

Artículo

Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes Universitarios. ¿Modo y Estilo de Vida Saludables?, Un diagnóstico.

A sexual and reproductive health study in university students. Healthy lifestyles?

(1) Lázaro González Pérez (2) Norma González Lucas (3) Magalys Mena Fernández (4) Amparo Navarro Padrón (4) Xiomara Martín Linares

1. Especialista 1er grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Carretera Central Oeste, CP. 70100, AP 144, Camagüey, Cuba. Telef.:82015 Ext. 384. E-Mail: lgonpe@finlay.cmw.sld.cu
2. Especialista 2do grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora auxiliar I.S.C.M.C
3. Directora DECAM. Profesora Titular I.S.C.M.C
4. Especialista 1er grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora I.S.C.M.C. Master en Medicina Natural y Tradicional. Jefe de Dpto de M.N.T del Policlínico Comunitario. Docente de Previsora.
5. Profesora Asistente. Escuela Nacional de salud Pública. C. Habana.

Resumen

Los autores realizan en el marco del proyecto “Universidad por la Salud”, un diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva en la población Universitaria del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camaguey, abordan importantes problemas: embarazo y adolescencia, información veraz y oportuna, infecciones de transmisión sexual, entre otros, que afectan a los adolescentes. Parten del análisis de la problemática internacional, regional y local esclareciendo las particularidades de los sistemas de Salud y Educación Cubanos. Se demuestra el conocimiento insuficiente, la presencia de actitudes y prácticas inadecuadas sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes

Se evidencia la necesidad de realizar un estudio de intervención con el objetivo de elevar la calidad de vida de la comunidad universitaria.

Palabras Clave: SEXUALIDAD; ESTILO DE VIDA

Introducción

La humanidad se debate entre grandes problemas que ensombrecen el futuro y afectan las condiciones biopsicosociales en las cuáles se desarrolla el hombre. Se conoce que más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años, de ellos un tercio tiene entre 10 y 24 años y un 80% de estos viven en países en desarrollo; (1) estas cifras se duplicaron en algunos continentes entre 1960 -1980 y se espera un incremento en la población joven que alcanzará en el 2020 sobre los 1200 millones de habitantes. (2)

La sociedad debe asumir responsablemente la obligación de ofrecer a ese grupo poblacional seguridad, esperanza y ética para lograr que la familia se constituya como elemento básico y legítimo de organización social, así el individuo obtendrá la protección y educación necesarias para lograr un desarrollo pleno.

En la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, se aprobaron políticas dirigidas a garantizar los derechos en la salud sexual y reproductiva; además se recomendó como objetivo abordar estos temas en la adolescencia, en particular, los embarazos no deseados, el aborto y las Infecciones de transmisión sexual (ITS), mediante el fomento de actitudes responsables y la prestación de servicios apropiados con orientaciones adecuadas para esa edad. (3)

Cuba ofrece especial atención a los jóvenes a partir del triunfo revolucionario; desde la década del 60 fue un objetivo central de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) en la que se dio participación a los Ministerios de Educación y Salud Pública.

En el II Congreso de la FMC y el I Congreso del Partido Comunista de Cuba se aprobaron tesis donde se orientó la política para este trabajo educativo y se

concretó el programa cubano de educación sexual. Se constituyeron grupos e instituciones que han compulsado la concreción de este programa: en 1977 se creó el Centro Nacional de Educación Sexual; con este proyecto se promovieron acciones a corto y a mediano plazo para educar personalidades que asuman su sexualidad de una manera responsable, individuos capaces de tomar decisiones y asumir sus consecuencias sobre la base de conocimientos y valores en correspondencia con el contexto social. Para lograr dicho propósito es necesario integrar conocimientos de diferentes ciencias que ayuden a conformar las ideas básicas y aseguren el éxito de las metas trazadas. (4)

El Sistema Nacional de Salud Cubano (SNS) está conformado por niveles que se corresponden con las estructuras administrativas del estado, en la base los Consejos Populares, mantienen una estrecha coordinación con el consejo de salud, trabajan de forma intersectorial y garantiza la participación comunitaria con un enfoque hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades. (5)

La atención primaria de salud constituye uno de los pilares más importantes del sistema; (6) el médico y enfermera de la familia desarrollan programas y promueven el movimiento de “comunidades saludables”, estrategia trazada por la OPS. Aplicando sus diferentes modalidades en empresas, escuelas y universidades con el objetivo de fomentar un, modo y estilo de vida saludable.

En noviembre de 1996 Cuba incorporó el movimiento de Municipios por la Salud en la Carpeta Metodológica del MINSAP. (7) Como antecedentes y justificación para esta estrategia se tomaron las propuestas que emanaron de la conferencia de Alma Ata, la Carta de Ottawa y Santa Fe de Bogotá, entre otros. (8)

Para el cumplimiento de esas acciones se ha empleado el enfoque epidemiológico de riesgo, mediante el cual se mide la necesidad de atención a grupos de población específicos, se logra ayuda para determinar las prioridades de salud y sirve como herramienta para definir las necesidades de reorganizar los servicios de salud con fines de discriminar quienes tienen mayor necesidad de atención. (9)

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia se considera como una “etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años” y se divide en las siguientes etapas: Adolescencia Precoz: Desde la pubertad hasta los 15 años. Adolescencia Intermedia: 16 - 17 años. Adolescencia Tardía: 18 – 19 años. Algunos consideran como edad tope, los 24 años, lo que no se ajusta a las características de nuestros pueblos.

Los adolescentes se enfrentan hoy a numerosos problemas, de los cuales se destacan: el embarazo de alto riesgo a temprana edad, concepciones prematrimoniales, matrimonio o unión precoz, índice mayor de separación marital, incremento del aborto y sus secuelas, deserción escolar y/o laboral, embarazo no deseado, incremento de la morbi-mortalidad perinatal infantil y materna, infecciones de transmisión sexual. (10)

Estas condiciones y/o problemas se agravan cuando se reconoce que alrededor del 50% de los adolescentes entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa, el 25% de ellas se embaraza y el 60% de las gestaciones ocurren en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales,^o además, entre el 60%-70% de esos embarazos no son deseados. (11) Algunos investigadores consideran que el uso de los anticonceptivos favorece el incremento de la promiscuidad sobre el número de adolescentes con relaciones sexuales, por la pérdida del temor a quedar embarazada, al disponer de métodos seguros y confiables, así mismo declaran la posibilidad del incremento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas, el VIH / SIDA. (12) En el mundo, la mitad de los que tienen reacción serológica positiva, se contagiaron cuando tenían entre 15 y 24 años de edad. (13)

Según la OMS, la “Salud Sexual y Reproductiva” de la mujer y el hombre es relativa a sus procesos y funciones en todas las etapas. En la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en 1994 el Cairo, Egipto, los participantes, incluido Cuba, defendieron el criterio de que “la salud reproductiva, se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia lo hace”. En esta última afirmación está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir

información y a tener acceso efectivo y aceptable a un costo razonable y libre de riesgos de acuerdo con los métodos elegidos para el control de la fecundidad; el derecho a servicios adecuados de salud que permitirán a la mujer tener un embarazo y parto seguro, y a la pareja, la oportunidad de tener hijos sanos. (5)

Si se asumen todos estos conceptos, y además, se reconoce que según la Carta de Ottawa de 1986, “comunidad de convivencia” es aquella en que se cumplen determinadas características psico-sociales, de enseñanza, aprendizaje, respeto y solidaridad, (8) se puede identificar que en las universidades se materializan estas condiciones y existen estructuras que permiten asegurar a esos grupos de población un estilo de vida sano en un ambiente favorable a la salud. (14 - 17)

La Universidad se comporta como una institución mediadora entre la dimensión social y la individual, garantiza la educación integral de los educandos y por tanto, es imposible ignorar el papel fundamental que debe desempeñar en la educación sobre salud sexual y reproductiva. Como estrategia, el movimiento Universidades por la Salud, prepara a los estudiantes individualmente y los capacita para proyectarse y actuar en su futuro desempeño profesional en las comunidades. (16)

En el Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay Barrés”, la comunidad estudiantil está compuesta en el 24.6%, por adolescentes de la etapa tardía; estos, durante los dos primeros años de las carreras desarrollan el ciclo básico, cumplen sus actividades docentes en esta Institución, y de ellos el 60.47% residen como becarios en la misma.

Con el fin de desarrollar una de las líneas de trabajo del proyecto “Universidad por la Salud”, nos propusimos diagnosticar algunas variables relacionadas con la salud sexual y reproductiva en la población universitaria, y a partir de estos resultados, continuar las etapas que permitan mejorar modo y estilo de vida en esta esfera.

Desarrollo

¿Conocen los estudiantes sobre salud sexual reproductiva?

La población estudiada está compuesta por 130 estudiantes, de ellos 99, para un 76.1%, pertenecen a la etapa tardía de la adolescencia, que describe la OMS (entre 18-19 años); el resto supera en edad este grupo y alcanza hasta los 22 años. El 65.6 % de la muestra la compone el sexo femenino y el 34.4% el sexo masculino. En la tabla número 1, predominó la edad entre 18-19 años y el sexo femenino.

Las características de la población universitaria en los Centros de Enseñanza Médica Superior de Cuba (C.E.M.S) según la edad y el sexo, se corresponde con los resultados de esta investigación, no comparables a otros reportes, dadas las oportunidades que ofrece nuestro sistema social a la juventud, que permite continuidad en los estudios e ingreso a la educación superior en las condiciones que no median límites por, etnia, sexo, condición social, económica u otra. En la distribución por edades para el Ciclo Básico se ajusta la mayoría a la etapa tardía de la adolescencia que se reconoce entre los 18 y 19 años por la OMS. (1) En esta etapa, es posible determinar mayor nivel de información o conocimientos, actitudes y prácticas que en los grupos de edades que la preceden; los estudiantes han participado durante mayor tiempo en su vida personal y social. Estos años son evaluados por algunos autores con el término de "jóvenes". (18) Se debe señalar que, en los Centros adscritos al Ministerio de Educación Superior, en la década del 70 predominó el sexo masculino, con un 60%. Esta situación se ha revertido paulatinamente hasta lograr alcanzar en el curso 2000-2001, un 61% de féminas en las aulas Universitarias; (19) coincidiendo con los resultados obtenidos en este trabajo donde la población femenina representa el 65.6 %.

La condición de pareja declarada se decidió agrupar como: Solteros sin parejas, con parejas estables e inestables, según ellos mismos se evaluaron. Este resultado se expone en la tabla número 2 donde el 36.1% de la población estudiada declaró como condición de pareja ser soltero, mientras que el 28.5% se identificó como soltero con parejas estables y el 26.9 % reconoce ser soltero

con parejas inestables. Solo el 8.5% resultó casado. La condición de pareja declarada por la mayoría de los encuestados fue solteros y la minoría resultó casado. La condición de solteros también fue la más común reportada en la caracterización de la población joven cubana, atendida por servicios de Interrupción de embarazos. (20)

Inicio de las relaciones sexuales

La edad de inicio de las relaciones sexuales se muestra en la tabla número 3: Hubo 4 muchachas que declararon no haber tenido relaciones. Predominó en los 126 restantes que 39 adolescentes asumieron su primera relación sexual a los 16 años, para un 30.9 %, el 3.1 % la inició con más de 18 años y fueron precoces el 5.6% de los estudiantes que declararon haber tenido relaciones sexuales antes de los 14 años de edad, el resto de los encuestados se agrupan en los rangos de 15,18 y 17 años. Los resultados de este trabajo se corresponden con los obtenidos en una investigación cubana realizada en la población que solicitó atención para interrumpir embarazos en 6 Maternidades de Ciudad de La Habana, en las que de 1004 muchachas, el 75% declaró que sus primeras relaciones fueron antes de los 16 años. (13) Por otra parte, en una población semejante de Cuba, estas jóvenes reconocen como riesgo de las relaciones sexuales en esta edad: el embarazo, las ITS y el hecho de que sus padres se enteren; también este artículo reporta para esa población, que el 50% inician sus relaciones con 16 y 18 años. (20-22)

Un estudio de la Secretaría de Salud de México, refiere que el inicio de las relaciones sexuales en ese país ocurre durante las etapas de la adolescencia, con predominio en los 17 años, otro reporte de ese mismo estudio declara para los Estados del Norte, a los 16 años como edad más común de inicio de las relaciones sexuales; según autores hay una tendencia al descenso en la edad de comienzo en las relaciones sexuales (23) En la guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes, se refiere a la importancia de exhortar a los jóvenes para que pospongan las relaciones sexuales hasta que se sientan preparados para aceptar esta responsabilidad. (21)

De los 126 jóvenes que declararon haber tenido relaciones sexuales, 109 para un 86.6%, no utilizaron ningún método de planificación familiar para la primera relación sexual; el 13.4%, sí lo hizo y seleccionaron el condón, tabletas anticonceptivas y uno declaró el coito interrumpido. Al preguntar quién tomó la decisión de usar el método el 41% declaró que fue un acuerdo común de pareja.

Se demuestra que de los 109 encuestados que no se protegieron, el 71.5% no esperaba tener relaciones en ese momento; esto traduce un importante indicador diagnóstico: el 19.2% declaró que el coito no es satisfactorio con el uso del condón; el 4.5% no lo consideró necesario y en un 2.7% la pareja se opuso; solo el 1,8 % no pudo obtener algún método para esa ocasión.

La minoría de los jóvenes se protege en su primera relación sexual, confirmando lo hallado en este estudio, una investigación sobre sexualidad en México reporta en proporciones muy bajas el uso de MAC en la primera relación sexual. En sectores urbanos y urbanos escolarizados este uso alcanzó entre el 15% y 40%, la mayoría declararon el ritmo y el retiro, lo que difiere de los resultados de esta investigación, que exponen condón, tabletas anticonceptivas y coito interrumpido. En este trabajo mexicano exponen que las jóvenes tienen conocimientos sobre MAC antes de las relaciones, las causas expresadas para el no uso fueron la imprevisión de la relación sexual y en el caso de algunas muchachas el deseo de embarazarse. (22-23)

Se plantea que pocos jóvenes usan anticonceptivos por las causas antes referidas y además que generalmente posponen el uso de los mismos, aproximadamente un año después de iniciar las mismas, pues estas tienden a ser esporádicas y no planificadas. (24)

El resultado de esta investigación coincide con el reportado por López Nodarse y colaboradores que en La Habana, Cuba, estudiaron a la población femenina que acudió a servicios Gineco-Obstétricos con fines de interrumpir el embarazo en varios Hospitales de esa ciudad, donde el 80% declaró no haber usado anticonceptivo a pesar de conocer la existencia de estos. Sin embargo, sostienen el criterio de no salir embarazadas; lo cual puede constituir criterio de

un estudio futuro. (22) Reportes internacionales declaran que en estos jóvenes pueden presentarse varias situaciones: falta de información, temores, desconocimiento, dudas al obtener los métodos, así como dificultades económicas para obtenerlos y/o sociales para llegar a solicitar orientación o asistencia médica para su aplicación. (25 - 27)

Ahora volvamos al estudio objeto de este trabajo. De los 126 estudiantes que refirieron actividad sexual, 7 no hacen uso de los métodos de planificación y 11 los combinan. Se declaró con mayor uso el preservativo, para un 61.9%, seguido por la "T de cobre" en 36.5% y el coito interrumpido en un 13.4%, lo cual no se corresponde con los resultados obtenidos en la tabla número 4 donde el 16.6% plantea satisfacción afectada por el uso del condón. Las tabletas anticonceptivas fueron utilizadas por el 7.9% de las encuestadas.

Al indagar si los encuestados tenían confianza con sus padres para tratar los temas de salud sexual y reproductiva, el 63.1% respondió afirmativamente; no obstante, se puede apreciar en la tabla número 5 que el 62.3% declara, como principal fuente de información a las amistades, en un segundo lugar a la madre, para el 60%, seguido de otro familiar, con un 53.1%; el personal de salud solo aportó información al 30%, mientras que los profesores fueron reconocidos por brindarles información al 24.6% de los estudiantes. Es oportuno considerar que los adolescentes obtienen información y toman decisiones dentro del contexto de la cultura en que viven. Las decisiones y acciones pueden ser influenciadas por la violencia, el consumo de drogas y alcohol, la asistencia escolar, el trabajo, las oportunidades económicas, la imagen de sí mismo y la autonomía en la toma de decisiones.

Algunos padres y otros adultos los cuales tienen buenas intenciones y desean por encima de todo proteger a sus hijos, suelen creer que la educación, relativa a la sexualidad y a la salud reproductiva hace que los jóvenes empiecen a tener relaciones sexuales. (18) Los medios de información en algunas latitudes, hacen hincapié en el lado placentero del comportamiento sexual y no en la responsabilidad ni en las consecuencias de dicho comportamiento.

Los resultados obtenidos en este estudio sobre las vías de información preferidas que declaran los estudiantes para su preparación, difieren de las reportadas por la literatura, y en la experiencia cubana se propone una estrategia educativa donde debe tenerse en cuenta el diagnóstico de salud de la comunidad, deben recogerse las necesidades sentidas, experiencias previas, conocimientos, actitudes, creencias, valores, así como la percepción del riesgo. Para abordar la comunicación en planificación familiar debe diseñarse una estrategia de comunicación. (12)

La comunicación participativa es una opción relevante para evaluar una estrategia de intervención participativa en acciones educativas para la salud sexual y reproductiva. Se considera como objetivo la identificación de las necesidades de aprendizaje en la materia, realizar, según estas, el diseño de la estrategia de intervención y evaluar su progreso y efectividad. (18)

La educación es una variable clave en la explicación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Esto se plantea en un trabajo titulado “La Adolescencia y la Salud Reproductiva” donde se señala que los adolescentes constituyen una audiencia – meta de especial interés pues pocas veces se tienen en cuenta sus necesidades. La información y los consejos no son eficaces si no se complementan con objetivos formativos en términos de actitudes o valores; se requiere del carácter interactivo del proceso enseñanza aprendizaje, para que al final, el educando lleve a cabo el aprendizaje al ser coproductor del mensaje. (28)

El resultado de este aspecto se considera justificado en la población de esta institución universitaria ya que los estudiantes no tienen experiencias del tratamiento de estos temas, mediante las técnicas anteriormente descritas y por tanto no las reconocen como tal.

El nivel de información de los jóvenes sobre temas de salud reproductiva tiene valor desde el punto de vista de su seguridad, a pesar de las controversias, sobre si esta les anima a tener relaciones sexuales a una edad más temprana y a ser promiscuos. Un análisis realizado por la OMS de 10-50 artículos científicos sobre estos programas reveló que en algunos casos esto conduce a

posponer el primer acto sexual; en otros incrementa el uso de anticonceptivos y puede ayudar a adquirir nuevos hábitos de comportamiento sexual. (29)

Autovaloración.

El 73.8 % de los jóvenes encuestados, expresó sentirse informado en los temas de salud reproductiva, fueron los más conocidos los métodos de anticoncepción, maternidad -paternidad responsable y las infecciones de transmisión sexual, con 44.6%, 34.6% y 33.8% respectivamente. El embarazo en la adolescencia, el cáncer Cérvico-uterino, la respuesta sexual femenina – masculina, fueron los temas menos identificados.

Consecuencias.

En la tabla número 6, se expone la frecuencia de ITS en la muestra estudiada, el 29.3% manifestó vaginosis bacteriana, el 10.3% expresó haber contraído blenorragia, el 8.7% se infectó con herpes genital, así como el 3.9% y el 1.5% informaron condilomas y sífilis respectivamente. Por los datos obtenidos se puede plantear que 12% de los estudiantes del Ciclo Básico de las 3 carreras se han contagiado con una infección de transmisión sexual. Todos los encuestados declararon haberse contagiado con una sola entidad.

La necesidad de identificar y tratar las infecciones en el periodo preconcepcional alcanza gran importancia, con el fin de imponer tratamiento oportuno; preferiblemente en esa etapa debe educarse más acerca de las medidas preventivas. Algunas de esas enfermedades pueden repercutir en la capacidad reproductiva y cuando se presentan en periodos muy cercanos al embarazo pueden afectar al feto, de allí la necesidad de determinar la presencia de esas afecciones e imponer tratamiento. Las más reconocidas son: herpes virus, gonorrea, sífilis, clamydia, vaginosis bacteriana y SIDA. (30) Es necesario reconocer e informar las medidas de higiene que debe incorporar esta población sobre los factores desencadenantes de las ITS. (22)

En un estudio realizado en el Hospital Gineco Obstétrico “González Coro” de La Habana, durante el periodo de los años 93 – 96, 1641 niñas y adolescentes presentaron estas enfermedades, lo cual constituyó el 15,2% de la población

estudiada y las más frecuentes fueron: condiloma, herpes genital, trichomonas, así como gonorrea y sífilis. (31) Los resultados del estudio declaran un alto porcentaje de infecciones y predominó la vaginosis bacteriana; este tipo de infección es la más común en las mujeres en edad reproductiva y representa una tercera parte de todas las infecciones vulvo vaginales. (32)

Otros reportes internacionales, informan criterios muy relevantes en relación con la repercusión de las ITS, en diferentes grupos poblacionales: 7 de cada 10 casos de ITS, ocurren entre las personas de 15 - 24 años de edad. Los adolescentes consideran que no corren riesgo porque creen erróneamente que las ITS solo ocurren entre las personas promiscuas o que adquieren “malos” comportamientos. Las adolescentes son más susceptibles a las ITS que las mujeres mayores debido a la inmadurez del cuello uterino. La experiencia sexual temprana puede causar lesiones del tejido vaginal, lo cual hace que las adolescentes sean más vulnerables a las ITS. Cada minuto cinco personas de 15 – 24 años de edad se infectan con el VIH; 33 millones de habitantes en el mundo han contraído la infección por el VIH: de ellos, una tercera parte tiene entre 10 y 24 años, inciden África, con 1,7 millones y 700 mil en Asia y Pacífico. Unos 10,4 millones de jóvenes menores de 15 años han perdido a uno de sus padres o a ambos por causa del VIH. (18)

Embarazo versus Aborto

En esta investigación se determinó que de las 85 muchachas encuestadas, 56 se enfrentaron a un embarazo; 50 de ellas para un 58.8% decidieron interrumpir el mismo, lo que se expone en la tabla número 7, solo 6 estudiantes para un 7.1% continuó el embarazo.

De esta población el 41.9% reconoció haberse realizado dos o más interrupciones previas. El 16% se acogió a licencias de matrículas por diferentes causas, desde evolución normal del embarazo hasta complicaciones post – interrupción.

Las consecuencias de la interrupción del embarazo que más reconocen los encuestados es la perforación del útero, con el 79.2%, seguido de la

esterilidad, en un 72.3%, además del futuro parto prematuro, en el 26.2%. Solo el 6.2% no identifica las posibles complicaciones post- aborto y el 2.3% señaló que este proceder no tiene complicación alguna.

En una investigación realizada a estudiantes de 1ro y 2do año de Medicina en la Universidad de Washington, el 58,1% afirmó que el aborto debe estar disponible para las pacientes en la mayoría de las circunstancias, lo cual demuestra que a pesar de las continuas presiones contra el aborto, la mayoría de estos estudiantes se pronunciaron por incorporarlo en su práctica médica futura.(32)

El valor de estudio se establece porque las complicaciones derivadas de los abortos de riesgo han llegado a ser la principal causa de mortalidad entre los adolescentes. En Chile y Argentina más de un tercio de la mortalidad materna entre adolescentes es resultado de un aborto de riesgo, mientras en Uganda constituyen el 60% de las fallecidas por esa causa. Las barreras legales, sociales y financieras provocan que las adolescentes tarden más en acudir y recibir ayuda médica ante estos problemas; se estima que en Latinoamérica uno de cada tres embarazos termina en aborto y la tasa de aborto entre las adolescentes solteras está aumentando. (30)

El S.N.S cubano asegura condiciones óptimas para la atención en estas situaciones, no obstante, es alto, el número de jóvenes que acuden a solicitar ese servicio institucional y legalizado en el país. (33)

Las consecuencias que en el mundo se le reconocen al aborto legal y de riesgo se incrementan en la población adolescente por sus características psicosociales y biológicas, entre ellas, infecciones, hemorragias e infertilidad, e incluso la muerte; todo esto se ensombrece con la naturaleza clandestina del aborto, cuya práctica es común en la mayoría de las regiones del mundo. En este estudio la población encuestada reconoció las consecuencias más comunes, pero el 6,2% las desconoce. Un reporte de los Estados Unidos declara mayor número de complicaciones relacionadas con el embarazo y el aborto en las latinas nacidas en USA, que las no latinas nacidas en ese país. (34)

En Cuba un análisis relacionado con adolescentes en Ciudad de La Habana expone como resultado el interés de las jóvenes atendidas por aborto en continuar los estudios, trabajar o continuar trabajando. (20)

Conclusiones

- Predominaron las edades de 18 y 19 años, el sexo femenino, y la gran mayoría resultó solteros.
- El por ciento mayor, inició las relaciones sexuales a los 16 años. Un número reducido de los jóvenes usó MAC en su primera relación sexual. Más de la mitad declaró como causa de ausencia de protección, el no esperar tener relaciones sexuales en ese momento. Los Métodos anticonceptivos más usados fueron el condón y la T de cobre.
- Las amistades, las madres y otro familiar constituyeron las principales fuentes de información sobre salud reproductiva. Un alto por ciento de los encuestados prefiere recibir información mediante conferencias del plan de estudio y a través de mensajes por los medios de difusión masiva.
- Las tres cuartas partes de los estudiantes afirmó sentirse preparado sobre salud reproductiva: el embarazo en la adolescencia, el cáncer Cérvico uterino y la respuesta sexual fueron los temas menos reconocidos. Un elevado número de los encuestados declaró padecer una ITS; predominaron en ellas: la vaginosis bacteriana, blenorragia, y el herpes genital.
- Más de la mitad de la población femenina tuvo experiencias de embarazo y la gran mayoría los interrumpió. La perforación del útero y la esterilidad fueron las consecuencias más reconocidas y la minoría no identificó las posibles complicaciones.

Recomendaciones

- Los resultados de esta investigación confirman, la necesidad de aplicar una estrategia de intervención sobre salud sexual y reproductiva, que permita modificar modo y estilo de vida en la población estudiantil universitaria.

Summary

The authors carry out a diagnosis about Sexual and Reproductive Health as a task of the project "University for Health" in the University population of the Medicine School in Camagüey. They approach important problems: pregnancy and adolescence, veracious and opportune information, sexually transmitted infections, among others that affect adolescents. They take into consideration the international, regional and local contexts, clarifying the particularities of the Cuban Health and Education systems. The insufficient knowledge, the presence of inadequate attitudes and social practices towards sexual and reproductive health by the students is demonstrated, as well as the necessity of carrying out an intervention study with the objective of elevating the quality of life of the university community.

Key words: SEXUALITY; LIFE STYLE

Recibido:15/12/02

Aprobado:22/01/03

Referencias Bibliográficas

1. OPS. Fecundidad en la adolescencia. Causas. Riesgos y opciones. Cuaderno Técnico No 12. Washington; 1998.
2. Castro Espin M. Crecer en la adolescencia. Retos actuales de la Educación Superior y una propuesta para la población. Sexología y sociedad 1996; (4): 2-6.
3. Adolescencia. Sexología y Sociedad 1995; (1): 2-6.
4. González Hernández AM, Castellanos Simons B, Castro Alegret P, Pherson Sayú M, Torres Cueto MA, Castillo Suárez S. Hacia una sexualidad responsable y feliz. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1997.
5. Sánchez Santos L. Introducción a la Medicina General Integral. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
6. Alvarez Sintés R Temas de Medicina General Integral. En: Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p.7-37.

7. MINSAP. Carpeta Metodológica. Ciudad de la Habana; 1996.
8. OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Canadá; 1986 p.1-5.
9. Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington: OPS; 1999.
10. Sedlecki, Markovic A, Rojic G. Medical aspects of adolescent sexuality. *srp art celok lek.* 2001 mayo- juni; 129(5-6): 109-13.
11. Knishkowsky B, Aitai Y, Barka YA, Gueventhal A. Community health services for adolescents in Israel-Challenges for the next decade. *Hare fuah* 2001 dec; 140(12): 1163-6.
12. Pelaéz Mendoza J. Adolescencia Anticoncepción. *Sexología y Sociedad* 1995; (3): 12-14.
13. Alfonso Fraga JC. Reproducción en la adolescencia. Una caracterización Sociodemográfica. *Sexología y sociedad* 1995; (3): 2-5.
14. De Armas Mesa R. Relación Universidad Sociedad como base para la educación permanente en salud. *Rev Educ Med Sup*; 1997:101-102.
15. OMS. Aplicación de la estrategia mundial de Salud para todos en el año 2000 VIII; 1993. p. 45-56.
16. MINSAP. Proyecto global de Cienfuegos. Cuba. *Revista Finlay* 1991;5 (4): 388.
17. Ferreira JR. El liderazgo en la salud pública en América. *Rev Cub Educ Méd Sup* 1989; (3): 5-13.
18. Guerrero Borrego N. El valor de la educación sexual. *Sexología y Sociedad* 1995; (2):14-15.
19. Composición de la Matrícula en los cursos Regulares [programa de computadora]. versión 2.2. La Habana, Cuba: CENTIC MES; 2002.
20. López Nodarse M, Flórez Madan L, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia. *Sexología y Sociedad* 1996; (4): 12-16.
21. Barnelt B, Schueller J. Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes. *Family Health International*; 2001.
22. Pelaéz J, Rodríguez A. Aborto en la adolescencia. *Sexología y sociedad* 1996; (5): 2-5.

23. Pick S, Givaudan M, Saldívar Garduño. La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana* 1996; 10 (2): 143-148.
24. Como satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. *Population Reports* 1995, Oct; 5-6.
25. Koontz S, Conly S R. Juventud en riesgo: Como satisfacer las necesidades de la salud sexual de los adolescente. *Population action International* 1994 abril 1; 125(5): 10-11.
26. Hernan García M, Ramos Monserrat M, Fernandez ajuria A, Review of published works on Spanish youth health promotion. *Rev Salud Pública* 2001 nov- dic; 75 (6):491-503.
27. México. Secretaría de Salud. Dirección general de salud reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia. México 2000.
28. Calero JL, Los adolescentes y la salud reproductiva. *Sexología y Sociedad* 1997; (8): 6-7.
29. Senderowitz J. Reproductive health programs for young adults. *Fows on young Adults*. 1997 may; 31(4): 16-18.
30. Dehene KL, Riedner G. Sexually transmited infections among adolescents: The need for adequate health services. *Reprod Health Matters* 2001 may; 9 (17): 170-83.
31. Cuba. MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas. El aborto en Cuba. Resumen de Publicaciones. La Habana; 1990.
32. Rosenblatt RA, Robinson KB, Larson EH, Dobie S A. Mundial students´ actitudes toward abortion and other reproductive health services. *Fam Med* 1999 mar; 31 (3): 195-9
33. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. En: Organización de los servicios de obstetricia. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas;1997.
34. Minnis AM, Padian NS. Reproductive health differences among latin American-and us-born young women. *J urban Health* 2001 Dec; 78 (4): 627-37.

Anexos

TABLA # 1

DISTRIBUCIÓN DE EDAD SEGÚN SEXO
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES

UNIVERSITARIOS

I.S.C.M. " CARLOS J. FINLAY "

CURSO 2001-2002

EDAD	FEMENINO	%	MASCULINO	%
18 Años	34	26.3	-	-
19 Años	42	32.4	23	17.6
20 Años	7	5.5	15	11.5
21 Años	1	0.7	6	4.6
22 Años	1	0.7	1	0.7
TOTAL	85	65.6	45	34.4
n= 130		Fuente: Encuesta		

TABLA # 2

CONDICIÓN DE PAREJA DECLARADA.

Condición de pareja	Frecuencia	%
Soltero	47	36.1%
Soltero con pareja Estable	37	28.5 %
Soltero con pareja Inestable	35	26.9%
Casado	11	8.5 %
Total	130	100 %
Fuente: Encuesta		

TABLA # 3

EDAD EN QUE INICIAN LAS RELACIONES SEXUALES

Edad	Inició Relaciones Sexuales	%
Menos de 14 años	7	5.6%
14 Años	9	7.1%
15 Años	24	19%
16 Años	39	30.9%
17 Años	19	15.0%
18 Años	24	19%
Más 18 Años	4	3.1%
n=126		fuentes encuesta

TABLA # 4

MOTIVOS PARA NO USAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL .

Motivos	Frecuencia	%
No esperaba tener relaciones en ese momento	78	71.5%
El coito no es satisfactorio con el Condón	21	19.2%
No lo consideré necesario	5	4.5%
Mi pareja se opuso	3	2.7%
No lo pude obtener	2	1.8%
n=109		Fuente: Encuesta.

TABLA # 5

FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD

SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Fuentes	Frecuencia	%
Amistades	81	62.3%
Madre	78	60%
Otro Familiar	69	53.1%
Padre	48	36.9%
Personal de Salud	39	30%
Medios de Difusión	34	26.2%
Profesores	32	24.6%
otros	3	2.3%
n=130 Fuente: Encuesta.		

TABLA # 6

INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL DECLARADAS

Entidad	Frecuencia	%
Vaginitis	37	29.3%
Blenorragia	13	10.3%
Herpes genital	11	8.7%
Uretritis	7	5.5%
Condiloma	5	3.9%
Sífilis	2	1.5%
n=126 Fuente: Encuesta		

TABLA # 7

CONDUCTA ASUMIDA ANTE EL EMBARAZO.

Conducta	Frecuencia	%
Interrupción del Embarazo	50	58.8%
Continuación del Embarazo	6	7.1%
No Embarazo	29	34.1
Total	85	100%
Fuente: encuesta.		