

Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia

Renato Zambrano*; Diana Castro**; Mauricio Lozano***; Natalia Gómez***; Carlos Rojas****

* Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

** Grupo de Estudio en Pedagogía, Infancia y Desarrollo Humano, Facultad de Educación, Universidad de Antioquia.

*** Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

**** Grupo Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública de Educación, Universidad de Antioquia. Email: crojas@saludpublica.udea.edu.co

Resumen

Introducción: en Colombia existen 87 pueblos indígenas, que corresponden al 3,4% de la población nacional, donde se conoce muy poco sobre la presencia del VIH, otras enfermedades por Infección de Transmisión Sexual (ITS), y en general sobre su Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Así que investigar e intervenir sobre esta realidad es pertinente ante la situación de pobreza, dificultades en la salud y aculturación en que viven la mayoría de los indígenas, que los pone en riesgo de infectarse por VIH y otras ITS. El objetivo de este estudio es identificar y medir conocimientos y comportamientos de riesgo para VIH y SSR, en un resguardo indígena del departamento de Antioquia durante 2012.

Métodos: se realizó un estudio transversal para investigar los conocimientos sobre VIH y comportamientos asociados, en un grupo de 43 personas mayores de 15 años. La participación fue voluntaria y el proyecto tuvo la aprobación de la comunidad y del Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública. El análisis incluyó distribución de frecuencias y se establecieron diferencias en las respuestas de los participantes, según su previa capacitación en el tema.

Resultados: la mayoría de las personas no han oído hablar del VIH o del SIDA y desconocen sobre los mecanismos de transmisión del virus. Por otra parte es una comunidad que acepta y accede a diferentes tipos de anticonceptivos, pero poco el condón.

Conclusión: el desconocimiento y la deficiencia de programas educativos en SSR en esta y otras comunidades indígenas en Colombia, se convierten en factores de riesgo para VIH y otras ITS. Esta es una realidad a la que es necesario prestarle atención desde la perspectiva de la prevención del VIH y la promoción de la salud.

Palabras Clave: Salud Sexual y Reproductiva; VIH; Indígenas; Conocimientos; Comportamientos.

HIV knowledge and behaviors in sexual and reproductive health in an indigenous community of Antioquia

Abstract

Background: in Colombia there are 87 different indigenous groups which represent 3.4% of the country's population and there is limited knowledge in this population about the presence of HIV, other STDs and in general about Sexual and Reproductive Health (SRH). Also, because of the poverty, marginalization and acculturation in which indigenous people live in Colombia, it is very important to investigate and intervene this reality. The Objective of this study was to identify and measure knowledge and risk behaviors about HIV and SRH in an indigenous reservation in the Antioquia department during 2012.

Methods: a cross-sectional study was conducted. A total of 43 residents older than 15 years of age were asked about their HIV knowledge, risk behaviors and general knowledge about SRH. The project was approved by community leaders and a research ethics committee. Data analysis included simple frequency distributions and a comparison of participant's knowledge according to their history of previous SRH education.

Results: most people had not heard before about HIV or AIDS and have little knowledge about the mechanisms of virus transmission. On the other hand, most people accept and had previous experience with different birth control methods, condom use was low.

Conclusions: the low levels of knowledge and development of educational programs about SRH in this and other indigenous communities in Colombia, increase the risk of indigenous people for HIV and other STDs. This is a reality that deserves careful attention from the perspective of HIV prevention and health promotion.

Key Words: Sexual and Reproductive Health; HIV; Indigenous Population; Knowledge; Behavior.

Conhecimentos sobre HIV e comportamentos em Saúde Sexual e reprodutiva numa comunidade indígena de Antioquia

Resumo

Introdução: na Colômbia existem 87 povos indígenas, que correspondem a 3,4% da população nacional e pouco se sabe sobre a presença do HIV, outras DST, e em geral sobre a sua saúde sexual e reprodutiva (SSR). Então, investigar e intervir sobre esta realidade é pertinente ante a situação de pobreza, dificuldades na saúde e de aculturação na maioria desses povos, o que os põe em risco de contrair o HIV e outras DST. O objetivo do projeto é identificar e medir os conhecimentos e os

comportamentos de risco de HIV numa reserva indígena do Estado de Antioquia no ano 2012.

Métodos: *Foi realizado um estudo transversal, para apurar os conhecimentos sobre HIV e comportamentos relacionados, num grupo de 43 pessoas com mais de 15 anos. A participação foi voluntária e o projeto teve a aprovação da comunidade e um comitê de bioética. A análise incluiu as distribuições de frequências e se estabeleceram diferenças nas respostas dos participantes de acordo com o seu nível de formação prévia no assunto.*

Resultados: *a maioria das pessoas nunca ouvira falar de HIV ou de AIDS, e desconhecem significativamente os mecanismos de transmissão do vírus. Além disso, é uma comunidade que aceita e emprega diferentes tipos de contraceptivos, embora se acesse pouco o preservativo*

Conclusão: *o desconhecimento e a deficiência dos programas educativos em SSR desta e de outras comunidades indígenas na Colômbia são fatores de risco para o HIV e outras DST. Esta é uma realidade que exige atenção para prevenção do HIV e a promoção da saúde.*

Palavras-Chave: Saúde Sexual e Reprodutiva; HIV, Indígenas; Conhecimentos; Comportamentos.

Fecha de recibo: Noviembre/2012

Fecha aprobación: Marzo/2013

Introducción

De acuerdo con el programa de las Naciones Unidas de lucha contra el Sida (ONUSIDA), a finales de 2010 había en el mundo 34 millones de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Durante el mismo año se confirmaron 2,7 millones de nuevos casos, principalmente en países pobres en los que murieron 1,8 millones de personas por esta causa, a pesar de la existencia de los antirretrovirales que controlan el curso de la enfermedad y pueden prolongar la vida (1).

Desde el año 1996 comenzó a llamarse la atención sobre la aparición de casos de VIH en pueblos indígenas de América (2), principalmente en Canadá, cuyas cifras y casos se incrementan en informes científicos. Una situación similar se ha

reportado en los Estados Unidos, hasta el punto de decir que puede tratarse de una epidemia que no ha recibido la atención merecida (3). En el resto del continente americano se desconoce aun más este problema, tal vez porque la variable etnia no hace parte de los reportes de casos nuevos de VIH (4), pues por lo general las estadísticas abordan este tipo de datos epidemiológicos diferenciado solo por edad y género, sumado esto a la complejidad de la definición de indígena, categoría sobre la cual existen diversas discusiones.

En diferentes estudios sobre comportamientos y factores de riesgo asociados a la infección por VIH y otras ITS en indígenas en Canadá, se encontraron relacionados el consumo de alcohol, el uso de drogas inyectadas, el comercio sexual, el desempleo y la violencia de

género (3,5); para el caso de Colombia, en un estudio previo realizado en otra comunidad indígena Embera Chamí de Antioquia, dentro de los principales factores asociados se encontraron el intercambio sexual con no indígenas, el sexo sin protección, el sexo de hombres con hombres y el consumo de licor.

En Colombia la prevalencia de VIH, para marzo 2012 en población general, era 0,22% (6). Al igual que para otros países de Latinoamérica, en Colombia no existen datos sobre el número de casos de VIH en población indígena, pues como se planteó anteriormente los datos no incluyen la variable etnia. Sin embargo, de acuerdo con el Plan Nacional para VIH/sida 2008-2011, la población indígena así como la desplazada es una de las poblaciones en riesgo (7).

Los 87 pueblos indígenas equivalen aproximadamente a 1,4 millones de personas, distribuidos en 27 de los 32 departamentos del país; viven en resguardos, es decir, en espacios territoriales designados para que los indígenas habiten y estén protegidos, similares a las reservaciones que existen en Estados Unidos y Canadá. Pese a lo anterior, numerosos indígenas han migrado a los pueblos vecinos y grandes ciudades del país buscando oportunidades laborales, o desplazados forzosamente por grupos armados ilegales; situación que pone en riesgo su cultura exponiéndolos a un proceso de transculturización, que constituye uno de los peligros para la infección por VIH e ITS en general.

La mayor parte de los indígenas que viven en los resguardos y los que han migrado a las ciudades, están en condiciones de pobreza y con difíciles situaciones de salud, que implican tasas de mortalidad

materna e infantil por encima de los promedios nacionales para la población colombiana, y se estima que su esperanza de vida es por lo menos 10 años menor que la expectativa de vida para hombres y mujeres en general.

Colombia, a pesar de reconocerse como país multiétnico y multicultural, tal como lo suscribió el convenio 169 de la OIT, y que existen legislaciones para garantizar el acceso a la atención en salud de los indígenas, la práctica cotidiana es diferente. Generalmente los indígenas son discriminados por su aspecto físico, por no hablar bien el español, por su cosmovisión diferente y por ser pobres, lo cual se constituye en una barrera importante para el acceso a la salud.

En el departamento de Antioquia se reportó el primer caso de VIH en un indígena en el año 2000, comunidad Embera Chamí de Cristianía, municipio de Jardín (8). Desde entonces se han reportado en la misma comunidad un total de 10 casos, de los cuales han fallecido 5, debido principalmente a la demora para recibir atención por parte del Sistema General de Seguridad Social y Salud, SGSS. Por otra parte han sido evidentes como factores asociados al desenlace fatal de los pacientes, los imaginarios que se han tejido en la comunidad alrededor de las formas de transmisión y el desconocimiento sobre la infección misma y sus maneras de prevenirla. Situaciones que han llevado a los indígenas que viven con VIH a consultar tardíamente, vivir y morir en condiciones de negligencia y abandono por parte de las familias y la comunidad.

Con el ánimo de conocer si otras comunidades Embera Chamí cercanas a Cristianía pudieran estar afectadas por el

VIH/sida, se decidió realizar una encuesta epidemiológica en el resguardo indígena Bernardino Panchí del municipio de Pueblorrico, para lo cual entre febrero y octubre de 2012 se desarrolló un estudio, que buscó medir conocimientos sobre VIH y comportamientos de riesgo, cuyos resultados son el propósito de esta publicación.

Materiales y métodos

Población y área de estudio

Bernardino Panchí es un resguardo indígena de la etnia Embera Chamí que se encuentra localizado en el suroeste del departamento de Antioquia, en el municipio de Pueblorrico. Fue fundado por migrantes de Cristianía tras dificultades de convivencia entre familias, quienes además buscaban nuevas opciones laborales. Llegaron allí hace más de 40 años, iniciando un proceso de asentamiento y organización administrativa que solo hasta 2006 se formalizó como Resguardo Indígena. Esta comunidad consta de 138 habitantes según el censo realizado en febrero de 2012 por las autoridades del resguardo. Su extensión es de 20 hectáreas, habitadas por 24 familias organizadas en viviendas construidas con un diseño uniforme, resultado de un programa de vivienda de la alcaldía municipal entre 2008 y 2010.

De acuerdo con el censo comunitario, de la población total, el 47,1% son mujeres y el 48,5% son mayores de 15 años, lo cual indica que presentan una pirámide poblacional de base amplia, pues un 41,5% son menores de 15 años. El resguardo está ubicado en la vereda 'La Unión' a 7 km de la cabecera municipal, cuyas vías de acceso carecen de mantenimiento. A su vez el municipio se encuentra a una

distancia de 120 kilómetros y 3,5 horas en carro de la ciudad de Medellín, por los problemas que presentan las vías de acceso.

Debido a la cercanía y contacto con Medellín y otros municipios de Antioquia, la mayor parte de los habitantes hablan español y adoptan costumbres de la cultura occidental. Las principales actividades económicas de los habitantes de la comunidad, especialmente los hombres, son la recolección de café y el jornaleo en las fincas productoras de caña de azúcar, plátano y yuca.

Diseño

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, donde se investigaron los conocimientos sobre VIH y comportamientos asociados, en un grupo de 43 personas mayores de 15 años que por demanda espontánea aceptaron la aplicación del cuestionario, por lo cual el muestreo se realizó a conveniencia y consistió en la evaluación de las personas que asistían voluntariamente a la 'hacienda', nombre con el que se conoce el sitio de encuentro de la comunidad.

Criterios de inclusión

Se incluyeron personas que al momento de la encuesta tuvieran más de 15 años de edad, hubieran iniciado relaciones sexuales, residentes en el resguardo y que aceptaran firmar el consentimiento informado de participación. La edad de las personas al momento de la encuesta se calculó a partir de la fecha de nacimiento contenida en el censo comunitario de 2012; de igual manera se verificó el criterio de residencia en la comunidad. El antecedente de relaciones sexuales se indagó con cada participante de manera

individual y confidencial. En el caso de los menores de edad, esta indagación fue realizada por una de las investigadoras que es psicóloga (DC). La convocatoria se hizo a través del gobernador y sus líderes, pero en ocasiones se realizaron recorridos comunitarios, que permitieron motivar y convocar a las siguientes jornadas de actividades que se realizarán en la comunidad, durante las visitas programadas para tal fin.

Cuestionario

A todos los participantes se les diligenció un cuestionario en español utilizado previamente por Rojas, Castro & Lozano (2010). El cuestionario incluyó un total de 45 ítems, la mayoría de ellos preguntas con opción de respuesta múltiple. Los enunciados estaban distribuidos en 7 áreas: vida sexual actual, comercio sexual, consumo de sustancias, salud sexual y reproductiva, uso del condón, conocimientos de transmisión y participación en acciones de prevención.

Las preguntas y las opciones de respuesta fueron leídas por uno de los investigadores, quien acorde con la consulta del participante seleccionó la opción de contestación más cercana. La administración del cuestionario tuvo una duración de aproximadamente 20 minutos.

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis de frecuencias para todas las variables del cuestionario. Además se establecieron diferencias en las respuestas de los participantes según su nivel de capacitación previa en el tema. Las diferencias estadísticamente significativas se establecieron utilizando el estadístico de Chi-cuadrado. Para este

análisis se utilizó el software SPSS18, el cual está licenciado para uso general en la Universidad de Antioquia.

Consideraciones éticas

Esta investigación cumplió con los requisitos y normas establecidos por la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Capítulo II), así como la declaración de Helsinki de 2008. Los investigadores participantes, conscientes de la situación de vulnerabilidad en que se encuentran varias comunidades indígenas y de los abusos a que han sido sometidas en el pasado, cuando han participado como voluntarios en investigaciones que muy poco los han beneficiado, se propusieron ante todo generar evidencias que permitan comprender mejor la problemática del VIH en esta comunidad indígena de Antioquia, tomar decisiones para beneficio de las personas que en la actualidad tienen VIH, y contribuir a un mejor manejo y posible solución, salvaguardando siempre los derechos de los participantes y de las personas que viven con VIH.

Resultados

Caracterización de los participantes

El estudio contó con un total de 43 participantes: 27 mujeres y 16 hombres, predominando el sexo femenino (63%). Este grupo incluyó la intervención desde los 18 años, teniendo en cuenta que aunque se convocó a las personas desde los 15 años, solo cumplían el criterio de haber iniciado vida sexual el grupo de mayores de 18, pues dentro de la comunidad se prohíben los noviazgos y relaciones de pareja a temprana edad. La población participante correspondió al 31% del total de habitantes del resguardo.

Cuadro 1. Distribución por sexo y grupo de edad de los 43 participantes en el estudio. Una comunidad indígena de Antioquia, 2012.

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18 a 24 años	6	37,5	6	22,2	12	27,9
25 a 49 años	8	50,0	13	48,1	21	48,8
50 y más años	2	12,5	8	29,6	10	23,3
Total	16	100	27	100	43	100

Los estados civiles que más se presentaron fueron unión libre (53%) y casado (26%), lo cual se asocia al rápido paso entre el noviazgo y la unión libre o matrimonio, que además parece darse generalmente a temprana edad, en ocasiones por ser esta la única o principal aspiración de las personas en la comunidad: “Novio que dure mucho, aquí no se ve eso... Después del noviazgo se pasa al concubinato” (mujer, abril 2012).

En el cuadro 1 se presenta la distribución por sexo y grupos de edad de las 43 personas que participaron en la encuesta.

Puede decirse que en general es una población con nivel educativo básico de primaria, pues pocos de ellos han avanzado a bachillerato, teniendo en cuenta entre otras razones, que para hacerlo deben desplazarse caminando a la cabecera municipal durante la madrugada. El Colegio está aproximadamente a 2 horas de camino desde el Resguardo Bernardino Panchí.

Comportamientos en salud sexual y reproductiva

Relaciones sexuales sin protección. Un 48,8% de las personas reportan no utilizar nunca el condón en sus relaciones sexuales, y quienes expresan haberlo

utilizado, lo han hecho ocasionalmente y aseguran no sentir satisfacción.

Poca aceptación frente a exámenes de tamizaje ginecológico. Si bien un 48,1% de las mujeres reportan haberse realizado citología durante el último año, y un 33% el auto examen de senos, se hace evidente que muchas de estas mujeres no han reclamado los resultados de su citología y además expresan haberse sentido incómodas y con dolor al momento de realizarse el examen. En el caso del auto examen, se identificó desconocimiento sobre el mismo y su técnica en un 67% de las mujeres encuestadas.

Relaciones sexuales bajo efecto de alcohol. Un 28% de las personas expresa haber tenido la experiencia; porcentaje que corresponde al 56,3% del total de hombres y solo al 11,1% del total de las mujeres, lo cual, asociado con el alto consumo de licor que presenta la comunidad, y que según el Plan de Desarrollo Municipal de Pueblorrico 2012-2015 (9) es una de las principales problemáticas de la población, se convierte en un factor de riesgo para las mujeres, en tanto ellas poco deciden sobre las relaciones sexuales, pues negarse puede llevar a que “ellos se vayan a buscar afuera lo que no encuentran con la mujer” (mujer, junio 2011).

Cuadro 2. Comportamientos de salud sexual y reproductiva.
Una comunidad indígena de Antioquia, 2012.

Comportamientos de salud sexual y reproductiva	n	%
En el momento tiene pareja sexual	34	79,1
Ha pagado alguna vez para tener relaciones sexuales	7	16,3
Alguna vez ha tenido relaciones sexuales estando bajo el efecto del alcohol	12	28
Le realizaron prueba de VIH durante su último embarazo	8	29,6
En la actualidad utiliza condón como método de planificación familiar	16	37,2
En la actualidad utiliza las pastillas como método de planificación familiar	19	44,2
En la actualidad utiliza el dispositivo como método de planificación familiar	2	4,8
En la actualidad utiliza el Yadelle como método de planificación familiar	5	11,6
En la actualidad utiliza anticonceptivos inyectados de depósito como método de planificación familiar	14	32,6
En la actualidad utiliza métodos tradicionales como método de planificación familiar	2	4,8
En la actualidad utiliza la operación como método de planificación familiar	9	21,4
Se ha hecho citología en los últimos 12 meses	13	48,1
Se ha hecho el examen de senos usted misma en los últimos 3 meses	9	33,3
Nunca usa condón en sus relaciones sexuales	21	48,8
Durante su última relación sexual usó condón	8	19

Con relación al comercio sexual, se encontró que aproximadamente una sexta parte de las personas (16,3%) han pagado por tener relaciones sexuales. Solo una persona ha recibido alguna vez dinero por esta actividad.

Dentro de los comportamientos protectores, se cuenta la aceptación frente al uso de métodos anticonceptivos, incluso un 21,4% de las mujeres han recurrido a la operación. Esto parece estar relacionado con el programa de planificación familiar del municipio, que ha sido uno de los que más ha involucrado a esta comunidad, generando un comportamiento importante en la estabilidad y permanencia en las relaciones de pareja, con quienes sostienen predominantemente su vida sexual activa. En conclusión se encontró que la mayoría de personas reportaron que solo han tenido una pareja sexual en el último año. (Cuadro 2)

Conocimientos

En el área de conocimientos, casi la mitad de las personas encuestadas (39,5%) no han escuchado hablar del VIH/SIDA, y un 58,1% lo han hecho a través de medios masivos de comunicación, de la institución de salud del municipio, por la familia, amigos, compañeros de trabajo; pocas personas se enteraron por medio de la institución educativa. El 34,9% se informaron por otras ITS, y de estos la mayoría a través de medios masivos de comunicación, la familia y los amigos.

Respecto a los conocimientos específicos, solamente el 53,5% dicen que el VIH se transmite teniendo relaciones sexuales sin condón; con la pregunta referida a si el VIH se transmite teniendo solo sexo oral, el 23,3% respondió que no era así; cuando se les preguntó que si el VIH se transmite abrazando o dando la mano a

otra persona infectada, el 58,1% contestó negativamente. La transmisión mediante el uso de objetos punzantes contagiados es considerada como cierta por la mayoría de las personas (62,8%).

En las respuestas sobre contagio, la pregunta sobre transmisión por picadura de zancudo, solo el 18,6% de las personas respondieron correctamente que esto no es cierto. El contagio por compartir comida con alguien infectado también refleja desconocimiento del tema, pues 25,6% de los participantes manifestaron que era verdadero.

Así mismo, la transmisión por inyectarse con agujas utilizadas por personas infectadas obtuvo una respuesta de desconocimiento en un 25% de los participantes; sin embargo, solamente tres personas dijeron que no sucede. En el 34,9% se con-

sidera que puede transmitirse el virus por el uso de baños públicos.

Frente a la pregunta de si la transmisión del VIH ocurre en el embarazo de la madre al bebé, solamente cuatro personas (9,3%) dijeron que no, mientras que más de la mitad manifestó lo contrario (58,1%). A la pregunta de contagio mediante el beso, se encuentran porcentajes similares entre quienes dicen que sí y los que dicen que no, siendo este último porcentaje un poco más alto (14%). Cuando se indagó sobre la transmisión del VIH a través de la leche materna, el 18,6% afirmaba que esta no era una forma de transmisión. (Cuadro 3)

Desde esta perspectiva, el desconocimiento sobre el tema ha sido evidente; situación que igual es expuesta por la comunidad en otros espacios de

Cuadro 3. Conocimientos sobre VIH. Una comunidad indígena de Antioquia, 2012

Conocimientos sobre VIH	n	%
¿Ha oído hablar de VIH /SIDA?	25	58,1
¿Conoce a alguien que tenga VIH/SIDA o que haya muerto por esta causa?	7	16,3
¿Ha oído hablar de las infecciones que se pueden transmitir durante una relación sexual?	15	34,9
¿El VIH y las ITS se transmiten teniendo relaciones sexuales sin condón con alguna persona infectada?	23	53,5
¿El VIH y las ITS se transmiten teniendo solo sexo oral?	13	30,2
¿El VIH y las ITS se transmiten abrazando o dando la mano a otra persona infectada?	6	14,0
¿El VIH y las ITS se transmiten usando objetos punzantes infectados?	27	62,8
¿El VIH y las ITS se transmiten por la picadura de un zancudo?	18	41,9
¿El VIH y las ITS se transmiten por transfusión de sangre infectada?	29	67,4
¿El VIH y las ITS se transmiten por compartir comida con alguien que está infectado?	11	25,6
¿El VIH y las ITS se transmiten al inyectarse con agujas que ya fueron utilizadas por una persona infectada?	30	69,8
¿El VIH y las ITS se transmiten al usar baños públicos?	15	34,9
¿El VIH y las ITS se transmiten de una mujer infectada y en embarazo a su bebé?	25	58,1
¿El VIH se transmite al besar a una persona infectada?	13	30,2
¿El VIH/SIDA se transmite de una mamá a su bebé a través de la leche materna?	17	39,5
¿El VIH/SIDA es una enfermedad mortal?	27	62,8

encuentro y durante los conversatorios y talleres formativos que hicieron parte de un proceso de intervención posterior a la implementación de la encuesta.

Participación en acciones de prevención

De los 43 participantes, la mayoría de personas (32), que equivalen al 74,4% nunca han participado en actividades informativas acerca del VIH, solo lo habían hecho 8 personas. Las otras tres no estaban seguras. Quienes participaron dicen haberlo hecho en actividades del hospital de Pueblorrico y el colegio.

Se encontró que todas las personas que han asistido a actividades informativas difieren de las que no, en la medida que

responden en su totalidad correctamente a las preguntas por la transmisión de VIH, teniendo relaciones sexuales sin condón; transmisión de VIH utilizando objetos punzantes infectados, mediante transfusión de sangre infectada e inyectarse con agujas que ya fueron utilizadas en alguien infectado. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). También se halló que existen desigualdades respecto a las respuestas con relación a la pregunta por la transmisión al besar a una persona infectada. Las personas que no han participado en actividades informativas manifiestan en mayor número que no saben la respuesta correcta. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Conocimientos sobre VIH según participación previa en actividades educativas. Una comunidad indígena de Antioquia, 2012.

Conocimiento	Si ha participado (N= 8)		No ha participado (N=32)		Valor p
	n	%	n	%	
¿El VIH y las ITS se transmiten teniendo relaciones sexuales sin condón con alguna persona infectada?	8	100	15	46,9	0,007
¿El VIH y las ITS se transmiten teniendo solo sexo oral?	2	25	11	34,4	0,404
¿El VIH y las ITS se transmiten abrazando o dando la mano a otra persona infectada?	2	25	4	12,5	0,052
¿El VIH y las ITS se transmiten usando objetos punzantes infectados?	8	100	19	59,4	0,012
¿El VIH y las ITS se transmiten por la picadura de un zancudo?	4	50	14	43,8	0,257
¿El VIH y las ITS se transmiten por transfusión de sangre infectada?	8	100	21	65,6	0,012
¿El VIH y las ITS se transmiten por compartir comida con alguien que está infectado?	2	25	9	28,1	0,087
¿El VIH y las ITS se transmiten al inyectarse con agujas que ya fueron utilizadas por una persona infectada?	8	100	22	68,8	0,008
¿El VIH y las ITS se transmiten al usar baños públicos?	4	50	11	34,4	0,281
¿El VIH y las ITS se transmiten de una mujer infectada y en embarazo a su bebé?	6	75	19	59,4	0,090
¿El VIH se transmite al besar a una persona infectada?	3	37,5	10	31,3	0,021
¿El VIH/SIDA se transmite de una mamá a su bebé a través de la leche materna?	4	50	13	40,6	0,128
¿El VIH/SIDA es una enfermedad mortal?	5	62,5	22	68,8	0,027

Discusión

Frente a los resultados generales, se destaca que existe un amplio desconocimiento de las formas de transmisión del VIH. Esta situación supone un factor de riesgo importante para la infección de VIH y otras ITS, que se configura mediante una aproximación cognitivo-conductual, puesto que se asume desde esta perspectiva que los conocimientos frente a cualquier tema estarían incidiendo sobre las conductas asociadas, en este caso a la transmisión de VIH y otras ITS.

Es fácil pensar que a partir del desconocimiento, el riesgo sea más elevado; situaciones similares a esta han sido abordadas por estudios como el realizado por Bazargan et al. (10), donde los investigadores asociaron los conocimientos sobre infección por VIH con una actitud positiva frente al uso del condón; también encontraron una relación directa respecto a la ilustración sobre transmisión sexual de VIH y el uso del condón. A pesar que la evidencia contradice esta hipótesis, los autores argumentaron que este hallazgo es causado por una división de los conocimientos sobre transmisión de VIH en mecanismos sexuales y no sexuales.

Sin embargo, es posible establecer que esta relación no es siempre directa, y en muchas ocasiones el conocimiento correcto de los métodos de transmisión no es garantía suficiente para evitar el contagio. Esta situación se asemeja a las estrategias para prevención del embarazo no deseado en adolescentes, donde el conocimiento para la prevención es claro y en las diferentes evaluaciones las personas responden correctamente a las preguntas establecidas; no obstante

las personas quedan en embarazo. Sin embargo, el conocimiento sobre VIH/sida logra inferir sobre la actitud que se tiene sobre la nueva condición como infectados o como convivientes con el virus (11).

Esto podría visibilizar que no basta con el reconocimiento correcto, sino también con algunos aspectos procedimentales y la involucración afectiva y experiencial que puedan tener las personas: en el primer aspecto es muy importante establecer la competencia que la persona tenga para reconocer factores de riesgo e incluso conocer qué hace la persona en posibles situaciones de riesgo como un encuentro sexual ocasional o la cercanía con individuos infectados. En el segundo aspecto de involucración afectiva, es posible que las personas conozcan todos los métodos de transmisión, incluso que puedan reconocer con competencia las situaciones de riesgo, sin embargo, habría una indiferencia frente al fenómeno, que podría llegar a que las persona se expongan innecesariamente al virus.

Con relación a lo anterior, se podría pensar en diferentes tipos de estrategias de intervención que no involucren exclusivamente la transmisión, sino donde se pueda interactuar con personas infectadas. Esto además tendría dos objetivos claros: la prevención de la infección y la inclusión de personas infectadas.

Respecto a los comportamientos sexuales, es claro que los programas de educación en salud sexual y reproductiva buscan permear y promover comportamientos tendientes a la consolidación de hábitos saludables, sin embargo, este es un asunto discutible cuando se evidencia que a pesar de la institucionalización de estos programas en los centros educativos y comunitarios, aumentan las

cifras de embarazos tempranos, abusos sexuales, inequidad en las relaciones de género, infecciones por VIH y otras ITS (12); situaciones que llevan a cuestionar la pertinencia de estos programas, como también la calidad y enfoque de los mismos. Marulanda (13) en su columna sobre “los derechos sexuales tienen ventajas... y peligros” expone cómo la intención de estos programas de empoderar a los jóvenes para la toma de decisiones sobre su sexualidad, presenta problemas cuando la formación no es transversal a principios éticos que favorezcan la integridad física, emocional y espiritual de los seres humanos.

Si bien se reconocen beneficios de educar en sexualidad, es necesario identificar la forma como se imparte esta instrucción, y para el caso de las comunidades indígenas tal como lo enuncia Betancourt (14), el trabajo tiene que partir de las relaciones de interculturalidad que implican reconocer el derecho de los pueblos indígenas a una educación de acuerdo con sus propias cosmovisiones, el respeto por su identidad cultural y por la propia percepción de sus derechos. Así educar en salud sexual y reproductiva, específicamente en VIH e ITS, demanda divulgar la información para procurar el fortalecimiento de los principios, y por consiguiente la promoción de la salud.

Frente a los comportamientos estudiados, se resalta la baja frecuencia en el uso del condón y relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol. Aunque estas cifras no son muy diferentes a las encontradas en otras encuestas realizadas en población no indígena de Colombia (15), siempre tienen importancia para la población que aún no posee una pareja sexual estable.

Además de indagar sobre conocimientos y comportamientos, se establecieron

diferencias estadísticamente significativas de comprensión, de acuerdo a la variable participación previa en actividades educativas. Frente a esta variable se encontró que las personas que recibieron alguna capacitación, ya fuera en la institución educativa o en el centro hospitalario, tenían un mayor número de respuestas correctas, frente a aquellas que no asistían; estos resultados nos indican que participar en actividades educativas tiene un efecto positivo en la adquisición de conocimientos que favorecen los factores de protección y disminuyen las causas de riesgo de transmisión de diferentes ITS y del VIH.

Los resultados de este estudio pueden orientarse favorablemente a varios niveles: a la comunidad le sirven como una línea de base para la evaluación de intervenciones orientadas a disminuir la transmisión de VIH; en el ámbito nacional, los resultados pueden ayudar a tomar conciencia sobre la vulnerabilidad de los pueblos indígenas frente al VIH y la importancia de incluir la variable etnia en los diferentes registros departamentales y nacionales. En la actualidad dicha variable no existe, lo cual impide conocer y monitorear la situación de la epidemia en indígenas, afro-descendientes y otros grupos étnicos minoritarios (16).

Agradecimientos

Este proyecto recibió apoyo financiero de la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia, el Centro de Extensión de la Facultad Nacional de Salud Pública y la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2011-2012 de la Universidad de Antioquia. Queremos agradecer de manera muy especial a todos los participantes por su tiempo y su colaboración con el estudio.

REFERENCIAS

1. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011
2. Tseng AL. Anonymous HIV testing in the Canadian aboriginal population. *Can FamPhysician*.1996; 42:1734-40
3. Duran WK. HIV/AIDS prevention in "Indian country": Current practice, indigenist etiology models and postcolonial approaches to change. *AIDS Education and Prevention*. 2004; 16:187-201
4. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006 Jun;367(9525):1859-69
5. Duncan KC, Reading C, Borwein AM, Murray MC, Palmer A, Michelow W, et al. HIV Incidence and Prevalence Among Aboriginal Peoples in Canada. *AIDS Behavior*. 2011; 15: 214-227.
6. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012. Informe UNGASS – 2012: Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: El Ministerio; 2012
7. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. ONUSIDA. Bogotá: El Ministerio; 2008
8. Programa de Salud OIA. Casos de VIH/SIDA presentados en Cristianía, Antioquia. 2007. Comunicación personal
9. Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015: Pueblorrico con todos y para todos. Pueblorrico (Antioquia), Colombia. Abril 2012. [Sitio en Internet]. [Consultado 2013 Oct 2]. Disponible en: <http://pueblorrico-antioquia.gov.co/apc-aa-files/plan-de-desarrollo-municipal-pueblorrico-2012-2015.pdf>
10. Bazargan M, Kelly E. M., Stein J. A., Husaini B. A. and Bazargan S. H. Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: the effect of HIV knowledge, motivation, and behavioral skills. *J Natl Med Assoc*. 2000; 92(8): 391–404
11. CastielLD. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevencao do HIV/AIDS. *RevSaúde Pública*. 1996; 30(1):91-100
12. Estrada JH. Una cuestión poco cono-SIDA: Evaluación crítica del proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía – hacia la formación de una política pública – (2006-2008). Digiprint Editores E.U. Digiprint Editores E.U. Universidad Nacional de Colombia. 2009.
13. Marulanda A. Los derechos sexuales tienen ventajas y peligros. *El Colombiano*. Publicado en 11 de agosto de 2012. Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/los_derechos_sexuales_tienenventajas_y_peligros/los_derechos_sexuales_tienenventajas_y_peligros.asp
14. Betancourt C., Pinilla, M.Y. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del vih-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*. 2011 Ene-Abr; 35: 75-86
15. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Grupo Temático para Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Dirección General de Salud Pública. Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte. 2000-2005. Bogotá: ONUSIDA; Mayo 2006.
16. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA). 2011. Pautas para la realización de Asesoría y Prueba Voluntaria par VIH (APV). Bogotá