

**TRASTORNO DISOCIAL COMO PREDICTOR DE CONDUCTAS
SEXUALES DE RIESGO PARA LA INFECCION
POR VIH EN ADOLESCENTES**

ROBERTO J. HERRERA ARIAS

JORGE I. RUIZ ALVAREZ

CORPORACION UNIVERSITARIA TECNOLOGICA DE BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CARTAGENA DE INDIAS D.T.y C.

2003

**TRASTORNO DISOCIAL COMO PREDICTOR DE CONDUCTAS
SEXUALES DE RIESGO PARA LA INFECCION
POR VIH EN ADOLESCENTES**

ROBERTO J. HERRERA ARIAS

JORGE I. RUIZ ALVAREZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de psicólogos

Asesor:

Dr. Adalberto Campo Arias

Médico Psiquiatra

CORPORACION UNIVERSITARIA TECNOLOGICA DE BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CARTAGENA DE INDIAS D.T.y C.

2003

Artículo 107

La institución se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobados los cuales no pueden ser explotados comercialmente sin su autorización. Esta observación debe quedar impresa en parte visible del proyecto.

Nota de Aceptación

Jurado 1

Jurado 2

Cartagena, 16 de octubre de 2002.

En este día he logrado una de las metas que todo estudiante universitario más anhela, culminar sus estudios y poder graduarse; son momentos en los en los cuales se recompensan los esfuerzos realizados durante el transcurso de la carrera.

Hoy le doy gracias a Dios por haberme acompañado y darme fuerzas para no desfallecer en los momentos difíciles donde sin su ayuda no hubiese sido posible vencer los obstáculos de cada día.

A la Virgen María por haber reemplazado a mi madre en los momentos que ella no pudo estar a mi lado para apoyarme con su amor maternal.

A mis padres Carlos Enrique y María del Socorro porque a través de ellos Dios me regalo la vida y han sido los que con su ejemplo y dedicación me enseñaron que todo es posible cuando aprendemos a hacer las cosas con amor y disciplina, a mi esposa Angela Cristina y mi hija María Carolina quienes con su amor y comprensión hicieron más fácil alcanzar con éxito esta meta. A ellos les dedico este triunfo y todos los que vendrán a lo largo de mi carrera profesional.

A mis hermanos y familiares por todo el apoyo que me brindaron en el proceso de formación académica.

A Dimas Arias y Adalberto Campo quienes con su ayuda y asesoría hicieron posible realizar esta investigación.

A la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar, profesores y Directivos por darme todas las herramientas para desempeñarme; como profesional con excelencia en el área de la psicología.

ROBERTO HERRERA ARIAS

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la inteligencia y el entendimiento para sacar este proyecto adelante y por darme las fuerzas para vencer todos los obstáculos que se presentaron.

A mis padres, por todo el apoyo que me brindaron durante todo el proceso de educación y por todos sus esfuerzos para que mis sueños se hicieran realidad.

A Adalberto Campo, por aceptar trabajar conjuntamente con nosotros, por la paciencia que nos tuvo durante todo el proceso y por alentarnos siempre a seguir adelante.

A Dimas Arias, por sus consejos y todos esos llamados de atención que nos encarrilaron cuando nos desviábamos de los lineamientos del proyecto.

A el Colegio Moderno del Norte y Asomenores, por permitirnos trabajar con los jóvenes de cada institución y por toda la colaboración que nos brindaron para poder sacar esta investigación con éxito.

A la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar y la Facultad de Psicología, por la formación integral que me impartieron; y por todos esos conocimientos transmitidos que hacen que los egresados se sientan orgullosos de ser parte de esa gran familia como lo es la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar

Jorge Ruiz Alvarez

Resumen

El objetivo de la investigación fue establecer las diferencias en la prevalencia de conductas sexuales de riesgo para infección por VIH/SIDA entre los adolescentes infractores de la ley y un grupo de adolescentes de la población general. Se utilizó un diseño analítico de casos y controles, los casos fueron 30 jóvenes institucionalizados en ASOMENORES y los controles 60 adolescentes del colegio Moderno del Norte, para determinar las conductas sexuales de riesgo de ambos grupos se aplicó una entrevista estructurada de 25 reactivos en forma individual. Los datos fueron procesados en el programa EPI-INFO 6.04 y se sometieron al análisis descriptivo (frecuencia, media). Para la comparación de los grupos se utilizó la t de student (t) y chi-cuadrado (χ^2) dependiendo del caso. Los resultados del estudio sugieren que el riesgo de infección por VIH/SIDA es mayor en jóvenes con trastorno disocial que en los de la población general, por esto paralelamente a los programa de reeducación se deben ejecutar acciones tendientes a mejorar la salud sexual integral de estos jóvenes.

TRASTORNO DISOCIAL COMO PREDICTOR DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH EN ADOLESCENTES

La infección por VIH/SIDA a pesar de su reciente aparición en Colombia ya ha cobrado muchas muertes en diferentes localidades, los casos de seroconversión aumentan cada año y la tendencia es igual al patrón epidemiológico establecido mundialmente. Las entidades de salud realizan esfuerzos para controlar la propagación de la enfermedad en poblaciones específicas mediante el desarrollo de programas educativos, desafortunadamente segmentos poblacionales quedan excluidos por sus características propias y los escasos recursos con los que cuentan las entidades públicas. Es necesario detener la epidemia llegando a poblaciones que presentan mayor riesgo, una de ellas son los adolescentes principalmente aquellos que infringen la ley penal; para que dichos programas sean efectivos es necesario que en ellos se incluyan aspectos históricos, biológicos, psicológicos y socioculturales de la enfermedad, contextualizándolos teniendo en cuenta las características de los sujetos que participan en ellos.

En 1981 en los Estados Unidos de América, se dio a conocer por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Desde sus inicios, el mundo ha observado cómo esta grave enfermedad ha cobrado muchas muertes propagándose rápidamente, y en la actualidad se encuentra en todos los países del mundo, con mayor

prevalencia en las regiones africanas donde vive el 70% del total de personas infectadas (Vera, López, Orozco & Caicedo, 2001).

A finales de 1996, se estimó que el número de personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a nivel mundial era aproximadamente de 30 millones y que existían más de 8.4 millones de casos de SIDA. Sin embargo, el indicador más útil de la tendencia de esta epidemia mundial es el número de infecciones nuevas por el VIH, el cual ese año fue de más de 3.1 millones, es decir, a razón de 8.500 infecciones por día, cifra que aumentó rápidamente, puesto que para diciembre de 1997, el número de nuevas personas infectadas por el VIH fue de 5.9 millones equivalentes a casi 16.000 casos nuevos diarios de infección, observándose que la mayor parte de estos recién infectados, son menores de 25 años de edad (siendo el contacto heterosexual el principal mecanismo de transmisión) (Vera & cols. 2001).

Colombia desde su primer caso en 1993 en la ciudad de Cartagena, ha buscado medidas para la prevención y tratamiento de la enfermedad. En esta ciudad específicamente los índices de infección por VIH según datos registrados por el Departamento Administrativo de Salud Distrital (DADIS) fueron de 734 hasta diciembre del 2000. Sin embargo, esta cifra se considera un subregistro, debido a la cantidad de casos que no se notifican, así como el alto número de personas que poseen la infección y desconocen su condición. Se

estima que para conocer el número aproximado de casos en cada región debe multiplicarse el dato real por 10 veces (7340 personas en el caso de Cartagena) (DADIS, 2001).

Se denomina SIDA propiamente dicho a la consecuencia de la infección con el VIH. Esta enfermedad fue reconocida por primera vez en los Estados Unidos durante el verano de 1981, cuando el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) comunicara la aparición inexplicable de Neumonía por *Pneumocystis Carinii* en los Angeles, y de Sarcoma de Kaposi en 26 varones homosexuales previamente sanos de Nueva York y los Angeles. En pocos meses, la enfermedad comenzó a describirse en mujeres y varones Consumidores de Drogas por Vía Parenteral (CDVP) e inmediatamente después en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos. Debido al desproporcionado número de casos de SIDA en haitianos identificados al inicio de la epidemia de SIDA en Estados Unidos, este grupo fue denominado incorrectamente “de riesgo” (Faucy & Lane, 1998).

Los estudios efectuados en haitianos residentes en Estados Unidos y en la propia Haití revelaron pronto que la enfermedad en estos pacientes seguía un patrón de transmisión tanto homosexual como heterosexual, este último prácticamente idéntico al modo de transmisión predominante que había sido identificado en países en vía de desarrollo del Africa Subsahariana y en otras partes del mundo. Cuando se fue conociendo el patrón epidemiológico de la enfermedad

quedó claro que el agente causal más probable era un microorganismo transmisible por contacto sexual, y por la sangre y sus derivados. En 1983 se aisló el VIH en un paciente con adenopatías linfáticas y en 1984 se demostró claramente que dicho virus era el agente causal del SIDA (Faucy & Lane, 1998).

En 1985 se desarrolló un Análisis de Inmunoabsorción Ligado a la Enzima (ELISA) que permitió apreciar la magnitud de la infección del VIH en cortes de individuos en Estados Unidos que admitían practicar conductas de alto riesgo, así como entre poblaciones seleccionadas sometidas a estudios de detección selectiva, como donantes de sangre, reclutas del ejército, personal militar activo y pacientes de determinados hospitales penitenciarios. Además, los estudios de seroprevalencia (número de casos positivos en una población determinada) han confirmado la enormidad de la pandemia global, específicamente en los países en vía de desarrollo (Faucy & Lane, 1998).

Según Velázquez (1997), el VIH es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus humanos, dentro de las subfamilias lentivirus, puede causar enfermedades en otras especies animales como ovejas, caballos, vacas, cabras, gatos y monos (en el caso de los lentivirus no oncogénicos). Los cuatro retrovirus humanos reconocidos pertenecen a dos grupos distintos: los virus linfotrópicos T humanos, HTLV I y HTLV II, que son retrovirus transportadores y los virus de la

inmunodeficiencia humana VIH 1 y VIH 2, que son virus citopáticos con una estructura similar, aunque cada uno tiene genes que lo identifican y diferencian. Los viriones maduros son esféricos, de 100 nanómetros de diámetro; en los estudios de microscopía electrónica los dos virus tienen características semejantes y detallando su estructura se observa los siguientes componentes:

1. Una envoltura externa, de carácter lipídico que presenta en su superficie 72 proyecciones compuestas de proteínas, envolturas (gp120), correspondiente a la parte más externa de éste, unida a la proteína transmembrana (gp41). Además y debido a que ambos virus geman a través de la membrana de la célula hospedera, la envoltura viral contiene proteínas celulares del huésped como HLA-DR, HLA clase I y Beta₂ microglubina.
2. La nucleocápside, compuesta de una matriz externa, la proteína 17 y rodeando la parte densa del core que contiene el ácido nucleico, las proteínas.
3. Dentro de la nucleocápside están las dos cadenas de ácido nucleico y las enzimas asociadas, proteasa, integrasa y transcriptasa reversa; además, algunas cadenas complementarias de ADN viral. El ácido nucleico es de tipo RNA, con dos moléculas lineales y 9200 nucleótidos para el VIH 1 y 9600 para el VIH 2.

El primer paso en la infección con el VIH es la adhesión del virus a una célula hospedera que consiste en la unión de la gp120 de la envoltura viral a un receptor celular, generalmente linfocitos T ayudadores y todas aquellas células que tengan proteínas CD₄ en su superficie o en cualquiera de sus receptores para el VIH, actualmente reconocidos. Después de la adhesión viral se produce la internalización del virus en la célula hospedera, ya sea por la fusión de la gp41 con la membrana celular o por endocitosis; ambos procesos permiten la entrada de la nucleocápside, es decir, el virus sin envoltura (Velásquez, 1997).

El Core, que contiene el genoma debe ser expuesto en el citoplasma para que la transcripción del RNA viral pueda completarse; esta función la realiza la transcriptasa reversa, produciendo una doble cadena de DNA; éste permanece asociado con la transcriptasa y la integrasa y es transportado al núcleo celular, donde el genoma viral se integra con el genoma de la célula hospedera, esta es la forma conocida como PROVIRUS, es decir, una célula humana que tiene integrada a su ácido nucleico la información genética viral; a partir de este momento se replica sincrónicamente con el DNA celular y sirve como molde para la producción del RNA viral. Una vez ocurre la integración, el genoma permanece en un estado de baja replicación, o es fuente continua de viriones dependiendo de la presencia de factores

celulares y virales requeridos para la reactivación del promotor viral (Velásquez, 1997).

Muchos factores pueden influir en la cantidad de virus producidos y todos interactúan para controlar la productividad; entre ellos se cuenta la maquinaria celular que la hospeda, así, un estímulo antigénico para la célula T infectada puede generar un factor celular que contribuya a la explosión replicadora del gen TAT. La activación de estas células por algunas citoquinas como el factor D necrosis tumoral y la interleuquina - 1 y por antígenos de varios virus de la hepatitis B, crea un ambiente permisivo que estimula la replicación del VIH (Velásquez, 1997).

Cuando la célula infectada es activada, el DNA proviral es transcrito por la polimerasa de la célula hospedera a un RNAm que es trasladado en proteínas estructurales. Los subcomponentes virales forman las nucleocapsides y por un proceso de gemación, a través de la membrana celular, se forman las envolturas vírales y salen viriones completos a la circulación; en este proceso se destruye la célula hospedera y las partículas vírales liberadas reanudan el proceso, uniéndose a otras células susceptibles. Así, el infectado tiene sus propias activaciones endógenas cada vez que hay un sitio replicativo (Velásquez, 1997).

El comportamiento del virus difiere según la cepa, la clase de célula hospedera y la función de ésta. En células T puede permanecer

en estado latente indefinidamente, inseparable de la célula y resguardado del sistema inmune; la activación de la célula T parece necesaria para la replicación viral y cuando el virus se multiplica destruyendo el linfocito; en otras células como macrófagos y monocitos el virus crece lenta pero continuamente, respetando la integridad de la célula, aunque alterando sus funciones (Velázquez, 1997).

Luego que el virus ingresa al organismo, el sistema inmune es afectado profundamente y se favorece el desarrollo de infecciones denominadas oportunistas, lo que constituye una de las características de la enfermedad, la cual comprende varias etapas a partir del momento en que se adquiere la infección; primero aparece una fase aguda, donde el virus se multiplica con gran velocidad y el organismo responde activando el sistema inmune, lo que se traduce en una serie de síntomas, similares a los de un resfriado común, como son malestar general, fiebre, dolores articulares, inflamación de los ganglios linfáticos o dolor de garganta (Maldonado, 1996).

Posteriormente, las partículas virales desaparecen de la sangre y se refugian en los ganglios linfáticos, donde se continúan reproduciendo de una manera silenciosa, ya que no ocasionan síntomas, esta fase se denomina período de latencia; puede durar de tres meses a 10 años y como el sujeto infectado no experimenta manifestaciones de la enfermedad y luce en apariencia sano, es en este

momento cuando infecta a otras personas. Aunque no haya síntomas, el virus se sigue reproduciendo activamente y el daño del sistema inmune continúa avanzando hasta que aparece la etapa denominada enfermedad manifiesta, en la cual como su nombre lo indica, se presentan trastornos muy importantes de la fusión inmune, infecciones oportunistas (denominadas así porque son causadas por microorganismos inusuales o que en individuos sanos no provocan enfermedad), deterioro generalizado del estado físico, pérdida de peso, y se desarrollan diversos tipos de tumores, dentro de los cuales el más conocido es el Sarcoma de Kaposi (Maldonado, 1996).

Al igual que todos los virus, el VIH carece de medios de locomoción, para que haya transmisión es indispensable que el virus viable procedente de un individuo infectado atraviese las barreras naturales de uno sano y penetre en sus tejidos. El mecanismo de transmisión debe ser lo suficientemente efectivo como para poner en contacto al VIH con tejidos subcutáneos del nuevo hospedero. Esto ocurre cuando secreciones contaminadas con suficiente cantidad de formas virales infectantes entran en contacto con tejidos submucosos o subdermicos a través de soluciones de continuidad de las barreras naturales. Los fluidos contaminantes que presentan una mayor concentración de formas virales infectantes parecen ser, en su orden: la sangre, el semen, las secreciones vaginales, las secreciones inflamatorias y la leche materna. En estos fluidos el virus se encuentra

especialmente en el interior de los linfocitos infectados y de los macrófagos. Por su alto contenido de glóbulos blancos, la sangre se considera el fluido de mayor potencial contaminante. En condiciones normales el semen puede incluir hasta tres millones de células blancas por centímetro cúbico y en un infectado por el VHI hasta un millón de ellas puede incluir el virus (Gómez, 1997).

Está claramente demostrado que la infección por VIH puede transmitirse por diferentes mecanismos y la diseminación de la epidemia varía en cada región dependiendo del estilo de vida de su población. A continuación se describen las conductas de riesgo según la orientación sexual de una persona, las cuales, depende de dos factores independientes: la probabilidad del individuo sano de exponerse a una pareja infectada y la probabilidad del infectado de transmitir la infección. Entre los individuos que mantienen una actividad heterosexual, la seroconversión se ha asociado con el número de parejas sexuales contactadas en el período. Mientras mayor sea el número de parejas, mayor es la probabilidad de infección; el riesgo del contacto también puede ser alto cuando la pareja es positiva para otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y cuando asocian estas prácticas sexuales de riesgo con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (por ejemplo: cocaína, marihuana). El coito vaginal, el coito anal, ya sea de hombre a mujer o de mujer a hombre, han demostrado ser mecanismos efectivos de transmisión del VIH entre

la población heterosexual y explican la mayoría de los casos nuevos en este grupo. Entre los contactos heterosexuales el sexo oral parece ser una modalidad de transmisión del VIH mucho menos eficaz que el coito anal receptivo; existe a este respecto la idea errónea defendida por algunas personas de que el sexo oral, puede proponerse como una forma de "sexo seguro" y sustituto del sexo anal receptivo. Este es un enfoque peligroso, ya que existen informes que ha demostrado la transmisión del VIH al receptor de una felación y al practicante de un cunnilingus (Gómez, 1997).

Las relaciones homosexuales son otro factor de riesgo para contraer la infección por VIH en un porcentaje menor en comparación con las relaciones heterosexuales. Estudios de regresión logística han demostrado que entre los varones homosexuales el riesgo de infectarse aumenta con el mayor número de parejas sexuales diferentes en los meses previos al contagio y con la mayor frecuencia del coito anal receptivo, siendo los únicos factores que persistentemente se han revelado como factores de riesgo de seroconversión para este grupo poblacional; por esto no todos los homosexuales tienen el mismo riesgo de infectarse con el VIH. La gran mayoría de los varones homosexuales que seroconvierten refieren el antecedente del coito anal receptivo en los seis meses previos a la seroconversión, pudiendo haberse infectado a través de esta práctica. En el coito anal quien penetra se considera en menor riesgo y la seroconversión entre quienes

practican únicamente este tipo de contacto, sin exposición al coito anal receptivo, es más baja en comparación con las relaciones anales receptivas. De todas formas, el coito anal no protegido, tanto en parejas heterosexuales y homosexuales, se considera la práctica sexual de mayor riesgo para adquirir el VIH; probablemente por que sólo una delgada y frágil mucosa rectal separa el semen depositado de las células potencialmente vulnerables situados en la mucosa, y debajo de ella, así como por el hecho de que el coito anal es fácil que se acompañe de algún traumatismo, la mucosa rectal se traumatiza con las duchas, irrigaciones anales y con ciertos actos sexuales como la introducción de objetos duros en el recto lo que aumenta la probabilidad de adquirir la infección durante el coito anal receptivo (Faucy & Lane, 1998).

A pesar de su labilidad a variaciones extremas del ambiente, el VIH puede residir en agujas, jeringas, materiales quirúrgicos, cuchillas, equipos de laboratorio y superficies que han sido contaminadas con líquidos o tejidos orgánicos infectados. El tiempo de supervivencia del virus en este medio, tanto en forma de partículas libres como en el interior de células, depende de múltiples factores como la concentración viral contaminante, pH, la temperatura, la humedad y la presencia de sustancias que afecten la estructura viral; por esta razón, el VIH también puede transmitirse a través de la sangre y hemoderivados en los individuos que comparten un mismo

instrumental contaminado (agujas, jeringas) para inyectarse drogas, y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados de la misma, la infección se produce por contactos parenterales con la sangre infectada a través del instrumental contaminado. El riesgo de infección aumenta con la duración del consumo de drogas parenterales, la frecuencia con que se comparten las agujas, la participación en la cultura de las drogas relacionadas con la galería CHUTE donde varios individuos comparten el mismo instrumental (Faucy & Lane, 1998).

Otro factor de transmisión del VIH es de la madre infectada al feto durante la gestación o al lactante durante el parto. Se trata de una forma de contagio sumamente importante en los países en vías de desarrollo, donde la proporción es aproximadamente 1:1. El análisis virológico de los fetos abortados indica que el VIH puede transmitirse al feto durante el embarazo incluso desde el primer y segundo trimestre. Sin embargo, la frecuencia de la transmisión maternofetal alcanza su máximo en el período perinatal. El VIH ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva, en los leucocitos tisulares de la placenta, en el líquido amniótico y en tejidos embrionarios y fetales desde períodos tempranos del embarazo. El riesgo de infección en el producto de la gestación varía entre el 20 y 70% para diferentes series, aceptándose que oscila alrededor de 50%. Esta probabilidad es mayor cuando la gestante presenta un bajo recuento de células CD₄ o el embarazo ocurre el

primer año de la seroconversión materna, la embarazada es sintomática o ha tenido previamente otro niño infectado. El riesgo de infección aumenta más de 10 veces cuando la madre presenta antigenia positiva P₂₄ o un recuento de CD₄ menor de 500/mm pero no varía con el hecho de que el parto ocurra o no por cesárea. El VIH ha sido también aislado de la leche materna y se ha documentado la transmisión de madres infectadas en el postparto a sus lactantes. La eficacia de este mecanismo parece ser mayor que la estimada al comienzo de la epidemia; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mantener la lactancia aún en los casos de infección maternal, pues se considera que en los países no industrializados la supresión de la lactancia materna genera riesgos mayores sobre la salud de la población infantil (Faucy & Lane, 1998).

En la actualidad la infección por VIH/SIDA es considerada como una epidemia que afecta a todos los países del mundo. Hasta la fecha, no se cuenta con medicamentos que prevengan o curen la infección, por lo que sigue cobrando muchas muertes. Hoy en día, cualquier persona que realice una las siguientes conductas sexuales de riesgo puede infectarse con el VIH, y por lo tanto desarrollar SIDA:

- (a) no conocer el comportamiento sexual pasado o hábitos de consumo de drogas que causan dependencia de un compañero sexual;
- (b) tener relaciones homosexuales, heterosexuales, no protegidas con múltiples parejas;
- (c) compartir el equipo de inyección al usar las

drogas por vía parenteral; (d) mezclar alcohol y otras drogas con la práctica de la sexualidad (facilita el no cumplimiento de las normas preventivas aprendidas); (e) tener contactos orogenitales (contacto boca - órgano genital) con lesiones en cualquiera de las dos zonas; (f) tener acto coital con personas que presenten heridas o alteraciones que tienen su origen en ETS; (g) ejecutar prácticas sexuales que favorezcan las lesiones y las irritaciones corporales o de la mucosa vaginal o anal, (h) realización del coito durante la menstruación; (i) tener prácticas sexuales con preservativos en las que se realicen actividades que faciliten la rotura accidental de éste (por ejemplo: coito anal, sexo oral) (Royce, Seña, Cates y Cohen, 1997).

Infortunadamente hay grupos sociales más vulnerables a este flagelo, dentro de los que se encuentran los adolescentes, Arias y Orozco (2000) después de realizar un estudio en la ciudad de Cartagena de indias con sujetos entre los 12 y 60 años, concluyeron que las personas entre los 12 y 17 años son las que se encuentran en mayor riesgo de adquirir la infección por VIH/SIDA, porque son quienes muestran mayor desinformación sobre aspectos relacionados con la epidemia (por ejemplo: conductas de riesgo, período de ventana inmunológica, forma de detectar el virus en el organismo).

Así mismo Vera & Cols (2001) en un reciente estudio realizado sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir la infección por VIH/SIDA en jóvenes entre 15 y 22 años en la

ciudad de Bucaramanga, encontraron que la mayoría de los adolescentes a pesar de expresar saber sobre la existencia de la enfermedad y su forma de transmisión, aún existe un gran desconocimiento sobre las formas que se pueden utilizar para prevenir el contagio, a pesar de la extensa divulgación que sobre el tema se ha realizado mediante las campañas preventivas.

Para Papalia & Wendkos (1997) la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Igual que otros períodos de transición en la vida (como el comienzo de la educación formal), implica cambios significativos en una o más áreas del desarrollo de un individuo y en cada área importante del contexto social, brindando al adolescente oportunidades para crecer pero también riesgos para algunos jóvenes con problemas para manejar tantas modificaciones a la vez. También es un proceso social y emocional que comienza alrededor de los 12 años y termina hacia los 20; sin embargo, sus cimientos se inician mucho antes y sus consecuencias psicológicas continúan mucho después.

Por lo general, se considera que la adolescencia comienza en la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse. Aunque los cambios físicos de esta época de la vida son trascendentales no surgen de una sola vez al final de la niñez. La pubertad parte de un largo y complicado proceso que comienza desde antes de nacer. Los cambios biológicos que señalan el

final de la niñez producen un rápido crecimiento en estatura y peso (un índice de crecimiento que sólo supera el de la infancia), cambios en la forma y las proporciones del cuerpo, y el logro de la madures sexual, que comienza con el desarrollo de las características sexuales primarias: ovarios, trompas de falopio, útero, vagina en las mujeres y testículos, pene, escroto vesícula seminales, próstata en los hombres, que son los órganos necesarios para la reproducción. Las características sexuales secundarias: senos, vello púbico, vello axilar, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis en la mujer y en el hombre el vello facial, vello axilar, vello púbico, ensanchamiento de los hombros, cambios en la voz, cambios en la piel que son signos fisiológicos de la madures sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores (Papalia, 1997).

En este período del ciclo vital, los jóvenes además del conflicto de búsqueda de identidad, se le suman otros problemas como consumo de sustancias psicoactivas y el inicio de la actividad sexual; problemas que se presenta debido a la falta de destrezas o conocimientos que los conduce a no saber cuándo un amigo nos esta llevando hacia actividades peligrosas, cuando dejar de beber, no saber cómo utilizar un condón, un estado de salud deficiente en comparación con los que no beben o consumen drogas, historia de inestabilidad en la escuela y la familia y una alta probabilidad de no evaluar, los

riesgos para contagiarse con alguna ETS y el VIH/SIDA (McCoy & Wibbelsman, 1997).

Dentro de esta población, los adolescentes infractores de la ley penal, por ser un grupo con características propias son más propensos a contraer la infección, ya que éstos, con frecuencia tienen antecedentes o al momento de la evaluación reúnen criterios para un trastorno mental, entre ellos el Trastorno de Conducta Disocial (Ver anexo A) (Stefan y Catalán, 1999).

Este trastorno de conducta se caracteriza esencialmente por un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan tanto los derechos básicos de los demás como las normas y reglas apropiadas de la edad. Para que se pueda aplicar este diagnóstico, las conductas deben durar por lo menos seis meses. Este trastorno no puede diagnosticarse a personas mayores de 18 años, sólo en el caso de que no reúna los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial. El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como la escuela, la comunidad o el hogar y es frecuente durante la infancia y la adolescencia; se estima que entre un 6% y un 16% de los jóvenes y en 2% al 9% de las jóvenes menores de 18 años sufren este trastorno. Es más frecuente entre los jóvenes que entre las jóvenes y la distribución por sexos varían desde 4:1, hasta 12:1. Es más frecuente en los hijos de padres con trastorno de personalidad

antisocial y dependencia alcohólica que entre la población en general (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), (1994) los niños o adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente. Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio, iniciar peleas físicas frecuentes, utilizar un arma que puede provocar daño físico grave (por ejemplo: bate, ladrillo, botella rota, navaja o pistola), ser cruel físicamente con personas o animales, robar enfrentándose a una víctima (por ejemplo: ataque con violencia, arrebatar bolso, extorsión o robo a mano armada) o forzar a otro a una actividad sexual. La violencia física puede adoptar la forma de violación, asalto o, en raros casos, homicidios.

La destrucción deliberada de la propiedad de otra persona es un hecho característico de este trastorno y puede incluir el prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves o destrucción deliberadamente a la propiedad de otras personas de distintos modos (por ejemplo: romper vidrios de automóviles, vandalismo en la escuela) (DSM IV, 1994).

Otras características asociadas pueden ser: escasa empatía y preocupación por los sentimientos, los deseos y bienestar de los otros. Especialmente en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectados por este trastorno frecuentemente perciben malas intenciones de los

otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonable y justificadas, pueden ser insensibles, careciendo de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento. A veces es difícil de evaluar si el remordimiento experimentado es genuino, puesto que estos sujetos aprenden que la manifestación de culpa puede reducir o evitar el castigo. Están dispuestos a dar información acerca de sus compañeros e intentan acusar a otros de sus infracciones. La autoestima es usualmente baja aunque el sujeto puede proyectar una imagen de "dureza". Además presenta escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencias. La tasa de accidentalidad parece ser superior en los sujetos con trastorno disocial en comparación con otros que no padece este trastorno (DSM IV, 1994).

Actividades que suelen estar asociadas al trastorno de conducta disocial son: inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar, consumir sustancias psicoactivas e incurrir en actos temerarios y peligrosos. El consumo de sustancias psicoactivas puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial. Los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a expulsiones o suspensiones escolares, problemas a la adaptación laboral, conflictos legales, E.T.S. (entre ellas el VIH/SIDA), embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas. Estos problemas

pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o vivir con los padres o en un lugar adoptivo. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable (DSM IV, 1994).

El trastorno disocial también puede asociarse a un nivel intelectual inferior al promedio. El rendimiento académico, especialmente en lectura y otras habilidades variables, suele situarse por debajo del nivel esperado en función a la edad de inteligencia del sujeto, pudiendo justificar el diagnóstico adicional de trastorno de aprendizaje o de la comunicación. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (DDAH) es frecuente en niños con trastorno disocial. El trastorno disocial también se puede relacionar con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias (DSM IV, 1994).

No existe un único factor que incida en el desarrollo del trastorno disocial, por el contrario, el trastorno es consecuencia de múltiples factores psicosociales como los son: (a) factores parentales; (b) factores socioculturales; (c) factores psicológicos; (d) maltrato de menores (Kaplan & cols., 1997).

Factores parentales: Varias actitudes parentales y errores en las prácticas de crianza influyen en el desarrollo de conductas de mal adaptación. El trastorno de conducta y la delincuencia se asocian a

condiciones familiares caóticas. Sin embargo, los hogares rotos no son en sí mismo un factor esencial causal; es la tensión de los padres la que contribuye al trastorno de los menores y la negligencia también contribuye a menudo a este trastorno. Las conductas antisociales, la dependencia alcohólica y el abuso de sustancias de los padres van asociados al trastorno disocial en sus hijos. Los padres pueden llegar a ser tan negligentes que la atención del niño recaiga sobre otros familiares o sobre familias adoptivas. Muchos de estos padres marcados por su propia experiencia, maltratan a los niños, son negligentes y pueden dedicarse únicamente a la atención de sus propias necesidades. En estudios realizados se ha encontrado que muchos de los padres de niños y jóvenes con trastorno disocial sufren de psicopatología grave, incluido trastornos psicopáticos.

Factores socioculturales: las teorías actuales mantienen que los niños y jóvenes que sufren privaciones socioeconómicas, incapaces de obtener los bienes materiales por vías legítimas, se ven forzados a utilizar medios socialmente inaceptables para obtenerlos y ese comportamiento es normal y aceptable en circunstancias de privación socioeconómica, ya que el niño y el joven se adhieren a los valores de su propia subcultura.

Factores psicológicos: los niños y los jóvenes criados en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos y destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia

a la frustración necesaria en las relaciones maduras. Como sus modelos son pobres y cambiantes, falta la base para desarrollarse sanamente. Los niños y jóvenes tienen escasas motivaciones para seguir las normas sociales y, relativamente, no sienten remordimientos.

Maltrato de menores: los niños expuestos a la violencia durante largos períodos, en especial los que reciben maltratos físicos continuados, suelen reaccionar de modo agresivo. Estos niños y jóvenes suelen tener dificultades para verbalizar sus sentimientos y esa dificultad incrementa la necesidad de expresarse físicamente. Además, algunos niños y adolescentes gravemente maltratados tienden a ser excesivamente desconfiados; en ocasiones, mal interpretan las situaciones y responden agresivamente. No toda agresión física es sinónimo de trastorno disocial, pero los niños y jóvenes con hiperdesconfianza y con respuestas violentas tienden a violar los derechos de los demás.

Otros factores a considerar pueden favorecer la aparición del trastorno disocial como lo son el trastorno de hiperactividad/déficit de conducta, la disfunción o lesión en el Sistema Nervioso Central (SNC) y el temperamento extremado en la primera infancia. La propensión a la violencia se relaciona con disfunciones del SNC y signos de patología grave, como las tendencias delirantes. Los estudios longitudinales del temperamento sugieren que muchas desviaciones de conducta son, en principio, consecuencia directa de la mala educación

entre el temperamento y las necesidades del niño, por una parte, y las actitudes y prácticas de crianza parentales, por otra (Kaplan & cols., 1997).

Teniendo en cuenta lo citado anteriormente por Kaplan & cols. (1997) y el DSM IV (1994) los adolescentes con trastorno disocial realizan conductas o comportamientos delictivos y como consecuencia en deben ser procesados penalmente teniendo en cuenta la ley especial que los ampara. En Colombia particularmente el menor infractor es puesto a disposición de un juez de menores para que inicie la investigación pertinente referente al caso, antes de esto podrá ordenar la práctica de diligencias previas con el fin de determinar si realmente se ha cometido la infracción a la ley penal y si hay serios indicios para atribuir al menor la autoría o participación en ella (Artículos 178 y 179 del Código del Menor, 1997).

En caso de que el menor sea aprehendido en el momento de la infracción o el juez así los disponga, deberá ser conducido preferiblemente por la policía de menores, a un centro especializado de recepción de menores que ofrezca las debidas seguridades; en caso de que no exista este centro especializado, los menores deberán permanecer en un sitio seguro e independiente de los de detención para mayores de edad. El juez dictará sentencia en el mismo acto de la audiencia u ocho días después de haber oído los conceptos y peticiones

de los presentes en la audiencia (artículo 183 y 194 del Código del Menor, 1997).

Establecida plenamente la infracción, el juez competente podrá aplicar una o varias de las siguientes medidas, procurando, en cuanto fuera posible, que éstas se cumplan en el medio familiar o dentro de la jurisdicción a la que pertenece el menor, y con carácter eminentemente pedagógico y de protección: (a) amonestación al menor y a las personas de quienes dependa, (b) imposición de reglas de conducta, (c) libertad asistida, (d) ubicación institucional, (e) cualquier otra medida que contribuya a la rehabilitación del menor. La ubicación institucional será decretada por el juez cuando no sea recomendable algunas de las otras medidas a que se refiere el artículo 204 mencionadas anteriormente, por las características de la personalidad del menor, su medio familiar, la naturaleza de la infracción y las circunstancias en que se cometió (artículos 204 y 208 del Código del Menor, 1997).

El tratamiento implementado a los adolescentes con trastorno disocial y especial a los institucionalizados en la Asociación para la Reeducción de los Menores del Departamento de Bolívar (ASOMENORES) es un tratamiento basado en psicopedagogía, que se define como una rama de la psicología aplicada a la educación que investiga problemas educacionales por medio de métodos y conceptos psicológicos, muchos de ellos creados para este propósito. Esta

disciplina tiene dos funciones principales: (a) desarrollar teorías del aprendizaje y la enseñanza y (b) formular indicaciones prácticas para los procesos de enseñanza - aprendizaje (ASOMENORES, 2001).

La psicopedagogía está estrechamente asociada a la psicología del desarrollo de niños y adolescentes y al diagnóstico psicológico, disciplinas que le proporciona datos fundamentales y métodos de investigación útiles y necesarios para el tratamiento de los problemas de la educación. El tratamiento consiste en la incorporación de nuevos valores y disciplina por medio de talleres y psicoterapias individuales, con el fin de resocializarlos e incorporarlos nuevamente a la comunidad para desempeñarse y llevar una vida normal y sana (ASOMENORES, 2001).

Al relacionar la epidemia estudiada en esta investigación con la situación que viven los jóvenes infractores de la ley, encontramos evidencia que nos muestra que el SIDA ha llegado a ser el sexto factor de mortalidad entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. El riesgo para adquirir el VIH es mayor para adolescentes infractores que abusan o no de drogas comparado con otras poblaciones de adolescentes que no abusan de drogas o que no están involucrados en actividades ilícitas. Se piensa que esta población es la más riesgosa para la infección por VIH debido al alto nivel de conductas de riesgo que presenta; psicopatologías como: trastornos de conducta, impulsividad, labilidad afectiva, atención y capacidad de juicio insuficiente, baja

autoeficiencia (creencia en la habilidad de uno mismo para actuar efectivamente) y diferentes factores de riesgo para VIH como: el intercambio de sexo por dinero, drogas o alimentos (Malow, Mahon, Cremer, Lewis & Alferi, 1998).

La mayoría de los jóvenes infractores inician su vida sexual a una edad más temprana, tienen alta tasa de embarazos y ETS, usan el condón con menos frecuencia, tienen menos conocimientos acerca del VIH, tienen baja percepción de riesgo frente a la infección por VIH, tienen bajo sentido de eficacia para prevenir la infección, tienen menos puntos de vista favorables de la práctica del sexo seguro en comparación con otros jóvenes; los adolescentes infractores tienen más actitudes permisivas hacia el sexo, muestran mayor desinterés para las prácticas de sexo seguro, y tienen menos poder de control sobre su ambiente para autoprotegerse del VIH (Campo, Julio & Pimienta 1999).

Según un estudio realizado por Malow & cols. (1998) con un grupo de sesenta y cinco adolescentes pertenecientes a un programa de adolescentes que consumían droga y con historia de actividades delictivas, se encontró que todos los sujetos habían sido sexualmente activos en el mes antes del tratamiento (programas educacionales sobre la transmisión del VIH/SIDA y sus riesgos), 29 sujetos (45%) reportaron tener una pareja sexual, y 16 (24%) informaron haber tenido más de una; aproximadamente la mitad de los sujetos reportó nunca

haber usado condón y solo una tercera parte reportó haber usado consistentemente este método durante el coito. 45 sujetos (69%) reportó haber tenido sexo mientras estaba intoxicado con alcohol y otras drogas en algún momento de su vida. 11 sujetos (17%) admitieron intercambiar sexo por dinero y 10 (15%) reconocieron intercambiar sexo por drogas psicoactivas. 8 sujetos (12%) informaron haber sido diagnosticados en algún momento con una ETS.

A pesar de las conductas de riesgo anteriores, solo 13 sujetos (20%) reconocieron sus conductas 30 días antes del tratamiento como riesgosas para el VIH. La percepción de autoriesgo para contraer el VIH fue moderadamente baja. La evaluación de los conocimientos sobre el VIH/SIDA mostró que el 82% de los sujetos contestaron correctamente. Aunque se detectaron algunas ideas erróneas muy comunes entre la gente, dentro de las cuales se incluyen: que la monogamia serial protege contra el VIH y que este virus puede transmitirse a través del beso seco o de la masturbación mutua. Esto concluye que los 65 jóvenes a pesar de tener un alto conocimiento acerca del VIH, presentan una alta cantidad de conductas sexuales de riesgo y usualmente no se perciben en autoriesgo para contraer el VIH/SIDA (Malow & cols., 1998).

Otro estudio realizado por Brook, Whiteman, Finch & Cohen (1997) describe que las conductas disociales en adolescentes están relacionadas con el consumo posterior de sustancias y al mismo

tiempo, el uso de sustancias guarda asociación con actividades delictivas. Gillmore, Morrison & Lowey (1996) observan que los jóvenes infractores se inician en la vida sexual a edad más temprana, refieren un mayor número de ETS y usan con menos frecuencia el condón en sus relaciones cuando se comparan con jóvenes de la misma edad que residen en la comunidad.

Por otra parte, Langer & Tubman (1997) estudiaron a un grupo de 120 adolescentes y adultos jóvenes entre 13 y 21 años, los autores encontraron que el mayor porcentaje informó conductas sexuales de riesgo durante los seis meses, dentro de los cuales se puede citar el no uso de condones y mantener relaciones sexuales con compañeros poco conocidos. También observaron que estos comportamientos se asumen no sólo cuando se consumen sustancias sino también sin haberlas ingerido.

Diclemente & Ponton (1996) observaron que los adolescentes infractores que consumen sustancias con mayor frecuencia tienen una vida sexualmente activa, un número reducido de ellos usan condones en sus contactos sexuales y tienen un mayor número de compañeros íntimos que un grupo de adolescentes de la misma edad de una institución educativa.

Tomando como punto de partida lo dicho anteriormente por Malow y cols. (1998) y sabiendo de las consecuencias devastadoras de la infección por VIH/SIDA en la población mencionada, estudiar las

conductas sexuales de riesgo de estos jóvenes y si las mismas implican mayor riesgo para la infección por VIH/SIDA que la de un grupo de referencia, conformado por adolescentes de la población general, se convierte en una aproximación sistemática al problema que permita detectar las necesidades específicas a partir de las cuales se puedan plantear programas de modificación conductual orientados a fomentar hábitos sexuales menos riesgosos y así disminuir la vulnerabilidad de este grupo social frente a la infección.

Hasta la fecha no se conocen estudios locales, regionales o nacionales en el que se determine si la conducta disocial de jóvenes institucionalizados por infracción a la ley penal es un predictor confiable de un mayor número de conductas sexuales de riesgo para adquirir la infección por VIH/SIDA; de la misma forma, no se han comparado las conductas sexuales de jóvenes infractores de la ley penal con adolescentes de la población general. Por lo que es pertinente abordar la siguiente pregunta de investigación:

¿Presenta un grupo de adolescentes institucionalizados en ASOMENORES (Cartagena) con trastorno disocial mayor riesgo de infección por VIH/SIDA que un grupo de jóvenes de la población general estudiantes de bachillerato que no presentan dicho trastorno?.

Hipótesis de Trabajo

Los jóvenes infractores de la ley penal ubicados en una institución de reeducación de la ciudad de Cartagena presentan mayor riesgo de infección por VIH/SIDA que la población general de adolescentes que viven en la comunidad.

Hipótesis Alterna

Los jóvenes infractores de la ley penal de una institución de reeducación de la ciudad de Cartagena presentan menor riesgo de infección por VIH/SIDA que la población general de adolescentes que viven en la comunidad.

Hipótesis Nula

Los jóvenes infractores de la ley penal ubicados en una institución de reeducación de la ciudad de Cartagena presentan igual riesgo de infección por VIH/SIDA que la población general de adolescentes que viven en la comunidad.

Variable de Interés

Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en jóvenes adolescentes.

Definición Conceptual

Se define como aquellos comportamientos sexuales inseguros que facilitan el contagio por VIH, poniendo en peligro la salud de los adolescentes y convirtiéndolos a la vez en multiplicadores de la epidemia (Bailey & Piercy, 1997).

Definición Operacional

Entendida como las respuestas que los jóvenes adolescentes expresen ante reactivos encaminados a medir sus comportamientos de riesgo frente la infección por VIH/SIDA (por ejemplo: “¿en sus relaciones sexuales usa condón?”), las respuestas de dichas preguntas están establecidas en escalas bipolares de “SI” y “NO” y de selección múltiple. Lo anterior se determinará mediante el desarrollo de una entrevista estructurada que permitirá establecer el número y tipo de conducta sexual de riesgo.

Objetivos

General

Establecer diferencias en la prevalencia de conductas sexuales de riesgo para infección por VIH/SIDA entre adolescentes del programa de reeducación de ASOMENORES y un grupo de adolescentes del Colegio Moderno del Norte.

Específicos

Identificar la prevalencia de conductas de riesgo en los jóvenes adolescentes de ASOMENORES.

Identificar la prevalencia de conductas de riesgo en jóvenes de la población general sin antecedentes de delincuencia juvenil.

Recomendar el contenido y metodología de las pautas de acción orientadas a promover conductas preventivas frente a la infección por

VIH/SIDA en jóvenes y adolescentes haciendo énfasis en infractores de la ley penal.

MÉTODO

Diseño

El diseño empleado en el presente estudio es el analítico epidemiológico de casos y controles. Dentro de la investigación en salud la epidemiología es una disciplina que establece la distribución de frecuencia y los determinantes de la distribución de las enfermedades o eventos y fenómenos de la salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución. Teniendo en cuenta lo anterior, la investigación epidemiológica contribuye dentro del universo relacionado con la investigación en salud, y puede ser aplicada apropiadamente a todas las enfermedades, afecciones y hechos relacionados con salud (Reblagiato, Ruiz & Arranz, 1996).

Los estudios epidemiológicos se dividen en dos categorías: epidemiológicos descriptivos y epidemiológicos analíticos. El diseño empleado en el presente estudio es el analítico epidemiológico de casos y controles, el cual según Pardo & Cedeño (1997) se centra en identificar las posibles causas de un daño o evento relacionado con una enfermedad, partiendo de la comparación entre las características o antecedentes de las personas que presentan dicho evento (casos) y de quienes no lo presentan (controles). En la investigación los jóvenes

fueron menores de 18 años, de sexo masculino, institucionalizados en ASOMENORES, no se tuvo en cuenta su estrato socioeconómico ni su escolaridad; los controles fueron jóvenes de sexo masculino, menores de 18 años, estudiantes de bachillerato de un colegio privado de Cartagena, sin historia de delincuencia juvenil, ni institucionalización en centros de reeducación.

Los estudios epidemiológicos específicamente suelen utilizarse cuando se estudian las causas de las diferentes enfermedades o situaciones relacionadas con ésta, en una o varias poblaciones. En la presente investigación se estableció la evidencia entre la relación de trastorno disocial y la emisión de conductas de riesgo para la infección por VIH/SIDA, variable que se considera una situación relacionada con la epidemia. Las características propias del diseño epidemiológico analítico de casos y controles (selección de los sujetos, el apareamiento de grupos, análisis estadístico) permiten dar a los resultados mayor valor científico en cuanto a la relación causa-efecto que existe entre las variables estudiadas lo que garantizará intervenciones de salud más eficaces para reducir la exposición al factor de riesgo.

Sujetos

La población objeto de estudio fueron adolescentes infractores de la ley penal que presentaron trastornos de conducta disocial según los criterios diagnóstico del DSM IV. Este trastorno se establece

cuando existe la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos doce meses: (a) a menudo fanfarronea amenaza o intimida a otros, (b) inicia pelea física, (c) utiliza un arma que puede causar daño físico grave a otras personas, (d) manifiesta crueldad física con otras personas y animales, (e) roba enfrentándose a la víctima, (f) ha forzado a alguien a una actividad sexual, (g) provoca deliberadamente incendios con la intención de causar daño, (h) destruye deliberadamente la propiedad ajena, (i) ha violentado el hogar y la casa de otras personas, (j) miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, (k) permanece fuera de casa de noche, (l) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces.

Como se anotó en el apartado anterior del estudio, los participantes estuvieron divididos en dos grupos. El primero, (grupo de casos) estuvo conformado por 30 jóvenes de ASOMENORES, ubicados en los módulos de observación y tratamiento, de sexo masculino, menores de 18 años, no se tuvo en cuenta escolaridad, ni su estrato socioeconómico. Los participantes se escogieron mediante el muestreo por conveniencia, en el cual, según Martínez (1995) la muestra corresponde a una parte, fracción o segmento de la población.

El segundo grupo (grupo control), estuvo conformado por adolescentes de la población general sin historia de haber infringido la ley penal, sin institucionalización en un centro de reeducación; esta condición se corroboró revisando las historias de ingreso en

ASOMENORES. Los integrantes fueron de género masculino de un plantel de educación secundaria, ubicado en la zona sur de la ciudad. Estos jóvenes fueron pareados por edad y sexo, no se tuvo en cuenta la escolaridad ni estrato socioeconómico y se tomaron dos (2) controles por cada caso. Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio estratificado, en el cual, según Chao (1999) se divide la población en grupos homogéneos, cada una de las subpoblaciones resultantes (conformadas por elementos más parecidos entre si) reciben el nombre de estratos, en cada uno de los cuales se lleva a cabo un muestreo aleatorio simple para escoger la muestra. La muestra global se obtiene al combinar las submuestras de todos los estratos.

Instrumento

Se utilizó una entrevista estructurada de 25 reactivos, mediante la cual al adolescente se le preguntó su historia sexual y conductas sexuales de riesgo para infección por VIH/SIDA. La aplicación de la entrevista duró aproxima

damente de 15 a 20 minutos. El instrumento fue el diseñado y validado por Langer & Tubman (1997) al realizar una investigación con adolescentes abusadores de sustancias con edades entre 12 y 13 años en el sur de Florida, Estados Unidos (Ver anexo B).

Se realizó una prueba piloto con 20 adolescentes que compartían las características propias de la población objeto de estudio de la

investigación para adaptar el instrumento a la cultura y lenguaje de la población adolescente en general, con el fin de obtener resultados más válidos y confiables.

Procedimiento

Después de concertar las citas con los directivos del colegio Moderno del Norte y ASOMENORES y de hacerles entrega de una carta (ver anexo C), en la cual quedó constancia del permiso otorgado por parte de cada institución para realizar la investigación con los respectivos adolescentes, se procedió a la selección de los integrantes de cada grupo (casos y controles).

El primer grupo de estudio estuvo conformado por 30 adolescentes infractores de la ley penal que hicieron parte de grupo de casos, los cuales fueron jóvenes menores de 18 años, de sexo masculino, no se tuvo en cuenta la escolaridad ni su estrato socioeconómico, y el grupo control estuvo conformado por 60 adolescentes de la comunidad general, también menores de 18 años, de sexo masculino, no se tuvo en cuenta la escolaridad ni su estrato socioeconómico. El primer grupo se escogió mediante un muestreo por conveniencia y el segundo por medio de muestreo aleatorio estratificado.

Las entrevistas comenzaron a realizarse con el grupo de casos en un salón con buena iluminación y ventilación, la aplicación se hizo en forma individual y tomo un tiempo total de diez (10) horas (15 a 20

minutos aproximadamente cada entrevista). Luego se realizaron las entrevistas al grupo de control, en las mismas condiciones y circunstancias de las del grupo de casos, el tiempo total de duración de las entrevistas fue de 20 horas, para lo cual, las entrevistas se llevaron a cabo en dos sesiones, 30 sujetos el primer día y los otros 30 sujetos el segundo día.

Los resultados obtenidos fueron almacenados y procesados en el programa EPI-INFO 6.04. A los datos se les aplicó un análisis descriptivo (frecuencia, media) y para la comparación de los grupos se utilizó la t de student (t) o chi-cuadrado (χ^2) dependiendo de la circunstancia. Los datos se analizaron confrontándolos con la información tenida como referencia y las condiciones reales que viven los jóvenes estudiados.

CONTROL DE VARIABLES			
	QUÉ	CÓMO	POR QUÉ
Sujeto	Edad	Seleccionando adolescentes menores de 18 años.	La población objeto de estudio en esta edad es cuando se le puede diagnosticar trastorno disocial.
	Sexo	Escogiendo adolescentes de sexo masculino.	La población infractora que se encuentra en ASOMENORES es masculina.
	Estado Legal	Revisando los registros de ingreso en ASOMENORES y los criterios diagnósticos del DSM IV para trastorno de conducta disocial.	Se necesitó establecer si los adolescentes eran o no infractores de la ley penal y además si presentaban trastorno de conducta disocial.
	QUÉ	CÓMO	POR QUÉ
Instrumento	Aplicación	Siguiendo las instrucciones paso a paso.	Se obtiene validez en los datos.
	Tiempo	Controlando la duración de la entrevista con un cronómetro.	El trabajo es más eficiente y se cumple con las metas establecidas en el cronograma de actividades.
Ambiente	Ventilación e Iluminación	Escogiendo un lugar que tenga una ventilación e iluminación adecuada.	El entrevistado tiene que estar en un ambiente agradable que facilite un normal desempeño.
	Ruido	Buscando un lugar donde el ruido sea en lo posible reducido o muy bajo.	Es un factor perturbador de la atención y afecta negativamente el desempeño.

Encuestador	Idoneidad	Siendo los investigadores principales del proyector.	Garantizó las condiciones optimas bajo las cuales se realizó la aplicación del instrumento.
--------------------	-----------	--	---

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RESPONSABLES
2 - 8 Agosto 1999	Contactar los directivos de ASOMENORES y del Colegio Moderno del Norte	Conseguir autorización para realizar la investigación en dichas instituciones.	Investigadores y directivos
10 de Agosto 1999	Entrega de la propuesta de grado.	Comenzar la primera fase del proceso para la entrega del proyecto.	Asesor de la propuesta e investigadores.
6 de Septiembre de 1999	Corrección de la propuesta.	Mejorar el contenido de la propuesta para su aprobación.	Asesor e investigadores.
24 de enero de 2000	Reunión con el asesor.	Determinar los temas y orden del marco teórico.	Asesor e investigadores.
25 de enero - 4 de mayo de 2000	Búsqueda de información.	Conocer los conceptos de los diferentes autores que hablan sobre el tema para conformar el marco teórico.	Investigadores.
8 de mayo de 2000	Reunión con el asesor.	Presentar el borrador del marco teórico.	Asesor e investigadores.
10 - 30 de mayo de 2000	Corrección del borrador del marco teórico.	Mejorar el contenido y redacción del marco teórico.	Investigadores.
8 de agosto de 2000	Reunión con el asesor.	Mostrar el borrador del marco teórico corregido.	Asesor e investigadores.

FECHAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RESPONSABLES
20 de enero - 14 de marzo de 2001	Traducción de inglés a español artículos relacionados con el tema.	Ampliar la información.	Investigadores.
20 marzo de 2001	Reunión con el asesor.	Comenzar la realización del método de investigación.	Asesor e investigadores.
2 - 26 de abril de 2001	Realización del método de investigación.	Establecer la muestra, diseño y tipo de instrumento que se utilizará en la investigación	Investigadores.
3 de mayo de 2001	Reunión con los asesor.	Presentar el borrador del método.	Asesor e investigadores.
7 de mayo - 7 de julio de 2001	Corrección del método.	Mejorar la redacción del método.	Investigadores.
2 - 30 de julio de 2001	Realización del control de variables y definición conceptual y operacional de la variable de interés.	Impedir la influencia de variables extrañas en la investigación.	Investigadores.
2 de agosto de 2001	Reunión con los asesor.	Mostrar el borrador de control de variables.	Asesor e investigadores.
3 - 26 agosto de 2001	Corrección del control de variables.	Mejorar el contenido del control de variable.	Asesor e investigadores.

FECHAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RESPONSABLES
17 de septiembre de 2001	Conseguir nuevamente los permisos de ASOMENORES y colegio Moderno del Norte.	Actualizar los permisos.	Investigadores.
27 de septiembre de 2001	Reunión con los asesor.	Entrega del borrador del anteproyecto.	Asesor e investigadores.
8 - 31 de octubre de 2001	Corrección del anteproyecto.	Mejorar el contenido del anteproyecto para su entrega	Investigadores.
10 de noviembre de 2001	Entrega del anteproyecto.	Conseguir la aprobación del anteproyecto para continuar con la tercera fase de la investigación. Entrega del proyecto.	Investigadores.

Resultados

El grupo de casos estuvo conformado por 30 sujetos, quienes contaban con edades entre 14 y 17 años con una media de 16.2 años ($\underline{DE}=0.85$); en cuanto a su estado civil, 26 (83.7%) eran solteros y 4 (13.3%) vivían en unión libre; en relación con la procedencia 18 (60%) eran naturales de Cartagena y 12 (40%) de otras ciudades del país. Por su parte, el grupo control estuvo conformado por 60 estudiantes de secundaria entre 14 y 17 años con un promedio de 16.1 años ($\underline{DE}=0.94$); todos eran solteros, y en cuanto a la procedencia 49 (81.6%) nacieron en la ciudad de Cartagena y 11 (17.4%) en otras ciudades.

Al preguntársele a los sujetos si habían tenido relaciones sexuales durante los últimos seis meses, el 80% de los adolescentes infractores informaron haber tenido relaciones sexuales, comparado con el 22% de los jóvenes del grupo control $\underline{OR}=17.82$; IC 95%, 5.26-64.07, $X^2(1, N=90)=29.46$, $p<.00001$ (Ver Tabla 1).

La edad de inicio de la actividad coital para los jóvenes que conformaron los casos estuvo entre los 9 y 16 años con un promedio de 13.3 años ($\underline{DE}=1.79$), mientras que su contraparte lo hizo entre los 8 y 17 años con un promedio de 14.2 años ($\underline{DE}=1.81$) $t(89)=2.33$, $p<.03$.

En relación con el número de parejas, se encontró en el grupo de casos que habían tenido entre 2 y 6 parejas con un promedio de 2.93 ($\underline{DE}=1.32$), mientras que los controles entre 2 y 4 con un promedio de 2.20 ($\underline{DE}=1.30$); esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, cuando se compararon los grupos en lo concerniente a la frecuencia de coitos, se observó que el 85% de los jóvenes infractores informaron coito por lo menos una vez a la semana, mientras que el 27% de los

controles manifestó la misma frecuencia; esta diferencia fue estadísticamente significativa (Test exacto de Fisher a dos colas, $p < .002$) (ver Tabla 2).

Tabla 1.

Ha Tenido Relaciones Sexuales Durante Los Últimos Seis Meses

Total				
Ha tenido relaciones	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	24	80%	6	20%
Controles	11	18.3%	49	81.7%

OR=17.82; IC 95%, 5.26-64.07, $X^2 (1, N=90) = 29.46, p < .00001$

Tabla 2.

Con Qué Frecuencia Tiene Relaciones Sexuales

Total				
Frecuencia de relaciones	Una vez a la semana		Una vez al mes	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	18	85.7%	3	14.3%
Controles	3	27.3%	8	72.7%

Test Exacto de Fisher a dos colas, $p < .002$.

En cuanto a tener relaciones coitales con personas poco conocidas, el 36% de los casos y el 34% de los controles había mantenido relaciones con personas desconocidas o

poco conocidas para ellos, la diferencia no fue significativa. Se evidenció también que el 40% de los menores infractores había tenido actividad sexual con prostitutas a diferencia del 6% los jóvenes del grupo control $OR=10.44$; IC 95%, 2.33-53.45; χ^2 (2, N=90)=12.8, $p<.001$ (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Ha Tenido Relaciones Sexuales Con Prostitutas

Relaciones con prostitutas	Total			
	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	12	40%	18	60%
Controles	3	6%	47	94%

$OR=10.44$; IC 95%, 2.33-53.45; χ^2 (2, N=90)=12.8, $p<.001$

Respecto al uso del preservativo durante las relaciones sexuales, el 60% de los casos informó el uso comparado con el 46% de los controles, la diferencia no alcanzó significancia estadística. Igualmente, se indagó sobre las utilidades del condón, entre las opciones: prevención de embarazo, prevención de enfermedades sexualmente transmisibles, prevención de la infección por VIH y todas las anteriores, el 50% del grupo de casos informó todas las opciones mientras que el grupo control la señaló en el 82.6%. La diferencia sólo mostró una tendencia significativa en este aspecto (ver Tabla 4).

Tabla 4

Para Qué lo Utiliza

Total								
Con qué fin lo utiliza	Prevenir embarazo		Prevenir VIH/SIDA		Prevenir ETS		Todas las anteriores	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	3	16.7%	1	5.5%	5	27.8%	9	50%
Controles	1	4.3%	1	4.3%	2	8.6%	19	82.6%

p=.059

Considerando el uso de sustancias legales e ilegales susceptibles de abuso o dependencia, el 96.6% de los casos informó consumo de alcohol frente al 61.6% del grupo control OR=19.03; IC 95%, 2.34-379.3; χ^2 (2, N=90)=10.80, p<.002 (ver Tabla 5). En relación con la nicotina, el 63.3% del grupo de casos informó consumo comparado con el 8.3% en los controles OR=19; IC 95%, 5.18-74.80; χ^2 (2, N=90)=28.19, p<.00001 (ver Tabla 6).

Tabla 5.

Consume alcohol

Total				
Alcohol	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	29	96.6%	37	61.6%
Controles	1	3.4%	23	38.3%

OR=19.03; IC 95%, 2.34-379.3; χ^2 (2, N=90)=10.80, p<.002

Tabla 6.

Consume nicotina

Total				
Nicotina	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	19	63.3%	11	36.6%
Controles	5	8.3%	55	91.7%

OR=19; IC 95%, 5.18-74.80; χ^2 (2, N=90)=28.19, $p<.00001$

Cuando se les preguntó sobre el consumo de marihuana, el 46.6% del grupo de casos informó uso de marihuana mientras que todos los sujetos del grupo control negaron el consumo. La diferencia fue estadísticamente significativa χ^2 (2, N=90)=35.36, $p<.00001$ (ver Tabla 7). En relación con el consumo de bazuco, un sujeto (3.5%) del grupo de casos informó el uso mientras que todos los del grupo control negaron el mismo. Por su parte, el consumo de otras sustancias como cocaína o benzodiazepinas, se dio en un 46.6% de los infractores, comparado con el 1.6% de los adolescentes de la población general tomados como controles; la diferencia fue estadísticamente significativa OR=51.63; IC 95%, 6.20-1132.81; χ^2 (2, N=90)=26.01, $p<.00001$ (ver Tabla 8).

Tabla 7.

Consume Marihuana

Total				
Marihuana	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	14	46.6%	16	53.4%
Controles	0	0%	60	100%

$\chi^2 (2, N=90)=35.36, p<.00001$

Tabla 8.

Consume Otras Sustancias

Total				
Otras	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	14	46.6%	16	53.4%
Controles	1	1.6%	59	98.4%

$OR=51.63; IC 95\%, 6.20-1132.81; \chi^2 (2, N=90)=26.01, p<.00001$

En cuanto al tener relaciones sexuales bajo el efecto de alguna droga, el 53.3% de los casos tuvo relaciones coitales bajo el efecto de alguna sustancia, mientras que el 100% de los controles negó este tipo de comportamientos. La diferencia fue significativa, $\chi^2(1, N=90)=25.14, p<.00001$ (ver tabla 9). Asimismo, el 76.6% de los jóvenes infractores manifestó tener sexo bajo el efecto del alcohol, en tanto que el 28%

del grupo control informó esta conducta. La diferencia alcanzó significancia estadística $OR=8.45$; IC 95%, 2.66-27.91; $\chi^2=(1,N=90)=15.96$, $p<.00001$ (ver Tabla 10).

Tabla 9.

Ha Tenido Relaciones Sexuales Bajo El Efecto De Alguna Droga

Total				
Sexo con droga	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	16	53.3%	14	46.7%
Controles	0	0%	50	100%

$\chi^2(1, N=90)=25.14, p<.00001$

Tabla 10.

Ha Tenido Relaciones Sexuales Bajo El Efecto Del Alcohol

Total				
Sexo con alcohol	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	23	76.6%	7	23.3%
Controles	14	28%	36	72%

$OR=8.45$; IC 95%, 2.66-27.91; $\chi^2=(1,N=90)=15.96$, $p<.00001$

Otra conducta sexual investigada fue el haber tenido relaciones sexuales con personas que se inyectaban drogas, un caso (3.3%) informó esta actividad comparado con ninguno de los controles. Por otra parte, El 26.6% de los infractores afirmó haber intercambiado sexo por dinero o droga, mientras que el 2% de los adolescentes del grupo de control con experiencia sexual refirió esta situación. La diferencia fue significativa estadísticamente (Test exacto de Fisher a dos colas, $p < .002$) (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Ha Tenido Relaciones Sexuales Para Obtener Droga o Dinero

Sexo por droga o dinero	Total			
	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	8	26.6%	22	73.4%
Controles	1	2%	49	98%

Test exacto de Fisher a dos colas, $p < .002$

En cuanto al padecimiento de ETS, tres (10%) de los casos dijo haber sufrido algunas de estas enfermedades, mientras que ninguno de los del grupo de control respondió afirmativamente esta pregunta (Test exacto de Fisher a dos colas, $p < .05$) (ver Tabla 12). Además, dos de los infectados del grupo de casos manifestó haber recibido tratamiento médico.

Tabla 12.

Ha Tenido Enfermedades de Transmisión Sexual

Ha tenido ETS	Total			
	SI		NO	
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	3	10%	27	90%
Controles	0	0%	50	100%

Test exacto de Fisher a dos colas, $p < .05$

Por otra parte, en relación con tener alguna información sobre VIH-SIDA, el 93.3% de los casos y 98.3% de los controles ha escuchado hablar sobre el VIH-SIDA. En lo relacionado con las formas de prevención, el 90% de los casos y el 86.7% de los controles conoce alguna forma de prevención. Las diferencias en estos ítems no alcanzaron valor significativo. En cuanto al haberse realizado una prueba para detectar anticuerpos del VIH, el 20% de los casos y el 6% de los controles respectivamente, informó haberse practicado la prueba ELISA; la diferencia no fue significativa.

En lo referente con haber tenido relaciones con personas del mismo sexo, el 23,3% de los jóvenes casos manifestó esta conducta sexual, comparado con el 2% del grupo tomado como control. La diferencia fue estadísticamente significativa (Test exacto de Fisher a dos colas, $p < .001$) (ver Tabla 13). En cuanto a relaciones sexuales con el sexo opuesto, el 96.7% de los casos y el 100% de los controles con experiencia

sexual manifestó esta conducta. La diferencia no alcanzó valor estadísticamente significativo.

Tabla 13.

Ha Tenido Relaciones Sexuales Con Personas Del Mismo Sexo

		Total		
Sexo con hombres		SI		NO
Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casos	7	23.3%	23	76.7%
Controles	1	2%	49	98%

Test exacto de Fisher a dos colas, $p < .001$

Cuando se indagó sobre el deseo de participar en actividades informativas, el 96.7% de los casos manifestó su interés, mientras que el 85% de los controles contestó afirmativamente. La diferencia no fue estadísticamente significativa.

Discusión

La finalidad del estudio fue establecer la diferencia en la prevalencia de conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA entre adolescentes del programa de reeducación ASOMENORES (Cartagena) (grupo de casos) y un grupo de adolescentes del Colegio Moderno del Norte (grupo de control). Los casos estuvieron conformados por 30 jóvenes infractores que fueron seleccionados por medio de un muestreo por conveniencia, y los controles fueron 60 jóvenes estudiantes de la población general seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado. El diseño empleado proporciona evidencias de asociación causal por lo que garantiza intervenciones de salud para reducir la exposición a los factores de riesgo (Pardo & Cedeño, 1997).

En la investigación se partió de la hipótesis que los jóvenes infractores de la ley penal ubicados en una institución de reeducación de la ciudad de Cartagena presentarían un *mayor* número de conductas de riesgo para infección por VIH-SIDA que la población general de adolescentes que viven en la comunidad sin antecedentes de conductas delictivas, los resultados que se obtuvieron corroboraron esta apreciación.

Por lo anterior los resultados de este estudio sugieren que el riesgo de infección por VIH/SIDA es mayor en jóvenes con trastorno disocial que en los de la población general, esto concuerda con las afirmaciones hechas por otros autores después de analizar la misma población (por ejemplo: Campo, Julio & Pimienta, 1999; Gillmore, Morrison & Lowey, 1996; Malow & cols.,1998). Gillmore, Morrison & Lowey (1996), observaron que los jóvenes infractores se inician en actividad sexual a edad más temprana, refieren un mayor número de ETS y usan son menos frecuencia el condón en sus relaciones sexuales cuando fueron comparados con jóvenes de la misma edad que

residían en la comunidad. Malow & cols. (1998) estudiaron el comportamiento de un grupo de 65 adolescentes pertenecientes a un programa de adolescentes que consumían drogas y con historia de actividades delictivas, encontrando que aproximadamente la mitad de los sujetos reportó nunca haber usado el condón y solo una tercera parte reportó haberlo utilizado consistentemente durante el coito, 45 sujetos reportaron haber tenido sexo mientras estaban intoxicados con alcohol y otras drogas en algún momento de sus vidas.

Los infractores tuvieron mayor actividad sexual durante los seis meses previos a la investigación que los controles y también informaron ser más activos sexualmente, aunque no hay diferencia significativa entre los grupos en el uso del preservativo, los menores infractores tienen más relaciones sexuales con prostitutas, este comportamiento los hace vulnerables al VIH, ya que en dichas relaciones sus parejas intercambian sexo por dinero, lo que se constituye en un claro riesgo para la infección (Malow & cols., 1998).

Según el DSM IV (1994), algunas actividades que suelen asociarse al trastorno disocial son el inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar y consumir sustancias psicoactivas; todas ellas fueron confirmadas en el presente estudio. Iniciarse sexualmente en la adolescencia no es conveniente para la salud sexual de las personas, porque en este periodo se tiene poco conocimiento y experiencia en la prevención de ETS y además a los jóvenes les falta perfeccionar habilidades para seleccionar una pareja adecuada y negociar los mecanismos de protección.

Como se mencionó, el uso del condón entre los grupos es similar (dato contrario a lo encontrado por Gillmore, Morrison & Lowey, 1996 y Diclemente & Ponton, 1996), pero al analizar las causas porque lo emplean se encontró una diferencia significativa,

los controles conocen mejor todas las posibles utilidades del método, indicando esto que los infractores lo pueden estar utilizando por razones diferentes a la de prevenir la infección por VIH, como son la prevención de embarazos no planeados y enfermedades de ETS tradicionales (por ejemplo: sífilis, gonorrea), sin tener la certeza que el condón puede constituirse en un medio eficaz para prevenir la infección por el virus.

Los adolescentes de los casos consumen en mayor proporción sustancias como el alcohol, nicotina, marihuana, bazuco, entre otras; estudios anteriores con jóvenes que padecían trastorno disocial también encontraron abuso de drogas (Malow & cols, 1998; Brook, Whiteman, Filch y Cohen, 1997; Diclemente y Ponton, 1996). Adicionalmente Malow & cols. (1998) afirman que la mayoría de los jóvenes infractores incluidos en su investigación manifestó haber tenido sexo mientras estaba intoxicado con alcohol y otras drogas; los jóvenes infractores del presente estudio evidenciaron también tener en una mayor proporción sexo bajo los efectos del alcohol y otras sustancias.

El abuso de sustancias coloca en un riesgo especial a los menores infractores porque el mezclar sustancias psicoactivas legales o ilegales con la actividad sexual conlleva al no cumplimiento de las normas preventivas que han podido aprenderse en el pasado (Royce, Señas, Cates & Cohen, 1997).

Cabe anotar que una persona que abusa de sustancias si no recibe tratamiento profesional adecuado puede llegar al punto de intercambiar sexo por droga directamente o por dinero para poderla adquirir, situaciones que aumentan el riesgo al VIH relacionado con sustancias psicoactivas, de hecho Malow & cols. (1998) comentan que estas son situaciones que están fuertemente relacionadas con el trastorno disocial.

Es curioso ver que ninguno de los jóvenes de la población general dice haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto de algún psicoactivo, pero cuando se les

preguntó si lo habían hecho bajo el efecto del alcohol se encontró que el 28% contestó afirmativamente. Esto indica que ellos no consideran el alcohol como una sustancia que afecta su comportamiento en el encuentro sexual, idea errónea puesto que esta sustancia aunque permitida legalmente en nuestro contexto, distorsiona la percepción de quien la consume desinhibiéndolo sin permitirle medir las consecuencias reales de sus actos.

En cuanto al contagio de ETS, se encontró que los adolescentes infractores habían padecido estas en una mayor proporción. En otras investigaciones McCoy & Wibbelsman (1997), Malow & cols. (1998) y Gillmore, Morrison & Lowel (1996), se informa que los adolescentes infractores manifestaron haber sido diagnosticados en algún momento con una ETS. Las personas que han sufrido una ETS tienen más probabilidades de ser diagnosticadas VIH+, puesto que su condición indica que han ejecutado prácticas inseguras durante sus intercambios sexuales anteriores, solo que los síntomas de estas enfermedades demoran en aparecer menos tiempo que los del VIH, este virus puede permanecer en el organismo sin presentar sintomatología importante hasta 10 años en promedio, por eso es conveniente que una persona a quien se le ha detectado una ETS tradicional se practique la prueba de ELISA. Las lesiones propias de algunas ETS son entradas propicias del VIH al organismo, en parte porque las secreciones inflamatorias transmiten el virus (Gómez, 1997).

El VIH a diferencia de los agentes patógenos que causan otras ETS, puede permanecer por mucho tiempo en el organismo de una persona sin que esta experimente manifestaciones de la enfermedad, luciendo en apariencia sana y es en este momento cuando infecta a otras personas. Aunque no haya síntomas, el virus sigue reproduciéndose activamente y el daño al sistema inmune continua avanzando hasta cuando aparece la enfermedad manifiesta propiamente dicha (Maldonado, 1996).

Otro aspecto donde los menores con trastorno disocial presentaron diferencia significativa con el grupo de control fue en el tener contactos sexuales con hombres (el 23.3% lo había hecho), Fauci & Lane (1998) comentan que las relaciones homosexuales son consideradas otro factor de riesgo para contraer la infección por VIH/SIDA, estudios de regresión logística han demostrado que entre los varones homosexuales el riesgo de infectarse aumenta con el mayor número de parejas sexuales diferentes en los meses previos al contagio y con la mayor frecuencia del coito anal receptivo, siendo los únicos factores que persistentemente se han revelado como factores de riesgo de seroconversión para este grupo poblacional (por esto no todos los homosexuales tienen el mismo riesgo).

El coito anal no protegido tanto en parejas heterosexuales y homosexuales se considera la práctica sexual de mayor riesgo para adquirir el VIH; probablemente porque solo una delgada y frágil mucosa rectal separa el semen depositado de las células potencialmente vulnerables situadas en la mucosa y debajo de ella, así como por el hecho de que el coito anal es fácil de que se acompañe de algún traumatismo, la mucosa rectal sea traumatizada con las duchas, irrigaciones anales y con ciertos actos sexuales como introducir objetos duros en el recto (Fauci & Lane, 1998).

A pesar de los múltiples riesgos a los que están sometidos los jóvenes del grupo de casos, a saber: inicio temprano de relaciones sexuales, mantener relaciones sexuales con prostitutas, combinación de sustancias psicoativas con la práctica de la sexualidad, etc., solo el 20% de ellos se ha sometido a la prueba presuntiva de VIH, el tratamiento para la infección por VIH/SIDA suele ser mas efectivo cuando se inicia en las etapas tempranas de la infección, además, conocer el estado de seropositividad le permite a las personas tomar medidas tendientes a detener la propagación de la epidemia en el

contexto del autocuidado y el cuidado de los demás, de allí que es saludable promover en las poblaciones que presentan un claro riesgo de infección practicar las pruebas diagnósticas para VIH.

Los aspectos donde no se encontraron diferencias significativas entre los grupos sometidos a estudio (confirmación de hipótesis nula), son los relacionados con el número de parejas que tienen los jóvenes, tener relaciones con personas poco conocidas, el uso del condón e información sobre la prevención de la infección. Estos hallazgos son diferentes a los que usualmente se han encontrado al comparar los grupos en otras investigaciones. Por ejemplo, Gillmore, Morrison & Lowel (1996) y Diclemente & Ponton (1996) encontraron que un número reducido de los jóvenes infractores usan condones en sus relaciones sexuales en comparación con un grupo de adolescentes de la misma edad que no habían tenido problemas con la ley. Diclemente & Ponton (1996) observaron también que los infractores tienen un número mayor de compañeros íntimos al compararse con jóvenes de la misma edad que residen en la comunidad.

A pesar de que los casos y los controles han escuchado hablar sobre el VIH y conocen alguna forma de prevenirlo, se observa en los resultados que ambos grupos comparten comportamientos de riesgo para la infección. Las instituciones particulares y públicas deben aprovechar que casi la totalidad de la población tiene deseos de participar en actividades formativas sobre alternativas de prevención del VIH.

Es necesario entonces, que los programas de reeducación de jóvenes que han infringido la ley, contemplen además del tratamiento para la incorporación de nuevos valores y disciplina por medio de talleres y psicoterapias individuales (ASOMENORES, 2001), programas de formación integral que le den herramientas a los jóvenes para el

cuidado de su salud, teniendo en cuenta que la infección por VIH/SIDA actualmente es un factor que genera crisis en el desarrollo de los países.

Para lograr lo anterior se debe empoderar a los jóvenes en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, enseñándoles que la sexualidad es una actividad que se debe ejercer con responsabilidad y madurez para evitar consecuencias negativas como ETS, VIH/SIDA y embarazos no planeados, se les debe proporcionar información referente a estas temáticas, además de enseñarles habilidades para prevenirlas como son: elección de pareja, práctica del sexo seguro, mantener pareja estable, autoestima, comunicación asertiva, autocontrol, entre otras.

Debido a que en el estudio se evidencia la combinación del sexo con el consumo de sustancias en los adolescentes con trastorno disocial, los programas de prevención y tratamiento de las adicciones deben ser reforzados en las instituciones donde estos se reeducan, ya que el abuso de psicoactivos es un factor de riesgo ampliamente documentado para adquirir el VIH; es conveniente entonces ayudar a estos jóvenes para que diseñen un proyecto de vida que les permita desarrollar sus potencialidades armoniosamente, para ello deben contar con orientación vocacional, facilidades para capacitación en actividades productivas, atención médica especializada, orientación psicológica y fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.

El éxito en el logro de los objetivos planteados en los diferentes programas propuestos se puede lograr eficientemente solo si se cuenta con un equipo interdisciplinario altamente capacitado y con experiencia en las problemáticas en las que van a intervenir, en estos equipos profesionales es importante la participación de médicos, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, abogados y enfermeras, entre otros. Para lograr cambios relevantes en el estilo de vida de los jóvenes es

imprescindible que las acciones diseñadas se ejecuten en la practica de las instituciones y que se retroalimenten continuamente para perfeccionarlas y volverlas más eficaces.

Referencias

Arias, D. & Orozco, H. (2000). Estudio sobre los conocimientos y actitudes de la población cartagenera frente la infección por VIH/SIDA. Trabajo de grado profesional. Tecnológica de Bolívar, Cartagena.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington D.C. American Psychiatric Association.

Asociación para la Reeducción de los Menores de Bolívar (ASOMENORES). (2001). Cartagena.

Bailey, CE. & Pierrey, FP.(1997). Enhancing Ethical Decision Making In Sexuality and AIDS Education Adolescence. American Journal of Psychiatry 32: 989 – 98.

Brook, JS.; Whiteman, M.; Finch, SJ.; Cohen, P. (1997). Young Adult Drug Use And Delinquency: Childhood Antecedent and Adolescents Psychiatric. American Journal of Psychiatry 35: 1584 – 94.

Campo, A.; Julio, A. & Pimienta, V. (1999). Seroprevalencia de VIH en Niños, Niñas y Adolescentes con Conductas Disruptivas. XXXVIII Congreso Nacional de Psiquiatría, Medellín.

Departamento Administrativo de Salud Distrital (DADIS). (2001).

Diclemente, DJ. & Ponton, LF. (1996). HIV-related risk behaviours among psychiatrically hospitalized adolescents and school – passed adolescents. American Journal of Psychiatry. 150: 324 – 5.

Chao, L. (1999). Estadística para las Ciencias Administrativas. Tercera edición. Mc Graw Hill.

Estefan, MD. & Catalan, J. (1999). Psychiatric Patients and HIV Infection: A New Population at Risk?. British Psychiatry. 167: 721 – 7.

Fauci, A. & Lane, C. (1998). Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, SIDA y problemas relacionados. En Principios de Medicina Interna. España: Mc Graw Hill Interamericana.

Gillmore, MR.; Morinson, DM. & Lwery, C. (1996). About condoms and their association with intentions to use condoms among youth in detention. Journal of Adolescent Health. 15: 228 – 37.

Gómez, RD. (1996). Mecanismos de transmisión y factores de riesgo para la infección por VIH. En Velásquez, G.; Gómez, RD. Fundamentos de Medicina. SIDA: Enfoque Integral. Segunda Edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Bilógicas.

Kaplan, HI.; Sadock, BJ. & Grebb, JA. (1996). Sinopsis de Psiquiatría. Panamericana Wilhans & Wilhans. Séptima edición. Buenos aires.

Langer, L. & Tumban, J. (1997). Risky sexual behavior among substance abusing adolescent: psychosocial and contextual factor. American Journal of Orthopsychiatry. 67: 315 – 322.

Maldonado, J. (1996). SIDA: nuevas áreas, nuevas posibilidades. En Hygeia Salud y Medicina. 2, (9). 6 – 12.

Malow, R.; Mc Mahon, R.; Cremer, D.; Lewis, J. & Alferi, S. (1997). Psychosocial predictor of HIV risk among adolescent offenders who abuse drugs. Psychiatric Service. 48: 185 – 187.

Mc Coy, K. & Wibbelsmar, C. (1997). Caring for Your Adolescent. Bantam. New York.

Pardo, G. & Cedeño, E. (1997). Investigación en Salud: Factores Sociales. Mc Graw Hill Interamericana S.A. Santa Fe de Bogotá.

República de Colombia. (1997). Código del Menor. El pensador LTDA.

Royce, R; Seña, A.; Catis, W. & Cohen, M. (1997). Sexual transmission of HIV. New England Journal of Medicine. 336: 1072 – 8

Vera, L.; López, n.; Orozco, L. & Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Acta Médica Colombiana, 26,16-23.

ANEXOS

Anexo A

Criterios para el Diagnostico de Trastorno Disocial según el DSM IV

Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar un daño físico a otras personas (P.Ej: Bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima.
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la Propiedad

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daño grave.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de otras personas (distinto de provocar incendio)

Fraudulencia o Robo

10. Ha violentado el hogar, la casa o automóvil de otra persona.
11. Ha menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

Violaciones Graves de Normas

13. Ha menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto.
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los trece años.

Anexo B

Cartagena, septiembre 27 de 2001

Señores:

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLIVAR

Atn. Dr. María del Pilar Herrera

DECANA

Ciudad

Cordial Saludo.

Le comunico respetuosamente que los jóvenes Jorge I Ruiz y Roberto Herrera se les permitirá realizar las encuestas a nuestros jóvenes para su trabajo de grado.

Cordialmente,

DIRECTIVOS

Anexo C

Encuesta:

Historia Sexual y Evaluación de Riesgo para VIH/SIDA

Instrucciones Generales

La encuesta se realizará en un salón, en la medida de lo posible alejado de ruido o cualquier factor de distracción, con buena ventilación e iluminación. Los participantes pasarán uno a uno y en el salón sólo podrán estar el entrevistador y el entrevistado. Cada entrevista tomará un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

Antes de comenzar la aplicación del cuestionario se le dirá al participante: "estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis de grado en la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar. Queremos contar con tu ayuda para que contestes unas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas. Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e informadas en la tesis de grado, pero nunca se informarán datos individuales, te pedimos que contestes este cuestionario con la mayor seriedad y sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo queremos saber cómo te comportan es algunas situaciones. Si durante la entrevista se te dificulta entender algo por favor házmelo saber inmediatamente, esto suele ser normal en este tipo de estudios".

Después de hacer esta introducción se le pregunta al participante si quedo todo claro, si tiene preguntas o algún comentario. Solucionado lo anterior, pase a la entrevista estructurada.

Historia Sexual y Evaluación de Riesgo para VIH/SIDA

Edad: _____ Sexo: M F Esto Civil: _____

Ocupación _____ Natural _____

Residencia _____

Institución _____

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 6 meses?

Si__ NO__

2. ¿Ha qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

3. ¿Ha tenido más de un compañero sexual durante los últimos 6 meses?

Si__ Cuantos? _____ NO__

4. ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?

- a. Una vez a la semana
- b. Una vez al mes
- c. Cada seis meses
- d. Una vez al año
- e. más de un año.

5. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas que no conoce o conoce

poco? Si__ NO__

6. ¿Ha tenido relaciones sexuales con prostitutas?

Si__ NO__

7. ¿En sus relaciones sexuales usa condón?

Si__ NO__

Si la respuesta es Si pase a la 8, si es No pase a la 9

8. ¿Para qué lo utiliza?

- a. Prevenir embarazo
- b. Prevenir el VIH/SIDA
- c. Prevenir Enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo: sífilis, gonorrea)
- d. Todas las anteriores

9. ¿Consume alcohol? Si__ NO__

10. ¿Fuma cigarrillo? Si__ NO__

11. ¿Fuma marihuana? Si__ NO__

12. ¿Consume bazuco? Si__ NO__

13. ¿Consumo otro tipo de droga?

Si__ Cual? _____ NO__

14. ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de alguna droga? Si__

NO__

15. ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol?

Si__ NO__

16. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas que se inyectan drogas?

Si__ NO__

17. ¿Ha tenido relaciones sexuales para obtener droga o dinero? Si__

NO__

18. ¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual?

Si__ NO__

Si la respuesta es Si pase a la pregunta 19, si es No pase a la 20.

19. ¿recibió tratamiento médico?

Si__ Cual? _____ NO__

20. ¿Se ha realizado la prueba para VIH/SIDA?

Si__ NO__

21. ¿Ha oído hablar del VIH/SIDA? Si__ NO__

22. ¿Conoce alguna forma de evitar el contagio por VIH/SIDA?

Si__ Cual? _____ NO__

23. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo? Si__

NO__

24. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas del sexo opuesto? Si__

NO__

25. ¿Le gustaría participar en programas formativos para recibir información que prevengan la infección por VIH/SIDA? Si__ NO__

!Muchas gracias por tu colaboración!

Fin