,4	-103,6; -78,0‡
		(02-06)	(93-98)	

Continúa...

Tiene una pareja estable actualmente	392	48,5	51,5	-34,4; 28,4
		(46-56)	(44-53)	
Consumo algún tipo de sustancia psicoactiva	489	20,2	79,8	-75,6; -43,6‡
		(16-23)	(76-83)	

* Intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de proporciones.

† El Intervalo de confianza es significativo en el nivel de 0,05.

‡ El Intervalo de confianza es significativo en el nivel de 0,01.

Fuente: datos tabulados por los autores.

En las actitudes se encontró una proporción significativamente mayor de adolescentes que se alejarían de las personas que presenten una ITS, mientras que en las demás actitudes evaluadas el mayor porcentaje correspondió a respuestas favorables.

En las prácticas se observó que las mayores proporciones corresponden a personas que han tenido relaciones sexuales, que planificaron en su primera relación sexual y no consumen psicoactivos (tabla 3).

El α de Cronbach fue de 0,78 para la escala de conocimientos, 0,70 para las actitudes y 0,68 para las prácticas; lo que indica una excelente fiabilidad de los puntajes CAP.

Con respecto al nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, se encontró que la mayor proporción de conocimientos correspondió al nivel insatisfactorio o malo, y en las actitudes y las prácticas el bueno; no obstante, estas proporciones no fueron estadísticamente mayores (tablas 4 y 5).

Tabla 4. Frecuencia relativa y absoluta del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas

	Nivel % (n)		
	Insatisfactorio	Satisfactorio	Muy satisfactorio
Conocimientos	58,2 (287)	41,2 (203)	0,6 (3)
Actitudes	24,4 (122)	42,9 (215)	32,7 (164)
Prácticas	39,8 (109)	44,2 (121)	16,0 (44)

Fuente: datos tabulados por los autores.

Tabla 5. Comparación de los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas

	Niveles comparados	IC 95% P1 - P2*
CONOCIMIENTOS	Insatisfactorio-Satisfactorio	-12,1 ; 46,1
ACTITUDES	Satisfactorio-Insatisfactorio	-17,8 ; 54,8
	Satisfactorio-Muy satisfactorio	-21,0 ; 47,0
PRÁCTICAS	Satisfactorio-Insatisfactorio	-47,5 ; 56,3
	Satisfactorio- Muy satisfactorio	-40,7 ; 97,7

* Intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de proporciones.

Fuente: datos tabulados por los autores.

El nivel de conocimientos presentó diferencias significativas según la zona de procedencia, siendo mejor en los estudiantes que habitan en zona urbana; el nivel de actitudes y prácticas presentó diferencias según el sexo, y la mejor cualificación se observó en las mujeres (ver tabla 6).

El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas no presentó diferencias según el grado escolar, el estrato socioeconómico, la creencia religiosa ni el tipo de familia.

El nivel de conocimientos presentó diferencias significativas en función de la edad del estudiante y los años de estudio de la madre; no se observaron diferencias según la edad de los padres ni los años de estudio del padre; en la cualificación de las actitudes y las prácticas no se registraron diferencias en función de las covariables enunciadas (tabla 7).

Tabla 6. Comparación del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas según sexo y procedencia

		Insatisfactorio n (%)	Satisfactorio n (%)	Muy satisfactorio n (%)	X2 (Vp)*
CONOCIMIENTOS					
Sexo	Masculino	120 (24,4)	76 (15,4)	1 (0,2)	0.630
	Femenino	167 (33,9)	126 (25,6)	2 (0,4)	
Procedencia	Urbano	135 (27,7)	118 (24,2)	1 (0,2)	0,047†
	Rural	148 (30,4)	83 (17,0)	2 (0,4)	
ACTITUDES					
Sexo	Masculino	64 (12,8)	84 (16,8)	61 (12,2)	0,021†
	Femenino	58 (11,6)	130 (26,0)	103 (20,6)	
Procedencia	Urbano	64 (13,0)	111 (22,5)	78 (15,8)	0.635
	Rural	57 (11,5)	100 (20,2)	84 (17,0)	
PRÁCTICAS					
Sexo	Masculino	71 (26,0)	57 (20,9)	17 (6,2)	0,004‡
	Femenino	38 (13,9)	64 (23,4)	26 (9,5)	
Procedencia	Urbano	53 (19,7)	56 (20,8)	19 (7,1)	0.488
	Rural	53 (19,7)	64 (23,8)	24 (8,9)	

* Valor p, significación estadística obtenida por la prueba chi-cuadrado.

† El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel de 0,05.

‡ El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel de 0,01.

Fuente: datos tabulados por los autores.

Tabla 7. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas según edad del adolescente, edad de padre y madre, y escolaridad de padre y madre

Nivel CAP	Edad	Edad padre	Edad madre	Escolaridad padre	Escolaridad madre
CONOCIMIENTOS	Me† (RI) ‡	Me† (RI) ‡	Me† (RI) ‡	Me† (RI) ‡	Me† (RI) ‡
Malo	16(15-17)	45(40-50)	41(37-45)	6(5-8)	6(5-9)
Bueno	15(14-16)	44(39-50)	41(37-45)	7(5-10)	7(5-11)
Muy bueno	15(15-16)	51(51-51)	38(32-49)	5(5-5)	3(2-3)
Prueba KW (Vp)*	0,040§	0,454	0,635	0,576	0,039§
ACTITUDES					
Malo	15(14-16)	46(39-51)	41(36-46)	6(5-8)	7(5-10)
Bueno	16(14-17)	46(40-50)	41(37-45)	6(5-11)	6(5-9)
Muy bueno	16(14-17)	44(39-50)	41(37-44)	6(4-8)	6(5-9)
Prueba KW (Vp)*	0,281	0,466	0,967	0,641	0,692
PRÁCTICAS					
Malo	16(15-17)	46(40-50)	42(37-46)	6(3-8)	6(5-9)
Bueno	16(15-17)	45(39-51)	40(36-44)	7(5-9)	7(5-9)
Muy bueno	16(15-17)	46(40-51)	42(37-48)	6(5-9)	8(5-11)
Prueba KW (Vp)*	0.184	0.772	0.246	0.317	0.162

* Valor p, significación estadística obtenida por la Prueba H de Kruskal - Wallis.

† Mediana.

‡ Rango intercuartil.

§ El estadístico de la Prueba H de Kruskal - Wallis es significativo en el nivel de 0,05.

Fuente: datos tabulados por los autores.

DISCUSIÓN

En esta investigación se tuvieron en cuenta las condiciones sociodemográficas de los adolescentes, así como sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS; en los conocimientos se obtuvo un nivel insatisfactorio, mientras que en las actitudes y prácticas la valoración fue satisfactoria; en ninguno se obtuvo una cualificación excelente. En el análisis según aspectos sociodemográficos solo se observaron diferencias significativas según la zona de residencia en los conocimientos y según el sexo en las actitudes y prácticas, siendo más satisfactorios los puntajes en los habitantes de zona urbana y en las mujeres.

Para muchos padres ofrecer información sobre la sexualidad a los adolescentes es motivo de preocupación, ya que consideran que los jóvenes son sexualmente promiscuos y que suministrarles nuevos conocimientos aumentaría dicha promiscuidad; a menudo los padres no expresan la disposición, la prudencia y la madurez necesarias para dialogar sobre el sexo y la sexualidad con sus hijos (12). Respecto a esta situación corresponde a las instituciones educativas ofrecer las oportunidades necesarias para que los adolescentes accedan a información veraz y oportuna sobre la sexualidad.

Diversos estudios analizados por la OMS constataron que los programas de educación sexual estimulan a los jóvenes a posponer las relaciones sexuales penetrativas o, si ya son sexualmente activos, a reducir el número de parejas e incorporar prácticas sexuales más seguras (13).

En esta investigación se pudo observar que más de la mitad de los adolescentes esco-

larizados tienen una vida sexual activa, no obstante su nivel de conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual es deficiente o insatisfactorio, siendo este un hallazgo común en diversos estudios realizados en otros grupos (14-15); y en algunos casos tienen conceptos errados que los llevan a afirmar que las píldoras anticonceptivas protegen contra ITS, que el uso correcto del condón no protege de ITS, que el recambio sexual no es un factor de riesgo relevante o que las ITS se pueden detectar a simple vista. Esto demuestra la pertinencia de implementar programas educativos adaptados a las necesidades específicas del grupo que se va a intervenir. Además, implica la necesidad de desarrollar nuevos estudios con los cuales se puede entender mejor cuáles son las razones que sustentan la incoherencia entre los esfuerzos hechos por los colegios y las secretarías de salud en materia de educación en SSR y los resultados obtenidos en esta población.

En cuanto a las actitudes que presentan los jóvenes, en este estudio se evidenció que su nivel es bueno, particularmente en lo relacionado con el señalamiento, la discriminación y la protección. Específicamente en la pregunta referida a “las personas con ITS tienen lo que se merece”, la mayoría de los sujetos de este estudio afirmó que no; contrario a lo reportado en otros estudios, en los que los jóvenes entrevistados fueron categóricos al afirmar que la gente que tiene VIH/sida tiene lo que se merece (16).

En lo que respecta a las prácticas sexuales de los adolescentes, se encontró que su nivel está entre malo y bueno, siendo esto importante y acorde con el inicio de la actividad sexual, acerca de lo cual se halló que la edad promedio era de 16 años para

ambos; otras investigaciones han encontrado edades diferentes a las encontradas en este estudio (14,17). Además se obtuvieron resultados favorables en lo relacionado con la planificación y el no uso de psicoactivos.

La mayoría de los adolescentes ya inició su actividad sexual, y en muchos casos afirmaron que no tenían una pareja estable, siendo esta una práctica de riesgo para adquirir una ITS; este hallazgo coincide con lo reportado por otros autores (17,18), aunque Navarro reportó un porcentaje inferior de participantes que ya habían iniciado su vida sexual (18). Con respecto a este punto es importante explicar que en esta edad los jóvenes no están preparados psicológicamente para iniciar su vida sexual, y por ello tienen riesgo de tomar decisiones irresponsables y no analizan las consecuencias de sus actos.

Aunado a lo anterior, se debe precisar que en la adolescencia la pertenencia a grupos sociales condiciona el tener o no CAP adecuados en SSR, como lo indican estudios previos en los que se reporta que los adolescentes que pertenecen a grupos juveniles, religiosos o culturales tienen mayor socialización e interacción social diurna y nocturna, y esto tiene un peso importante en su sexualidad, especialmente en aquellos grupos en los que se estimula el consumo de alcohol y el inicio de relaciones sexuales (19-21).

Otro hallazgo importante es la frecuencia del uso del condón, respecto a lo cual se encontró que un porcentaje bajo de estudiantes sexualmente activos lo utiliza en todas sus relaciones sexuales; este hallazgo coincide con lo encontrado en el estudio de Navarro y Vargas (14). Además, tanto en hombres como en mujeres se evidenció

desconocimiento y poco uso de métodos de planificación familiar diferentes al condón, lo cual resulta coincidente con estudios nacionales que indican que el condón es el método anticonceptivo más conocido y usado en la primera y posteriores relaciones sexuales (20, 22).

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentran las inherentes al tipo de estudio; en este sentido se debe reconocer la presencia de sesgo temporal.

Se concluye que el nivel de conocimientos en este grupo fue deficiente respecto a los esfuerzos realizados por las instituciones educativas y las secretarías de salud; no obstante, las actitudes presentaron una calificación satisfactoria, lo que podría derivar en el logro de unas prácticas sexuales más seguras. Estos resultados son de gran utilidad para los prestadores y evaluadores de los programas de salud, para estudiantes y familiares, grupos sociales, instituciones educativas e investigadores, dado que con ellos se podrían mejorar los programas de educación en SSR con énfasis en ITS, dirigiendo los esfuerzos hacia los aspectos que se identificaron como negativos en este estudio.

Este estudio contribuye a la política pública de SSR de Colombia, específicamente a la línea de SSR de los adolescentes y al objetivo de "Promover la investigación en SSR como mecanismo de toma de decisiones políticas y técnicas". Con base en los hallazgos de este y otros estudios se presentan las siguientes recomendaciones: i) incorporar en las políticas públicas relacionadas con la SSR la evidencia suministrada por este tipo de estudios, ii) desarrollar investigaciones sobre el impacto de los estilos de vida, los

patrones culturales y las condiciones socioeconómicas sobre los CAP en SSR, iii) diseñar acciones de promoción y prevención que integren el saber formal y el conocimientos de realidades, iv) implementar una intervención pedagógica para mitigar la alta frecuencia de mitos y creencias erróneas asociados a la SSR, y v) para las universidades, orientar la creación de cursos o talleres que aborden temáticas relacionadas con la SSR que partan de los resultados de investigaciones sobre los CAP y estructurar programas de extensión que propicien la autorreflexión sobre este tema en los adolescentes (23).

Conflicto de intereses: Ninguno de los autores declara conflictos de intereses para la publicación de este manuscrito.

Financiación: Universidad de Antioquia.

REFERENCIAS

- (1) Jaramillo-Mejía A, Jaramillo-Posada C. Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en estudiantes de la Universidad de Antioquia que consultaron a la IPS Universitaria [trabajo de investigación]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001 - 2005.
- (2) Ministerio de Salud Colombia. Plan Estratégico Nacional ante el VIH/Sida, años 2000-2003. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1999.
- (3) Ministerio de la Protección Social. Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2003.
- (4) Ministerio de la Protección Social. Casos de VIH/Sida en Colombia notificados al Sivigila, 2008. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2009; 14(7): 97-112.
- (5) Ministerio de la Protección Social. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. Bogotá, D. C.: ONUSIDA; 2008.
- (6) Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008. Ginebra: ONUSIDA; 2008.
- (7) Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Conocimientos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/12sida/03infecciones.html>.
- (8) Municipio de Caldas (Antioquia). Secretaría de salud. Proyecto de Salud sexual y reproductiva. Disponible en: <http://www.caldasantioquia.gov.co/Sitio/Index.asp?LANG=&IP=2>.
- (9) 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.
- (10) Cabrera Arana GA. *Teorías y modelos en Salud Pública*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
- (11) Abad-Bueno JR, Madrigal-Vilchez A, Mestre-Luján FJ. El SIDA como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación. *Cuadernos de Trabajo Social* 2005; 18: 33-55.
- (12) UNESCO. Por la educación de los jóvenes contra el SIDA. *Correos de la UNESCO* 1999; 10 (586):18-9.
- (13) Appropriate health resources and technologies action group. *Lecciones para la vida. Acción en SIDA* 1995; 25:3.
- (14) Navarro E, Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte* 2004; 19(2):14-24. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4122>
- (15) González J. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev Salud Pública*

- ca. 2009; 11(1):14-26. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000100003.
- (16) Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad F et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública* 2001;10(2):86-92. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n2/5861.pdf>.
- (17) López N, Vera L, Orozco L. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colomb Med* 2001; 32(1):32-40. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc01007>
- (18) Navarro E, Vargas R. Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Invest Educ Enferm* 2005; 23(1):44-53. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-53072005000100004&script=sci_arttext.
- (19) Mendes C, Schor N, França I, Grilo S. Factors associated with sexual initiation and condom use among adolescents on Santiago Island, Cape Verde, West Africa. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 2009; 25(9):1969-80.
- (20) Rengifo H, Córdoba A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev Salud Pública* 2012;14(4):558-69.
- (21) Campo A, Caballo G, Herazo E. Prevalence of pattern of risky behaviors for reproductive and sexual health among middle and high-School students. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18(2):170-4.
- (22) Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010.
- (23) Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica. ABRA. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales Universidad Nacional* 2007; 27(36):135-167.