

DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS Y FACTORES DE
RIESGO RELACIONADOS CON ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE ESCOLARIZADA. LOCALIDAD
KENNEDY, BOGOTÁ D.C., 2000

ELSA HAYDÉE GONZÁLEZ GONZÁLEZ

*Licenciada en enfermería de la Facultad de Enfermería del
Hospital San José, especialista en educación sexual,
epidemióloga Universidad de Antioquia.*

MARTHA LUCÍA MORA MORENO

*Licenciada en enfermería de la Facultad de Enfermería del Hospital San José,
especialista en gerencia de servicios de salud de la Universidad Jorge Tadeo
Lozano, epidemióloga de la Universidad de Antioquia.*

LEONOR PEÑUELA POVEDA

*Odontóloga del Colegio Odontológico Colombiano,
epidemióloga de la Universidad de Antioquia.*

•

CORRESPONDENCIA

Martha Lucía Mora M. Secretaría Distrital de Salud
Calle 13 No. 32-69. Teléfono 364 95 43 - cel. 360 58 70
Correo electrónico: mamoram@utopia.com

RESUMEN

ANTECEDENTES

El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales en los adolescentes, la deficiente información acerca de las enfermedades de transmisión sexual y de salud sexual y reproductiva en general en este grupo de edad fueron la motivación para la realización de este estudio.

OBJETIVO

Describir los síntomas de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y los factores de riesgo relacionados con la transmisión en la población adolescente escolarizada del sector público, grado 11 de la localidad de Kennedy, Bogotá, D. C. para obtener información que permita orientar políticas de intervención en este grupo evolutivo.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

Estudio poblacional descriptivo transversal, en estudiantes del grado 11, en Instituciones públicas de Kennedy, 2000. Se diseñó una muestra de 385 estudiantes por un muestreo aleatorio simple con reemplazo. Nivel de confianza del 95%, error del 3%, proporción de prevalencia esperada 10%. Se excluyeron estudiantes que a la fecha negaran haber tenido relaciones sexuales (RS), y estudiantes que por voluntad propia no quisieran participar. La información se recolectó mediante la aplicación individual de una encuesta. El adolescente entrevistado recibió asesoría y orientación hacia los servicios Plan Obligatorio de Salud (POS), en caso de identificarse algún factor de riesgo en el momento de la entrevista.

RESULTADOS

El 42,1% de los adolescentes presentó algún tipo de sintomatología (1) relacionada con ETS, siendo esta proporción menor en los hombres. Del total de las adolescentes, el 48% presentó algún tipo de síntoma relacionado con una ETS.

CONCLUSIÓN

La edad temprana de inicio de relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas antes o durante la relación sexual son las variables donde se evidenció una posible relación.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes, enfermedades de transmisión sexual.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como propósito aportar información específica sobre enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes, que permita orientar y evaluar las intervenciones desde los sectores de salud y educativo con base en el conocimiento específico de los factores de riesgo, y de sus necesidades y expectativas por parte de los adolescentes. Se utilizó el enfoque sindrómico, el cual consiste en la identificación clínica de una ETS por la agrupación de signos y síntomas que orientan hacia los agentes etiológicos más importantes. Este enfoque permite al personal de salud hacer un diagnóstico en corto periodo de tiempo, sin habilidades especiales o pruebas sofisticadas de laboratorio (1).

I. MATERIALES Y METODOLOGÍA

Estudio poblacional descriptivo de tipo transversal en estudiantes de grado 11 de instituciones públicas de educación secundaria en la localidad de Kennedy en el año 2000. El universo lo conformó la población de adolescentes escolarizados de los veinticinco colegios públicos de la localidad: jornada de la mañana, 1,681, y jornada de la tarde, 2,238, para un total de 3,919 estudiantes.

Se diseñó una muestra representativa con muestreo aleatorio simple con reemplazo. Los parámetros fueron un nivel de confianza del 95%, un error del 3%, una proporción de prevalencia esperada para el evento a estudiar en adolescentes del 10%, determinada por las investigadoras dado que no se encontraron estudios anteriores que sirvieran de referencia y teniendo en cuenta el grupo poblacional objeto del estudio. Esto dio como resultado 350 alumnos. Adicionalmente se aumentó en 10%, pre-

viendo efecto de diseño y no-respuesta, para un total de 385 alumnos (programa Epi info versión 6.0).

Los criterios de inclusión fueron: estudiantes que se encontraran cursando grado II, matriculados y activos de los colegios públicos de la localidad de Kennedy, estudiantes que asisten a clases en la jornada de la mañana o la tarde.

Los criterios de exclusión fueron: estudiantes que a la fecha negaron haber tenido relaciones sexuales, y estudiantes que por voluntad propia no quisieron participar en el estudio.

La selección inicial se hizo al azar, utilizando un listado de números aleatorios; si el estudiante no había iniciado relaciones sexuales, se descartaba y se reemplazaba aleatoriamente las veces que fuera necesario hasta encontrar una persona que cumpliera el criterio de haber iniciado relaciones sexuales. La información se recolectó mediante la aplicación de una encuesta a cada uno de los estudiantes. Al instrumento se le realizó una prueba piloto en 32 estudiantes de grado II de una institución educativa de la localidad de Bosa. Como resultado de la prueba se ajustó y se sometió a la revisión por parte de un grupo de expertos.

Previo a la recolección de información se realizó acercamiento al sector educativo, mediante la aplicación de un taller de sensibilización a los docentes para que a su vez ellos lo replicarán a los estudiantes; se informó a los estudiantes seleccionados en la muestra y a los reemplazos sobre el objetivo del estudio, su carácter confidencial, voluntario y la importancia en la veracidad de las respuestas.

El adolescente entrevistado recibió asesoría y orientación de los servicios POS (medicina, psiquiatría, planificación familiar) en caso de identificarse algún factor de riesgo en el momento de la entrevista.

Con el fin de controlar posibles errores e inconsistencias al aplicar las encuestas, antes de procesar los datos se hizo una revisión manual de las mismas a través de una lista de chequeo que relaciona el nombre del colegio, la jornada, el total de la muestra y el número interno de los alumnos que participaron. La interacción con los estudiantes en la consejería individual posterior a la realización de la encuesta le permitió a las investigadoras contar con valiosa información cualitativa adicional que en sesiones de puesta en común fueron sistematizadas para ser utilizadas, como se verá adelante, en la discusión de los resultados de la investigación y en la formulación de las conclusiones y recomendaciones.

La tabla 1 (encuesta aplicada a los adolescentes) muestra las variables estudiadas.

TABLA I. ENCUESTA DE SÍNTOMAS Y FACTORES DE RIESGO DE ETS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS, GRADO 11

Agradecemos su colaboración en el diligenciamiento de esta encuesta, la cual es anónima y de carácter confidencial											
1	¿Cuántos años tiene?				2	El pene o los testículos hinchados	S	N			
						Salida de pus por el pene	S	N			
2	Género	M	F		4	Úlcera genital con dolor (en piel del testículo, pene, ano)	S	N			
					5	Úlcera genital sin dolor (en piel del testículo, pene, ano)	S	N			
3	¿Ha tenido relaciones sexuales?	S	N		6	Ganglios en la ingle que arrojen pus	S	N			
					7	Ampollas dolorosas en ano, pene	S	N			
4	¿A qué edad las inició?				9	Ha presentado picazón en los genitales	S	N			
					9	Ha presentado verrugas en los genitales	S	N			
5	¿Considera usted que ha sido víctima de abuso sexual?	S	N								
						SOLAMENTE PARA RESPONDER POR MUJERES					
6	¿Ha tenido usted más de una pareja sexual en su vida?	S	N								
					12	Marque con una X si ha tenido en su vida alguno o varios de estos síntomas					
7	¿Han tenido sus parejas sexuales más de una pareja sexual en la vida?	S	N		1	Secreción inusual de la vagina (de color amarillo verdoso y mal oliente) y dolor o ardor al orinar	S	N			
			NS		2	Dolor abdominal bajo	S	N			
					3	Dolor en la relación sexual	S	N			
8	Ha tenido prácticas sexuales				4	Ha presentado picazón en los genitales	S	N			
	Vaginales	S	N		5	Escosor o llagas con dolor (en vagina, ano)	S	N			
	Anales	S	N		6	Escosor o llagas sin dolor (en vagina, ano)	S	N			
	Orales	S	N		7	Ha tenido ganglios en la ingle que supuren (arrojan pus)	S	N			
					8	Ha presentado ampollas dolorosas en ano, vagina	S	N			
9	Utiliza condón				9	Ha presentado verrugas en los genitales	S	N			
	Siempre	S	N								

(Continúa)

(Continuación)

	Irregularmente	S	N	13	Se ha realizado citología vaginal	S	N
	Nunca	S	N				
				14	Fecha de última citología		
10	¿Para qué usa el condón?						
	1. Para prevenir las enfermedades de transmisión sexual	S	N	15	El resultado fue:		
	2. Para prevenir el embarazo	S	N	16	Si presentó alguno de los síntomas anteriores para su atención acudió a:		
	3. Ambas	S	N		1. Médico EPS o ARS		
	4. Cuál				2. Droguería		
					3. Amigo		
					4. Medicina alternativa		
11	Antes o durante una relación sexual consume alguna de estas sustancias						
	1. Alcohol	S	N		5. Ninguno		
	2. Marihuana	S	N		6. Otro		
	3. Bazuco	S	N		7. Cuál		
	4. Cocaína	S	N				
	5. Heroína	S	N	17	Está usted afiliado a:		
	6. Ninguna	S	N		1. EPS		
	7. Otra	S	N		2. ARS		
	8. Cuál				3. Sisben		
					4. Ninguno		
					5. Otro		
					6. Cuál		
SOLAMENTE PARA RESPONDER POR HOMBRES							
12a	Marque con una X si ha tenido en su vida alguno o varios de estos síntomas.						

La descripción de la sintomatología sugestiva de ETS se realizó bajo el abordaje del enfoque sindrómico (1). Este enfoque permite al personal de salud hacer un diagnóstico en corto periodo de tiempo, sin habilidades especiales o pruebas sofisticadas de laboratorio (1).

TABLA 2
IDENTIFICACIÓN DE SÍNDROMES RELACIONADOS CON ETS

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiología
Flujo vaginal	Secreción vaginal Picazón vaginal Disuria (dolor al orinar) Dolor durante el acto sexual	Secreción vaginal	VAGINITIS Tricomoniasis Candidiasis CERVICITIS Gonorrea Chlamydia
Secreción uretral	Secreción uretral	Secreción uretal (si es necesario pida al paciente que se exprima la uretra)	Gonorrea Chlamydia
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Tumefacción de los ganglios linfáticos inguinales	Sífilis Chancro/ Chancroide de herpes genital
Dolor abdominal inferior	Dolor abdominal inferior y durante las relaciones sexuales	Secreción vaginal, Dolor abdominal inferior al palpar; temperatura de más de 38 grados centígrados	Gonorrea Chlamydia anaerobios mixtos
Inflamación del escroto (orchitis)	Dolor del escroto	Hinchazón del escroto	Gonorrea Chlamydia
Bubón inguinal	Ganglios linfáticos inguinales hinchados y dolorosos	Tumefacción de los ganglios linfáticos. Abscesos fluctuantes o fístulas	Chancro. linfogranuloma venéreo
Conjuntivitis neonatal	Párpados hinchados, supuración, el recién nacido no puede abrir los ojos	Edema de los párpados Supuración	Gonorrea Chlamydia

Fuente: OPS. *Manual de atención de ETS. Uso de flujogramas*, 1998.

TABLA 3
PLAN DE ANÁLISIS

Objetivo	Medida	Significancia estadística
1. Identificar y caracterizar las ETS y los factores de riesgo relacionados con la infección en la población a estudiar	Distribuciones de frecuencia por edad, género, factores de riesgo Razón de masculinidad Medidas de Tendencia Central	Diferencia de proporciones Chi cuadrado Intervalos de confianza
2. Estimar la prevalencia de las ETS según variables de edad, género, edad de inicio de las relaciones sexuales, abuso sexual, más de una pareja, su pareja más de un compañero sexual, uso de preservativo o condón, consumo de sustancias psicoactivas en la relación, tipo de infección	Prevalencia de punto de las ETS según variables estudiadas	Diferencia de proporciones Chi cuadrado Intervalos de confianza

Los resultados se presentarán en tablas y gráficos de distribuciones de frecuencias absolutas y relativas totales por edad, género y factores de riesgo.

RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

El rango de edad está entre 14 y 20 años, con una media de 17 años DS = 1.1, la mediana y la moda son de 17 años.

Afiliación de los adolescentes al régimen de seguridad social en salud

El 54% de los encuestados están afiliados al régimen contributivo –el cual se identificó como EPS en la encuesta– como beneficiarios por ser menores de edad; el 30% son participantes vinculados (en la encuesta identificaron al Sisben por ser ésta la forma en que los adolescentes identifican su afiliación), y menos de 5% pertenecen al régimen subsidiado (ARS). Una décima parte refiere no tener ningún tipo de aseguramiento.

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON ETS

El 42.1% de los adolescentes presentó algún tipo de sintomatología relacionada con ETS, siendo esta proporción menor en los hombres (36.9%). Por grupo de edad se observa que las mujeres de 17 años son quienes presentan mayor sintomatología (19.8%), seguido del grupo de 18 a 20 (16.7%). En hombres, el grupo de 14 a 16 es el que presenta la mayor proporción de prevalencia de síntomas de ETS en la vida (13.3%).

Del total de las adolescentes el 48% presentó algún tipo de síntoma relacionado con una ETS; el 21% presentaron algún tipo de sintomatología sugestiva para vulvovaginitis, el 20% para enfermedad pélvica inflamatoria, y el 6% de cervicitis mucopurulenta (2).

Aunque con menos frecuencia se observa que 1.1% pueden presentar sintomatología sugestiva de lesiones ulcerativas, y 0.5% bubón o inflamación inguinal y verrugas anales y genitales.

El 37% de los hombres han presentado en su vida algún tipo de síntoma relacionado con ETS, el 26% presentó síntomas relacionados con escabiosis o pediculosis (picazón), y 6% sintomatología sugestiva de uretritis.

Aunque con menos frecuencia se observaron epididimitis y lesiones ulcerativas. En igual porcentaje, 0.5%, el género femenino y masculino presentaron síntomas sugestivos de bubón o inflamación inguinal y verrugas anales y genitales(1).

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PRÁCTICAS SEXUALES

Teniendo en cuenta que cualquier práctica sexual como tal no es factor de riesgo si se usan mecanismos de protección, a continuación se hace la descripción de éstas para los adolescentes escolarizados de la localidad de Kennedy (3). El 78.2% de los adolescentes sólo han tenido relaciones sexuales de tipo vaginal seguido por el 13.2% cuya práctica ha sido vaginal-oral; ocho de cada cien han sido de tipo anal, siendo esta práctica descrita sólo por los hombres al igual que la relación oral y anal-oral.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Edad de inicio de relaciones sexuales

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales para ambos géneros fue de 15 años, con una media de 15,049, DS = 1.798; en mujeres el promedio de edad de inicio fue de 15 años DS = 1.4, y en hombres 14 años DS = 1.9.

El 93% de los alumnos iniciaron relaciones sexuales después de los 15 años, y antes de los once el 3.7 de los alumnos.

El 78.6% de las mujeres inició RS después de los 15 años. Al comparar la edad de inicio del grupo de 15 a 20 años entre el género femenino y el masculino se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el género femenino: Chi = 7.69, valor p = 0.005.

Hubo una relación directa entre la edad de inicio temprana y la aparición de síntomas sugestivos de ETS (Chi cuadrado = 111.46, p = 0.000).

Abuso sexual

Ocho de cada cien alumnos fueron víctimas de abuso sexual, siendo más frecuente en mujeres (12.7%).

Tener más de una pareja

El 42.9% de la población estudiada refirió haber tenido más de una pareja sexual en su vida; en hombres, fue de 56.6% –el doble de lo observado en las mujeres–, diferencia estadísticamente significativa, Chi cuadrado = 11.36, valor $p = 0.0007$.

Más de un compañero sexual de la pareja

Casi la cuarta parte de los adolescentes desconocen si su pareja o parejas sexuales han tenido más de un compañero sexual; otra cuarta parte manifiesta que su pareja no ha tenido ni la tiene, considerando que tanto saber que su pareja tiene más parejas sexuales como no saberlo igualmente podría ser un factor de riesgo para ETS. Se comparó la distribución proporcional de estas dos condiciones con la de aquellos que manifestaron no tener más de una pareja y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Uso de condón

El 70% de la población estudiada no se protege regularmente. Más de la tercera parte de los adolescentes nunca usan condón –situación más frecuente en las mujeres–, menos de la tercera parte lo usan siempre; los hombres muestran una mayor proporción de uso.

Motivo del uso de condón

Para realizar este análisis se toma sólo el dato de los adolescentes que siempre usan el condón, debido a que quienes lo utilizan de forma irregular no controlan el factor de riesgo cotidiano.

Casi el 90% de los adolescentes usan condón para prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual y el embarazo.

Consumo de sustancias psicoactivas

Se observan cifras iguales de consumo para los dos géneros: 1% marihuana y cocaína, 14.9 % consumo de alcohol, y 84.2% no refieren consumo de este tipo de sustancias antes o durante una relación sexual.

Consumo de alcohol y edad

Quince de cada 100 adolescentes consumen alcohol antes o durante una relación sexual, su uso aumenta con la edad, tanto para hombres como para mujeres.

Toma de citología

En cuanto a la toma de citología vaginal se observó que catorce de cada cien mujeres se la han practicado, cuyo resultado según lo manifestaron fue anormal en el 8%. En el último año se la han realizado el 72% de ellas.

Lugar de atención ante la presencia de síntomas

Cuando los adolescentes presentaron alguno(s) de los síntomas de ETS, el 56% no consultó, el 28% visitó al médico a través de la EPS, ARS y la red pública por ser participante vinculado al SGSSS. El 13.0% acudió a un amigo.

EXPLORACIÓN DE POSIBLE RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE ETS Y LOS FACTORES DE RIESGO

Teniendo en cuenta que el diseño del presente estudio no permite establecer asociación de causalidad, se exploraron las relaciones consideradas de interés entre los factores de riesgo o protectores y la presencia de relatar síntomas de ETS alguna vez en la vida sexual activa, siendo la edad temprana de inicio de relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas antes o durante la relación sexual las variables donde se evidenció una posible relación.

El uso del condón se comportó como factor protector; corroborando lo descrito en otros estudios: $RP = 0.80$, $IC = 0.61 - 1.06$, $\chi^2 = 2.63$, valor de $P = 0.104$, lo que confirma que el uso permanente de condón sí previene la presencia de síntomas de ETS.

DISCUSIÓN

La edad de los adolescentes estudiados correspondió a una población homogénea que se encuentra cumpliendo su objetivo académico generacional; por cada mujer hay 1.1 hombres matriculados, lo que indica que

la oportunidad de acceso escolar es similar para hombres y mujeres en la localidad de Kennedy.

Para la determinación de la presencia de síntomas de ETS en algún momento de la vida sexual del adolescente se usaron las categorías en las que éstos se agrupan para el diagnóstico sindrómico de las ETS (2), y por tanto, aunque no se cuenta con el componente adicional de signos clínicos de un examen físico para que esto corresponda a un diagnóstico sindrómico, en alguna medida la metodología usada permitió un acercamiento a los síndromes y agentes etiológicos que pudieran estar implicados en las ETS por las que los adolescentes pudieran haber sido afectados.

Debido a que esta investigación hace un acercamiento al problema de las ETS a través del abordaje sindrómico, enfoque relativamente nuevo para el diagnóstico y tratamiento de estos eventos en Colombia, se encuentra dificultad para comparar los hallazgos encontrados por el estudio con datos de estudios similares.

La única referencia comparativa de la que se dispuso fueron los datos de la encuesta CAPS sobre ETS del ISS y Profamilia, 1994, en la que se incluyó una pregunta a la población adulta joven sobre la presencia de ETS en el último año y que reveló que un 1% aproximadamente de las personas había presentado síntomas de una ETS. Comparando dichos datos con los de este estudio, donde se encuentra una proporción de 4.2% durante la vida sexual de los adolescentes, se podría afirmar que nuestra metodología de medición de síntomas fue más sensible para identificar la presencia de síntomas relacionados con ETS o por el contrario, que podría haberse incrementado la incidencia de ETS.

Sin embargo ambos estudios no son lo suficientemente específicos para determinar la presencia de ETS pues no realizaron comprobación clínica ni de laboratorio; esta circunstancia podría estar sobrestimando la presencia de ETS en la población estudiada.

Por otra parte, agrupando los síntomas por síndromes relacionados y por agentes etiológicos implicados, se puede decir que en las mujeres los síntomas de vulvovaginitis que se encontraron como los más frecuentes en este estudio pudieran corresponder con los datos que mencionan que uno de los agentes, la *Trichomona vaginalis*, es la más común de las ETS y que simultáneamente produce este síndrome (2).

Los síntomas relacionados con enfermedad pélvica inflamatoria al parecer afectaron en segundo lugar a las mujeres; si se tiene en cuenta que estos síndromes están relacionados con la *N. gonorrhoeae* y con la *C. tra-*

chomatis, y que son además una complicación de la cervicitis mucopurulenta producida por estos agentes, se podría interpretar que la medición de síntomas se acercó en algo a la identificación etiológica (2).

En los hombres la mayor proporción se presentó para picazón, síntoma relacionado con los agentes etiológicos de la escabiosis y pediculosis, hallazgo bastante particular que llama la atención, pues no se reportan estas entidades como ETS frecuentes en la población. La razón de este dato podría explicarse por la baja especificidad que el síntoma tiene para orientar a un síndrome y por ende a un agente etiológico, pues podría confundirse la presencia del síntoma cuando ha sido generado por otras razones diferentes a la presencia de una ETS (2).

Descartando las anteriores etiologías, los síntomas de uretritis y epididimitis fueron los primeros en importancia en los hombres; estos síndromes sugieren infecciones por agentes tales como *N. gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, que en la perspectiva etiológica son también los más importantes en la población masculina tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo (3).

De igual forma, los resultados obtenidos en el estudio para síntomas relacionados con los síndromes bubón o inflamación inguinal, lesiones ulcerativas y verrugas anales y genitales, producidos por virus, exhiben datos similares para ambos sexos, relacionándose con los hallazgos descritos en la introducción, donde son presentados como terceros en frecuencia después de las infecciones bacterianas y parasitarias (4).

En cuanto a los factores de riesgo, la edad de inicio de relaciones sexuales mostró un comportamiento similar al observado en la encuesta CAPS del ISS y Profamilia en 1994, en donde se encontró que hombres y mujeres inician relaciones sexuales antes de los quince años (13.4 y 14.8 años respectivamente). En esta investigación la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 15 años para mujeres y 14 para hombres. Sin embargo, nuestros datos varían un poco de lo descrito en la misma encuesta frente al nivel educativo, donde se concluyó que entre los adolescentes analfabetas la edad de inicio de las relaciones sexuales es de 13.4 años, mientras que entre los que tienen secundaria completa es de 16.1 años. Nuestra población presentó una edad de inicio más temprana.

Teniendo en cuenta los datos del presente estudio que muestran que el 30% de los adolescentes inician vida sexual activa antes de los 14 años, se puede utilizar este hallazgo para orientar específicamente en este aspecto las intervenciones de educación sexual, máxime cuando los ado-

lescentes entrevistados reclamaron a los investigadores la necesidad de abordar el tema de las ETS desde una perspectiva más práctica y teniendo en cuenta la opinión de aquellos que no habían iniciado las relaciones sexuales, que coincidieron en que la decisión debía ser "consciente y mediada por el sentimiento"*.

En este estudio no se exploró, en quienes fueron abusados, el tipo de atención terapéutica recibida; a través de las entrevistas se evidenció que esta situación aún no ha sido resuelta (4); sería importante incluirlo en estudios posteriores. Además, se detectó que cuando el abuso sexual es intrafamiliar, no se denuncia por parte de los abusados.

Llama la atención que el 42.9% de los adolescentes han tenido más de una pareja sexual durante el corto periodo de vida sexual activa, lo que significa que podrían estar expuestos en forma importante a adquirir ETS si continúan con esta práctica. Si a esto se suma el hecho de que las parejas de los adolescentes han tenido más de un compañero sexual, por lo que se potencializa dicho riesgo ya que los datos para el uso de condón muestran una proporción de 70% de no protección cuando se tienen relaciones sexuales, la situación es aún más preocupante. Éste debería ser otro aspecto a reforzar en los programas de educación sexual.

Cuando se exploró la relación entre algunas de las variables independientes descritas con la presencia de síntomas de ETS, se pudo ratificar lo descrito en la literatura para algunas de ellas.

Los resultados del estudio en lo que se refiere a los factores de riesgo de "tener más de un compañero sexual o que la pareja tenga más de un compañero sexual", no insinuaron relación directa con la aparición de síntomas sugestivos de síndromes relacionados con ETS, tal como se ha demostrado en otros estudios; posiblemente por deficiencia en la medición de la exposición ya que no se consultó el número de parejas en el último año y la edad de los compañeros sexuales.

Igualmente, en el uso de sustancias psicoactivas hubo una relación directa entre el consumo y los síntomas sugestivos de ETS, corroborando que el efecto que producen estas sustancias sobre la voluntad y la conciencia favorecen la adopción de conductas de riesgo ($\chi^2 = 8.53, p = 0.003$).

* Nota textual de apreciaciones de los adolescentes entrevistados.

Teniendo en cuenta que la población estudiada no corresponde con la población prioritaria para la detección precoz de cáncer cérvico-uterino (25 a 64 años), 25 de las adolescentes entrevistadas se habían practicado la citología vaginal, y el 70% se la practicó en el último año. Sin embargo, la poca frecuencia en la realización de este procedimiento denota desconocimiento de su importancia en la prevención y el control de Enfermedades de Transmisión Sexual y del cáncer cérvico-uterino en la mayoría de las adolescentes. Esta situación se podría mejorar a través de incluir información específica sobre este aspecto en los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los adolescentes.

Cuando los adolescentes presentaron algún síntoma sugestivo de síndromes relacionados con ETS, el 70% de ellos no resolvió terapéuticamente la presencia de estos síntomas, lo que podría ocasionar hacia el futuro complicaciones y secuelas severas. La mayoría de los jóvenes, durante la entrevista que recogió información cualitativa, manifestaron no obtener respuesta a sus inquietudes cuando asisten a la consulta, no existe atención especializada para este grupo de edad, y los servicios de salud no se ajustan a sus necesidades o a su realidad; a esto se suma la desconfianza que expresan hacia el manejo de aspectos íntimos y confidenciales por parte de los profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta que las relaciones con otros sectores son de difícil abordaje en el trabajo local, consideramos que una de las fortalezas de esta investigación fue el acercamiento institucional previo y durante la ejecución, permitiendo superar las dificultades que normalmente se presentan en el proceso de recolección de la información. En general el grupo de orientadores y de alumnos siempre tuvo la disposición de colaborar porque iban a beneficiarse con la capacitación, asesoría y los resultados del estudio.

CONCLUSIONES

Las conclusiones generales del equipo de investigadoras fueron las siguientes:

El abordaje con el enfoque sindrómico permitió el acercamiento a posibles agentes causales de ETS utilizando solo síntomas; hemos tenido una utilidad adicional del enfoque que es determinar la problemática en grupos poblacionales donde las implicaciones éticas de abordar menores de edad con pruebas de laboratorio dificulta las investigaciones, sin contar con las implicaciones de costos.

La medición de los factores de riesgo que no presentaron relación pudo tener poca sensibilidad debido a que no se cuantificó ni el número de parejas que tuvo cada entrevistado ni el número de compañeros sexuales de su pareja. Teniendo en cuenta que la literatura informa que la asociación se da para dos o más compañeros sexuales, es posible que los adolescentes tengan parejas sexuales en un rango menor a dos y esta sea la razón de la no relación.

Se ratificaron datos similares a los descritos por otros estudios sobre la proporción de ETS en la población y comportamiento sexual de los adolescentes (5).

Este trabajo se constituye en un aporte valioso por la información acerca de los factores de riesgo y la sintomatología para ETS en los adolescentes, lo que permitirá orientar la gestión de los sectores salud y educación en la localidad de Kennedy.

La información cualitativa sistematizada por las investigadoras durante el trabajo de campo hizo evidente el desconocimiento que tienen los adolescentes acerca de cómo ingresar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cómo acceder a los diferentes servicios, y las debilidades de los programas de educación sexual.

La presencia de ETS en adolescentes que reciben desde hace seis años educación sexual es preocupante y cuestiona la efectividad de estos programas, máxime cuando se identificó que el tema de su prevención no se trata en las temáticas, o por lo menos no de la mejor forma.

AGRADECIMIENTOS

A las personas de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y de la Universidad de Antioquia por su constante motivación y apoyo.

A nuestra asesora, doctora Gladys Espinosa García, por su valiosa colaboración y su constante estímulo.

A las personas del Centro Administrativo de Educación Local (Cadel) Kennedy por su apreciable cooperación durante el desarrollo de este estudio.

REFERENCIAS

1. OPS. Manual de atención de ETS, No. 2, Uso de los flujogramas. 5, 10, 11.
2. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Promoción y Prevención. Guía de atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. 4.
3. Dirección de Salud Pública. Protocolos de vigilancia en salud pública, 1ª edición. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1998.
4. Díaz GF, Ospina OS, Orozco MB, Estrada MS. Enfermedades de transmisión sexual: clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín: Editorial Presencia; 1995: 227-228.
5. Babativa LM. Citado en las conclusiones del Segundo Seminario Colombiano de Sexualidad en la Adolescencia, riesgos, logros y aptitudes. Bogotá: 1993; 26, 27, 31.
6. Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Bogotá: INS; 1999: 230 a 235.
7. Arredondo GJ, Narcio RL, Casanova RG, Figueroa DR. Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS) en un grupo de adolescentes que asisten a la clínica de atención perinatal. GAC MD. México: 1993; 75-79.

8. Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva para Bogotá, D.C. 1998; 35-41.
9. Marulanda Gómez A, Soy adolescente... Por favor entiéndanme. Bogotá: AunoA editores; 1998.
10. Alzate Helí. La sexualidad humana. En: Deslinde No. 3. revista de Cedetrabajo. Bogotá: enero de 1988; 80-81.
11. Useche Bernardo y Alzate Helí. Educación sexual en Colombia. En Deslinde No. 14. Bogotá, Colombia: 1993; 21 y 22.
12. Enciclopedia de la Sexualidad. Barcelona: Editorial Océano, Preinter de Colombia; 60, 62, 63.
13. Proyectos de educación sexual. Colegios San José y Rodrigo de Triana. Localidad Kennedy; 2000.
14. Dallabelta Gina, Marie Lago Peter Lamptey (eds.). Control de las enfermedades de transmisión sexual; 115, 159, 134.
15. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil, Washington, D.C.: 1986.
16. Diagnóstico local con participación social, 1ª edición, julio 1998; 79, 196, 198.
17. Guía médica, consejos prácticos, Barcelona, Salvat Editores S. A.; 80, 548.
18. Conferencia Internacional sobre población y desarrollo (derechos de reproducción y salud reproductiva).
19. Manual de capacitación sobre el Sida. En acción con los jóvenes, Cruz Roja Colombiana, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Nacional, Viceministerio de la Juventud, Organización Mundial del Movimiento Scout; 169, 172, 187.
20. G Arévalo, et al., Enfermedades de Transmisión Sexual, J. Soto y R. Leal (eds.); 22-25.