



**UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADQUISICIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LAS Y LOS JÓVENES
UNIVERSITARIOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA**

Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la
Universidad de Talca como parte de los requisitos exigidos
para la obtención del título de Cirujano Dentista.

ESTUDIANTES: **MEDEL MIRANDA VALESKA
MOLINA ESPINOSA ROCÍO**

PROFESOR (ES) GUÍA: **DRA. DAVIS TOLEDO GISELLE
DR. POBLETE NORAMBUENA ALEJANDRO**

PROFESOR INFORMANTE: **DRA. RETAMAL CONTRERAS ERIKA**

TALCA - CHILE

2019

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2020

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MÉTODOS	5
3.1. Estrategia de búsqueda y criterios de selección	5
3.2. Extracción de datos	7
3.3. Calidad de los estudios	7
3.4. Selección de resultados	8
3.4.1. Factores asociados a conocimiento	8
3.4.2. Factores asociados a prevención	8
3.4.3. Factores asociados a tratamiento	9
3.4.4. Factores asociados a riesgo	9
4. RESULTADOS	10
4.1. Descripción de los estudios	10
4.2. Contenido de los estudios	13
4.2.1. Factores de conocimiento	13
4.1.2 Factores de prevención	14
4.1.3 Factores de tratamiento	15
4.1.4. Factores de riesgo	15
5. DISCUSIÓN	17
6. REFERENCIAS	20

1. RESUMEN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un problema de salud pública a nivel global. El aumento de la incidencia en la última década, sobre todo en la población joven, mantiene en alerta a la comunidad. El principal método de prevención a nivel poblacional es el uso correcto de condón, por lo que se ha llevado a cabo la presente revisión sistemática para dilucidar los factores que determinan este aumento exponencial en los últimos 10 años entre el VIH y las(os) jóvenes universitarias(os), pese a la existencia de métodos preventivos eficaces.

Para ello se realizó una búsqueda sistemática de información científica de los últimos 10 años en las principales bases de datos, Scopus, Web of Science, Pubmed y Scielo, utilizando palabras clave y rescatando 20 artículos científicos.

Se identificó que las(os) universitarias(os) coincidían en cuatro aspectos claves y fundamentales: los factores de conocimiento, los factores de prevención, los factores de riesgo y los factores de tratamiento. Se concluyó que la percepción de invulnerabilidad es un factor clave en la población adulta joven universitaria.

Palabras clave: HIV, UNIVERSITY STUDENTS, RISK FACTORS, COLLEGE STUDENTS.

2. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que cada día más de 1 millón de personas contrae una infección de transmisión sexual (1). Las infecciones de transmisión sexual (ITS) corresponden a virus, bacterias y parásitos que provocan enfermedades producto de un contagio vía sexual, dentro de las cuales se encuentra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), actualmente catalogado como incurable (1). El VIH es el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y que, además, también se relaciona con otras ITS de forma directa como por ejemplo la hepatitis B y C (1). A nivel mundial 36.9 millones de personas vivían con VIH en 2018 (2). En América Latina 1.8 millones de personas (3). En Chile, 2018, las ITS han aumentado gradualmente con un notorio incremento en los últimos 3 años, cuyo mayor aumento porcentual se encuentra en el grupo etario de los 15 a 24 años (4, 5). Dentro de las cuales, en los últimos 10 años, las infecciones con VIH han aumentado en 67.8%, respectivamente (6, 7). Comparado con otros grupos etarios, los adultos jóvenes, tienen mayor probabilidad de contraer y contagiar el VIH; y es más probable que participen en comportamientos sexuales vulnerables (2,8). Debido a la carga de enfermedad atribuida al VIH es que existe la necesidad de mejorar la comprensión y la consciencia de las(os) adultas(os) jóvenes sobre estos problemas a nivel mundial. Sin embargo, esto no puede llevarse a cabo sin comprender primero como la consciencia, las creencias y los riesgos de enfermedad varían en diferentes contextos socioculturales.

El entorno sociocultural de un individuo influye tanto en la consciencia como en las creencias y percepciones respecto de una enfermedad. Cuando el conocimiento es pobre surgen implicancias negativas como la discriminación. En relación al VIH, ésta se encuentra supeditada en tres ámbitos: prestadores de salud, la sociedad y la autopercepción (8). Bajo este contexto confluyen los determinantes biopsicosociales de la Salud, que incluyen a las personas enfermas y no enfermas, siendo el medio ambiente, el estilo de vida, el sistema sanitario y la biología humana quiénes lo determinan y, a su vez, los determinantes sociales de la Salud donde se sitúan los estructurales y los intermediarios quiénes en conjunto tienen en común la equidad y el bienestar común (1). Estos determinantes permiten que surjan poblaciones marginales, que incluyen a los infectados por VIH, reflejando la perpetuidad del

estigma social al que se ven expuestos por miedo, desconocimiento y discriminación, obstaculizando el acceso a los servicios de Salud (4).

Particularidades en la población adulta joven específicamente relacionadas al VIH han sido atribuidas en la actualidad. Términos como la “feminización del VIH”, entendiéndose como el aumento en cantidad de mujeres contagiadas y detectadas con el virus se ha relacionado principalmente a que hombres que se reconocen como heterosexuales mantienen sexo con hombres sin condón, teniendo además una relación estable, lo que provoca la exposición de sus parejas y, consecuentemente, aumente el contagio de mujeres, entre otros factores. De igual forma el aumento del uso de tecnología, de redes sociales, mayoritariamente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ha incurrido en la facilitación para nuevas tendencias que han sido vagamente estudiadas y que favorecen la transmisión del virus. Fenómenos como el “barebacking” (“montar a pelo”) y el “bug chaser” (“cazadores de insectos”) donde el uso de condón no forma parte de la intencionalidad de la práctica y su objetivo, en uno contempla el placer, mientras que en el otro la seropositividad (10).

Para combatir las ITS existen métodos de prevención mundial que contemplan intervenciones de asesoramiento (educación en salud sexual), enfoques conductuales (cambios en salud sexual) y métodos de barrera (condón masculino y femenino) (1). A nivel poblacional la medida de prevención más eficaz actualmente conocida es el uso correcto de condón en todas las prácticas sexuales, teniendo una efectividad del 98% (1,2). Es así como su uso debe seguir ocupando un lugar central en los programas de prevención, según la estrategia mundial del sector de la salud contra las ITS adoptada en la 69° Asamblea Mundial de la Salud para el período 2016-2021 (11).

A nivel nacional, dentro de las políticas públicas existentes, encontramos un enfoque de tipo clínico y, a su vez, psicosocial que aborda tres estrategias principales: la primera se relaciona con lograr una comunicación social para sensibilizar sobre VIH y reducir el estigma y/o discriminación; la segunda para propiciar la prevención combinada lo que implica incorporación de test rápidos y autoexámenes, aumentar el acceso a condón masculino y

femenino e inclusión de fármacos pre y post exposición en los grupos de riesgo; y, la tercera, que se relaciona con la revisión del modelo de atención, de gestión y de vigilancia, para así aumentar e intensificar las estrategias de prevención de la transmisión vertical y asegurar disponibilidad de fármacos tanto para personas que están en control como para casos nuevos (12). Actualmente estos esfuerzos se concentran en la campaña VIH/SIDA 2018, que tiene como objetivos principales la disminución de la transmisión del VIH a través de estrategias efectivas de promoción de la salud sexual y prevención en el contexto de los determinantes sociales de salud. Además de disminuir la morbi-mortalidad por VIH/SIDA e ITS, facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento (12).

La presente revisión sistemática exploratoria aboga por dilucidar la existencia de nueva información que clarifique estos albores de ignorancia académica respecto de los factores que justifiquen el aumento de contagiados y la disminución del uso de métodos preventivos eficaces.

3. MÉTODOS

3.1. Estrategia de búsqueda y criterios de selección

Se realizó una revisión sistemática exploratoria con el fin de localizar conceptos claves, vacíos en la investigación y tipos de estudios relacionados con el área investigativa. Dentro de las principales bases de datos que existen actualmente, se escogió Scopus, Web of Science, PubMed y Scielo que fueran atingentes a la pregunta de investigación exploratoria, vale decir, los factores que expliquen el aumento de VIH en jóvenes universitarias(os) y la disminución del uso de métodos preventivos eficaces. La revisión sistemática se realizó utilizando los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y meta-análisis conocidos como lineamientos PRISMA, específicamente para revisiones sistemáticas exploratorias, PRISMA ScR (13).

Para ello se examinaron artículos científicos publicados en español y en inglés, tanto estudios cuantitativos como cualitativos que contuviesen información relacionada con el VIH en jóvenes universitarias(os) y determinantes biopsicosociales de las jóvenes universitarias(os) referentes a su salud sexual vinculadas al VIH. Para ser incluidos los estudios debían contener en el título o en la información términos de búsqueda que incluyen combinaciones de “HIV”, “RISK FACTORS”, “UNIVERSITY STUDENTS”, “COLLEGE STUDENTS” con operadores booleanos, como se muestra en la tabla 1. Debían, además, situarse geográficamente en América o Europa y estar publicados en una revista científica desde hace una década, es decir, desde octubre de 2009 a octubre de 2019. También realizamos una búsqueda en la tabla de contenidos de la OMS, ONUSIDA y Ministerio de Salud de Chile para obtención de cifras oficiales relevantes. Este fue un proceso iterativo de búsqueda de información como de artículos publicados y no finalizó hasta que ningún estudio adicional fuese identificado.

ESTUDIO	PAIS	ANO	TIPO DE ESTUDIO	BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE
DEGROOTE S, ET AL (19)	BELGICA	2014	CUANTITATIVO	PUBMED	VIH, UNIVERSITY STUDENTS
BALFOUR L, ET AL (27)	GUYANA	2010	CUANTITATIVO TRANSVERSAL	SCOPUS / PUBMED	VIH, UNIVERSITY STUDENTS
RAMIREZ P, ET AL (20)	CHILE	2018	CUANTITATIVO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO	PUBMED	VIH, UNIVERSITY STUDENTS, CHILE
BERMUDEZ M, ET AL (21)	PERU	2017	CUANTITATIVO	PUBMED	VIH, UNIVERSITY STUDENTS, LATIN AMERICA
FORTIN I, ET AL (8)	GUATEMALA	2013	CUALITATIVO	WEB OF SCIENCE	VIH, COLLEGE STUDENTS
TRIEU LS, ET AL (22)	USA	2011	CUANTITATIVO	WEB OF SCIENCE / PUBMED	VIH, COLLEGE STUDENTS
MUNOZ A, ET AL (23)	ESPAÑA	2009	CUANTITATIVO	SCOPUS / PUBMED	VIH, UNIVERSITY STUDENTS
KORT DN, ET AL (27)	USA	2016	CUANTITATIVO	PUBMED	VIH, COLLEGE STUDENTS
ROJAS C, ET AL (24)	ESPAÑA	2015	CUALITATIVO	WEB OF SCIENCE	VIH, COLLEGE STUDENTS
ANWURI GC, ET AL (32)	USA	2017	CUANTITATIVO	PUBMED	VIH, COLLEGE STUDENTS
CALDEIRA K, ET AL (33)	USA	2012	CUANTITATIVO	SCOPUS	VIH, COLLEGE STUDENTS
NASCIMENTO B, ET AL (25)	BRASIL	2018	CUANTITATIVO DESCRIPTIVO	SCIELO / PUBMED	VIH, ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, FACTORES DE RIESGO
HOYOS P, ET AL (29)	COLOMBIA	2019	CUALITATIVO	SCIELO	VIH, ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, FACTORES DE RIESGO
BALLESTER R, ET AL (26)	ESPAÑA	2013	CUANTITATIVO DESCRIPTIVO	SCIELO	VIH, ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, FACTORES DE RIESGO
STUARDO V, ET AL (18)	CHILE	2019	CUANTITATIVO DESCRIPTIVO	PUBMED	VIH, RISK'S FACTOR, UNIVERSITY STUDENTS
FERNANDES V, ET AL (30)	BRASIL	2018	CUANTITATIVO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO	WEB OF SCIENCE	VIH, RISK'S FACTOR, UNIVERSITY STUDENTS
PEREZ I, ET AL (31)	NICARAGUA	2015	CUALITATIVO	WEB OF SCIENCE	VIH, RISK'S FACTOR, UNIVERSITY STUDENTS
GOMES A, ET AL (28)	PORTUGAL	2017	CUANTITATIVO COHORTE PROSPECTIVO	WEB OF SCIENCE	VIH, RISK'S FACTOR, UNIVERSITY STUDENTS
VILLEGAS N, ET AL (34)	CHILE	2016	CUANTITATIVO COHORTE PROSPECTIVO	PUBMED	VIH, UNIVERSITY STUDENTS
BELMAR J, ET AL (9)	CHILE	2017	CUALITATIVO EXPLORATORIO DESCRIPTIVO	SCIELO	VIH, STUDENTS

Tabla 1. Análisis representativo. Descripción de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Se excluyeron artículos que no cumplieron con el marco conceptual de la pregunta exploratoria, artículos provenientes del continente africano y asiático como duplicados de los mismos. También se excluyeron artículos de comentarios, actas de congresos, tesis y cartas al director. De una búsqueda inicial de 680 artículos, 20 desde el año 2009 cumplieron con nuestros criterios de inclusión.

3.2.Extracción de datos

Inicialmente seleccionamos los títulos y los resúmenes según el enfoque de los factores que influyen en el VIH y las(os) jóvenes universitarias(os) con el objetivo de identificar los estudios potencialmente elegibles. Se eliminaron los artículos que eran duplicados y se llevó a cabo una revisión de resúmenes a primer nivel (1 persona) y luego a segundo nivel (2 personas) para los que se obtuvo el artículo a texto completo. Ambas autoras revisaron la nueva submuestra (54 ejemplares) y se descartaron artículos que no cumplieran con los criterios de inclusión ni con la calidad de los estudios esperada, por lo que se obtuvo el número de 20 artículos a revisar.

Se recopilaron datos descriptivos como: autor, año de publicación, país, tipo de artículo, revista científica de publicación, características de los participantes, nivel de formación académica, conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y VIH. El área de principal interés para esta revisión fueron los resultados de los artículos que ayudaran a identificar factores biopsicosociales que expliquen el aumento de VIH en jóvenes universitarias(os) de América y Europa. Estos factores pudieron ser clasificados en 4 subcategorías: factores asociados a conocimiento, factores asociados a prevención, factores asociados a tratamiento y factores asociados a riesgo.

3.3.Calidad de los estudios

Los riesgos de sesgo se evaluaron utilizando el manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, para así dejar en evidencia la calidad de los artículos (14). Cada estudio se clasificó en subcategorías: bajo riesgo y alto riesgo, con justificaciones. Relacionamos las categorías con la interpretación de los tamaños del efecto para los resultados del estudio, eliminando los artículos cuyo sesgo no nos parecía apropiado. En la figura 1 se puede observar el análisis de los artículos que fueron incluidos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Número de artículo
+	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Generación de la secuencia aleatoria (SESGO DE SELECCIÓN)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ocultamiento de la asignación (SESGO DE SELECCIÓN)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Cegamiento de los participantes o personal (SESGO DE FUNCIONAMIENTO)
-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Cegamiento de la evaluación del desenlace (SESGO DE DETECCIÓN)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Seguimiento incompleto (SESGO DE DESGASTE)
-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Reporte selectivo de resultados (SESGO DE REPORTE).
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	Otros sesgos.

1. Degroote S, ET AL (19)	6. Trieu LS, ET AL (22)	11. Caldeira K, ET AL (33)	16. Fernandes V, ET AL (30)
2. Balfour L, ET AL (27)	7. Muñoz A, ET AL (23)	12. Nascimento B, ET AL (25)	17. Pérez I, ET AL (31)
3. Ramírez P, ET AL (20)	8. Kort DN, ET AL (27)	13. Hoyos F, ET AL (29)	18. Gomes A, ET AL (28)
4. Bermúdez M, ET AL (21)	9. Rojas C, ET AL (24)	14. Ballester R, ET AL (26)	19. Villegas N, ET AL (34)
5. Fortin I, ET AL (8)	10. Anwuri GC, ET AL (32)	15. Stuardo V, ET AL (18)	20. Belmar J, ET AL (9)

Figura 1. Análisis representativo. Descripción de los sesgos de los artículos incluidos.

3.4. Selección de resultados

De los 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión se seleccionó de sus resultados información que estuviese asociada a los factores biopsicosociales relacionados con el VIH en jóvenes universitarias(os) por su relevancia y frecuencia de aparición disponible en los estudios. Los cuatro resultados con mayor frecuencia de aparición corresponden a: factores asociados a conocimiento, factores asociados a prevención, factores asociados a tratamiento y factores asociados a riesgo. No todos los estudios contenían la totalidad de los factores, por lo que su inclusión se determinó por la importancia de sus resultados para enriquecimiento del análisis comparativo.

3.4.1. Factores asociados a conocimiento.

Dentro de esta categoría los términos más frecuentes corresponden a: conocimiento sobre VIH, invulnerabilidad, métodos de contagio de ITS y estigma social.

3.4.2. Factores asociados a prevención.

Dentro de esta categoría los términos más frecuentes corresponden a: uso de condón y realización de la prueba de VIH.

3.4.3. Factores asociados a tratamiento.

Dentro de esta categoría los términos más frecuentes corresponden a: componentes del tratamiento, adhesión y abandono de tratamiento y efectos positivos/negativos de la terapia antiretroviral (TARV).

3.4.4. Factores asociados a riesgo.

Dentro de esta categoría los términos más frecuentes corresponden a: abuso de drogas, desuso de condón y promiscuidad.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de los estudios:

De los 680 artículos inicialmente identificados, 54 cumplieron primariamente nuestros criterios de inclusión. Luego de un segundo análisis a texto completo solo 20 artículos fueron seleccionados (figura 2). En dos casos, más de un artículo presentó información del mismo estudio (15, 16). Si de dos artículos se obtuvo información similar que no proporcionara al estudio diferentes resultados, fue elegido para su inclusión el artículo más reciente o con la muestra más grande.

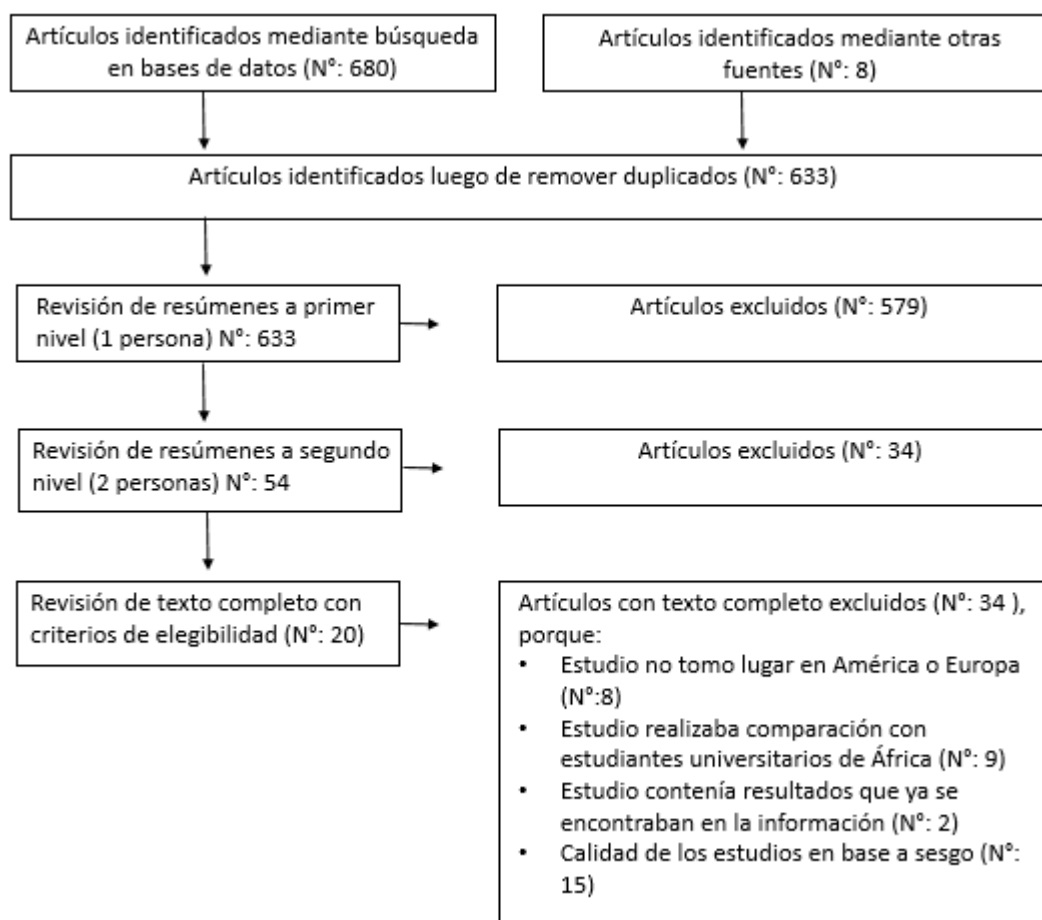


Figura 2. Disposición de artículos. Se observa el proceso de búsqueda y selección.

La tabla 2 provee los datos descriptivos de los estudios revisados. La mayoría de los artículos fueron realizados en Estados Unidos y Chile (n=4, 20% cada uno). El resto tomó lugar en España (n=3, 15%), Portugal (n=2, 10%), Brasil (n=2, 10%), Bélgica, Colombia, Nicaragua, Guyana, Perú, Guatemala (n=1, 5%). El año de publicación de los artículos que tuvo mayor frecuencia fue el 2017 (n=4, 20%), seguido por los años 2013, 2015 y 2016 (n=2, 10%, cada uno). El diseño de estudio que presentó mayor frecuencia fueron los cuantitativos transversales descriptivos (n=16, 80%) y, en menor medida, los cualitativos (n=4, 20%).

La mayoría de los estudios incluyó ambos sexos, mujeres y hombres; dos estudios incluyeron solo hombres (17, 18) y, otro, solo mujeres (9). De los estudios que indicaban el porcentaje de hombres y mujeres, la mayoría eran mujeres (9, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30). Todos los estudios se llevaron a cabo en estudiantes, de los cuales se especificó que pertenecían al área de la salud (20, 26, 28, 29, 30), a las ingenierías (30, 31) y a las leyes (30). Los rangos etarios de todos los estudios incluidos fueron de los 17 a los 40 años, muchos de ellos con un rango que superaba los 10 años o más (22, 23). De los 8 estudios que reportaron la media de edad de sus participantes, la media total fue de 22 años. El número de participantes de cada estudio incluido fluctuó desde los 16 hasta los 4487 (19, 24). En general, en los estudios que se mide el comportamiento humano en relación a su sexualidad, solo una pequeña porción de estudiantes se adhiere a los mismos, por lo que disminuye sustancialmente el tamaño de la muestra y, por ende, de sus resultados (más aún en los estudios cualitativos).

ESTUDIO	PAIS	ANO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	EDADES (MEDIA)	SEXO	MUJERES %	HOMBRES %	FACTOR
DEGROOTE S, ET AL (19)	BELGICA	2014	CUANTITATIVO	450	20	AMBOS	79.7%	20.1%	CONOCIMIENTO
BALFOUR L, ET AL (27)	GUYANA	2010	CUANTITATIVO TRANSVERSAL	119		AMBOS			CONOCIMIENTO
RAMIREZ P, ET AL (20)	CHILE	2018	CUANTITATIVO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO	151	22	AMBOS	63%	37%	PREVENCION/RIESGOS
BERMUDEZ M, ET AL (21)	PERU	2017	CUANTITATIVO	1377	20	AMBOS	50.7%	49.3%	CONOCIMIENTO/PREVENCION
FORTIN I, ET AL (8)	GUATEMALA	2013	CUALITATIVO	184		AMBOS			PREVENCION/RIESGOS
TRIEU LS, ET AL (22)	USA	2011	CUANTITATIVO	4487	20	AMBOS	54.3%	45.7%	PREVENCION
MUNOZ A, ET AL (23)	ESPANA	2009	CUANTITATIVO	683		AMBOS	64% /51%	36% / 49%	PREVENCION/RIESGOS
KORT DN, ET AL (27)	USA	2016	CUANTITATIVO	665		HOMBRES		100%	PREVENCION
ROJAS C, ET AL (24)	ESPANA	2015	CUALITATIVO	269		AMBOS	73.3%	26.7%	PREVENCION
ANWURI GC, ET AL (32)	USA	2017	CUANTITATIVO	189	28	AMBOS			PREVENCION
CALDEIRA K, ET AL (33)	USA	2012	CUANTITATIVO	957	19	AMBOS			PREVENCION
NASCIMENTO B, ET AL (25)	BRASIL	2018	CUANTITATIVO DESCRIPTIVO	90	22		87%	13%	CONOCIMIENTO/PREVENCION
HOYOS P, ET AL (29)	COLOMBIA	2019	CUALITATIVO	18	22	AMBOS	50%	50%	CONOCIMIENTO/PREVENCION
BALLESTER R, ET AL (26)	ESPANA	2013	CUANTITATIVO DESCRIPTIVO	3540		AMBOS	50.9%	49.1%	PREVENCION
STUARDO V, ET AL (18)	CHILE	2019	CUANTITATIVO DESCRIPTIVO	375		HOMBRES		100%	CONOCIMIENTO/PREVENCION
FERNANDES V, ET AL (30)	BRASIL	2018	CUANTITATIVO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO	384		AMBOS	50%	50%	CONOCIMIENTO/PREVENCION
PEREZ I, ET AL (31)	NICARAGUA	2015	CUALITATIVO	16		AMBOS			CONOCIMIENTO
GOMES A, ET AL (28)	PORTUGAL	2017	CUANTITATIVO COHORTE PROSPECTIVO	1303		AMBOS			PREVENCION/RIESGOS
VILLEGAS N, ET AL (34)	CHILE	2016	CUANTITATIVO COHORTE PROSPECTIVO	40		AMBOS			PREVENCION
BELMAR J, ET AL (9)	CHILE	2017	CUALITATIVO EXPLORATORIO DESCRIPTIVO	16		MUJERES	100%		TRATAMIENTO

Tabla 1. Análisis representativo. Descripción de los estudios incluidos en la revisión sistemática

4.2. Contenido de los estudios:

La mayoría de los artículos de metodología cuantitativa realizó encuestas mientras que en los de metodología cualitativa se llevaron a cabo entrevistas. Se determinó la convergencia a 4 aspectos claves y fundamentales: los factores de conocimiento, los factores de prevención, los factores de riesgo y los factores de tratamiento.

4.2.1. Factores de conocimiento

Seis artículos cumplieron con este aspecto basándose en estudios realizados en universitarios correspondientes a los países de Colombia (29), Brasil (30), Nicaragua (31), Estados Unidos (26), Guyana (27) y Bélgica (19), fluctuando en un rango de edad entre los 18 a 29 años, siendo la cantidad de muestra variable para cada uno, donde fueron aplicadas encuestas. Se determinó que las(os) universitarias(os) supieron identificar que el VIH afecta al sistema inmune, resaltando elementos de transmisión como las relaciones sexuales (bucogenitales, anales o vaginales) sin protección, el uso compartido de jeringas en las drogas intravenosas y la transmisión materno infantil (29). Aunque muchos consideraron que todas las personas son vulnerables a adquirir el VIH, pocos reconocieron que existe una mayor exposición a la enfermedad en las personas que se dedican al trabajo sexual, que son de orientación homosexual o que tienen encuentros y prácticas sexuales de alto riesgo (29, 30, 31). También fue el sexo femenino el que atribuyó mayor grado de conocimiento, aquellos estudiantes que poseían mayor edad, los que tuvieron una mayor cantidad de parejas sexuales (mayor o igual a 5), los que tenían hijos, aquellos que pertenecían a carreras relacionadas con el área de la salud, los estudiantes con pareja estable así como los estudiantes que reconocieron haber tenido alguna ITS en la actualidad o en el pasado (19, 25, 30).

Estudios revelaron que países de Latinoamérica señalaron la influencia del ambiente y entorno social como un elemento negativo (30, 31). El machismo y la religión expresan una problemática cultural y de salud, un problema educativo que posee múltiples carencias. Se estableció una brecha amplia en lo que respecta a la población rural por sobre la urbana, la que se acentúan tras los jóvenes entrar a la universidad y adquirir mayor conocimiento e información (31).

4.1.2 Factores de prevención

En lo que respecta a los factores de prevención, dieciséis artículos cumplieron con este parámetro basándose en estudios realizados en universitarios correspondientes a los países de Chile (9, 20, 34), Perú (21), Colombia (29), Brasil (25, 30), Guatemala (8), USA (17, 22, 32, 33), España (23, 24, 26) y Portugal (28), fluctuando edades entre los 18 a 40 años, siendo la cantidad de muestra variable para cada uno, donde fueron aplicadas encuestas. Las(os) universitarias(os), en su gran mayoría reconocieron tener una vida sexual activa, ya sea con o sin pareja estable, utilizando como principal barrera mecánica y de protección el condón, también señalaron su uso en la primera relación sexual y al tener sexo casual con gente desconocida, fuese ocasional o remunerado, siendo las mujeres las más precavidas en éste ámbito, pero paradójicamente no lo utilizaron al poseer una pareja estable (9, 24). Lo mismo aplicó para los hombres homosexuales que reconocieron utilizar condón al tener sexo con gente desconocida, ya sea en sexo casual o remunerado, pero lo evitaron cuando ya se encontraban en una relación estable (17). En el caso de las parejas heterosexuales hubo mayor uso en lo que respecta al sexo vaginal por sobre el anal o bucogenital, que fue prácticamente nulo (9, 20, 23, 29, 28, 30, 32, 33).

De la misma forma en las pruebas para detectar VIH las mujeres mostraron mayor preocupación y predisposición al igual que los homosexuales (17, 23, 24), no así en el caso de los hombres heterosexuales que preferían evitar hablar del tema e incluso postergarla, objetando como principal atribución la seguridad de no estar infectados (invulnerabilidad), principalmente aquellos que no utilizaban condón. También los estudiantes con mayor edad son quienes prefirieron y señalaron realizarse la prueba en un período menor o igual a 6 meses por sobre los estudiantes más jóvenes, que señalaron que si llegaban a realizarse la prueba sería en un período mayor a 6 meses (21).

4.1.3 Factores de tratamiento

En lo que respecta al factor tratamiento, solo un artículo describió el área de interés. Estudio chileno (9), donde la mayoría de la muestra fueron mujeres universitarias y mayores de 18 años, aplicándose doble entrevista. Se observó que la gran mayoría de éstas no se adhirió, en primera instancia al TARV, ya fuera por miedo o por escasez de información, los efectos secundarios y creer que aún no la necesitaban además de no querer ser rechazadas por la sociedad. Se mencionaron beneficios de la terapia, luego de iniciarla, pero como aspectos negativos se indicaron los efectos secundarios y la polifarmacia. Señalaron que los motivos para iniciar TARV después de haberla rechazado fueron enfermedad grave y/o persuasión del equipo médico (9). La mayoría de las entrevistadas conoce su estado de seropositividad, pero prefiere pensar que la enfermedad es de la población de los “otros” (término acogido para representar la invulnerabilidad) y, así, evitar la discriminación y marginación social. En relación a lo anterior se reconoce una disgregación respecto de que una persona sea seropositiva en comparación a que padezca de SIDA.

4.1.4. Factores de riesgo

En lo que concierne a los factores de riesgo, solo tres artículos cumplieron con este aspecto basándose en estudios realizados en universitarios correspondientes a los países de Colombia (29), Guatemala (8), Portugal (28), fluctuando una edad entre los 18 a 40 años, siendo la cantidad de muestra variable para cada uno, donde fueron aplicadas encuestas. De lo coincidente es que los universitarios reconocieron que existe una mayor exposición a la enfermedad en las personas que se dedican al trabajo sexual, que son de orientación homosexual o que tuvieron encuentros sexuales de riesgo, que la baja percepción de riesgo obstaculizó las posibilidades de tomar medidas de protección de barrera frente a sus prácticas sexuales y que delegaron la confianza en la pareja o en cualquier otra persona socialmente cercana por no considerarla perteneciente a un grupo de riesgo (8, 28). Muchos destacaron que reconocían la severidad de contraer el contagio de VIH pero no la susceptibilidad de adquirirlo (invulnerabilidad).

Con respecto al uso de drogas ilícitas como lícitas (alcohol) el uso de condón disminuye notoriamente, para ambos géneros (8, 28, 29). La influencia de las drogas se percibe como un aliciente social y no se relaciona con la pérdida de inhibiciones ni el autocontrol. Destaca su uso como un agregado en las relaciones sexuales lo que aumenta la predisposición al contagio. De igual forma, en el caso de los trabajadores sexuales remunerados si existe un intercambio de drogas se determina que existe un aumento en el riesgo por contagio (8, 29).

5. DISCUSIÓN

Esta revisión encontró que en términos de conocimiento sobre el VIH, las(os) jóvenes universitarias(os) manejan una buena calidad de los mismos, sobre todo las(os) estudiantes del área de la salud, independiente de su idiosincrasia y contexto sociocultural. Pero éste conocimiento no se traduce en una disminución en la incidencia de la infección dejando de manifiesto que la toma de decisiones se encuentra supeditada al contexto sociocultural individual. Paralelamente se identificó el no uso del condón de manera alarmante y, consecuentemente, se evidenció que se ha convertido en un tema de investigación biomédica cuantitativa, que refleja su poca o nula aceptación.

La escasez de material actualizado como la falta de investigación bajo la perspectiva cualitativa comprensiva del problema nos permitió atribuir este no uso a la “invulnerabilidad” de las(os) jóvenes y a su percepción y creencia de que los individuos seropositivos corresponden siempre a una población marginada o la de los “otros”.

Si bien se reconocen las diferentes prácticas de riesgo y, también las consecuencias del contagio del virus, la población adulta joven prefiere evitar tomar conocimiento del tema y hacerse cargo de su salud personal. Se aprecia que aún existe esa gran brecha entre las personas no contagiadas, posiblemente contagiadas y las ya detectadas con VIH; destacando que éstas últimas por temor y vergüenza de ser juzgados y excluidos prefieren no tratarse o dejar los tratamientos inconclusos, con tal de no pertenecer a esa población referida como los “otros” (estigma social y discriminación).

Se podría decir que la población joven universitaria presenta una especie de adolescencia de carácter tardía, en la que la toma de decisiones recae en otros y no en ellos mismos, siendo un factor de riesgo en lo que respecta a la salud y la salud sexual y no previendo las consecuencias a futuro.

No existe una diferencia significativa tanto en aplicación como conocimiento del tema, entre los países latinoamericanos, norteamericanos y europeos, lo que evidencia que el desuso de condón es algo transversal para la juventud y se prefiere evitar la autorresponsabilidad, autocuidado y la prevención para delegarla al servicio de un par, lo que genera un aumento en la susceptibilidad y predisposición a la continuidad del aumento del contagio.

Cabe destacar que si bien son las mujeres las que poseen mayor conocimiento siguen siendo susceptibles al contagio de VIH; debido a que son mayormente expuestas por sus parejas, ya sean estables o no, prefiriendo adoptar una postura pasiva con tal de no romper el vínculo afectivo o la confianza de su pareja al no exigir el uso de condón; lo que se ha visto reflejado en el mayor aumento de casos reportados con VIH y la feminización del VIH como tal; ya que muchos hombres que se reconocen como heterosexuales tienen como prácticas sexuales el sexo con hombres, acrecentándose más aún con el uso de internet; ya que existen sitios de citas virtuales lo que lleva a prácticas sexuales riesgosas como el “barebacking” y el “bug chaser”.

Como limitaciones se puede mencionar la poca evidencia que existe en Chile de estudios y artículos que solo se aboquen a lo que fue nuestra búsqueda y uso de palabras claves; lo que nos obligó a tener que ampliar nuestras estrategias teniendo siempre en consideración la población a estudiar en cuanto a su rango etario sin excluir los estudios que incluían a un solo género y no ambos. En adición, todos los resultados se basaron en el auto-informe, lo que crea un potencial para el sesgo de deseabilidad social y error de memoria. Además, es posible que en nuestra estrategia de búsqueda se hayan excluido artículos potencialmente elegibles, aun cuando se intentó minimizar este riesgo.

Concluimos que la educación sexual es una herramienta fundamental para la prevención del VIH en la población joven universitaria; ya que éstos tienen bajos niveles de conocimiento sobre el virus, lo que se puede atribuir a un acceso limitado a una educación sexual integral debido al estigma social. Es por ello que el conocimiento debe mantenerse en

constante actualización con el fin de dilucidar a cabalidad los factores que determinan el aumento del contagio en la población joven universitaria.

Abogando porque la investigación en salud incorpore ambas dimensiones de la realidad, contando que ya se tiene el conocimiento cuantitativo en base a los hechos (el no uso del condón y el aumento estadístico del contagio), pero faltando cualitativamente los significados (el por qué no lo usan) se pesquisan conceptos claves o lineamientos que merecen una mayor profundización y detalle como lo es la “invulnerabilidad”. Factor clave respecto de la simbiosis que existe entre el aumento del VIH en la población universitaria.

Por lo tanto, se concluye que la problemática estriba en reconocer la necesidad del uso de condón que lo legitime como método de prevención; ya que sustentarían directrices para realizar nuevos enfoques de impacto en su usabilidad, distribución y permanencia como medida preventiva de importancia capital.

6. REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Sexual Transmitted Infections Factsheets. Available online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
2. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS statistics — 2018 fact sheet. Available online: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
3. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional VIH/Sida. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2018;4(2) Disponible en <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/02/factografico-de-salud-febrero-2018.pdf>
4. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-sp.pdf?ua=1
5. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile. Boletín Epidemiológico Trimestral Sífilis N°2. 2018. Volume 112. Available online: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/BET-SIFILIS-JUNIO-2018.pdf>
6. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile. Boletín Epidemiológico Trimestral Gonorrea N°2. 2018. Volumen 112. Available online: <http://epi.minsal.cl/boletin-epidemiologico-trimestral-edicion2-2018-3/>
7. Universidad de Chile. La Infección por VIH en nuestro país es una epidemia que no está controlada en estos momentos. Noticias. 2016. Available online: <http://www.uchile.cl/noticias/124942/la-infeccion-por-vih-en-chile-es-una-epidemia-que-no-esta-controlada>
8. Fortin I, Bertrand J. Drug Use and HIV risk among middle-class young people in Guatemala City. *Journal of drugs issues*. 2013; 43(1):20-38. doi: 10.1177/0022042612466615

9. Belmar J, Stuardo V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. 2017;34(4):352-358. doi: 10.4067/s0716-10182017000400352
10. Díaz MS, Orlando S, Ballester R. Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. Ciênc. saúde coletiva. 2019;24(4):1417-1426. doi: 10.1590/1413-81232018244.02322017.
11. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=451FAAEFCA0CE0FCC84AC44E8FE395A2?sequence=1>
12. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile. Available online: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73. doi: 10.7326/m18-0850
14. Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible en www.cochrane-handbook.org.
15. Lehrer J, Lehrer E, Koss M. Unwanted sexual experiences in young men: Evidence from a survey of university students in Chile. Archives of sexual behavior. 2013;42(2):213-23. doi: 10.1007/s10508-012-0004-x
16. Schuster I, et al. Sexual aggression victimization and perpetration among male and female college students in Chile. Frontiers in psychology. 2016;7:1354. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01354

17. Kort DN, Samsa GP, McKellar M. Sexual orientation differences in HIV testing motivation among college men. *Journal of American College Health*. 2017;65(3):223–227. doi: 10.1080/07448481.2016.1277429
18. Stuardo V, Fuentes M, Muñoz R, Bustamante L, Faba A, Belmar J, Casabona J. Prevalence and risk factors for HIV infection in population of homosexual, bisexual and other men who have sex with men in the metropolitan region of Chile: a re-emerging health problem. 2019. doi: 10.1007/s10461-019-02486-9
19. Degroote S, Vogelaers D, Liefhooghe G, *et al.* Sexual experience and HIV-related knowledge among Belgian university students: a questionnaire study. *BMC Res Notes* 2014;7:299 doi:10.1186/1756-0500-7-299
20. Ramírez P, Ramírez M. Predicting condom use among undergraduate students based on the theory of planned behaviour, Coquimbo, Chile, 2016. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018;15:1689. doi:10.3390/ijerph15081689
21. Bermúdez MP, Ramiro MT, Teva I, Ramiro T, Buela G. Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). *Gac Sanit.* 2018;32(3):223–229. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.002
22. Trieu LS, Bratton S, Hopp H. Sexual and Reproductive Health Behaviors of California Community College Students. *J Am Coll Health*. 2011;59:744–750. doi: 10.1080/07448481.2010.540764
23. Muñoz A, Sanchez M, Martins A, Nunes C. Gender differences in HIV-related sexual behavior among college students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*. 2009;12(2):485-495. doi: 10.1017/S1138741600001864
24. Rojas C, Pastor Y, Hernández JE. Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2015; 6: 28-38. doi: 10.1016/S2171-2069(15)70004-9

25. Nascimento B, Spindola T, Reicherte M, De almeida R, Santos R, Sampaio R. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. 2018. doi: 10.6018/eglobal.17.1.261411
26. Ballester R, Gil-Llario M, Ruiz-Palomino E, Gimenez C. Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. 2013;29(1):76-82. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601>
27. Balfour L, Corace K, Tasca GA, Best-Plummer W, MacPherson PA, Cameron DW. High HIV knowledge relates to low stigma in pharmacists and university health science students in Guyana, South America. *International Journal of Infectious Diseases*. 2010;14:881-887. doi:10.1016/j.ijid.2010.03.021
28. Gomes A, Caramelo F, Patricio M, Camameiro A, Massano S, Rui J. Impact of and educational intervention program on the sexual behaviors of higher education students. 2017. doi: 10.12707/RIV17022
29. Hoyos P, Sanabria J, Orcasita L, Valenzuela A, González L, Osorio T. Social representations associated with HIV/ AIDS in colombian university students. 2019;28(2):227-238. doi: 10.1590/S0104-12902019180586
30. Fernandes V, Spindola T, Ribeiro M, Passos C, Lourdes N, Andre O, D'Onofrio C. Young university students and the knowledge about sexually transmitted infections. 2018;22(2):20170318. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0318
31. Pérez I, Morón J, Cobos D. Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/SIDA: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaraguenses. 2015;13(1)4. doi: 10.15517/psm.v13i1.19292
32. Anwuri, GC, Dunn MS, Schulze F. Determinants of voluntary HIV/AIDS counseling and testing among community college students in the United States. *International journal of MCH and AIDS*. 2017;6:109-120. doi: 21106.ijma.212
33. Caldeira K, et al. HIV testing in recent college students: prevalence and correlates. *AIDS education and prevention* . 2012; 24 (4):363-376. doi: 10.1521/aeap.2012.24.4.363

34. Villegas N, Santisteban D, Cianelli R, Ferrer L, Ambrosia T, Peragallo N, Lara L. Pilot Testing an Internet-Based STI and HIV Prevention Intervention With Chilean Women. 2015; 47(2):106–116. doi:10.1111/jnu.12114.