

Comportamientos sexuales y reconocimiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes cubanos de escuelas de artes y deportes

Sexual behaviors and syndrome recognition of the sexually transmitted infections (STI) in Cuban students of Art and Sports schools

Jorge Luis Calero^I; Juan Carlos Vázquez^{II}; Emma Domínguez^{III}

^IMáster en género, sexualidad y salud reproductiva. Pedagogo. Investigador auxiliar. Profesor auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Epidemiología Clínica. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Investigador agregado. Profesor asistente. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

^{III}Bioestadística. Investigadora Auxiliar. Asistente. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar los comportamientos sexuales y el reconocimiento sindrómico que con relación a las ITS tienen los y las estudiantes (de 15 a 19 años) de escuelas nacionales de Artes y Deportes.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo donde se aplicó una encuesta probabilística a 1 203 adolescentes (varones y mujeres), luego de la realización de 8 grupos focales (GF). Los GF fueron grabados, transcritos y analizados como corresponde a la metodología cualitativa. El cuestionario se analizó con la ayuda del software SPSS 11,5 y se utilizaron estadígrafos descriptivos, además de la prueba de Chi cuadrado para determinar el nivel de asociación entre variables.

RESULTADOS: El 72,6 % (866) ha tenido relaciones coitales (RSC), con una edad promedio al inicio de 14,6±1,5 años. De los iniciados, el 93,0 % (756) refirió haberse protegido en todas sus RSC. Aunque el 93,8 % dice conocer las ITS, solo el 32,2 % reconoció algún síntoma y/o signo de ITS; el 42,9 % señaló alguna consecuencia de las ITS para las mujeres y el 36,2 % para los varones. Solo el 18,0 % percibe riesgos de contagiarse con una ITS, tal como se muestra en los GF, donde las adolescentes muestran la más baja percepción.

CONCLUSIONES: Independientemente de que la mayoría de los entrevistados refieren protegerse en sus RSC, los argumentos negativos que giran en relación a este método en sus discursos, hace pensar que dichas frecuencias sean más bajas de lo que parecerían ser. El bajo nivel de información de los adolescentes sobre signos y síntomas de una ITS los hace vulnerables de infectarse y no acudir al especialista.

Palabras clave: Comportamientos sexuales, reconocimiento sindrómico, infección de transmisión sexual, adolescentes.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To determine the sexual behaviors and the syndrome recognition that with relation to sexually transmitted diseases (STD) have the students (women and men) aged 15 to 19 of Arts and Sports National Schools.

METHODS: A descriptive study was conducted including a probabilistic survey to 1 203 adolescents (boys and girls) after the creation of 8 focal groups (FG). These FG were taped, transcribed and analyzed to correspond with the qualitative methodology. The questionnaire responses were analyzed with the help of SPSS 11.5 software and descriptive statistics in addition to the Chi² test to determine the level of association among variables.

RESULTS: The 72 % (866) had sexual intercourses (SIC) at a mean age at onset of 14.6 ± 1.5 years. From those initiated, the 93.0 % (756) referred its protection in all the SIC. Although the 93.8 % says to know on STD, only the 32.2 % recognized some symptom and or sign of STD; the 42.9 % mentioned some consequence of the STD for women and the 36.2 % for men. Only the 18.0 % knows on the risks of becomes infected with a STD just as is showed in FG, where the adolescents show the lowest perception of it.

CONCLUSIONS: Regardless of that most of the interviewed refer to apply the protection in SICs, the negative arguments centered in relation to this method, we must to think that such frequencies be lower than to be expected. The low level of information of adolescents on signs and symptoms of a STD become them vulnerable of infection and don't seek the help of a specialist.

Key words: Sexual behaviors, syndrome recognition, STD, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Estudios internacionales han demostrado que en los países en desarrollo las infecciones sexualmente transmisibles (ITS) se encuentran entre las cinco primeras causas de años de vida saludable perdidos.¹

Estas constituyen un serio problema para la salud pública. Más del 60 % de las nuevas infecciones tienen lugar en las personas más jóvenes, sobre todo en aquellos menores de 24 años, y en una tercera parte de los adolescentes con vida sexual activa de los países desarrollados, lo cual indica que la edad constituye un importante factor de riesgo para las ITS.^{2,3} En los y las adolescentes sexualmente

activos/as, las ITS son tres veces más frecuentes que en edades maduras de la vida.⁴

Durante la adolescencia los varones y las mujeres comienzan nuevas conductas sexuales. La más destacada es la incorporación a la práctica de las relaciones sexuales coitales (RSC), muchas veces con un nivel de información insuficiente o erróneo. En esta etapa alrededor del individuo giran determinadas condiciones psicosociales que incrementan su vulnerabilidad al contagio con una ITS, sobre todo entre los que tienen una escasa y en ocasiones nula información de cómo prevenir una ITS. Este hecho limita la posibilidad de identificar los síntomas de algunas infecciones, lo que puede causar el retraso para contactar con el médico.

Por todo lo anterior, se decidió realizar el presente estudio, con el propósito de describir las percepciones, los comportamientos y el nivel de información que tienen los adolescentes (varones y mujeres) de 15 a 19 años, estudiantes de escuelas de artes y deportes de la Ciudad de La Habana, con relación a las ITS.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sustentado en los presupuestos teóricos de las metodologías cuantitativa y cualitativa de la investigación, que no solo perseguía medir la magnitud del problema sino, además, comprender las percepciones que los y las adolescentes estudiantes de escuelas de artes y deportes tienen con relación a las ITS.

Desde el punto de vista cuantitativo se aplicó una encuesta a una muestra probabilística (n=1 203) de los adolescentes de 15 a 19 años que cursan el nivel medio en las Escuelas Nacionales de Arte y en la Escuela Provincial de Deportes "Manuel Fajardo", todas ubicadas en la ciudad de La Habana. Desde la perspectiva cualitativa, se realizaron 8 sesiones de grupos focales (con grupos formados por entre 7 y 10 participantes, segregados por género y especialidad de estudio).

El procedimiento muestral se realizó en dos etapas. En una primera etapa se realizó un muestreo por conglomerados representados por todas las escuelas de artes y deportes (del nivel medio) enclavadas en la Ciudad de La Habana, mientras que en la segunda y última etapa se seleccionaron los y las estudiantes que participarían en el estudio, para lo cual se crearon muestras independientes para cada sexo, proporcionalmente al tamaño de su población.

Los estudiantes que participaron en el llenado de la encuesta se seleccionaron a partir de un muestreo aleatorio simple. Para ello se utilizó un listado único en el que aparecían todos los estudiantes por cada escuela seleccionada. Dicho listado comenzó con el primer estudiante, del primer grupo, del primer año de estudios, seguido por los restantes adolescentes, hasta llegar al último estudiante, del último grupo, del último año de estudios. Este procedimiento se repitió en cada una de las escuelas que participaron del estudio.

Instrumentos

Para la realización de los grupos focales se utilizó una guía semiestructurada de entrevista, por medio de la cual el moderador guió el curso de las sesiones.

Por otra parte, para el llenado de la encuesta se utilizó un cuestionario autoadministrado creado al efecto que presentaba preguntas abiertas, preguntas cerradas y preguntas mixtas, con un diseño y estructura basados en elementos ya validados en estudios previos. A este instrumento se le administró una prueba piloto en una muestra de 40 adolescentes (de similares características a los entrevistados), con el fin de detectar el nivel de comprensión y dificultad de cada acápite del cuestionario.

Manejo de los datos y análisis de la información

La información proveniente de las grabaciones de las discusiones de GF se transcribió íntegramente para poder contar con los discursos textuales de los participantes y se enriqueció con las anotaciones hechas por el observador, a fin de tener más elementos que facilitarían el análisis de la información. Luego, las transcripciones se analizaron con la ayuda del ATLAS/ti (software diseñado para el análisis de materiales cualitativos), para lo cual se crearon inicialmente categorías abiertas que se transformaron en categorías empíricas y luego en categorías analíticas.

Por su parte, en relación con el análisis de los cuestionarios, las preguntas abiertas fueron inicialmente analizadas cualitativamente en su contenido, a fin de establecer categorías cerradas que permitieran su análisis estadístico posterior. Lo anterior se hizo con el objetivo de mantener la espontaneidad en las respuestas de los entrevistados, sin establecer conceptos o categorizaciones *a priori*. Para este procedimiento se utilizó una técnica inductiva^{5,6} que consistió en listar una a una las respuestas de los entrevistados, para luego condensarlas por sinonimia en categorías de significados más abstractas. Estas categorías y su contenido se validaron mediante un criterio de jueces.

El análisis estadístico se realizó con la ayuda del software SPSS 11.5 (para Windows). Para el análisis univariado se utilizaron estadígrafos propios de la estadística descriptiva: frecuencia, media, moda, y desviación estándar, etc.

También se realizaron análisis bivariados y multivariados a fin de establecer asociaciones estadísticas entre variables. Para estimar el nivel de relación que pudiera existir entre las variables se utilizó la prueba de Chi², tomando como nivel de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

En todo momento los participantes tuvieron la entera libertad de formar parte del estudio. La naturaleza del anonimato y la confidencialidad fueron dos premisas importantes e inflexibles durante toda la investigación. Se siguió el proceso de Consentimiento Informado.

RESULTADOS

De los 1 203 adolescentes que participaron en el estudio, el 72,2 % (869) representó a las Escuelas de Artes y el resto a las Escuelas de Enseñanza Deportiva

Respecto al comportamiento de las diferentes variables sociodemográficas utilizadas para el estudio. Se encontró que el promedio de la edad de los entrevistados ($\pm$ desviación estándar) fue $16,7 \pm 1,3$ años. Hubo predominio de personas de piel blanca (54,3 %), estado conyugal "soltero" (82,3 %), cursar el primer año (32,0) y tener pareja actual (59,6 %). Con relación al sexo, la mayoría (54,4 %) correspondió a los varones. ([Tabla 1](#))

Tabla 1. Distribución de las principales variables sociodemográficas

Variables		No.	%
Tipo de enseñanza (n = 1203)	Artística	869	72,2
	Deportiva	334	27,8
Color de la piel (n = 1196)	Blanca	653	54,3
	Negra	205	17,0
	Mestiza	337	28,0
Grado o año de estudio (n = 1192)	Primero	381	32,0
	Segundo	372	31,2
	Tercero	298	25,0
	Cuarto	107	9,0
	Quinto	34	2,9
Situación conyugal (n = 1169)	Solteros	990	84,7
	Casados/unidos	179	15,3
Pareja actual (n = 1180)	Sí	703	59,6
	No	477	40,4
Sexo	Femenino	545	45,6
	Masculino	651	54,4

Primera relación sexual coital (RSC)

Respecto a la iniciación sexual, la mayoría (866: 72,6 %) de los que respondieron (1 193) refirieron haber tenido RSC. Al analizar el inicio de las RSC respecto al sexo y al tipo de enseñanza, se encontró una mayor frecuencia de varones iniciados en comparación con las mujeres (en ambos tipos de enseñanza). Específicamente para aquellos estudiantes de las escuelas de artes, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre varones y mujeres (79,6 % vs. 53,3 %, respectivamente), mientras que para los que estudian en la escuela de deportes no hubo diferencias desde el punto de vista estadístico. (Fig.1).

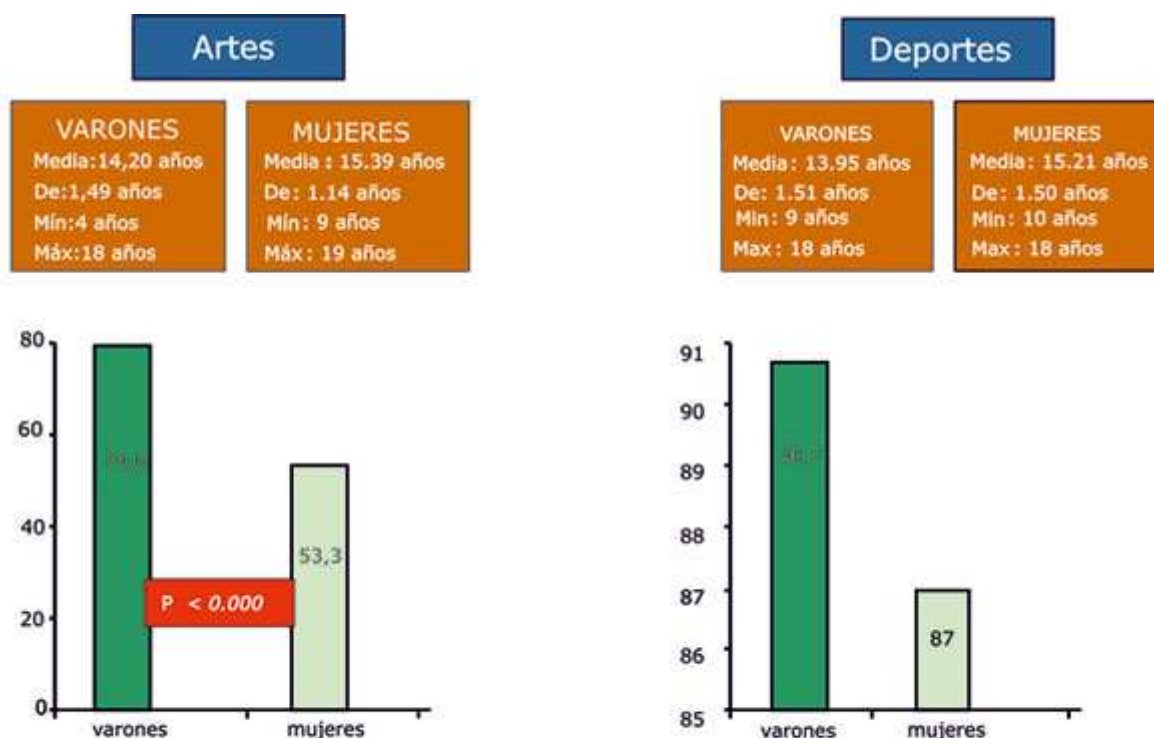


Fig. 1. Distribución de adolescentes con relaciones sexuales coitales (RSC), según sexo y tipo de enseñanza.

Protección en las RSC: uso del condón

De los 866 entrevistados que dijeron tener RSC, el 55,8 % dijo haber usado "todas las veces" condón en sus RSC, mientras que el 37,1 % lo hizo solo "algunas veces" (figura 2), lo cual no se corresponde con las frecuencias de uso proporcionadas por los entrevistados para las primeras RSC, las RSC en los últimos 6 meses y las RSC ocasionales, que fueron 72,4 %, 89 % y 96,8 %, respectivamente.

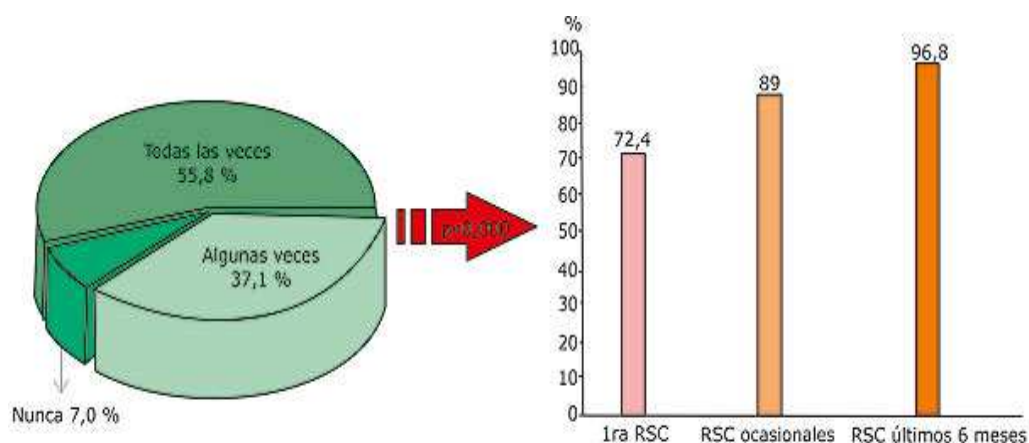


Fig. 2. Distribución de entrevistados que dijeron usar protección en todas sus RSC, respecto al porcentaje de correspondencia con lo reportado para cada una de las RSC.

Percepciones, conocimientos y actitudes en relación a las ITS

Al indagar sobre la información que tienen las y los entrevistados en relación con los principales signos y síntomas (reconocimiento sindrómico) que indican la presencia de una ITS en mujeres y varones, no solo se constató la existencia de bajos niveles de información, sino que los varones resultaron estar más desinformados, algo similar a lo que ocurrió en torno a las consecuencias que pudieran generar las ITS para varones y mujeres (tablas 2 y 3).

Llama la atención que tanto para el reconocimiento sindrómico de las ITS ([Tabla 2](#)) como para las consecuencias de estas infecciones para varones y mujeres ([Tabla 3](#)), los porcentajes de respuestas positivas no sobrepasan el 50 %, excepto el reconocimiento de consecuencias de las ITS en las mujeres por las propias mujeres (52,8 %).

Tabla 2. Reconocimiento de signos y síntomas de ITS según sexo

	Variable	Femenino	Masculino	p < 0,05	Chi ²	OR	IC 95 %
Síntomas y signos de ITS en las mujeres	Ardor al orinar	16,3	3,2	0,000	60,999	5,85	3,58-9,56
	Lesiones genitales	30,3	14,0	0,000	46,832	2,67	2,00-3,56
	Secreciones vaginales	23,5	7,5	0,000	59,923	3,77	2,65-5,36
	Inflamación/enrojecimiento	11,6	4,0	0,000	24,653	3,14	1,96-5,04
	Dolor pélvico	6,4	2,2	0,000	13,775	3,12	1,66-5,87
	Picazón	5,5	1,1	0,000	19,413	5,36	2,33- 12,30
	Reconocimiento sindrómico en mujeres	44,8	21,2	0,000	75,828	3,01	2,34-3,88
Síntomas y signos de ITS en los varones	Ardor al orinar	13,6	6,6	0,000	16,342	2,22	1,49-3,29
	Lesiones genitales	26,2	14,9	0,000	23,776	2,03	1,52-2,71
	Secreciones uretrales	16,5	8,6	0,000	17,326	2,10	1,47-2,99
	Inflamación/enrojecimiento	9,5	5,7	0,008	6,410	1,75	1,13-2,71
	Picazón	2,6	1,1	0,041	3,836	2,42	0,97-6,05
	Reconocimiento sindrómico en varones	34,5	22,0	0,000	23,265	1,87	1,44-2,41

n = 1196

Tabla 3. Reconocimiento de consecuencias de las ITS según sexo

Variable		Femenino	Masculino	p < 0,05	Chi ²	OR	IC 95 %
Consecuencias de las ITS para las mujeres	Vivir con una enfermedad crónica	13,9	9,4	0,013	6,121	1,56	1,09-2,42
	Deterioro de salud/ muerte	18,0	12,7	0,012	6,323	1,50	1,09-2,06
	Infertilidad	18,9	6,3	0,000	44,478	3,46	2,36-5,08
	Cáncer cérvico-uterino	0,6	0,2	----- --	1,402	3,59	0,37-34,68
	Transmisión	4,4	4,1	----- --	0,048	1,06	0,60-1,86
	Problemas socio-psicológicos	18,0	12,4	0,007	7,152	1,54	1,12-2,12
	Reconocimiento de consecuencias en mujeres	52,8	34,6	0,000	40,477	2,12	1,68-2,67
Consecuencias de las ITS para los varones	Vivir con una enfermedad crónica	9,4	9,7	----- ---	0,035	0,96	0,65-1,42
	Deterioro de salud/ muerte	12,7	12,9	----- ---	0,016	0,97	0,69-1,37
	Infertilidad	10,5	5,4	0,001	10,792	2,05	1,32-3,18
	Cáncer de próstata	0,4	0,3	----- ---	0,032	1,19	0,16-8,51
	Problemas socio-psicológicos	13,2	14,1	----- ---	0,213	0,92	0,66-1,28
	Reconocimiento de consecuencias en varones	38,9	33,6	0,03	3,559	1,25	0,99-1,59

n = 1196

Un aspecto de interés para el estudio se relacionó con el hecho de conocer si los entrevistados pensaban que sus amigos/as podrían (o no) tener algún riesgo de contraer una ITS. Poco menos de la mitad (42,8 %) no sabe si sus amigos corren dicho riesgo, seguidos del 33,3 % que sí considera a sus amigos vulnerables de contagiarse con una infección de transmisión sexual (Fig. 3).

Sin embargo, en cuanto a la propia percepción de riesgo de contraer una ITS, solo el 15,4 % (185) se consideró vulnerable a la posibilidad de contagio, y el 5,7 % (68) desconocía la existencia de dicha posibilidad ("no sabe") (Fig. 3).

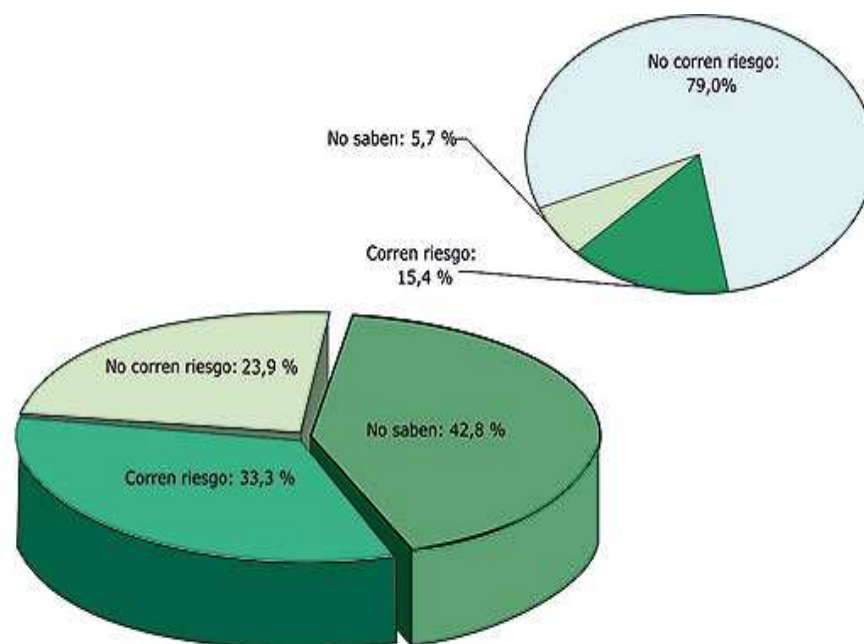


Fig. 3. Percepción de los entrevistados en relación con la posibilidad de que sus amigos corran riesgo de contagiarse vs su propio riesgo.

De acuerdo a la disposición de los entrevistados para usar en sus próximas relaciones coitales algún método que prevenga el contagio de una ITS, 985 entrevistados (81,9 %) refiere que sí lo haría.

DISCUSIÓN

La adolescencia es el periodo que se establece entre el inicio de la pubertad y el arribo a la adultez, en esta etapa se observan en los individuos importantes cambios biofisiológicos, psicológicos y sociales que los sitúan ante nuevas formas de vivenciarse a sí mismos y a todo aquello que los rodea.^{6,7}

El inicio de las RSC es uno de los aspectos que mayor interés cobra durante la adolescencia, pues además de ocurrir a edades cada vez más tempranas, estas se realizan sin la debida preparación para negociar el uso de medidas de protección y evitar así la ocurrencia de problemas ligados a la salud sexual y reproductiva.

Al revisar diversos estudios nacionales⁸⁻¹⁴ y foráneos¹⁵⁻²⁰ encontramos que la proporción de adolescentes iniciados en sus RSC oscila entre el 61 %²¹ y el 71,3 %, ^{10,11} lo que es plenamente coherente con los resultados encontrados en el presente estudio y demuestra que la proporción de adolescentes con RSC es cada vez mayor.

Algo similar ocurre con respecto a la edad de inicio de estas relaciones. Cada vez es mayor la proporción de adolescentes varones y mujeres que inician sus RSC antes de cumplir los 15 años. En un estudio publicado por *Cutié* y otros en 2005,⁸ se encontró que el 38,4 % de los y las adolescentes entrevistados habían iniciado sus RSC antes de los 15 años. Otros autores como *Elías* y otros ⁹ encontraron un porcentaje mayor de iniciados antes de los 15 años (58,9 %), y de ellos el 86,2 % eran varones. Al relacionar estos resultados con los encontrados en el presente estudio, existe cierta concordancia con la proporción de adolescentes (varones y

mujeres) que han iniciado sus RSC antes de cumplir 15 años, aunque comparativamente con el estudio de Elías⁹ la proporción encontrada es más baja.

Independientemente de la proporción de adolescentes iniciados se debe destacar que la edad de inicio de las RSC se mantiene (tanto en este estudio, como en los reportados por otros autores⁸⁻¹⁴ como promedio, cercana a los 14,5±1,4 años.

Esta iniciación precoz pudiera estar condicionada por diferentes razones. Por una parte, se conoce que el desarrollo puberal (evidenciado por la menarquia y la eyacularquia, para mujeres y varones respectivamente) ocurre a edades cada vez más jóvenes^{8,17} y, por otra parte, parecería que se debe a la existencia de una sociedad más permisiva que comprende, tolera, y/o acepta con menos tabúes y estereotipos las manifestaciones sexuales de los y las adolescentes.⁷

En otro sentido, es muy común durante la adolescencia el cambio frecuente de parejas. En el presente estudio, solo poco más de la mitad de los entrevistados ha tenido relaciones coitales con una única pareja sexual, lo cual deja como resto una proporción bastante grande de adolescentes que han tenido más de una pareja sexual.

Al respecto, si bien los adolescentes de manera general no son promiscuos en el sentido de tener varias parejas en forma simultánea, el frecuente cambio de parejas los lleva a practicar una especie de "monogamia seriada", en la que tienen RSC con todas sus nuevas parejas para lo cual se escudan en sus discursos, con el argumento de que la inestabilidad es propia de esta etapa de la vida:

"En las relaciones amorosas somos muy diversos, inestables..." (Varón de 17 años, Deportes).

"... somos muy inestables, porque lo mismo estamos hoy con un chiquito y mañana nos gusta otro, (...) y estamos con él, así como por curiosidad." (Mujer de 18 años, Artes).

Cutié y otros⁸ plantean que el inicio más temprano de las RSC conlleva a un incremento en el número de parejas sexuales, a lo que se agrega que indiscutiblemente a medida que se incrementa el número de parejas sexuales (aunque sea de una en una), el riesgo de incurrir en algún problema de salud sexual y reproductiva se hace mayor; sobre todo por la infrecuente adopción de medidas de protección y cuidado en las RSC que establecen los y las adolescentes.²²⁻²⁴

Por su parte, la protección y las medidas de cuidado en las RSC por los y las adolescentes ha sido en el decursar del tiempo un tema de estudio frecuente por múltiples investigadores nacionales y extranjeros. Merece destacar que, a pesar de la amplia gama de acciones educativas que se han realizado para incrementar el uso de medidas de protección en las RSC y prevenir así las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planificados, aún existen adolescentes que no han tomado conciencia de la necesidad de protegerse en sus RSC, y como resultado no se protegen.

Oyarzún,²⁵ al referirse a un estudio realizado por CONASIDA en Chile, plantea que de todos los entrevistados que habían iniciado sus RSC en la adolescencia solo el 40 % usó condón en esa relación; este porcentaje se incrementa solamente en el 2 % con respecto a la protección en las últimas RSC. Por su parte, *Cutié* y su equipo⁸ encontraron en su estudio que únicamente el 35,8 % de los adolescentes practicó alguna medida de protección en su primera RSC. *Uthman*,¹⁵ por su parte, refiere

que de los adolescentes sexualmente activos en los Estados Unidos aproximadamente el 60 % ha utilizado algún método de protección en sus RSC.

Al comparar los datos antes referidos con respecto a los obtenidos en la presente investigación, se observa que el porcentaje de uso de protección en la primera RSC es ligeramente mayor al referido para los adolescentes norteamericanos, lo cual es similar para los otros tipos de RSC (RSC ocasionales y RSC tenidas en los últimos 6 meses a la fecha en que se realizó el estudio).

Visto así, parecería que con el paso del tiempo ha ocurrido un ligero aumento en la frecuencia de uso por parte de los y las adolescentes de las medidas de protección en las RSC. Sin embargo, no se debe pasar por alto que la frecuencia de respuestas que se refiere como resultado del análisis de cualquier pregunta contenida en un cuestionario no necesariamente es verdadera, sino que esta suele ser relativamente diferente a la real, a partir de una tendencia que se observa en los encuestados de responder lo que ellos consideran que debe ser lo "normal y esperado" por el encuestador.²⁶ Es por ello que la utilización de diferentes estrategias y paradigmas metodológicos para lograr un mismo objetivo, a través de la triangulación de las mismas, se constituye en una poderosa herramienta de las investigaciones sociales.²⁷

Por esta razón, en el cuestionario diseñado para el presente estudio se utilizaron diferentes preguntas de filtro. Una de ellas solicitaba la frecuencia de uso del condón generalizada a todas las RSC tenidas por los adolescentes, lo que permitió constatar la existencia de ciertas discordancias entre las frecuencias referidas para dicha pregunta, así como su relación estadística con cada una de las RSC por separado, pesquisadas en este estudio (primera RSC, RSC ocasionales y RSC en los últimos 6 meses).

No hay dudas de que en la actualidad es mayor la frecuencia de adolescentes que dicen protegerse en sus relaciones coitales en comparación con investigaciones realizadas en años anteriores, y que a medida que los adolescentes ganan en experiencia sexual (desde su iniciación hasta la actualidad), esta frecuencia de uso aumenta. No obstante, esto no debe verse como el fin de las acciones de prevención y educación en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, pues todavía hay muchos adolescentes que necesitan de dichas acciones.

Muy relacionado con esto aparece otro aspecto de vital importancia para entender los procesos de toma de decisiones sexuales de los adolescentes, sobre todo aquellos relacionados a las medidas de protección; a saber, las razones que utilizan los adolescentes como argumentos para no haberse protegido o protegerse en las relaciones presentes y futuras.

Ahora bien, más allá de cualquier razón justificativa que puedan brindar los adolescentes para no haberse protegido, se debe considerar la existencia de diversos argumentos populares de carácter negativo en relación al uso del condón,²³⁻²⁸ los que funcionan -de manera muy influyente- en detrimento de su uso.

Coincidentemente con algunos estudios,^{9,18,21,23,25} las discusiones de grupos focales permitieron vislumbrar que por un lado están los argumentos vinculados a las sensaciones, en el sentido de que "no se siente lo mismo", "no hay intercambio de fluidos corporales entre la pareja", las "incomodidades propias del rozamiento del látex entre las mucosas" entre otros, mientras que por otro lado se encuentran las incomprendiones e incomodidades durante su negociación, donde tanto los varones como las mujeres suelen interpretar la propuesta de uso como signo de desconfianza hacia el otro, ya sea porque se piense en la posibilidad de que les

hayan sido infieles (si fuera una pareja estable), o por la sospecha de que la pareja pueda tener una ITS a partir de su comportamiento sexual; como se observa también en las gráficas 24 y 25 del presente estudio:

"... a veces yo les he dicho de usar el preservativo, y me han mirado con tremenda cara..." (Varón 17 años, Artes).

"... pero no se siente lo mismo con el condón, no se siente lo mismo..." (Mujer 18 años, Deportes).

"... ellas piensan que tú tienes algo, o que son ellas las que están enfermas (...) se ofenden..." (Varón 17 años, Deportes).

Por otro lado, y de acuerdo con estos mismos autores,^{9,18,21,23,25} existe como otro factor influyente en el uso de protección en las RSC la baja percepción de riesgos que muestran tener los y las adolescentes en relación a sus prácticas sexuales.

Como si se tratara de un fenómeno cotidiano, llama la atención que las personas visualicen los riesgos ajenos en mayor medida que su propio riesgo. En el presente estudio se observa que un tercio de los adolescentes perciben que sus amigos/as se encuentran en riesgo de contraer una ITS a partir del ejercicio de comportamientos sexuales inadecuados. Sin embargo, solo aproximadamente la mitad de ese porcentaje se autopercibe en riesgo y utilizan argumentos para sustentar su posible riesgo, tras las ideas de que "a menudo falla el condón" y porque "hay muchas enfermedades".

Es conocido a partir de algunos estudios^{6,12,19,23,24} que la percepción de riesgos relacionada a las RSC por parte de los adolescentes es muy baja. Muchos adolescentes creen que el riesgo de contraer una ITS solo está dado para aquellas personas que practican la promiscuidad u otros comportamientos sexuales inapropiados.²⁹ Además, a menudo piensan que al estar fuertes y sanos, la posibilidad de contagiarse con una de estas infecciones es improbable, de manera que para los adolescentes el concepto de enfermedad está muy lejano de sus percepciones.³⁰

En cuanto a las ITS conocidas por los adolescentes, muchas investigaciones^{6,12,13,18,19,25,31,32} han demostrado que las ITS más nombradas por los adolescentes suelen ser el VIH, la gonorrea y la sífilis, lo que concuerda con los resultados del presente estudio.

Se debe destacar que tradicionalmente las "encuestas de conocimientos» han recogido información sobre las ITS que los adolescentes han logrado llamar por sus nombres, pero saberlas nombrar no los protege ante la posibilidad de adquirirlas, toda vez que para ello necesitan conocer cómo se presentan dichas infecciones y cuáles serían las principales consecuencias que estas traerían a su salud futura, a fin de estimular una mayor conciencia de autoprotección.

En este sentido, en el presente estudio resulta alarmante constatar la baja frecuencia de adolescentes que reconocieron algún signo y/o síntoma de ITS para los varones y para las mujeres. En ninguno de los casos el porcentaje resultante se hizo siquiera similar a la mitad de los entrevistados. Esto se reafirmó en uno de los grupos focales realizados para nuestro estudio, en el que pudimos observar cómo la ausencia de conocimientos relacionados con la fisiología femenina por parte de los varones, los confunde y los expone así al riesgo de contagiarse con una ITS por sus parejas sexuales. Por ejemplo, uno de los participantes (con la aceptación de otros miembros del grupo) confundía una leucorrea con secreciones que para este entrevistado serían la resultante del orgasmo femenino:

"Participante: Una vez yo estuve con una chiquita, que pensé que estaba enferma, pero después vi que no era así...

Moderador: ¿...y cómo te distes cuenta de eso?

Participante: Porque vi que era la lechita que le salía de ahí (se refiere a la vulva) después de venirse". Moderador: ¿Cómo era esa secreción?

Participante: ... blanca-amarillosa, como la nata."

(Varón 16 años, Artes)

Lamentablemente, la escasez de artículos relacionados con el reconocimiento sindrómico de las ITS por parte de las personas en riesgo no nos permite establecer comparaciones entre nuestros resultados y los de otros investigadores. Se encontraron solamente dos estudios.^{20,31} En uno de ellos, realizado el pasado año en la India,²⁰ se pudo constatar que la tercera parte de los encuestados no consideró las úlceras en la zona genital y el dolor al orinar como signos y síntomas de las ITS en las mujeres. Algo parecido ocurrió con respecto a la descarga vaginal, donde un 22 % tampoco sabía que era una importante señal de ITS femenina. Por su parte, en el estudio colombiano se supo que el 38 % de los adolescentes refirió dolor al orinar y el 24 % secreción por la vagina o el pene, como los síntomas más comunes referentes a una ITS.³¹

De manera similar, el reconocimiento de las consecuencias que resultan de tener una ITS también arrojó muy bajo porcentaje de referencia. En la presente investigación resultó estadísticamente significativa la diferencia entre las respuestas de varones y mujeres, donde las segundas presentaron una mayor frecuencia de respuestas que los primeros, aunque ni siquiera superaron el 20 %. Para ellas, las consecuencias más frecuentemente referidas fueron las relativas a enfermedades crónicas, infertilidad y problemas psicosociales, los varones se concentraron en los problemas sociales y en las enfermedades crónicas, no así en la infertilidad (par antagónico del embarazo), la cual ha sido históricamente percibida como un problema de la mujer.

Al comparar los presentes resultados con los del estudio antes referido, se observa que *McManus* y *Dhar* (2008)²⁰ encontraron que la mayoría de los entrevistados no reconocían el efecto que tiene el herpes genital en su salud, mientras que el 60 % tampoco reconoció las consecuencias que podría producirles la sífilis.

Entonces, si se observa que los adolescentes no conocen los signos de alarma que se refieren a la presencia de una ITS, entonces se impone preguntarnos, ¿cómo se percatarán los adolescentes que pudieran estar contagiados con una ITS, o que sus compañeros/as y amigos/as pudieran tenerlas? Es obvio que la respuesta no está en sus manos.

Por ello, cuando se piensa en los riesgos a los cuales se exponen los adolescentes, se ven sus carencias en términos de conocimientos, habilidades y actitudes positivas con respecto a su salud, y se constata que sus fuentes de información no están conformadas precisamente por los actores mejor capacitados para abordar estos temas. Por lo tanto, se hace necesario y urgente llamar la atención de toda la sociedad, pero fundamentalmente de quienes se ocupan de la maravillosa tarea de educar para la vida, para encontrar estrategias más eficaces que contribuyan a minimizar o erradicar todas las peligrosas situaciones de salud que podrían enfrentar los adolescentes a partir de sus comportamientos.

Conclusiones

- Si bien no se observó una clara disminución en la edad de inicio de las RSC por parte de los adolescentes, la proporción de iniciados es cada vez mayor en comparación a estudios anteriores.
- Independientemente de que la mayoría de los entrevistados refieren protegerse en sus RSC a medida que adquieren experiencias sexuales (desde su iniciación a la fecha), la frecuencia de uso del condón se hace mayor y, aunque refieren desear protegerse en sus RSC futuras, los argumentos negativos que giran en relación a este método en sus discursos hace pensar que dichas frecuencias sean más bajas de lo que parecerían ser.
- El riesgo de contraer una ITS es mayormente visualizado por los adolescentes al referirse al comportamiento sexual de sus amigos/as, en lugar del que ellos perciben para sí mismos.
- El bajo nivel de información mostrado por los adolescentes en torno a los signos y síntomas que denotan la presencia de una ITS (en varones y mujeres), así como en lo relacionado a las consecuencias de las ITS y las alternativas a utilizar para evitar el contagio con estas infecciones, demuestran que la carencia de conocimientos que tienen los adolescentes (fundamentalmente los varones) los hace muy vulnerables a la posibilidad de infectarse y no acudir a tiempo al especialista para recibir diagnóstico y tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dallabetta GA, Laga M, Lamptey PR. The Control of the Illnesses of Sexual Transmission. A Manual for the Design and the Administration of Programs. ADISCAP/Family Health International; 2001.
2. Rome PJ. Reproductive tract infections. Annual Technical Report. Human Reproduction Programme. WHO; 1998:186-90.
3. Shafer MA. Syndromes of Illnesses of Sexual Transmission. En: Mc Narney ER, ORR DP, Kreipe RE, Comerci GD. The adolescent's medicine. Bogotá: Pan-American;1994:733-47.
4. Burten GR, Zenilman JM, Gaydos CA, Diener-West M, Howell MR, Brathwaite W, et al. Predictors of repeat Chlamydia trachomatis infections diagnosed by DNA amplifications testing among inner city females. Sex Tranm Inf. 2001;77:26-32.
5. Calero JL, Santana F. Percepción y criterios de un grupo de adolescentes sobre algunos aspectos de la salud reproductiva. Jornada de Temas Terminados. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana; 2000.
6. Calero JL, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev Cubana Salud Pública. 2001;27(1):50-7.
7. Calero JL, Cano AM. Adolescencia. Reflexiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de la educación en salud sexual y reproductiva. En: Vázquez L, Rodríguez A, Sanabria G, (coordinadoras). Salud sexual y reproductiva en adolescentes. Gestión, Promoción e Investigación. La Habana: Editora Abril; 2008.
8. Cutié JR, Laffita A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Rev chil obstet ginecol. [periódico en la Internet]. 2005 [citado 2009 Abr 27]; 70(2): 83-86. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200004&lng=es

9. Elías Y, Guridi MZ, Noda L, Reyes Z. Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. [citado 2009 Abr 27]. Disponible en: <http://www.psicologiacentifica.com/bv/psicologia-157-2-comportamiento-de-la-sexualidad-en-un-grupo-de-adolescentes-del-area-de-salud-de-mulgoba.html>
10. Santana F, Ovies G, Verdeja OL, Fleitas R. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu06306.htm
11. Santana F, Verdeja OL, Ovies G, Fleitas R. Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(1).
12. Rodríguez A, Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(1).
13. Dávila ME, Tagliaferro AZ, Bullones X, Daza D. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. Rev Cubana Salud Pública [periódico en la Internet]. 2008 Dic [citado 2009 Abr 27]; 10(5): 716-722. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500004&lng=es
14. Guerrero BN. Factores psicosociales de riesgo que intervienen en el comportamiento sexual de riesgo con énfasis en las ITS- SIDA. Revista Estudio 2005;3:4-11,12.
15. Uthman OA. Geographical variations and contextual effects on age of initiation of sexual intercourse among women in Nigeria: a multilevel and spatial analysis. Int J Health Geogr. 2008 May 30;7:27.
16. Christner J, Davis P, Rosen DS. Office-based interventions to promote healthy sexual behavior. Adolesc Med State Art Rev. 2007 Dec;18(3):544-57.
17. Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia: Sociedad Española de Contracepción. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En: Carlos Buil, Iñiqui Lete, Rosa Ros, José Luis de Pablo (coordinadores). Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos Básicos y Clínicos. Edición patrocinada por Laboratorios WYETH. 1.ª Edición, España; 2001. p. 27-85.
18. Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Colombia Med. 2003;34(4):206-12.
19. Blitchtein-Winicki D, Paredes L, Calero JL. Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001. Anales de la Facultad de Medicina. 2002;63(4):257-68.
20. McManus A, Dhar L. Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education: (A cross-sectional survey of

urban adolescent school girls in South Delhi, India). BMC Women's health 2008;8:12. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/12>

21. García RG, Cortés A, Vila LE. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(1).

22. Álvarez L, Calero JL, León ME. Percepción y comportamientos de la sexualidad y la Reproducción, según los hombres. La Habana: Ed. Publicaciones Azucareras; 2004.

23. Calero JL, Álvarez L. Percepciones y significados de los varones habaneros con relación a la protección de las relaciones sexuales. En: La investigación en salud sexual y reproductiva. Propuesta metodológica y experiencias. La Habana: Ed. Publicaciones Azucareras; 2004.

24. González V, Álvarez L, Ramírez C, Calero JL. La sexualidad en adolescentes. Exposición a riesgos desde diferentes perspectivas. En: La investigación en salud sexual y reproductiva. Propuesta metodológica y experiencias. La Habana: Ed. Publicaciones Azucareras; 2004.

25. Oyarzún P. Importancia de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Medwave, 2007;VII(2).

26. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Health Technol Assess. 2001;5(31).

27. Álvarez L, Rodríguez A, Infesta G, Calero JL. Enfoque metodológico cualitativo e las investigaciones en SSR. En: La investigación en salud sexual y reproductiva. Propuesta metodológica y experiencias. La Habana: Ed. Publicaciones Azucareras; 2004.

28. Álvarez L, Calero JL, León ME. Salud Sexual y Reproductiva desde el punto de vista del varón. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Rodríguez M, Cedeño M, Peraza D, Peraza R. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio Céspedes. Archivo Médico de Camagüey. 2004;8(6).

30. Junquera ML. Primera Mesa Redonda. Adolescencia del varón: Infecciones de transmisión sexual (ITS). Bol Pediatr. 2007;47(Supl1):31-36.

31. Arias CL, Cevallos OJ. No solo el amor te salva.1^{ra} ed. Colombia: WK Kellogg Foundation; 2003. p. 96.

32. Grajales B, Mendosa A, González Y, Moreno C. Conocimientos de ITS/VIH, en un grupo de estudiantes universitarios de Panamá. Rev Cubana Salud Pública, 2003;29(1):20.

Recibido: 3 de mayo de 2010.
Aprobado: 18 de mayo de 2010.

MsC. *Jorge Luis Calero*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". Calle 146 y 31 A. Cubanacán. Playa. La Habana, Cuba. C.P. 11300. Teléfonos: (537) 2719498 o 208 4877 (ext. 268) Correo electrónico: jorge.calero@infomed.sld.cu