

Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción

Vanessa Mota Sanhua¹, Guadalupe Tello Roldán², Lourdes Rivas Ayala³

Resumen

Objetivo: evaluar en los adolescentes la relación entre las variables asistencia individual o grupal a servicios de consejería sobre sexualidad (CSSyR) y reproducción e inicio de la vida sexual con: variables sociodemográficas (sexo, edad y seguridad social), inquietudes de asistencia a este servicio y conocimiento previo de métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo. **Metodología:** desde septiembre de 2007 y hasta junio de 2008 se llevó a cabo un estudio transversal analítico en el que participaron 507 adolescentes que estudiaban en establecimientos públicos de Ciudad de México. Se incluyeron los adolescentes que aceptaron participar en la investigación, sin importar que hubieran o no iniciado su vida sexual. La información fue obtenida por medio de un cuestionario de auto-aplicación. En el análisis estadístico se aplicaron pruebas de X^2 , razones de prevalencias y modelos de regresión logística. **Resultados:** los adolescentes de sexo masculino y sin problemas de salud tuvieron más probabilidad de asistir a la CSSyR grupal. Entre los que tienen menos conocimiento de métodos de prevención de embarazo esta probabilidad fue menor. Se encontró que el inicio de la vida sexual fue más probable entre aquellos adolescentes de 15 o más años de edad y sin seguridad social. **Conclusión:** el tipo de asistencia a la CSSyR y el inicio de la vida sexual pueden estar determinados por las características sociodemográficas de los adolescentes, sus problemas de salud y su conocimiento acerca de métodos de prevención del embarazo.

Palabras clave: adolescente; sexualidad; reproducción; salud.

Mexican teenagers attendance to sexual and reproductive counseling services

Abstract

Objective: to evaluate the relationship between the variables individual or group attendance to sexual and reproductive counseling (S&RC) and sexual life onset using: social demographic variables (gender, age, and social security), service attendance concerns, and

1 Nutrióloga y Maestra en Ciencias de la Salud, Nutrióloga y Epidemióloga, Clínica ABC Amistad, Centro Médico ABC, México, D.F. Correo electrónico: vmotas@abchospital.com

2 Enfermera, Enfermera en Salud Pública, Clínica ABC Amistad, Centro Médico ABC México, D.F. Correo electrónico: gdtellor@abchospital.com

3 Médica, Directora de la Clínica ABC Amistad, Centro Médico ABC, México, D.F. Correo electrónico: lrivas@abchospital.com

previous knowledge of sexually transmitted infections and pregnancy in teenagers. **Methodology:** from September of 2007 to June of 2008 a transversal analytical study was held in 507 teenagers who studied in public schools of Mexico City. The teenagers who accepted to participate in the research were included independently if they had started their sexual life or not. The information was collected using an auto-application questionnaire. In the statistical analysis X^2 tests, prevalence ratios and logistic regression models were applied. **Results:** the male teenagers without health problems had more probability to attend to the group S&RC. Between the ones who had less knowledge about pregnancy prevention methods, this probability was lower. The sexual life onset was more likely between those teenagers from 15 or more years old and without social security. **Conclusion:** the type of attendance to the S&RC and the sexual life onset can be determined by the teenager's social demographic conditions, their health problems and the pregnancy prevention methods previous knowledge.

Key words: adolescent; sexuality; reproduction; health.

Assistência de adolescentes mexicanos a serviços de consejería sobre sexualidade e reprodução

■ Resumen ■

Objetivo: avaliar nos adolescentes a relação entre as variáveis assistência individual ou grupal a serviços de conselheira sobre sexualidade (CSSyR) e reprodução e início da vida sexual com: variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e segurança social), inquietudes de assistência a este serviço e conhecimento prévio de métodos de prevenção de infecções de transmissão sexual e gravidez. **Metodologia:** desde setembro de 2007 a junho de 2008 se levou a cabo um estudo transversal analítico no que participaram 507 adolescentes que estudavam em estabelecimentos públicos de Cidade do México. Se incluíram os adolescentes que aceitaram participar na investigação, sem importar que tivessem ou não iniciado sua vida sexual. A informação foi tomada utilizando um questionário de auto-aplicação. Na análise estatística se aplicaram provas de X^2 , razões de prevalências e modelos de regressão logística. **Resultados:** os adolescentes de sexo masculino e sem problemas de saúde tiveram mais probabilidade de assistir à CSSyR grupal. Entre os que têm menos conhecimento de métodos de prevenção de gravidez, esta probabilidade foi menor. O início da vida sexual foi mais provável entre aqueles adolescentes de 15 ou mais anos de idade e sem segurança social. **Conclusão:** o tipo de assistência à CSSyR e o início da vida sexual podem estar determinados pelas características sócio-demográficas dos adolescentes, seus problemas de saúde e o conhecimento prévio de métodos de prevenção de gravidez.

Palavras chaves: adolescente; sexualidade; reprodução; saúde.

Introducción

Uno de los problemas más importantes que afectan a los adolescentes son las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no planeados (ENP). En América Latina, la población adolescente tiene relaciones sexuales, a menudo sin protección, exponiéndose así a ITS y ENP.¹ Las autoridades de salud en México tienen como prioridad la prevención de conductas sexuales de riesgo en poblaciones que se desarrollan en medios vulnerables.² Dado que los adolescentes

no constituyen un grupo homogéneo, su comportamiento sexual y reproductivo está influido por diversos factores.³ Los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, señalan que los que los que tienen menor nivel de escolaridad, carecen de acceso a servicios médicos y viven en poblaciones urbanas⁴ corren el mayor riesgo de inicio de vida sexual (IVS). Además, se observa que las mujeres corren más riesgo que los hombres de IVS desprotegida y en edades más tem-

pranas.⁵ En la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006,⁶ se observa que el 14.4% de los adolescentes del país refiere haber tenido relaciones sexuales, y que este porcentaje aumenta con la edad; del total de los jóvenes que dijeron haberlas tenido, el porcentaje de los que utilizaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual fue mayor en los hombres. Otro problema relevante se observa entre las mujeres adolescentes: la tasa de embarazo fue de 79 por cada mil mujeres, lo cual constituye un riesgo elevado para su salud y la de su hijo.⁶

Se ha dicho que la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva puede ser uno de los obstáculos para el uso de métodos de prevención de ITS y de ENP en los adolescentes.⁵ Se sabe que el uso de estos métodos es un requisito para tener sexo protegido, y que es más probable su uso en quien tiene conocimiento de ellos. Sin embargo, también se ha dicho que esto no es condición suficiente para que el sexo protegido ocurra. La literatura publicada señala la importancia de conocer los métodos de prevención, para hacer posible la modificación de conductas de riesgo. Un hallazgo relevante es que, entre los adolescentes, la probabilidad de que la utilización de estos métodos sea incorrecta o inconsistente es mayor.^{6,7} En un meta-análisis publicado recientemente se demostró que las intervenciones en salud sexual y reproductiva en adolescentes son escasas e insuficientes en calidad científica.⁸ Los resultados muestran que, en grupos altamente vulnerables, el uso de métodos de prevención de ITS puede modificarse cuando las intervenciones son de intensidad moderada y alta, con duración de treinta a 120 minutos o más. Con respecto al impacto en el uso de métodos de prevención de ENP los resultados no son claros.⁸ Algunas investigaciones sobre el tema señalan la necesidad de que las intervenciones mencionadas envíen mensajes acordes con las características socio-demográficas y las inquietudes específicas de la población adolescente a la cual van dirigidas.³

Es necesario identificar las características socio-demográficas, las inquietudes y los conocien-

tos previos sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes, como referente en el diseño de estrategias que ayuden a los planificadores de programas a elaborar iniciativas enfocadas a comportamientos que necesitan ser modificados.⁹ Actualmente existen pocos datos que sustenten intervenciones educativas desde una perspectiva de construcción socio-demográfica, teniendo en cuenta las inquietudes y los conocimientos de los adolescentes,¹⁰ lo que deriva en el mantenimiento de patrones de conducta que los exponen a riesgos de tipo médico, educativo y socio-económico.³ La educación a los adolescentes en sexualidad y reproducción a través de consejerías, se define como el proceso por el cual una persona puede ayudar a otra a clarificar sus ideas y tomar decisiones, anticipar las consecuencias de sus acciones y desarrollar su capacidad para planificar a más largo plazo.¹¹ Los profesionales de enfermería, en el marco de la salud pública, se desempeñan en actividades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En este contexto, la educación en salud por medio de consejería, les permite fomentar el autocuidado, y contribuir a ella dentro de su campo de acción. La educación en sexualidad y reproducción en centros del nivel primario de atención, que cuenta con la participación activa de profesionales de enfermería, ofrece una oportunidad para que los adolescentes prevengan ITS y ENP.¹² Además, la identificación de las condiciones en las que los adolescentes acuden a una consejería puede tener efectos sobre la eficiencia de la intervención. Los jóvenes eligen asistir de manera individual o grupal, con o sin IVS. El desarrollo de modelos definidos puede contribuir al impacto de la educación en salud.¹¹

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la asistencia a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción (CSSyR) y las variables socio-demográficas (sexo, edad y seguridad social), las inquietudes sobre la asistencia a este servicio y el conocimiento previo de métodos de prevención de ITS y embarazo de adolescentes en educación secundaria. Además,

entre el IVS y las mismas variables. Con base en los resultados obtenidos, es posible contribuir de manera apropiada al desarrollo de las mencionadas consejerías, para optimizar su impacto.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico con muestreo no probabilístico de casos consecutivos en una población de 725 adolescentes entre 12 y 16 años de edad, de educación secundaria pública del turno matutino. Se incluyeron aquellos que decidieron participar en la CSSyR de forma espontánea, con o sin inicio de actividad coital. El estudio se implementó entre septiembre de 2007 y junio de 2008, en el plantel escolar y dentro del horario de clases. El 70% (507) de los invitados participó en el estudio.

La CSSyR para adolescentes forma parte del programa de Escuelas Promotoras de Salud, financiado por la Clínica ABC Amistad, del Centro Médico ABC. El objetivo de la Clínica ABC Amistad consiste en brindar atención primaria a comunidades urbanas marginadas. El programa cuenta con la aprobación del Comité de Beneficencia del Centro Médico ABC y la autorización de la Secretaría de Educación Pública, para ser implementado en escuelas públicas de secundaria, del área de influencia de la clínica, la cual se circunscribe a los cinco kilómetros que la rodean. Las instituciones educativas de esta área se ubican en colonias de bajo estrato socioeconómico, al poniente de la Ciudad de México. El contenido de la CSSyR cumple con los lineamientos de la SEP para tratar los temas de salud sexual y reproductiva en educación secundaria. Así mismo se presentó a las autoridades escolares, quienes dieron su aprobación para iniciar la intervención. Además, se convocó a una reunión de trabajo con profesores, representantes de la sociedad de padres de familia y alumnos jefes de grupo, en la que se explicaron los objetivos y la metodología del estudio.

Para participar, primero se solicitó el consentimiento informado de los adolescentes; luego, se les dio una explicación clara y completa, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, la seguridad de mantener la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y el compromiso de proporcionarles la información obtenida durante el estudio. Se les explicó, además, que su participación no tenía costo alguno. A los jóvenes que aceptaron participar se les entregó una carta de consentimiento por duplicado para recabar su firma. Una copia se quedó en poder del suscrito y una enfermera responsable archivó la otra¹³. Los adolescentes identificados con problemas de salud sexual y/o reproductiva fueron enviados al Médico Familiar de la Clínica ABC Amistad.

Cada uno podía seleccionar participar en la CSSyR individual o grupal. La enfermera responsable registró en la bitácora el tipo de asistencia que cada adolescente eligió. El detalle de los procedimientos y temas tratados en las CSSyR individual y grupal fue publicado¹⁴. Respondieron un cuestionario autoaplicado, el cual había sido probado previamente con 30 adolescentes en una prueba piloto. Con el cuestionario ajustado se obtuvo información sobre variables socio-demográficas (sexo, edad y seguridad social), presencia de IVS, inquietudes de asistencia a la CSSyR y conocimiento previo de métodos de prevención de ITS y embarazo. La evaluación sobre presencia de IVS se realizó con base en el cuestionario de salud en el adolescente de la ENSANUT 2006.⁶

Las preguntas relacionadas con las inquietudes sobre la asistencia a la CSSyR se basaron en un cuestionario sobre inquietudes en sexualidad y reproducción en adolescentes que solicitan apoyo a servidores de salud.¹⁵ Se recabó información sobre los siguientes conceptos: problemas de salud, emocionales, o de conducta sexual; necesidad de información sobre sexualidad o métodos anticonceptivos, y por último, quienes se guían por recomendación de amigos. El formato fue de opción múltiple, es decir, seleccionar una de las respuestas posibles. El conocimiento

sobre métodos de prevención de ITS y embarazo fue evaluado con preguntas que se basaron en la ENSA 2000.⁴ Se solicitó marcar con una cruz los que conocían de una lista. El cuestionario se aplicó en privado, con el apoyo de una enfermera previamente capacitada, quien estuvo disponible para atender las dudas. El conocimiento de uno o dos métodos de prevención de ITS se estableció como el “mayor”, y el de prevención de embarazo, cuando señaló conocer cuatro o más métodos.

Se elaboró una base de datos en el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences™, versión 13.0), programa en el que se realizó el análisis de la información. Se hizo una descripción de las variables cualitativas y cuantitativas. El análisis bivariado consistió en la aplicación de pruebas de X^2 y en el cálculo de razones de momios, para evaluar la relación entre la asistencia individual o grupal a la CSSyR y las variables socio-demográficas, las inquietudes de asistencia a la CSSyR y el conocimiento previo de métodos de prevención de ITS y embarazo. Se practicó, además, un segundo análisis bivariado entre presencia de IVS y las mismas variables. Las variables con asociación estadísticamente significativa en los análisis bivariados se incluyeron en modelos de regresión logística, para evaluar sus efectos: en uno, de acuerdo con el tipo de asistencia a la CSSyR, y en otro, con la presencia de IVS. El valor de probabilidad menor a 0.05 se determinó como nivel de significancia.

Resultados

En total, 507 adolescentes participaron en el estudio y completaron el cuestionario de auto-aplicación. De ellos, el 52.1% era del sexo masculino, el 40% tenía 13 o menos años, el 36.5% no contaba con seguridad social y el 12.8% refirió IVS. La distribución de los adolescentes, de acuerdo con sus inquietudes de asistencia a la CSSyR, se hizo de la siguiente manera: 7.3% por

problemas de salud, 4.7%, emocionales, 5.1%, de conducta sexual; 59% por necesidad de información sexual, 26.2%, de métodos anticonceptivos, y 6.3% por recomendación de amigos. En cuanto a las variables sobre conocimiento de métodos de prevención de ITS y de embarazo: 93% indicó conocer uno o dos métodos de prevención de ITS, y 55.4%, cuatro o más de prevención de embarazo.

De los adolescentes participantes, el 82.4% asistió a la CSSyR grupal. En la Tabla 1 se presenta su clasificación por el tipo de asistencia a la CSSyR, de acuerdo con variables socio-demográficas, inquietudes de asistencia y conocimiento previo de métodos de prevención de ITS y embarazo. Como se ve, los adolescentes varones y aquellos sin problemas de salud, tienen 2.8 y 2.5 veces la probabilidad de sus grupos de comparación de participar en la CSSyR grupal. También se encontró que los que conocen uno o dos métodos de prevención de ITS y cuatro o más métodos de prevención de embarazo tuvieron 2.2 y 1.8 veces la probabilidad de participar en la CSSyR grupal que los grupos de comparación. Dichas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 1).

En el modelo de regresión logística que se aplicó para identificar las características de los adolescentes más susceptibles de elegir CSSyR grupal, se incluyeron las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariado: sexo, problemas de salud y conocimiento de métodos de prevención de ITS y embarazo. En dicho modelo se encontró que los que tienen más probabilidad de asistir a la CSSyR grupal son de sexo masculino (OR=2.9) y aquellos sin problemas de salud (OR=2.5). Los que tienen menos probabilidad de asistir a CSSyR grupal son los que conocen tres o menos métodos de prevención de embarazo (OR=0.53).

En la Tabla 2 se aprecia la distribución de los adolescentes clasificados por IVS y de acuerdo con variables socio-demográficas, inquietudes de

Tabla 1. Distribución de las variables de estudio según el tipo de asistencia a CSSyR (n=507)

Variables	Tipo de CSSyR				p	OR	IC _{95%} OR
	Grupal		Individual				
	No.	%	No.	%			
Sexo							
Masculino	236	56.5	28	31.5	<0.001	2.82	1.74-4.60
Femenino	182	43.5	61	68.5			
Edad (años)							
≤13	174	41.6	29	32.6	0.100	1.80	1.03-3.07
14	126	30.1	25	28.1			
≥15	118	28.2	35	39.3			
Seguridad social							
Sin	149	35.6	36	40.4	0.393	0.82	0.51-1.30
Con	269	64.4	53	59.6			
IVS							
Presente	58	13.9	7	7.9	0.124	1.90	0.83-4.30
Ausente	360	86.1	82	92.1			
Inquietudes de asistencia							
<i>Problemas de salud</i>							
Sin	393	94.0	77	86.5	0.013	2.50	1.20-5.10
Con	25	6.0	12	13.5			
<i>Problemas emocionales</i>							
Sin	399	95.5	84	94.4	0.665	1.30	0.45-3.44
Con	19	4.5	5	5.6			
<i>Problemas de conducta sexual</i>							
Sin	395	94.5	86	96.6	0.408	0.60	0.18-2.04
Con	23	5.5	3	3.4			
<i>Necesidad de información sexual</i>							
Sin	170	40.7	38	42.7	0.724	0.92	0.58-1.50
Con	248	59.3	51	57.3			
<i>Necesidad de información de métodos anticonceptivos</i>							
Sin	307	73.4	67	75.3	0.721	0.91	0.53-1.54
Con	111	26.6	22	24.7			
Recomendación de amigos							
Sin	388	92.8	87	97.8	0.082	0.30	0.07-1.30
Con	30	7.2	2	2.2			
Número de métodos de prevención de ITS que conoce							
Uno a dos	393	94.0	78	87.6	0.033	2.22	1.05-4.70
Ninguno	25	6.0	11	12.4			
Número de métodos de prevención de embarazo que conoce							
Cuatro y más	242	57.9	39	43.8	0.015	1.80	1.11-2.80
Tres o menos	176	42.1	50	56.2			

Fuente: Cuestionario realizado por el grupo investigador. México. Septiembre 2007-diciembre 2008.

Tabla 2. Distribución de adolescentes clasificados por IVS (n=507)

Variables	IVS				p	OR	IC _{95%} OR
	Presente		Ausente				
	No.	%	No.	%			
Sexo							
Masculino	36	44.6	228	48.4	0.567	1.20	0.70-2.00
Femenino	29	55.4	214	51.6			
Edad (años)							
≤13	36	55.4	167	37.8	0.022	2.30	1.20-4.60
14	16	24.6	135	30.5		1.30	0.60-2.80
≥15	13	20.0	140	31.7			1.00
Seguridad social							
Sin	16	24.6	169	38.2	0.033	0.53	0.30-0.96
Con	49	75.4	273	61.8			
Inquietudes de asistencia							
<i>Problemas de salud</i>							
Sin	64	98.5	406	91.9	0.060	5.70	0.80-42.10
Con	1	1.5	36	8.1			
<i>Problemas emocionales</i>							
Sin	64	98.5	419	94.8	0.194	3.50	0.47-26.50
Con	1	1.5	23	5.2			
<i>Problemas de conducta sexual</i>							
Sin	64	98.5	417	94.3	0.160	3.80	0.51-28.81
Con	1	1.5	25	5.7			
<i>Necesidad de información sexual</i>							
Sin	28	43.1	180	40.7	0.719	1.10	0.65-1.90
Con	37	56.9	262	59.3			
<i>Necesidad de información de métodos anticonceptivos</i>							
Sin	45	69.2	329	74.4	0.373	0.77	0.44-1.40
Con	20	30.8	113	25.6			
Recomendación de amigos							
Sin	60	92.3	415	93.9	0.624	0.78	0.29-2.10
Con	5	7.7	27	6.1			
Número de métodos de prevención de ITS que conoce							
Uno a dos	4	6.2	32	7.2	0.750	0.84	0.29-2.50
Ninguno	61	93.8	410	92.8			
Número de métodos de prevención de embarazo que conoce							
Cuatro y más	22	33.8	204	46.2	0.062	0.60	0.35-1.03
Tres o menos	43	66.2	238	53.8			

Fuente: Cuestionario realizado por el grupo investigador. México. Septiembre 2007-diciembre 2008.

asistencia a la CSSyR y conocimiento previo de métodos de prevención de ITS y embarazo. Se observa que los de trece o menos años de edad tuvieron dos veces más riesgo de referir IVS que aquellos con quince o más años. Los que carecen de seguridad social presentaron la mitad de la probabilidad de referir IVS, comparados con los que sí tenían aseguramiento en salud. Las asociaciones anteriores fueron estadísticamente significativas.

En el modelo de regresión logística, para identificar las características de los adolescentes más susceptibles de IVS, se introdujeron las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariado: edad y seguridad social. Se encontró que los adolescentes con menos probabilidad de referir IVS son los de 15 o más años de edad y los que carecen de seguridad social.

Discusión

Dada la importancia del riesgo potencial de las ITS y los ENP en los adolescentes, es necesario insistir en que la educación sexual se inicie desde etapas tempranas, fortaleciendo la comunicación entre ellos y los proveedores de primera línea: enfermeras, trabajadores sociales, profesores, médicos y psicólogos.⁹ En este contexto, resulta indispensable elaborar planes eficaces, basados en evidencia científica, que atiendan la educación con un enfoque de trabajo integral que fomente los conocimientos y modifique las conductas de salud sexual y reproductiva.¹⁶

En los resultados de este estudio se puede apreciar que los adolescentes con más probabilidad de acudir a la CSSyR grupal son los de sexo masculino y aquellos que no tienen problemas de salud; mientras que los que tienen menos, son los que cuentan con menos conocimiento de métodos de prevención de embarazo. El hallazgo de que los adolescentes del sexo masculino tengan más probabilidad de asistir a la CSSyR grupal podría explicarse por el papel de género que

estructura el ejercicio y las conductas frente a la sexualidad. Los hombres viven su salud sexual y reproductiva con más libertad que las mujeres, lo que los sitúa en posición diferente en su entorno, que, a su vez, los induce a que asistan en grupo a recibir orientación respecto al tema.¹⁰

En cuanto a las inquietudes para asistir a una consejería, no se encontraron estudios en donde se comparen por el tipo de asistencia a la CSSyR. Sólo se halló una investigación en adolescentes suecos, en consejería grupal, en la que la salud fue la inquietud principal de la visita.¹⁵ Sus resultados no pueden ser comparados con los de este estudio, dado que sus inquietudes están influenciadas por el tipo de consejería a la que asisten. El hallazgo referente a que los adolescentes con menos conocimiento de métodos de prevención de embarazo tienen menos probabilidad de asistir a la consejería grupal, sugiere que los que tienen más probabilidad de asistir a consejería grupal pueden estar menos expuestos a riesgos por contar con más conocimiento de métodos de prevención de embarazo. Este resultado da pauta para que las intervenciones de tipo grupal puedan ser de baja intensidad y poca duración en relación con las individuales.⁷ Así, las futuras intervenciones pueden clasificarse por sexo, inquietudes de asistencia y conocimiento previo sobre métodos de prevención de embarazo de las personas a quienes vayan dirigidas.¹⁰

El resultado de que los adolescentes de quince años o más tengan menos probabilidad de IVS que aquellos con trece o menos, debe llamar la atención de los educadores, padres de familia y profesionales de la salud sobre la exposición de conductas de riesgo de ITS y ENP. De acuerdo con datos de la ENSA 2000, los adolescentes con IVS temprana tienen menos probabilidad de utilizar algún método de prevención. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que, dado que algunos inician su vida sexual antes de los trece años de edad, los programas de educación sexual deben dirigirse a aquellos con y sin IVS.¹⁷ Este enfoque permite diseñar currículos por perfil de riesgo, en donde

los más jóvenes, con IVS y antecedente de haber iniciado su vida sexual sin métodos de protección, se concentran en el grupo de mayor riesgo. Por último, se detectó que aquellos que carecen de seguridad social tienen menos probabilidad de IVS. Por el contrario, en un estudio con datos de la ENSA 2000, con adolescentes de medios rural y urbano, se observa que los adolescentes que no tenían acceso a la seguridad social corrían más riesgo de IVS.⁴ Esto sugiere que en el medio urbano, aunque con acceso a servicios de salud, no reciben una educación sexual y reproductiva eficaz. De ahí la importancia de fortalecer programas establecidos dentro y fuera de los servicios de salud.⁴ Los resultados aquí presentados, obtenidos desde las dimensiones socio-demográfica, de inquietudes y conocimientos de los adolescentes, dan pauta para desarrollar intervenciones basadas en evidencias sobre salud sexual y reproductiva. Dentro de las instituciones educativas en las que tenemos planeado intervenir, se proyecta desarrollar programas que estratifiquen a los adolescentes de acuerdo con el sexo y la edad, y consideren las condiciones mencionadas en conjunto, con bases teóricas que enfatizen tanto conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, como habilidades para la utilización de métodos de prevención de ITS y ENP.¹⁸ De esta forma, se busca mejorar la calidad de atención a los adolescentes participantes en las consejerías.

Por último, con base en nuestra experiencia, podemos decir que el haber realizado un estudio dentro del contexto escolar infundió confianza para asistir a la consejería y facilitó la participación de los adolescentes. Además, al observar los resultados en la población evaluada, se puede confiar en que la consejería adquiriera permanencia dentro del plantel escolar. Como conclusión podemos decir que el tipo de asistencia a CSSyR y la presencia de IVS pueden estar determinados por las características de los adolescentes, los problemas de salud y el conocimiento previo de métodos de prevención de embarazo. Los de sexo masculino y sin problemas de salud asisten más a CSSyR grupal que individual. Los que tienen

pocos conocimientos sobre métodos de prevención de embarazo asisten menos a CSSyR grupal que individual. Aquellos de 15 o más años y que carecen de seguridad social tienen menor probabilidad de haber iniciado su vida sexual que los de corta edad y con seguridad social.

Referencias

1. Moya C. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes de América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington: Advocates for Youth; 2002 [acceso 2009 Abr 10]. Disponible en: http://www.advocatesfor-youth.org/index.php?option=com_content&task=view&id=447&Itemid=177
2. Gallegos C, Villarruel A, Loveland C, Ronis D, Zhou Y. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud pública Méx.* 2008; 50(1):59-66.
3. Cruz J, Yanes M, Isla A, Hernández P, Velasco A. Anti-concepción en la adolescencia. *Rev cuba Endocrinol* [Internet]. 2007 [acceso 2007 Ene 13]; 18(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol18_1_07/end06107.htm
4. González C, Rojas R, Hernández M, Olaiz G. Perfil de comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. *Resultados de la ENSA 2000.* *Salud pública Méx.* 2005;47(3):209-18.
5. Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud pública Méx.* 2003; 45(S5):632-40.
6. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.* Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. p. 68-70.
7. McBride D, Gienapp A. Using randomized designs to evaluate client-centered programs to prevent adolescent pregnancy. *Fam Plann Perspect.* 2000;32(5):227-35.
8. Lin J, Whitlock E, O'connor E, Bauer V. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. Preventive Service Task Force. *Ann Intern Med.* 2008;149(7):497-508.
9. Navarro E, Vargas R. Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Invest Educ Enferm.* 2005; 23(1): 44-53.

10. Pacheco C, Rincón L, Guevara E, Latorre C, Enriquez C, Nieto J. Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública Mex.* 2007; 49(1):45-51.
11. González I, Aguirre L, Tapia J. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev Chil Pediatr.* 2005;76(6):573-9.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Washington: OPS; 2005. p.20-2.
13. México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud*, DOF 05-01-2009.
14. Mota V, Tello G, García M, Ortega M, López J. Consejería sobre sexualidad con adolescentes de México. *Horiz Enferm* 2008;19(1): 63-8.
15. Perrson E, Jarlbro G. Sexual behavior among youth clinic visitors in Sweden: knowledge and experiences in an HIV perspective. *Genitourin Med.* 1992; 68(1):26-31.
16. Díaz M, Brito M, De Sousa M, Cabral F, De Castro R, Campos M et al. Outcomes of three different models for sex education and citizenship programs concerning knowledge, attitudes, and behavior of Brazilian adolescents. *Cad. Saude Publica.* 2005; 21(2): 589-97.
17. Grunseit A, Kippax S. Effect of sex education on young people's sexual behavior. Ginebra: OMS; 1993. p. 5-6. Citado por: González C, Rojas R, Hernández M, Olaiz G. Perfil de comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública Mex.* 2005;47(3): 209-18.
18. Shain R, Piper J, Newton E, Perdue S, Ramos R, Dimmitt J et al. A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women. *N Engl J Med.* 1999; 340(2):93-100.