

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN PACIENTES ADOLESCENTES EN LA CONSULTA
GINECOLÓGICA - PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR
ROBERT REID CABRAL MARZO 2020 – AGOSTO DEL 2021.



Trabajo de grado presentado por Joenny Michell Jorge Cleto y Stephanie M.

Ovalle Santos para optar por el título de:

DOCTORA EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2021.

CONTENIDO	
Agradecimientos	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	15
I.1. Antecedentes	16
I.2. Justificación	20
II. Planteamiento del problema	21
III. Objetivos	22
III.1. General	22
III.2. Específicos	22
IV. Marco Teórico	23
IV.1.1. Historia	23
IV.1.2. Definición	25
IV.1.2.1. Adolescencia	25
IV.1.3. Conducta sexual de riesgo	26
IV.1.4. Salud sexual y reproductiva	30
IV.1.5. Educación sexual	31
IV.1.6. Infecciones de transmisión sexual	32
IV.1.6.1. Virus del Papiloma Humano	35
IV.1.6.1.1. Estructura viral	35
IV.1.6.1.2. Patogénesis	35
IV.1.6.1.3. Características clínica	36
IV.1.6.1.4. Verrugas anogenitales	36
IV.1.6.1.5. Verrugas anogenitales en niños preadolescentes	36
IV.1.6.1.6. Clasificación	37
IV.1.6.1.7. Transmisión	37
IV.1.6.1.8. Epidemiología	38
IV.1.6.1.9. Factores de riesgo para la infección y progresión de lesiones cervicales por VPH	38

IV.1.6.1.10. Método diagnóstico	38
IV.1.6.1.11. Tratamiento	39
IV.1.6.1.12. Prevención	39
IV.1.6.1.13. Detección de cáncer de cuello uterino	40
IV.1.6.1.14. Vacunas	40
IV.1.6.1.15. Vacunación frente a VPH en la adolescencia	41
IV.1.6.2. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	42
IV.1.6.2.1. Vías de transmisión	43
IV.1.6.2.2. Fisiopatología	44
IV.1.6.2.3. Manifestaciones clínicas	46
IV.1.6.2.4. Diagnóstico	48
IV.1.6.2.5. Tratamiento	49
IV.1.6.2.6. ¿Cuándo iniciar la terapia antirretroviral?	51
IV.1.7. Métodos anticonceptivos	52
IV.1.7.1. Tipos de anticonceptivos	53
IV.1.7.1.1. Métodos de barrera	53
IV.1.7.1.2. Anticoncepción de emergencia	54
IV.1.7.1.3. Anticonceptivos orales	55
IV.1.7.1.4. Anticonceptivos inyectables	55
IV.1.7.1.5. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración	56
IV.1.7.1.6. Anillo vaginal	58
IV.1.7.1.7. Parche transdérmico	58
IV.1.8 Embarazo precoz o en la adolescencia	58
IV.1.8.1. Factores de riesgo del embarazo en adolescencia	59
IV.1.8.2. Consecuencias del embarazo en adolescencia	60
V. Operacionalización de las variables	62
VI. Material y métodos	65
VI.1. Tipo de estudio	65
VI.2. Área de estudio	65
VI.3. Universo	65

VI.4. Muestra	66
VI.5. Criterios	66
VI.5.1. De inclusión	66
VI.6. Instrumento de recolección de datos	66
VI.7. Procedimiento	67
VI.8. Tabulación	67
VI.9. Análisis	67
VI.10. Aspectos éticos	67
VII. Resultados	69
VIII. Discusión	85
IX. Conclusión	88
X. Recomendaciones	90
XI. Referencias	91
XII. Anexos	97
XII.1. Cronograma	97
XII.2. Consentimiento informado	98
XII.3. Instrumento de recolección de datos	99
XII.4. Costos y recursos	105
XII.4.1. Humanos	105
XII.4.2. Equipos y materiales	105
XII.4.3. Información	105
XII.4.4. Económicos	105

AGRADECIMIENTOS

Mi Dios: eres mi universo. Heme aquí, Señor. Siempre te alabaré y glorificaré tu nombre. Infinitas gracias Padre amado. Sin ti, no soy nada. Te amo mi Dios.

A mis padres: Saturnina Cleto y José Jorge. Mi razón de ser y existir. El motor y la chispa que iluminan mis días. Por instruirme, guiarme y brindarme una excelente educación. Los amo eternamente y extendiendo infinitamente mi gratitud. Son unos padres ejemplares y extraordinarios. Mi orgullo hacia ustedes es inmenso.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña por ser mi casa de estudios, de grandes enseñanzas y miles experiencias vividas. Doy gracias a los maestros que esta institución acoge, por cultivar sus conocimientos en nosotros y por formar a honrados profesionales.

A el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (Mescyt). Gracias por la oportunidad brindada y por encaminarme en mis estudios superiores. Hoy en día puedo expresar con gran emoción la dicha de culminar una carrera universitaria.

A la Dra. Daphne Ramos y Rubén Darío Pimentel. Nuestros asesores de este trabajo de grado. Gracias por tanto empeño y dedicación. El aprendizaje adquirido fue de gran provecho. A la Dra. Molina, gracias por su entrega y amabilidad. Al Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral por ser el lugar de para poder llevar a cabo esta investigación.

A mis iglesias Unity en dominicana y Unity La Palabra Revelada. Gracias, gracias e infinitas gracias. Desde antes de nacer y a lo largo de toda mi vida, han sido mi gran familia, llena de personas extraordinarias. No tengo palabras para expresar toda la gratitud que siento por todo el apoyo manifestado. A nuestra amada Rev. Carmen Fe. Una mujer llena de virtudes y digna de admiración. A Magaly y Sarah Sánchez, gracias por tanto amor. Al Coro de Unity en dominicana. Tremendo apoyo, lleno de personas leales y con mucho entusiasmo. ¡Wow, que gran familia. Los amo a todos!

A la Comunidad de Teresa Valenti. Gracias Señor Jesús por permitirme ser parte de esta hermosa familia. No me cansaré nunca de agradecer tanto amor brindado. Cada uno de ustedes son seres maravillosos.

A la Empresa de Transmisión Eléctrica Dominicana (ETED). Una institución responsable y de gran compromiso. Muchísimas gracias por creer en mí. Sin su

apoyo éste sueño no sería realidad. Valoro enormemente la confianza brindada. A Brígida Vargas (Susy). Maravillosa mujer, llena de fortaleza y optimismo. Sé que todo lo has hecho con gran amor y mi deseo es siempre poder agradarte infinitamente. Tu doctora siempre estará contigo.

A Eva Suriel por su generosidad, sinceridad y apoyo. Tus deseos de siempre verme como una profesional, me han llenado de fortaleza para seguir adelante. Gracias por creer en mí. A Arisleyda García, le doy gracias a Dios por tu dedicación, carisma y entusiasmo porque en momentos de mi vida me han servido de motivación y estoy eternamente agradecida por el apoyo brindado. A Rafael Andújar (Sony), por ser un pilar en mi formación académica y transmitir su gran conocimiento.

A la familia De Óleo: Osiris, Rosy, Leo. Muchísimas gracias por manifestar amabilidad y ser de gran ayuda. Nircida, gracias por acogerme como parte de tu familia, fuiste un ser especial. A Tita, muchas gracias por siempre estar y por asumir el compromiso de brindarnos tanto amor. A César, Victoria, Massiel, Mabel y Mariel, gracias por tenernos presente en mente y corazón. La distancia no es un obstáculo para mantener todo el cariño que siempre nos expresan. Comparto con todos ustedes este gran logro. Dios les bendice.

A mi compañera de tesis y gran amiga: Stephanie Ovalle. Qué dicha de conocer a un ser tan admirable. Eres una persona llena de luz, amor y humildad. Nada hubiera sido posible sin tu ayuda, fuiste sostén e impulso en momentos de declive y tus grandes cualidades han hecho que tengas un lugar especial en mi corazón. Te agradezco por sobrellevar cualquier situación de debilidad en mí y por ser tan buena amiga. Serás una excelente doctora.

A mis amadas amigas y colegas: Crisleidy García, Elizabeth Herrera, Leida Nin y Sahiri Salvucci. Sin ustedes el largo viaje recorrido en esta carrera no hubiera sido maravilloso. No me canso de darle muchísimas gracias a Dios porque obtuve la bendición de conocer a personas grandiosas como lo son ustedes. A mi amiga de la universidad, Alba Méndez, gracias por iniciar este lindo trayecto junto conmigo. Éxitos a todas en sus vidas.

Agradezco a Dios por cada uno de mis compañeros de promoción, pero en especial a mis hermosas amigas de rotación y colegas: Gianni Germán, Ruthbelyss Pérez, María José Gomera y Juana Mariel Sánchez. Un millón de gracias por darle color y carisma a cada uno de mis días. Me enseñaron a ver

más allá de las apariencias y apreciar el gran paraíso que hay en cada una de ustedes. Muchas gracias por todo el apoyo. Confío en Dios de que serán grandes profesionales.

A mis maravillosos amigos: Miguel Tejada, Rosiris Uribe, Patricia Santana, Paola Santana, Vielka Castillo y Katherine Collado. Ustedes son el gran ejemplo de que la verdadera amistad es un magnífico tesoro. Son un regalo de Dios que llenan mi vida de gozo y alegría. Gracias a cada uno de ustedes por permanecer junto conmigo. Los adoro.

A Rosnery Martínez, mi gran amiga, consejera, mi sostén en momentos de dificultad. Eres un ser humano espléndido y admirable. Te agradezco por brindarme fortaleza, honestidad y alegría. Te amo.

A María Acevedo e Inés Santos. Infinitas gracias por todo el amor, apoyo y comprensión. A Mayra Taveras, Eneida, Alicia, Mayra Lugo, Josefina y Kenia. Gracias Dios porque son personas maravillosas y confirmo nuevamente que juntos resplandecemos y que con corazones unidos podemos manifestar el amor que es Dios que mora en cada una de ustedes. ¡Bendiciones!.

A mi hermana Awilda Salas por tu sensibilidad y bondad. Gracias por transmitir de tu paz y alegría. A Alexandra Salas y Doña Ansia, muchas gracias por quererme y tenerme siempre presente. Les agradezco todo el apoyo.

Al Sr. Edmundo González, aprecio profundamente su maravilloso gesto. Honro y bendigo al Cristo que en usted mora. Extiendo mi más sincero sentimiento de gratitud.

A Damaris Valdez, Lidia De León, Mical Díaz y Rocío Ureña, estoy eternamente agradecida con Dios por tenerlas en mi vida. Gracias por siempre creer en mí y apoyarme en todo momento.

A Danairys Mercedes y María Luisa Gutiérrez. Su humildad, generosidad y cariño llenan mi corazón de mucha alegría. ¡Gracias por todo!

A Jahaira Encarnación, Betty Guzmán, Yanneris Brito, María Arias y Deanny. Son el gran ejemplo de que en la vida hay que dar sin medidas, brindar apoyo incondicional, vivir la vida con alegría y que la sinceridad es valiosa. Gracias por todo.

Joenny Michell Jorge Cleto

En primer lugar, agradecer de manera infinita a Dios, mi guía y luz en este largo trayecto, estos años de sacrificio y perseverancia he mantenido la frente en alto, gracias a tu bondad y misericordia, demostrándome día tras día que todo lo puedo en tu nombre que eres quien me fortalece. Gracias Dios porque en cada momento de dificultad acudí a ti y escuchaste mi clamor, me refugiaste e hiciste de mi lo que algún día de pequeña soñé. Gracias, mil veces gracias.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), por brindarme un nivel académico de excelencia, por ser un recinto integral conformado por un personal docente, capaz de inspirar y sobretodo competente, quienes marcan nuestro trayecto como profesionales exitosos. "Sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes, les debo mis conocimientos.

A las entidades que conforman la facultad de Ciencias de la Salud por la disposición y entrega con los estudiantes.

A la doctora Daphne Ramos, asesora clínica de esta investigación, agradecerle por dirigirnos siempre con la mejor disposición posible y servirme de inspiración como excelencia profesional.

Al doctor Rubén Darío Pimentel, asesor metodológico del presente estudio, por encaminarnos de manera que logremos el objetivo.

De igual forma agradecer de manera especial a la doctora Evangelina Molina, encargada de la consulta de ginecología pediátrica, por ser referencia en esta investigación, siempre demostrando la mejor aptitud ante cualquier inquietud.

Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, por permitirnos la oportunidad de realizar nuestra investigación en su institución, siempre dispuestos y siendo referencia a nivel nacional.

Al Lic. Luis Reyes Santos, agracias por confiar en mí y darme la oportunidad de formarme como profesional. Eternamente agradecida con usted.

Stephanie M. Ovalle Santos.

DEDICATORIA

Dios, por Ti sigo y seguiré firme. Nunca me has dejado sola ni me has abandonado, tu gracia me sustenta. ¡Cuán grande eres, mi Dios! Toda la gloria y honra son para ti. Infinitas gracias Dios. Te amo.

A Saturnina Cleto, mi madre, mi guerrera y luchadora invencible. Eres una joya de madre y un ser humano maravilloso que posee grandes virtudes. Eres mi sustento y la razón por la que sigo adelante sin importar cualquier obstáculo. Mi amor por ti es y será infinito, lo más grande que tengo y lo más puro. Te dedico mi esfuerzo y dedicación.

A José Jorge, mi padre. Infinitas gracias por ser un padre ejemplar y por mantenerte firme por el bienestar de toda tu familia. Gracias por creer en mí y nunca dejarme sola. Por tus sabias palabras; por el amor y cariño que me brindas, he podido superar mis más grandes retos. Nunca te detuviste para que alcanzara mi mayor sueño. No tengo palabras para agradecerte tanto apoyo. Te amo, papi.

A mis familiares: Ana E. Laburd. Mi fuente de inspiración y la razón principal por la que elegí esta hermosa carrera. Gracias a ti me mantuve firme en mi decisión de ser doctora. Fuiste un ser súper especial y siempre vivirás en mi corazón, abuela. A mi tía Miledys Jorge por ser otra madre para mí; siempre me brindas tu apoyo y amor de manera incondicional. A mi tío Juan Jorge, gracias por cuidar de mí, por la amabilidad y el respeto. A mi hermana Anny Jorge, en mi vida has sido un gran ejemplo de valentía, amabilidad y determinación. Ningún obstáculo te detiene y siempre eres firme en tus decisiones. ¡Los amo, familia!

A Carolina Díaz, te agradezco tanto que no tengo palabras para expresar todo el amor y la educación que recibí de ti. Simplemente, gracias por quererme como tu hija y mi corazón siempre te amará como mi madre especial. A María Andújar, eres muy especial en mi vida; tu esencia y tu ser me inspiran grandemente. Siempre expresaré mi cariño hacia ti porque vales muchísimo en mi vida, mi prima-hermana.

A Bertha Sánchez (Taty), mi gratitud hacia ti es y será infinita. Nunca será poco el amor que por ti siento y mi corazón reboza de alegría por tener a mi lado a una madre como lo eres tú. Mi guía espiritual y mi consejera. Gracias por

ayudarme a superar todo obstáculo y por recordarme siempre que todo obra para bien, que todo tiene un propósito y que al final todo bien saldrá. Te amo. Gracias, gracias, gracias.

A Carmen Marte. Una madre maravillosa que la vida me regaló y estoy eternamente agradecida por tanto amor. Te agradezco de corazón porque has sido mi sostén y unos de mis modelos a seguir. Me siento privilegiada por tener a mi lado una persona tan maravillosa como tú. A Doña Carmen, muchísimas gracias por el cariño que siempre me expresas. Eres un ser lleno de paz y amor. ¡Las amo!

Mis hermanas del alma: Alhondra Rashel, Rocío Valdez y Dayrenis Penzo. ¡Cuánto las amo! Alhondra, eres grandiosa, eres arte y tu valentía me inspira mucho. Eres luz en mi vida. Rocío, me llenas el alma de alegría y armonía. Amo tu sencillez y amabilidad. Gracias por estar conmigo siempre. Dayrenis, eres un ser lleno de luz que alumbra mis días con tu dulzura, tu esencia y bondad. Tenerlas como amigas, ha sido de las mejores cosas que me han pasado en la vida ¡Son lo máximo y llenan mi vida de felicidad!

A Ralph Mercedes Gutiérrez. Sabes que no tengo palabras para expresar el eterno agradecimiento y el apoyo incondicional que has tenido conmigo desde el inicio de la carrera de medicina. Me enseñas cada día a seguir adelante sin importar los obstáculos que puedan presentarse y me ayudas a mantenerme con mente firme y positiva. Gracias Dios por tu compañía y por todo el amor que brindas.

Al Ministerio de alabanza de Unity en dominicana: Israel, Yamile, Gregory, Josías, Arlyn, Cheila, Laura, Kiara, Rocío, Aimeé, David, Ashley, Aramis, Miguel, Leandro, Remy, Jerika y los músicos. Son mi gran familia, que me motivan siempre a salir adelante y me llenan de mucha alegría. Agradezco de corazón todo el apoyo que siempre me brindan. Los amo a cada uno de ustedes.

A Teresa Valenti, tu princesa lo ha logrado. Te agradezco en el alma tanto amor. Fuiste un ser especial en mi vida y siempre vives en mi corazón. A Lupita, Milagros y Raquel por su apoyo incondicional y comprensión. Son personas maravillosas que le han dado luz a nuestras vidas. Infinitas gracias.

Joenny Michell Jorge Cleto

Especialmente a Dios guía esencial en mi vida, hoy sé que cada tropiezo angustia y desvelo, valió la pena. Gracias por siempre estar mi lado y ayudarme a cumplir mi sueño.

A la virgen de la Altagracia, que escuchó cada una de mis oraciones, me acogió en su manto protector y nunca me permitió desfallecer, me permitió formarme como profesional cuidando cada uno de mis pasos.

A mis padres, Cristina Santos, mami la vida no me alcanza para agradecerte cada esfuerzo que haces por cada uno de tus hijos, por vernos cumplir nuestros sueños, por siempre estar ahí apoyándome, por decirme tu puedes, verme tropezar y decirme levántate y sigue adelante, por demostrarme que el esfuerzo nos lleva al éxito y siempre hay que arriesgarse. Ahora puedo decir: mami, ¡lo logré! Rubén Darío Ovalle Rosa, por ser un padre incondicional, siempre estar para mí, protegerme y siempre mantenerme firme, con disciplina y valores. Esto en lo que hoy me convierto es gracias a ustedes. Gracias.

A mis hermanos, Rubén Ovalle Santos y Ricardo Antonio Ovalle Santos, tienen un gran espacio en mi corazón, gracias por cuidarme, apoyarme y ser mis cómplices durante toda mi vida. Gracias mil, este logro también es de ustedes.

Nilo Andújar, Dios me premio contigo, eres todo lo que me falta para estar completa. Gracias por estar a mi lado, siempre estar para mí, nunca negarme tu ayuda y decirme si puedes cuando siento que ya no doy para más e impulsarme a cada día superarme.

A Niberka Tejada, Laia Cristina, Chenoa Thais, Xavier Alonso, son mi pedacito de felicidad. Gracias por acogerme y brindarme tanto cariño, por ser familia y siempre estar para mí.

Mi querida tía Ive, mi segunda madre, José Imanol e Iván Victorio, ustedes son demasiado especiales para mí, durante todo este trayecto han estado pendientes, celebrando conmigo cada logro, apoyándome incondicionalmente y sorprendiéndome en cada oportunidad. Cuenten conmigo siempre.

A mis abuelos maternos, Mamá Ana y Papá Ramón, estoy segura que desde el cielo están alegres y orgullosos de lo que hoy en día soy. Recuerdo su entrega y dedicación y es por esto que este logro va por ustedes.

Queridos abuelos paternos, Abuela María, siempre inculcando en los nietos la importancia de formarnos como profesionales, siempre pendiente de cómo

iban los estudios. Abuelo Aquiles, gracias por el cariño y el interés de mi formación.

Abuelo Antonio, sé que me cuida y desde el cielo me envía abrazos como cuando era pequeña.

Mi mejor amiga, Dra. Crisleidy García, Le agradezco infinitamente a Dios porque en algún punto de la carrera me dio la dicha de conocerte y de ahí nos volvimos inseparables, solo tú conoces todo por lo que pase, en cada caída serviste de sostén. Te agradezco por acompañarme durante todo este trayecto y sacar siempre lo mejor de mí.

A mi compañera de tesis Joenny Jorge, elaborar a tu lado este proyecto me demuestra que el trabajo en equipo tiene excelentes resultados. Eres para mí un ejemplo de superación, esfuerzo y que querer es poder, estoy muy orgullosa de ti y tus logros. Éxitos.

Mis amigas de carrera, Elizabeth Herrera y Leida Nin, gracias por ser parte de los más lindos recuerdos en la universidad, son un gran ejemplo de esfuerzo y perseverancia.

A mis compañeras de rotación, Mariel Sánchez, Ruthbelyss Pérez, Gianni Germán y María José Gomera, hicieron que cada día fuera más ameno durante todo el proceso, gracias por brindarme su amistad y porque juntas aprendimos a tolerar, respetar y sobre todo paciencia, muchísimas gracias, auguro éxitos para cada una de ustedes.

A cada uno de mis tíos y tías maternos, así como mis primos, quienes siempre han estado pendientes y han apoyado cada paso no solo mío sino de mi familia.

Tíos y tía paterna, al igual que mis primos, gracias por el interés incondicional.

Stephanie M. Ovalle Santos

RESUMEN

Se ha normalizado en nuestro entorno, ver la realización de prácticas sexuales a muy temprana edad, sobre todo en países como el nuestro, República Dominicana, en el que día a día en regiones marginadas se ve en mayor porcentaje la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. En investigaciones anteriores, se ha determinado que algunas prácticas y creencias con relación a la sexualidad se han mantenido a través del tiempo en ambos sexos: Procrear y criar hijos a temprana edad en la mujer como única responsabilidad, cohibiéndolas de poder culminar sus estudios y ser profesionales.

El objetivo de esta investigación es evaluar la percepción riesgo sobre la salud sexual y reproductiva que presentan las adolescentes que acuden a la consulta Ginecológica -pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral marzo 2020 – agosto 2021.

El estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Se realizó un muestreo probabilístico tomando el número de adolescentes que acudió al servicio de Ginecología – pediátrica durante el año 2020. La muestra estuvo conformada por 83 pacientes en donde se les aplicó un instrumento de recolección de datos a manera de encuesta, la misma conformada por 33 preguntas de selección múltiple y 7 preguntas abiertas, para un total de 40.

Entre los resultados obtenidos, el 56.6 por ciento de las jóvenes piensan que se puede quedar embarazada en su primera relación sexual. Los anticonceptivos inyectables son utilizados por un 7.2 por ciento. El 72.3 por ciento de las encuestadas no ha utilizado en alguna ocasión los servicios de los Centros de planificación y sexualidad. El 92.8 por ciento de las encuestadas no había sido diagnosticada con una infección de transmisión sexual.

Se concluyó que las adolescentes reconocen las conductas sexuales de riesgo en los diferentes ámbitos planteados en ésta investigación, pero sigue existiendo una deficiencia en la parte de educación sexual, llevando a grandes consecuencias en el área de salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Percepción de riesgo, salud sexual y reproductiva, adolescencia, educación sexual.

ABSTRACT

It has become normal in our environment, to see the performance of sexual practices at a very early age, especially in countries like ours, the Dominican Republic, in which day by day in marginalized regions the incidence of sexually transmitted diseases is seen in a higher percentage and unwanted pregnancies. In previous research, it has been determined that some practices and beliefs in relation to sexuality have been maintained over time in both sexes: Procreate and raise children at an early age in women as the sole responsibility, inhibiting them from being able to complete their studies and be professionals.

The objective of this research is to evaluate the risk perception on sexual and reproductive health presented by adolescents who attend the Gynecological-Pediatric consultation at the Dr. Robert Reid Cabral Children's Hospital March 2020 - August 2021.

The study was observational, descriptive, prospective, and cross-sectional. A probabilistic sampling was carried out taking the number of adolescents who attended the Pediatric Gynecology service during the year 2020. The sample consisted of 83 patients where a data collection instrument was applied as a survey, which was made up of 33 multiple-choice questions and 7 open-ended questions, for 40.

Among the results obtained, 56.6 percent of young women think that they can get pregnant in their first sexual relationship. Injectable contraceptives are used by 7.2 percent. 72.3 percent of those surveyed have not used the services of the Planning and Sexuality Centers at some point. 92.8 percent of those surveyed had not been diagnosed with a sexually transmitted infection.

It was concluded that adolescents recognize risky sexual behaviors in the different areas proposed in this research, but there is still a deficiency in the part of sexual education, leading to great consequences in the area of sexual and reproductive health.

Key words: Risk perception, sexual and reproductive health, adolescence, sexual education.

I. INTRODUCCIÓN

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Su importancia radica en la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir de hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Todas las personas tienen derecho a elegir sus opciones preferidas en este ámbito.¹

Las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y educadas para autoprotgerse de las infecciones de transmisión sexual, y cuando decidan tener hijos las mujeres deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebe sano.¹

Las prácticas sexuales pueden tener significados positivos o negativos, dependiendo de las consecuencias que puedan traer consigo a los diferentes grupos sociales. En los jóvenes una alta proporción de relaciones sexuales y comportamiento de riesgo pueden desencadenar problemas para la salud reproductiva como alta tasa de fecundidad adolescente, abortos inducidos y enfermedades de transmisión sexual.²

El adolescente es representado, generalmente, como alguien con poca capacidad de juicio y consciencia, y con ello, más vulnerable a las influencias de su entorno. Ahora bien, el adolescente es el protagonista en tanto agente que desarrolla unas prácticas que son objeto de estudio y, pocas veces, su propio relato es tenido en cuenta. Así mismo, considerando que el adolescente está en una etapa donde todavía, en la mayoría de las ocasiones, convive con sus padres y, de algún modo, depende de ellos, comprender sus narrativas frente al riesgo, implica también acercarse a las de sus padres, al modo como ambos, padres e hijos, construyen sus relatos frente al riesgo.

La edad promedio de adolescentes que inician una vida sexual se ha reducido considerablemente a lo largo de los años en diversos países. Se ha normalizado en nuestro entorno, ver la realización de prácticas sexuales a muy temprana edad, sobre todo en países como el nuestro, República Dominicana,

en el que día a día en regiones marginadas se ve en mayor porcentaje la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

En investigaciones anteriores, se ha determinado que algunas prácticas y creencias con relación a la sexualidad se han mantenido a través del tiempo en ambos sexos: Procrear y criar hijos a temprana edad en la mujer como única responsabilidad, cohibiéndolas de poder culminar sus estudios y ser profesionales.

I.1. Antecedentes

Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. en el año 2015 realizaron una investigación, en Bucaramanga, Colombia. El objetivo de esta investigación se centra en el conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes de la población general.³

Realizaron un estudio correlacional por muestreo aleatorio simple con adolescentes entre los 14 y los 19 años de edad. Seleccionaron una muestra de 368 individuos para el estudio, usando como parámetro poblacional la probabilidad del número de adolescentes que han iniciado sus relaciones sexuales.³

Los principales resultados que arrojó esa investigación fue que se destacó una buena información de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, pero un cuestionable ejercicio de su autonomía, especialmente sobre métodos de prevención del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.³

Las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes: «Este grupo de adolescentes entre los 14 y 19 años de edad reportó una buena percepción sobre su salud, pero denota aspectos problemáticos alrededor de las relaciones familiares y sociales, el bajo impacto de la educación sobre la salud sexual y reproductiva y una pésima percepción sobre las políticas, programas y niveles de atención a la adolescencia desde las instituciones públicas.»³

Alfonso Figueroa L., Figueroa Pérez L., en el año 2017 realizaron un estudio en Cuba con el objetivo de identificar los factores que influyen en las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.⁴

Se realizó una revisión bibliográfica de los principales artículos científicos de los últimos años, utilizando las bases de datos SciELO, LILACS, revistas biomédicas nacionales e internacionales y otras fuentes bibliográficas que incluyen Dialnet y Google.³ Como resultados tenemos que las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes constituyen determinantes de su salud.⁴

En conclusión: «Es vital realizar prevención temprana de conductas sexuales de riesgo en adolescentes a través de programas de intervención con énfasis en el fortalecimiento de la Educación Integral de la Sexualidad a partir de la promoción de conductas sexuales saludables.»⁴

El autor Meza Valeria I. en el año 2015 en Argentina, resumió el trabajo de la siguiente forma: La presente investigación constituye un estudio de naturaleza cualitativa que se enfocó en analizar y comprender la percepción y actitudes acerca de las enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes madres de recién nacidos internados en neonatología del hospital de Río Gallegos.⁵

Se tomó como población a madres adolescentes entre 14 y 19 años que se encontraban con sus recién nacidos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Río Gallegos, una muestra de casos-tipo, siendo no probabilística.⁵

Para la recolección de datos se utilizó la observación participante y la entrevista semiestructurada. La información fue clasificada, categorizada y codificada de un modo inductivo mediante la identificación de contenidos emergentes siguiendo la premisa de construcción de teoría desde la base.⁵

Los resultados obtenidos fueron expresados en las siguientes categorías: percepciones sobre enfermedades de transmisión sexual y el uso de métodos anticonceptivos; actitudes acerca de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos; percepción sobre la maternidad; e influencia de la internación del recién nacido en la percepción sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. La discusión se centra en el análisis de los resultados donde se obtiene una comprensión fenomenológica al tema en estudio.⁵

Rosalía Sosaya J, en el año 2011 realizó una investigación en la provincia de Jujuy, ciudad de Córdoba, España con el propósito de conocer las percepciones de los adolescentes de la Escuela Municipal N° 1 "Marina Vilte"

sobre el funcionamiento del Consultorio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo, indaga sobre las dificultades que presentan dichos jóvenes para tomar medidas preventivas, aun teniendo el acceso a información, y a los recursos necesarios para poner en práctica dichos conocimientos, también da a conocer los tipos de servicios que el adolescente desea, con respecto a la salud sexual y determina cómo los adolescentes interactúan con sus padres, parejas y pares sobre temas relacionados con la sexualidad.⁶

La metodología de investigación para el presente trabajo se apoya en el enfoque cualitativo, donde se busca conocer las percepciones que los adolescentes le otorgan a la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. El universo total fue de 435 alumnos, distribuidos según sexos: 261 mujeres y 174 varones. La población participante pertenece a la Escuela N° 1 “Marina Vilte” del Barrio Alto Comedero Sector B6, Municipio Capital, de la localidad de San Salvador de Jujuy, Provincia de Jujuy. Es un establecimiento urbano, de nivel medio, con jornada simple y beneficio de merienda seca. La investigación cualitativa constituye una particular manera de ver el mundo, un mundo subjetivo, rico en significados, constituye un fenómeno empírico, que incluyen el análisis lingüístico de textos, las entrevistas grupales, las historias de vida, observaciones participativas entre otras.⁶

La muestra es de 60 alumnos, correspondiendo 6 alumnos por curso (3 varones y 3 mujeres), hay un total de 10 cursos (2 octavos, 2 novenos, 2 primer año de polimodal, 2 segundo año de polimodal y 2 tercer año de polimodal). La muestra es aleatoria se obtiene a través del registro de asistencia por sorteo.⁶

En los resultados y conclusiones se deduce que las dificultades que presentan los adolescentes en acceder a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva hablan de construcciones subjetivas en relación a la familia, la escuela y la relación con los pares. La educación, la información y la atención que recibieron son insuficientes, careciendo de integralidad y centrada en lo biológico, descuidando el aspecto psicológico y social del proceso. La conducta sexual temprana, la ausencia de métodos anticonceptivos y la falta de acceso adecuado a la información y educación trae como consecuencia un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.⁶

Pérez Then E, Miric M, Vargas T, en el año 2011 en la República Dominicana realizaron una investigación con el propósito de analizar y

sistematizar la información disponible sobre los factores que inciden en el embarazo en adolescentes, y su impacto en la calidad de vida de esta población, a partir de los resultados de estudios previos conducidos en la República Dominicana.⁷

Dicho estudio tipo cualitativo, descriptivo y transversal, partió de los resultados de la revisión de las bases de datos y estudios previos sistematizados en la primera etapa de esta iniciativa, con el fin de profundizar, desde el enfoque cualitativo, en los factores que inciden en el embarazo en adolescentes y su impacto en la calidad de vida de esta población en la República Dominicana.⁷

Se condujeron 8 grupos focales, incluyendo tres grupos con adolescentes no embarazadas (16 – 19 años) – uno en cada comunidad –, así como los grupos previstos con proveedores de servicios de salud (nivel nacional), tomadores de decisiones (nivel nacional), instituciones que laboran con la población de adolescentes en el país (nivel nacional), líderes comunitarios (Los Tres Brazos) y educadores (Sabana Perdida).⁷

Las conclusiones a la que llegaron fueron diversas, en primer lugar, resalta que la educación sigue siendo un referente importante en el embarazo en la adolescencia. Una mejor educación, o más grados de educación formal, han sido asociados no sólo a la reducción de la posibilidad de embarazarse tempranamente, sino que, en el caso que ocurra, les da mejores posibilidades, a las adolescentes, de un embarazo con menos problemas. Es la educación, también, un factor importante en el conocimiento de las posibilidades anticonceptivas.⁷

La vulnerabilidad del embarazo en adolescentes parece estar relacionada con la calidad de la atención que recibe y con el período, temprano o tardío, en que se produce en la adolescencia. De hecho, cuando se comparó adolescentes embarazadas y no adolescentes embarazadas según algunas variables relacionadas con el bienestar del producto (BPN) y algunos indicadores de prosperidad (estatus socioeconómico), y no observarse diferencias significativas entre ambos grupos, mueve a considerar que, el embarazo y su relación a las situaciones sociales negativas, es lo que realmente repercute en la psicología y bienestar de la embarazada en general.⁷

1.2. Justificación

Desde el 1994 se implementa el término de Salud sexual y reproductiva durante la conferencia: Población y Desarrollo, de la cual República Dominicana fue partícipe, ratificando una serie de tratados que establecieron compromisos asociados a los derechos de los niños, niñas y adolescentes buscando la creación de programas especiales y de esta manera disminuir los embarazos en adolescentes, evitar abortos en situaciones de riesgos y jóvenes que coexisten con Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

El término percepción engloba un conjunto de estereotipos, tradiciones, experiencias, conocimientos y valores que tienen las adolescentes sobre diversos fenómenos de la vida. Analizar la percepción de riesgo durante el transcurso de la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva, tiene gran importancia ya que nos permite obtener información sobre los mismos.

En las diversas investigaciones se reafirma que los adolescentes reconocen los riesgos que conllevan las relaciones sexuales como: un embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, no hay un uso adecuado de anticonceptivos.

Además, hay que destacar que las percepciones de riesgo en las relaciones sexuales están en contradicción con las actitudes, conductas y conocimientos de los(as) adolescentes relacionados con la protección, es decir, perciben el riesgo, tienen conocimientos, pero asumen conductas y actitudes riesgosas en relación con su salud sexual y reproductiva. Además, reflejan la presencia de actitudes discriminatorias hacia la mujer, tanto por ellas mismas, como por los varones, que aún evidencia la presencia de importantes rezagos culturales en este grupo tan joven.⁸

Todo lo expuesto resalta la importancia de estudiar a los adolescentes tal como se desarrollan en la sociedad, en su contexto familiar y en su ambiente socioeconómico y cultural, lo que permitirá diseñar estrategias que lleven a un cambio en el paradigma, que considerare la salud del adolescente con una visión holística, basada en las necesidades percibidas por ellos, que sirvan para instrumentar posteriormente acciones de promoción y prevención que mejoren su salud sexual y reproductiva.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez más temprano, aunque es una práctica para la que no están preparados. Autores manifiestan que, en muchos de los países latinoamericanos, se encuentra un alto porcentaje de la población joven que mantiene relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana. Los tabúes, barreras culturales y de género y las vías de comunicación utilizadas no dejan a los adolescentes adquirir la información adecuada sobre su sexualidad y salud reproductiva. Pocos practican un sexo seguro, lo cual resulta en embarazos precoces o no deseados, aborto o infecciones por transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe sobre la promoción de la salud en los adolescentes del mundo, puntualiza que lo que afecta la salud y el desarrollo de los adolescentes puede repercutir en la salud en la edad adulta e incluso en la salud de la siguiente generación por lo que es necesario prestar una mayor atención en esta etapa.

Entre todos los sectores que desempeñan un papel importante, la educación es fundamental. Las adolescentes se encuentran más desfavorecidas en el mantenimiento de un embarazo saludable, debido a un nivel de educación para la salud más pobre, falta de acceso a la atención prenatal, del parto, especializada u otro servicio de salud.⁹

Un embarazo en una adolescente, puede contribuir a la dificultad para terminar la educación, aislamiento social, falta de apoyo familiar, perpetuación, oportunidades de empleos más pobres, feminización de la pobreza y transmisión intergeneracional de la pobreza consecuente.¹⁰ Todas estas observaciones concluyen a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva que tienen las pacientes adolescentes en la consulta de Ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Marzo, 2020 – agosto, 2021?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar la percepción riesgo sobre la salud sexual y reproductiva que presentan las adolescentes que acuden a la consulta Ginecológica -pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Marzo, 2020 – agosto, 2021.

III.2. Específicos

Analizar la percepción riesgo sobre la salud sexual y reproductiva que presentan las adolescentes que acuden a la consulta Ginecológica -pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Marzo, 2020 – agosto, 2021, según:

1. Edad
2. Procedencia
3. Ocupación
4. Escolaridad
5. Historia obstétrica
6. Planificación familiar
7. Acceso a los servicios de salud
8. Hábitos tóxicos
9. Infecciones de transmisión sexual

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Salud sexual y reproductiva

IV.1.1. Historia

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la «Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas» (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término.¹¹

Desde 1948 con la declaración universal de los derechos Humanos se reconoce el derecho a la salud y se hace por primera vez referencia a la salud de mujeres gestantes y a la salud infantil¹². Se señala que «la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. De igual manera establece que todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social».¹¹

Tres décadas más tarde se amplía el concepto durante la «Conferencia de Alma Ata» en 1978 donde se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil.¹¹

En 1979 en la «Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer» de Naciones Unidas (CEDAW) vuelve a recoger en su declaración el derecho a un «acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia».¹¹

Para 1994 se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar, el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales. La CIPD supuso un gran cambio con respecto a las políticas de población que hasta entonces se habían discutido en foros internacionales. Políticas cuyo único objetivo consistía en cumplir una serie de metas demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. Y para las cuales el único interés que los temas reproductivos suscitaban se debía a la importancia del control de la fecundidad como medio para alcanzar dichas metas demográficas. El Programa de Acción de la CIPD da un giro radical al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar

de los individuos y su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Deja pues de lado las concepciones reduccionistas de las relaciones sexuales como medio para el fin reproductivo y de la mujer como madre y cuidadora. Hace especial hincapié en el empoderamiento de la mujer como piedra angular de todos los programas, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales y sobre todo respecto a la sexualidad y la reproducción.¹¹

En la cuarta conferencia mundial sobre la mujer de Naciones Unidas también se plantean los derechos de la mujer y el de salud sexual y reproductiva lo cual significó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. Allí se aprobó la declaración y la plataforma de acción de Beijing tomada como guía para 189 países que la adoptaron. La misma hizo referencia al empoderamiento de la mujer y a la igualdad de género en diversos aspectos. Allí se reconoce que «la buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación».¹²

En 1996 la Unión Europea y todos sus estados miembros adoptan formalmente el «Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo». A partir de este momento, la política de la Unión en salud sexual y reproductiva se enmarca en los principios de El Cairo. La Unión promueve «un enfoque holístico y el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad, incluida una maternidad exenta de riesgos y el acceso universal a una gama completa de cuidados y servicios seguros y fiables en materia de salud reproductiva y sexual»¹¹

En la cumbre del milenio, en el año 2000, se plantearon como objetivos la reducción de la mortalidad de mujeres gestantes y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres, sin embargo, a raíz de las dificultades para alcanzar dichos objetivos, el plazo se prorrogó hasta el año 2015. Se concluyó que múltiples servicios y derechos no son garantizados, que las enfermedades de transmisión sexual aumentan, así como también sucede con la violencia contra las mujeres, que la mortalidad de mujeres gestantes no se redujo, sino que de manera constante surgen nuevas

problemáticas que atender y que aún es necesario mucho trabajo para lograr la igualdad pregonada.¹²

IV.1.2. Definición

IV.1.2.1. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.

Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. Podemos esquematizar la adolescencia en tres etapas que se solapan entre sí:

- Adolescencia inicial: abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.
- Adolescencia media: comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía: abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

Es común que los adolescentes experimenten y tomen riesgos, ya que es parte de un proceso que permite tomar decisiones; los adolescentes están influenciados tanto de manera positiva como negativa por sus pares, a quienes respetan y admiran. Los adultos juegan un rol importante en este sentido, dado que pueden ayudar a los adolescentes a evaluar las consecuencias de sus

conductas (particularmente las conductas que les permitan identificar opciones).

La influencia de al menos un adulto con carácter positivo y una familia que lo contenga son factores que sirven para su protección durante este período de desarrollo y puede ayudar a enfrentarse al estrés y desarrollar resistencia.¹³

A medida que salen al mundo, los adolescentes adoptan nuevas responsabilidades, experimentan nuevas formas de hacer las cosas y reclaman con impaciencia su independencia, comienzan a cuestionarse a sí mismos y a los demás, empiezan a pensar sobre conceptos de verdad y de justicia, constatando que han surgido cambios socioculturales porque surgen nuevas relaciones sociales entre jóvenes y adultos dentro y fuera de la familia mediados por un nuevo comportamiento que varían o sólo en razón del sexo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico en el que vive el adolescente.¹⁴

Existen diferencias sutiles en cuanto a sexo, para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los chicos cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por presión de los iguales, lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de sensaciones sexuales, a través de comportamientos sexuales novedosos y estimulantes que impliquen un riesgo mínimo.¹³

Por otra parte, si bien es posible que sean ellos quienes realicen un mayor número de conductas de riesgo, las consecuencias de estas parecen sufrirlas más las mujeres; así se ha incrementado el número de abortos en adolescentes y el número de mujeres infectadas por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), la mujer tiende a ser más vulnerable frente a amenazas como el embarazo no deseado, aborto e infecciones de transmisión sexual pero también tiende a percibir mejor el riesgo que el varón.¹³

IV.1.3. Conducta sexual de riesgo

Son conductas de riesgos aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad que puede llevar a consecuencias nocivas. La conducta sexual de riesgo está definida como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de

otra persona. Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta sexual de riesgo. Ambas son frecuentes en la adolescencia llegando a ocupar el 50 por ciento de todas las consultas por ITS.¹³

Las conductas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor, o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.¹⁵

Estas conductas son múltiples y bio-psico-sociales y son favorecidas por múltiples factores que muchas veces están relacionadas como la pobreza, el desempleo, la crisis financiera global, la migración rural/urbana, un sistema educativo débil y de baja calidad y sistemas judicial y sanitario, ineficaces factores macro que dificultan el desarrollo saludable y productivo de los jóvenes. Hay otros factores importantes como las características individuales (personalidad, comportamiento, creencias, desarrollo cognitivo, nivel socioeconómico); familiares (entorno familiar, comportamiento); sociales o de pares (relaciones personales), y las del entorno o medioambiente (disponibilidad de drogas, armas, violencia, pobreza, hacinamiento, migración, desigualdad).¹³

La Organización de Naciones Unidas considera dos definiciones para sexo de alto riesgo: En primer lugar, sostiene que las personas que en los últimos doce meses tuvieron sexo con más de una persona incidieron en conductas sexuales de alto riesgo, en segundo lugar, el riesgo es aún mayor si la persona no utilizó el preservativo.¹⁴

Las conductas sexuales de riesgo no se consideran como producto del desconocimiento de cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conocen como hacerlo, esta situación pone en evidencia que las conductas sexuales trascienden a hechos que van más allá del conocimiento y están involucrados factores de orden personal, psicológico, biológico, afectivo y social.¹⁶

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican (embarazos, ETS). Las estadísticas nos muestran que el inicio de la actividad sexual (AS) ocurre alrededor de los 16 años, con un creciente índice

de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes. El embarazo no planeado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón.¹⁷

La actividad sexual temprana en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, la infección por VIH/SIDA (segunda causa de muerte en los adolescentes) y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan.

El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva.¹³

Son varios los determinantes que se han asociado con el inicio de la actividad sexual (AS) temprana, incluyendo los individuales, familiares, socioculturales y políticos. Éstos se resumen en la Tabla I.

Tabla I. Determinantes asociados con el inicio de la actividad sexual temprana.¹⁰

Determinantes individuales: 1. Sexo masculino 2. Actitud permisiva hacia la AS en la adolescencia 3. Consumo de licor 4. Consumo de tabaco 5. Consumo de drogas psicoactivas.
Determinantes familiares 1. Falta de educación sexual por parte de la madre o la pobre comunicación en temas de sexualidad con la madre 2. Antecedentes de algún hermano haya padre o madre o haya estado en embarazo en adolescencia 3. Permisibilidad de los padres hacia la AS en la adolescencia 4. Convivir con un solo padre o familias reconstituidas

5. Un menor control y una baja supervisión por parte de los padres, sin el establecimiento de límites y reglas a cerca de las actividades de noviazgo
6. Disciplinarias extremistas (déficit o exceso de normas)
7. Relación nula o pobre entre el adolescente y sus padres
8. Mayor escolaridad de los padres (bachillerato, carrera técnica o profesional) y el hecho de que el padre o la madre trabajen.

Determinantes socioculturales y políticos:

1. Pertenecer a estratos socioeconómicos bajos
2. Comportamiento y presión por parte de compañeros, padres o amigos
3. Influencia del ambiente y contexto social
4. Pobre o nula educación en planificación familiar en colegios o servicios de salud
5. Falta de políticas públicas, inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.
6. Erotización de la televisión de los medios de comunicación

Fuente: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012

Entre los determinantes individuales, se describen el sexo masculino, consumo de alcohol, tabaco y drogas cómo fuertemente vinculados con la AS de inicio temprana.

Entre los determinantes familiares, están la ausencia de uno o ambos padres, convivir con familias reconstituidas, pobre educación sexual en el hogar, mayor escolaridad de los padres (bachillerato, carrera técnica o profesional) y el hecho de que el padre o la madre trabajen, la nula o pobre relación con los padres, la mala comunicación en temas de sexualidad, entre otros factores como, un menor control y baja supervisión por parte de los padres, sin el establecimiento de límites y reglas a cerca de las actividades de noviazgo.

Sin embargo, otros autores señalan que las conductas disciplinarias extremistas (déficit o exceso de normas) incrementan la probabilidad de inicio de AS entre adolescentes. Entre los determinantes socio-culturales y políticos,

el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos están asociados con AS temprana. Sin embargo, varios estudios multivariados longitudinales coinciden en resaltar que el estado socioeconómico tiene muy poco efecto independiente sobre el momento del inicio de la AS, lo que sugiere que las intervenciones sobre las influencias del inicio de la AS temprana son eficaces. La aprobación de las relaciones sexuales por parte de adolescentes se ve influenciada por su ambiente y contexto social, comportamientos pares o amigos y percepción que tienen los adolescentes de la presión existente por parte de sus pares y de sus amigos para tener o no relaciones sexuales a su edad. No obstante, el apoyo mutuo para no tener sexo, es un factor protector para el inicio temprano de la AS. El rechazo de los pares se asocia indirectamente con un riesgo más elevado de AS temprana por su vinculación con la baja autoestima, pero sólo para las niñas. Mientras tanto, el abuso verbal por los profesores durante la infancia se asoció directamente con un mayor riesgo de tener AS temprana.¹³

IV.1.4. Salud sexual y reproductiva

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.¹⁶

Implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desea. Esta concepción de la salud reproductiva supone el derecho de las personas a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y de tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las personas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.¹⁹

Ambas vertientes de la salud se sustentan en el derecho a una vida sexual libre, satisfactoria y segura, el reconocimiento de las distintas opciones sexuales, y la capacidad para decidir de una manera libre y responsable sobre la descendencia deseada.²⁰

Las necesidades de aprendizaje en salud sexual y reproductiva son todas aquellas oportunidades y opciones educativas que tienen los y las

adolescentes para potenciar al máximo sus capacidades, habilidades y talento humano mediante la interacción con la cultura, lenguaje, escuela, familia y comunidad en lo que se refiere a estas materias.²¹

Como estrategias para la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se encuentran elementos educativos como servicios comunitarios educativos, servicios de orientación/consejería, educación en salud, educación para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes, educación en salud más habilidades para la vida y grupos de autoayuda para adolescentes; dichas intervenciones están dirigidas a los principales interlocutores de las y los adolescentes (padres, docentes y el entorno).²¹

IV.1.5. Educación sexual

La educación sexual es una enseñanza de alta calidad y el aprendizaje de una amplia variedad de temas relacionados con el sexo y la sexualidad; explorar valores y creencias sobre estos temas y obtener las herramientas necesarias para manejar las relaciones y nuestra propia salud sexual.²²

Es necesario fundamentar la educación sexual en un enfoque biopsicosocial donde se favorezcan, además de los conocimientos, los sentimientos y las emociones de tal forma que cuando se diseñen programas de educación sexual se formen jóvenes responsables, con capacidad de tomar decisiones sobre la base de una autonomía moral adecuadamente formada. De ahí que la educación en salud sexual y reproductiva debe ser personalizada.¹⁸

La educación sexual recibida por los adolescente suele ser deficiente, aún existe desconocimiento sobre temas relacionado con la sexualidad: la planificación familiar y el uso de los métodos anticonceptivos; se inician muy tempranamente las relaciones sexuales sin considerar sus implicaciones, se cambia con frecuencia de pareja, no se le presta atención al hecho de seleccionar la pareja, se asumen relaciones sexuales íntimas sin amor y sin protección, lo que genera conductas sexuales de riesgo que conllevan a situaciones como los embarazos no deseados y el contagio de Infecciones de Transmisión sexual (ITS), lo cual a su vez repercute en otras esferas del desarrollo del adolescente.²³

Al hacer referencia al factor información podemos acotar el hecho que la mayoría, por no decir todos los adolescentes presentan una elevada

inseguridad, temor a preguntar, abundante curiosidad por experimentar no solo el fenómeno sexual, sino muchas experiencias desconocidas.

La baja comunicación con los padres o en ocasiones la ausencia de los mismos, genera un despertar sexual no controlado, equivoco, así como carente de madurez sea mental como fisiológica y terminando en consecuencias que provocan daños a su salud.²

Una verdadera educación sexual es la que ayuda a desarrollar actitudes y patrones educativos que preparan para enfrentar los conflictos y satisfacciones de la sexualidad. La finalidad de la educación sexual es desarrollar en niños/as, jóvenes y adultos/as la habilidad para comprender su sexualidad individual.²⁴

La educación sexual debe ser una intervención explícita o implícita encaminada a que los jóvenes aprendan a conocerse, aceptarse y ser felices, que disfruten con lo que hacen y tengan experiencias enriquecedoras, disminuyendo al máximo las probabilidades de sufrir consecuencias no deseadas como embarazos o enfermedades de transmisión sexual.²⁴

IV.1.6. Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que pueden transmitirse a lo largo de una relación sexual y están producidas por distintas bacterias, parásitos, virus y otros gérmenes. En la tabla II se exponen los agentes etiológicos, así como las ITS que pueden producir.²⁵

Tabla II. Agentes etiológicos e infecciones de transmisión sexual que pueden producir.²⁵

Agentes etiológicos	Infecciones de transmisión sexual
Bacterias	
Neisseria gonorrhoeae	Uretritis, epididimitis, cervicitis, proctitis, EIP, faringitis, conjuntivitis
Treponema pallidum	Sífilis
Chlamydia trachomatis serotipos D-K	Uretritis, epididimitis, cervicitis, proctitis, EIP, faringitis, artritis reactiva

Chlamydia trachomatis serotipos L1, L2 y L3	Linfogranuloma venéreo
Ureaplasma urealiticum	Uretritis
Mycoplasma genitalium	Uretritis, cervicitis, EIP
Haemophilus influenzae	Uretritis
Haemophilus ducreyi	Chancro blando
Klebsiella granulomatis	Granuloma inguinal (donovanosis)
Salmonella	Enterocolitis
Campylobacter	Enterocolitis
Shigella	Enterocolitis
Virus	
Virus Papiloma Humano (VPH)	Condilomas acuminados, papiloma faringe. Displasias y cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene
Virus del herpes simple	Herpes genital, neonatal
Molluscum contagiosum	Molluscum contagiosum
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Infección por VIH
Virus de la hepatitis B	Hepatitis B
Virus de la hepatitis A	Hepatitis A
Virus de la hepatitis C	Hepatitis C
Protozoos	
Trichomonas vaginalis	Vaginitis, uretritis, cervicitis
Entamoeba histolytica	Amebiasis
Giardia lamblia	Giardiasis
Hongos	
Candida spp	Vulvovaginitis, balanitis
Artrópodos	
Phthirus pubis	Pediculosis
Sarcoptes scabiei	Sarna

Fuente: https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207_infecciones_transmision_sexual.pdf

Hace varios años la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definieron las ITS como infecciones que se adquieren por el contacto personal íntimo o juego sexual, y que clasifican como curables e incurables.

Dentro de las curables se encuentran: sífilis, blenorragia, chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, uretritis no gonocócica, *trichomoniasis*, *escabiosis*, *pediculosispubis*, candidiasis, dermatomicosis, parasitismo intestinal y vaginosis bacteriana.

Dentro de las incurables: el VIH/SIDA, el herpes genital, las verrugas genitales, la hepatitis B y el molusco contagioso.

El término ITS (infecciones de transmisión sexual) vino a sustituir en 1970 el de enfermedades venéreas, incluye infecciones como sífilis, blenorragia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, las producidas por el virus del papiloma humano, el herpes genital, el VIH/SIDA, la hepatitis B, el citomegalovirus, el molusco contagioso e infecciones por clamidias, entre otras.²⁶

En estudios sobre adolescentes se han demostrado el inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, las relaciones intermitentes, una gran actividad sexual en algunos grupos dentro del total de adolescentes, el cambio frecuente de pareja, la práctica del sexo no seguro y la ignorancia sobre las ITS las consideran inmorales y vergonzosas. Las características propias de la adolescencia como la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de conducta, la maduración sexual temprana y el interés en el sexo propician la iniciación de las relaciones sexuales de tipo coital y mantener comportamientos de riesgo que los exponen a ser víctimas comunes de las Infecciones de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.²⁷

Las ITS constituyen un problema social, económico, cultural y médico porque tienen características que permiten diferenciarlas de otras enfermedades transmisibles por las secuelas que producen. Las infecciones de transmisión sexual en general, y de manera especial el Virus de inmunodeficiencia humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en los adolescentes y jóvenes, constituyen un serio problema de salud y el riesgo de padecerlas está muy relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse,

entre otros factores.²⁷ A continuación, desarrollamos las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio.

IV.1.6.1. Virus del Papiloma Humano

IV.1.6.1.1. Estructura viral

El virus del papiloma humano es un virus de ADN bicatenario pequeño, sin envoltura, de aproximadamente 55 nanómetros de diámetro y miembro de la familia *Papillomaviridae*.

El genoma del ADN viral codifica ocho marcos de lectura abiertos compuestos por seis proteínas tempranas (E1, E2, E4, E5, E6, E7) que mantienen la función reguladora (y pueden causar oncotransformación celular) y dos tardías (L1 y L2) proteínas.

El virus del papiloma humano tiene una capa externa viral icosaédrica característica, compuesta principalmente por 360 moléculas de la proteína principal L1 dispuestas como 72 cápsides pentaméricas en forma de estrella. La proteína L1, que sirve como elemento estructural primario, puede autoensamblarse espontáneamente en 72 pentámeros, formando una partícula similar a un virus; Esta propiedad de autoensamblaje es el elemento clave utilizado en el diseño y la producción de la vacuna contra el VPH. La cubierta viral también contiene hasta 72 moléculas de la proteína menor L2, pero la ubicación exacta y la función de las proteínas menores L2 siguen siendo poco conocidas.²⁸

IV.1.6.1.2. Patogénesis

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se produce en la capa de células basales de las células epiteliales escamosas estratificadas. La infección estimula la proliferación celular en el epitelio y las células infectadas muestran un amplio espectro de cambios, que van desde la hiperplasia benigna hasta la displasia y el carcinoma invasivo. Para replicarse eficazmente, el VPH debe utilizar la maquinaria celular del huésped. Durante el proceso, el producto de proteína viral codificado por E6 se une al producto del gen supresor de tumores p53, lo que resulta en la degradación prematura de la proteína p53. La proteína E7 se une a una proteína supresora de tumores, la proteína del retinoblastoma, e inhibe su función. Estos productos proteicos median gran

parte del potencial oncogénico del virus y su producción representa una diferencia clave entre las cepas de VPH de bajo y alto riesgo.²⁸

IV.1.6.1.3. Características clínica

La mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas y no producen enfermedad clínica. Dentro de las manifestaciones clínicas de infección por VPH incluyen verrugas anogenitales, papilomatosis respiratoria recurrente, precursores de cáncer cervical (neoplasia cervical intraepitelial) y cánceres, incluidos cervical, anal, vaginal, cáncer de vulva, pene y orofaringe.²⁹

IV.1.6.1.4. Verrugas anogenitales

Los pacientes con verrugas anogenitales visibles con frecuencia se infectan simultáneamente con múltiples tipos de VPH. Las verrugas anogenitales tienen cuatro tipos morfológicos principales:

- Condiloma acuminado (aspecto de coliflor y puede ser de color de piel, rosa hiperpigmentado).
- Pápulas lisas (generalmente en forma de cúpula y del color de la piel).
- Pápulas planas (maculares a ligeramente elevadas, del color de la piel y tienen una superficie lisa).
- Verrugas queratóticas (con una capa queratinizada gruesa que puede parecerse a las verrugas comunes o queratosis seborreica).²

IV.1.6.1.5. Verrugas anogenitales en niños preadolescentes

Las verrugas anogenitales en niños preadolescentes pueden deberse a abuso sexual, aunque esta condición no es diagnóstica de abuso sexual. Su aparición debe provocar una evaluación por parte de un clínico con especial atención a otras ITS y factores de riesgo social.

Las verrugas anogenitales en niños pueden ser el resultado de la transmisión vertical, la transmisión de tipos de VPH no genitales a la superficie genital y posiblemente la transmisión de fómites, aunque la transmisión de fómites no se ha documentado.

IV.1.6.1.6. Clasificación

En un trabajo multinacional (de nueve países) en 2003 se analizaron muestras de cáncer cervical de 1918 mujeres, con las cuales se propuso la clasificación epidemiológica de VPH de alto o bajo riesgo, de acuerdo con la presencia de tipos determinados en las muestras analizadas.³⁰

- Alto riesgo: (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82).
- Probable alto riesgo (26, 53 y 66).
- Bajo riesgo (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108).

IV.1.6.1.7. Transmisión

El VPH es un agente responsable de una enfermedad altamente contagiosa que afecta a la especie humana debido a su comportamiento sociable. Los datos de los que se dispone actualmente indican que la transmisión del VPH entre parejas heterosexuales es extremadamente común, principalmente por contacto con la piel de la zona genital pero también puede transmitirse por contacto con mucosas y fluidos biológicos. Se ha descrito algún caso de infección por compartir objetos sexuales. También es común en la mujer la autoinoculación entre las regiones genitales y anales.

Los estudios demuestran que las infecciones por VPH en la región anal en mujeres y en Hombres que tienen sexo con hombres (MSM) son muy frecuentes, sobre todo en personas infectadas por el VIH.

Del mismo modo, el aclaramiento del VPH anal es también común y pocos individuos muestran persistencia, a menos que estén infectadas por el VIH. Este es un factor que influye en gran medida en el desarrollo del estadio precursor del cáncer invasor anal. Al igual que lo que ocurre con la prevalencia del VPH genital, tener un alto número de parejas sexuales aumenta el riesgo de adquisición de infecciones por el VPH. Otros factores de riesgo son no utilizar protección en el acto sexual, aunque se ha comprobado que utilizar preservativo no protege al 100 por ciento, las relaciones entre MSM y tener una disminución de la inmunidad.³⁰

IV.1.6.1.8. Epidemiología

La mayor prevalencia de VPH de alto riesgo oncogénico tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58, 59, se encuentra en África y América Latina. VPH 16 es el más frecuente en el mundo, excepto Indonesia y Argelia donde VPH 18 es el más común VPH 45 presenta alta frecuencia en África Occidental. Los tipos 33, 39 y 59 se concentran en Centroamérica y Sudamérica.³⁰

IV.1.6.1.9. Factores de riesgo para la infección y progresión de lesiones cervicales por VPH

- El inicio precoz de actividad sexual.
- Número de parejas sexuales
- Relaciones homosexuales entre mujeres
- Factores nutricionales como el déficit de folato sérico
- Consumo de cigarrillo
- Anticonceptivos orales (ACO)

Inmunodeficiencia, mujeres con virus de inmunodeficiencia humana positivo sintomáticas y recuentos de linfocitos CD4 bajos (<200 cel/microlitro) tienen prevalencias de VPH cervical.³⁰

Dentro de los factores de riesgo también encontramos el embarazo precoz por la inmadurez de las células del cuello, otras infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, deficiencias nutricionales; factores genéticos como el déficit de alfa 1 antitripsina, ya que, tendrían efecto protector sobre el epitelio del cérvix. Se refleja una muy alta frecuencia de infecciones entre mujeres de temprana edad y un progresivo descenso con el aumento de la edad.³¹

IV.1.6.1.10. Método diagnóstico

El diagnóstico oportuno se utiliza como único vehículo para realizar un tratamiento de inmediato, así mismo disminuir la mortalidad. Además, tiene por objeto conocer la morbilidad de la infección y patologías asociadas al virus con el fin de tener un diagnóstico definitivo brindando una mejor calidad de vida.

Entre los estudios para el diagnóstico del VPH de alto riesgo se propone el Papanicolaou en tamizajes de programas convencionales, muy utilizado

en todo el mundo. En el hombre se ha utilizado la técnica de reacción de polimerasa en cadena (PCR) y sus variaciones. Esta técnica permite detectar hasta 3,9 copias del ADN viral al comienzo de la reacción. El diagnóstico de las verrugas se realiza por medio de la presentación clínica en la consulta médica. Hoy en día se habla del cribado, que se define como la medida de prevención para el diagnóstico de la enfermedad en una población sana, y debe tener como diana la detección de una NIC III o NIC II.³¹

IV.1.6.1.11. Tratamiento

Hoy en día no existe un medicamento que sea específico contra el VPH; sin embargo, se busca dar una mejor calidad de vida al paciente, teniendo en cuenta la extensión de la lesión que presenta y el tipo de morfología, con el fin de darle un tratamiento oportuno. Este tratamiento puede ser aplicado por el paciente o por el médico según el tipo de lesión presente. Para asegurar el éxito en el tratamiento de los pacientes con VPH es necesario tener opciones terapéuticas adaptadas, basándose en la forma clínica de presentación, preferencias y adherencia al tratamiento.

Actualmente se dispone de una serie de terapias:

- Químicos, los que actúan mediante citotoxicidad química.
- Tópicos, como el ácido tricloroacético y los antimetabolitos que comprenden el 5- fluoracilo y agentes antimicóticos, como la podofilina-podofilotoxina.
- Métodos que permiten la destrucción del tejido dañado como: crioterapia, electrocoagulación diatérmica, termocoagulación, vaporización con láser de CO₂, Asa dérmica y conización con bisturí e histerectomía, también antivirales y e inmunorreguladores como el interferón-alfa, imiquimod y el ácido clicirricínico.³¹

IV.1.6.1.12. Prevención

Medidas de comportamiento

Abstenerse de la actividad sexual sigue siendo el método más confiable para prevenir la infección genital por VPH. Los pacientes pueden disminuir sus posibilidades de infección practicando el uso constante y correcto del condón y

limitando su número de parejas sexuales. Aunque estas intervenciones podrían no proteger completamente contra el VPH, pueden disminuir las posibilidades de adquisición y transmisión del VPH.³¹

La transmisión del VPH puede reducirse, pero no eliminarse con el uso de barreras físicas como los condones. Estudios recientes demostraron una reducción significativa en la infección por VPH entre mujeres jóvenes después del inicio de la actividad sexual cuando sus parejas usaron condón de manera consistente y correcta.

IV.1.6.1.13. Detección de cáncer de cuello uterino

La prueba de Papanicolaou cervical es una prueba de detección efectiva y de bajo costo para prevenir el cáncer cervical invasivo, una enfermedad asociada al VPH. Aunque esta práctica no previene la infección primaria por VPH, tiene un efecto significativo sobre la morbilidad y la mortalidad asociadas con el cáncer cervical.²⁸

IV.1.6.1.14. Vacunas

Actualmente en el mercado existen tres vacunas aprobadas por la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) para la prevención primaria frente al VPH una de ellas es la Bivalente que protege contra los tipos 16 y 18 y la otra es la Tetravalente que protege contra el VPH 6 y 11 ya que son los implicados en la infección por verrugas; y la nonavalente, las cuales permiten la lenta presentación del antígeno viral de los monocitos hacia los linfocitos B. La infección por algún tipo de VPH no inhibe la prevención para el resto de tipos de VPH; sin embargo, hay que tener en cuenta que las vacunas no tienen acción terapéutica para inducir regresión o prevenir la progresión de infecciones que ya están establecidas.

En el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de algunos países se encuentran incluidas y se administran tres dosis: al primer contacto en el centro educativo o el centro de salud, seguidas de dosis con intervalo de dos y seis meses. Estudios realizados señalan que el principal objetivo de la vacunación es la prevención de cáncer cervicouterino y así mismo tener en un futuro menos población con dicha enfermedad.³¹

IV.1.6.1.15. Vacunación frente a VPH en la adolescencia

La máxima efectividad de cualquier estrategia vacunal se obtendrá cuando ésta se dirija a una cohorte de la población antes de que se haya producido una infección por papilomavirus. Ya que la infección por los VPH mucosales, oncogénicos o no, se produce precozmente con el inicio de la actividad sexual, es precisamente en la adolescencia y específicamente en las edades más tempranas de la misma cuando deben instaurarse las campañas de vacunación a nivel poblacional. En estas edades, en las que los niños o niñas y adolescentes, todavía están incluidos en programas de vacunación con otras vacunas, es cuando se pueden conseguir coberturas de vacunación elevadas, mayores que las obtenidas en campañas dirigidas a adolescentes de más edad o adultos. Las campañas de vacunación a nivel escolar tienen un impacto muy positivo para conseguir altas coberturas en adolescentes.

Si el chico o chica ha iniciado ya relaciones sexuales, puede vacunarse sin necesidad de cribado previo. Estudios que han evaluado el riesgo de que una mujer menor de 25 años con actividad sexual esté infectada por uno de los genotipos 16 y 18 de VPH es menor del 10 por ciento, y simultáneamente por los dos menores al 1 por ciento.

Aunque la mujer esté infectada por uno de los de genotipos que contienen las vacunas, éstas han demostrado eficacia protectora para el resto de genotipos y por tanto en la gran mayoría de casos existirá beneficio con la vacunación no siendo costo- efectivo un cribado virológico previo.

La vacunación frente a VPH se enfocó inicialmente con el objetivo prioritario de prevenir el cáncer de cérvix, por su elevada incidencia y su total asociación a la infección por VPH. La población diana ha sido y siguen siendo las niñas preadolescentes y adolescentes entre los 11 y los 14 años de edad. No obstante, todas las mujeres de cualquier edad, y muy especialmente las mujeres jóvenes, al menos hasta los 26 años, deberían beneficiarse de esta vacunación.

La protección frente a verrugas genitales que ofrecen la vacuna tetravalente y nonavalente, y frente a lesiones preneoplásicas y cáncer anogenital que ofrecen las tres vacunas disponibles, con indicación para ambos sexos, abren la posibilidad de plantear la vacunación sistemática también de los varones.

Es cierto que la carga global de la enfermedad atribuible a VPH, condicionada por la prevalencia del cáncer de cérvix, sigue siendo mayor en la mujer que en el hombre, aunque la prevalencia de enfermedad atribuible al VPH en el varón no es nada despreciable, y se está incrementando: el cáncer orofaríngeo atribuible a VPH, es mucho más frecuente en el sexo masculino y va claramente en aumento en países desarrollados independientemente de la orientación sexual, el cáncer de ano, casi tan prevalente en el hombre como en la mujer, es mucho más frecuente en varones homosexuales, y las verrugas genitales presentan una tasa de incidencia similar en ambos sexos.

Además, es indudable que el hombre juega un papel muy relevante en la transmisión de la infección, similar o probablemente superior al de la mujer. La evidencia del impacto de las campañas de vacunación con altas coberturas en mujeres generando inmunidad de grupo, al reducir la circulación de los VPH vacunales en la población, permite plantear un nuevo objetivo: reducir la carga global de enfermedad por VPH en toda la población. Para ello es imprescindible la vacunación sistemática de ambos sexos, por su papel similar en la transmisión de la infección, y por razones de equidad, ya que ambos pueden padecer enfermedad atribuible a ésta. Existen estudios de costo-efectividad que consideran la estrategia de vacunar a los adolescentes de ambos sexos favorables desde la perspectiva de salud pública. La efectividad de ampliar la vacunación a varones está condicionada por la cobertura vacunal en mujeres, siendo mayor cuando menor es la cobertura en éstas.

Modelos matemáticos que evalúan este beneficio teórico para coberturas del 70 por ciento en ambos sexos, estiman un plus de reducción del 40 por ciento de la carga de enfermedad global en mujeres y un 60 por ciento en varones, en relación al beneficio de solo vacunar a mujeres.

Algunos países como Estados Unidos, Canadá, Austria, y Australia ya han incluido también la vacunación de varones en sus calendarios.³²

IV.1.6.2. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Es una enfermedad infecto contagiosa producida por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca el sistema de defensa de la

persona, haciéndola susceptible a contraer cualquier enfermedad y causarle la muerte.³³

Los virus que producen la infección por VIH son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus.³⁴

El virus VIH- 1 tiene varios serotipos y se clasifican en tres grandes grupos: M (*main*), O (*outlier*) y N (*New, No M, No O*). El primero causa la mayoría de las infecciones que registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. Dentro de este grupo se han identificado las cepas recombinantes, las cuales han incorporado genes de combinaciones de algunas de las cepas. El grupo O aparece en cierta parte de África y tiene el inconveniente de que los exámenes de laboratorio para su detección no son sensibles y el N se ha identificado poco, generalmente en Camerún.³⁴

Por su parte, el VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E.1-5.³⁴

IV.1.6.2.1. Vías de transmisión

Los virus que transmiten esta enfermedad están presentes en mayor concentración en la sangre infectada, semen, fluidos vaginales o leche materna. Este virus penetra en el organismo a través de las membranas mucosas del ano, la vagina, el pene (uretra), la boca, cortaduras, ampollas abiertas o lesiones de la piel.³³

Las vías de transmisión que se han demostrado son las siguientes:

- Transmisión sexual: esta vía es la más frecuente donde se contrae el virus a través de la actividad sexual sin protección, siendo el sexo anal y vaginal los más riesgosos, aunque se señala que existe un pequeño número que va en aumento de casos reportados de transmisión del VIH por el medio del sexo oral. Con cada una de estas prácticas la pareja receptiva está en mayor riesgo. En sexo heterosexual, las mujeres corren mayor peligro de infectarse que los hombres, estas vías de infección por contacto sexual tanto en las relaciones

anales, vaginales y buco genitales son las que cobran mayor número de víctimas. Es muy frecuente en hombre que tienen sexo con otros hombres.³³

- Transmisión sanguínea: el VIH cuando se transmite por vía sanguínea, se vehiculiza a través de transfusiones de sangre y hemoderivados. También se puede transmitir al compartir jeringas o agujas para inyectarse drogas, las personas que comparten las mismas pueden transmitir el virus en pequeñas cantidades de sangre que queden en la aguja o jeringa usada, pues, el uso común de jeringas es muy frecuente en los usuarios de drogas intravenosas.

- En el caso de la transfusión sanguínea o componentes hay abundantes pruebas que indican que la sangre y los productos hematológicos o el concentrado del factor VIII obtenidos de pacientes con SIDA lleven el agente causal, sin embargo para que se transmita es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente al torrente sanguíneo del receptor, que puede ser favorecida por pinchazos o heridas producidas por agujas u objetos que pinchen o corten y que hayan estado en contacto con sangre infectada.³³

- Transmisión perinatal: en la transmisión transplacentaria y/o perinatal se transmite de la madre al hijo en el embarazo, parto y lactancia. La transmisión se efectúa por distintos medios en relación al momento del contagio. Durante el embarazo se produce a través de la placenta. En el parto la rotura de la bolsa amniótica y el traumatismo del canal favorecen el contacto del feto con las secreciones genitales maternas. Si la madre está infectada y hay contacto directo de sus secreciones o de su sangre con mucosas y sangre fetal, la transmisión se efectúa en esta etapa. Durante la asistencia del parto las madres seropositivas, cuando en la ligadura y sección del cordón umbilical se exprime la sangre hacia el hijo, se aumenta la posibilidad de infectar al recién nacido. En el posparto la transmisión del VIH se efectúa frecuentemente mediante la leche materna, durante la lactancia.³³

IV.1.6.2.2. Fisiopatología

El VIH se adhiere a las células T del huésped y penetra en ellas a través de la mediación de moléculas CD4+ y receptores de quimiocina. Después de la

adhesión, el ARN y varias de las enzimas codificadas por el VIH se liberan dentro de la célula huésped.

Para que el virus se replique, la transcriptasa inversa (un ADN polimerasa dependiente de ARN) debe copiar al ARN del VIH para producir ADN proviral; este mecanismo de copiado es susceptible de errores que producen mutaciones frecuentes y, en consecuencia, nuevos genotipos de VIH. Estas mutaciones facilitan la generación de VIH resistente al control del sistema inmunitario del huésped y a algunos antirretrovirales.

El ADN proviral ingresa en el núcleo de las células huésped y se integra en el ADN del huésped mediante un proceso en el que participa la integrasa, otra enzima del VIH.

Durante cada división celular, el ADN proviral integrado se duplica junto con el ADN del huésped. A continuación, el ADN proviral del VIH puede transcribirse a ARN y traducirse a sus proteínas, como las glucoproteínas 41 y 120 de la envoltura. Estas proteínas se ensamblan en viriones de VIH en la membrana interna de la célula huésped y brotan de la superficie celular dentro de una envoltura de la membrana celular humana modificada. Cada célula huésped puede producir miles de viriones.

Después de la gemación, la proteasa, que es otra enzima del virus, escinde las proteínas virales, lo que convierte al virión inmaduro en un virión infeccioso maduro.

Los linfocitos CD4+ infectados producen mayor del 98 por ciento de los viriones presentes en el plasma. Un subgrupo de linfocitos CD4+ infectados constituye un reservorio de VIH que puede reactivarse (Por ejemplo, si se suspende el tratamiento antiviral).

Los viriones tienen una vida media plasmática de alrededor de seis horas. En la infección por VIH entre moderada y grave, entre 10⁸ y 10⁹ viriones se crean y se eliminan todos los días. La replicación intensa del VIH y la frecuencia elevada de los errores de transcripción generados por la transcriptasa inversa provocan numerosas mutaciones, lo que eleva la probabilidad de que se desarrollen cepas resistentes a la inmunidad del huésped y los fármacos.³⁵

IV.1.6.2.3. Manifestaciones clínicas

La infección por el VIH tiene varias fases clínicas, las cuales tienen sus manifestaciones.³³

- Fase de infección aguda retroviral

Se corresponde con la llegada del virus al paciente y se caracteriza desde el punto de vista clínico por dos situaciones:

Asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos, o sintomática, donde el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, entre los cuales figuran: generales (fiebre, faringitis, linfadenopatías cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso); dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia; gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas; neurológicos: cefalea, dolor retro orbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

En diferentes estudios realizados se describen entre los más comunes: fiebre asociada a fatiga, erupción eritematosa maculopapular y síndrome adénico, parecido al de la mononucleosis infecciosa. De forma general, estos síntomas tienen un período de seis a ocho semanas aproximadamente y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Durante esta fase existe el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos.³⁴

- Fase asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores:

Después de la primera fase, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático, de forma general, puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico con las características siguientes: más de tres meses de evolución, con ganglios firmes, pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan dos o más regiones contiguas.

Se llama linfadenopatía generalizada persistente, puede haber esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH, por lo cual es importante estimular por todas las vías posibles que las personas se interesen por saber su seroestatus.³⁴

- Fase sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores:

Según pasan los años y progresa la enfermedad, le sigue la fase sintomática de la infección por VIH, la cual va a representar un período intermedio entre el portador asintomático y el de caso SIDA o final.

Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, de modo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan graves como en la siguiente.

Clínicamente se caracteriza por distintos síntomas: generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10 por ciento; hematológicos: anemia y trombocitopenia, con síndrome purpúrico o sin él; linfadenopáticos: pueden disminuir los ganglios linfáticos; respiratorios: tos seca persistente; digestivos: diarrea que puede durar más de un mes; dermatológicos: candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales, así como neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica.

La duración de esta fase depende de diferentes factores, entre los cuales figuran: tipo de cepa viral infectante y respuesta inmunológica del huésped, entre otros.³⁴

- Fase SIDA u oportunistas mayores:

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocito CD4, cuya función en la respuesta inmune es bien conocida.

Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico. Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso SIDA cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen.

Actualmente, además de las enfermedades indicadoras de SIDA, también se ha incluido el término SIDA inmunológico, el cual incluye a pacientes con número de células CD4 menor de 200 milímetros cúbicos y clínicamente asintomático; también se ha incluido en la práctica clínica el término «debut» SIDA para todos aquellos casos que al momento de ser detectados tienen

alguna enfermedad oportunista definitoria de SIDA o CD4 por debajo de 200 células. Estos casos, al ser diagnosticado en esta fase tan avanzada de la infección, se asocian con una alta mortalidad por poca respuesta a la terapia antirretroviral, reacciones adversas, irreversibilidad de la infección oportunista que tenga en ese momento, así como dificultad para lograr la recuperación del sistema inmunológico.³⁴

IV.1.6.2.4. Diagnóstico

Las pruebas de laboratorio que se utilizan para diagnosticar la infección por retrovirus humanos se clasifican en directas e indirectas.⁴

Pruebas directas

Entre estas se encuentran la antigenemia P24, cultivo viral y reacción en cadena de la polimerasa. Estas dos últimas se utilizan para el diagnóstico de la infección en los niños junto con el *Western blot*, por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido. Estas facilitan el diagnóstico precoz de la infección, pues permiten detectar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico) aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos frente a ellos, pero tienen el inconveniente de ser muy costosas.³³

Pruebas indirectas:

Estas pruebas serológicas son de varios tipos:

- Prueba de cribado. Serología VIH (ELISA o micro ELISA)
- Prueba confirmatoria. Serología *Western blot*
- Pruebas suplementarias

Demuestran la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en pruebas serológicas para la detección de anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos antiVIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual.³³

Prueba de diagnóstico rápido de la infección por VIH (Hexagón):

Este constituye una herramienta útil para perfeccionar el diagnóstico y la atención a grupos vulnerables, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica en situaciones, lugares y grupos poblacionales específicos.

Este constituye una herramienta útil para perfeccionar el diagnóstico y la atención a grupos vulnerables, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica en situaciones, lugares y grupos poblacionales específicos.

Es de fácil aplicación, alta sensibilidad y especificidad y su desempeño ha sido probado con paneles bien caracterizados, pero esta tiene que ser confirmada con las técnicas anteriormente descritas y seguir el algoritmo diagnóstico establecido nacionalmente. A pesar de esto, es de gran utilidad en la práctica clínica, donde hay que tomar decisiones cuando está en peligro la vida del paciente como es el caso de los debuts clínicos o en caso de accidente ocupacional para saber el seroestatus de la fuente.³³

- Radioinmunoanálisis
- Inmunofluorescencia

Estas sólo se reservan para casos que no estén bien definidos por los métodos anteriores, a pesar de su especificidad.³³

IV.1.6.2.5. Tratamiento

Actualmente no se cuenta con un tratamiento para curar esta infección, pero se ha logrado, mediante el cumplimiento de varias acciones de salud, encabezadas por el tratamiento antirretroviral, que los pacientes con VIH/SIDA vivan muchos años y con una buena calidad de vida.³³

- Tratamientos antirretrovirales

El objetivo es disminuir la replicación del virus hasta niveles indetectables, lograr la restauración del sistema inmunológico y hacerlo más inmunocompetente. El principal criterio que se tiene en cuenta para iniciar esta terapia es determinar el número de linfocitos CD4, pero actualmente se van definiendo cada vez mejor los criterios para comenzar este tratamiento.³³

El tratamiento antirretroviral está basado en la combinación de, al menos, tres medicamentos que actúan en diferentes puntos del ciclo de replicación del virus del VIH y es lo se conoce como terapia antirretroviral sumamente activa, en el caso de añadirse un cuarto medicamento se dice que es una megaterapia antirretroviral.³³

Por otra parte, existen varios grupos básicos de medicamentos antirretrovirales, de acuerdo con su sitio de acción: ³⁴

- Inhibidores de la enzima retrotranscriptasa

- 1) Nucleósidos análogos y mecanismo de acción en general

Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, con lo cual logran detener su proceso de formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar nuevos virus. Para cada fármaco se conoce que base nitrogenada se fosforila y se bloquea.³⁴

- 2) Nucleótidos análogos

Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, de manera logran detener así su proceso de formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar nuevos virus. El medicamento utilizado es el tenofovir, el cual se presenta en tabletas de 300 miligramos y se administra una diaria. Entre los efectos secundarios que ocasiona figuran: insuficiencia renal, síndrome de Fanconi y osteomalacia.³⁴

- 3) Nucleósidos no análogos y mecanismo de acción en general

Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa en la célula infectada y detienen la replicación del VIH en el material genético de la célula.³⁵

- Inhibidores de las proteasas y mecanismo de acción en general

Interfieren el ciclo del VIH e impiden su replicación, a la vez que actúan en la última etapa de la replicación del virus, bloquean las enzimas proteasas e impiden a este fraccionarse en pedazos más cortos, ensamblarse y abandonar la célula infectada.

Estos son los únicos grupos de medicamentos con los que se puede realizar el efecto de refuerzo. Para ello el ritonavir es el más utilizado para lograr dicho efecto y tiene la ventaja de que cuando se emplea de esta forma, las dosis de las combinaciones son menores y es más potente el efecto terapéutico para lograr una mayor supresión de la replicación viral y las reacciones adversas son menos frecuentes. Todos producen el síndrome de

la lipodistrofia, caracterizado por desgaste de las extremidades, pérdida de la grasa de la cara joroba de búfalo, piel más fina, fatiga, disminución de la libido, hipertensión arterial, hiperglucemia y elevación del colesterol, entre otros. Actualmente, muchos de estos medicamentos que pertenecen al grupo de los inhibidores solo se recomiendan en forma de refuerzo.³⁴

Tratamiento del infante y adolescente VIH en República Dominicana.

Según el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana (MSP), antes de iniciar este tratamiento antirretroviral, el equipo clínico debe tomar las siguientes previsiones: obtener una historia clínica completa y hacer un examen físico que incluya peso, talla y un estimado confiable de la edad del infante (en caso de que no se cuente con la fecha exacta de su nacimiento). Además, se deben indicar las pruebas de laboratorios. Si el niño ha sido diagnosticado VIH/SIDA, se busca incrementar la sobrevida y extender el estado asintomático del paciente, mejorando su calidad de vida. En este sentido, se requieren los mismos cuidados que se les ofrece a todos los niños y adolescentes, en cuanto a la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, vacunación, educación, nutrición y atención al estado psicosocial y derechos, entre otros.

Factores que se debe de tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento antirretroviral.

Según el MSP para iniciar el tratamiento es importante tanto la disposición y motivación del paciente, como la de sus cuidadores, son factores críticos a la hora de tomar la decisión de cuándo iniciar. De hecho, el diseño de la pauta de tratamiento deber ser individualizado y ha de tomar en cuenta múltiples factores que incluyen: edad, riesgo de progresión de la enfermedad, co-infecciones y comorbilidades asociadas; así como el estado psicológico, condición social, estado de salud y posibles interacciones medicamentosas. En general, el inicio de terapia no es urgente y se debe emplear el tiempo necesario en la información y preparación de la familia y del menor.

IV.1.6.2.6. ¿Cuándo iniciar la terapia antirretroviral?

El inicio de la terapia antirretrovírica de gran actividad (TARGA) varía según la edad del paciente:

- Todos los menores de cinco años deben iniciar con la TAR, independientemente del conteo de CD4 y de la carga viral.

- Los mayores de 5 años iniciarán la terapia antirretroviral:
- Si el conteo de CD4 es igual o menor de 350 células/ milímetros cúbicos o con un porcentaje de CD4 menor de 25 por ciento.
- Una carga viral mayor de 100,000 copias/mililitros es indicativa del inicio de tratamiento.

Adolescentes (de 10 a 19 años de edad)

La terapia antirretroviral se debe iniciar de forma prioritaria en todos los adolescentes con enfermedad clínica grave o avanzada por el VIH y con un recuento de linfocitos CD4 igual o inferior a 350 células/milímetros cúbicos.

¿Cómo se debe combinar el esquema antirretroviral?

El tratamiento debe ser combinado con tres antirretrovirales para obtener máxima supresión de la replicación viral, la inmunorreconstitución; así como, la reducción de las infecciones oportunistas y de otras complicaciones de la infección por VIH. También se busca minimizar la toxicidad relacionada a la terapia, los niveles indetectables y mejorar la calidad de vida del paciente.

La primera línea de TARGA en niños y adolescentes con infección por VIH debe contar con la combinación de dos inhibidores análogos de los nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) y + un inhibidor de proteasa (lopinavir/ritonavir).³⁶

IV.1.7. Métodos anticonceptivos

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas. Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida.³⁷

Las relaciones sexuales en la adolescencia se caracterizan por ser irregulares, espaciadas y, con frecuencia, no previstas. La dificultad de acceso a los servicios sanitarios, la menor percepción del riesgo y la deficiente educación sexual, entre otros factores, sitúan a las adolescentes

en una situación de alto riesgo de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual (ITS).³⁸

La elección de un método contraceptivo requiere de un cuidadoso asesoramiento médico. Es necesario que los adolescentes conozcan todos los métodos de anticoncepción reversibles para poder elegir el que mejor se adapte a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad.

Para ello, es necesario:

- Conocer las necesidades contraceptivas de la adolescente o pareja.
- Valorar el estado de salud y madurez psicológica.
- Identificar los valores, creencias y características personales del adolescente y de su pareja que deban ser tenidas en consideración para elegir el método más adecuado.

- Dar a conocer los métodos anticonceptivos, informando sobre su eficacia, forma de uso, coste, entre otros.

- Recomendar la doble protección.
- Ayudar a tomar decisiones informadas.
- Proporcionar información sobre el correcto uso del método elegido, el manejo de eventualidades y los posibles efectos secundarios que puedan aparecer.³⁸

Los métodos anticonceptivos en la adolescencia se pueden clasificar en:³⁸

- Recomendables/Preferentes: preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, transdérmica y anillo vaginal), anticoncepción hormonal oral de solo gestágeno y dispositivo intrauterino (DIU).

- Aceptables: anticoncepción hormonal de depósito (inyectables e implantes) o diafragma.

- Poco aceptables: métodos naturales y contracepción quirúrgica.

- De emergencia: contracepción poscoital.

IV.1.7.1. Tipos de anticonceptivos

IV.1.7.1.1. Métodos de barrera

El uso del preservativo siempre debe recomendarse en adolescentes, es una opción prioritaria cuando la actividad sexual es poco frecuente.

Los adolescentes que sostienen relaciones sexuales frecuentes pueden optar por métodos que no están relacionados con el coito para protegerse contra el embarazo, pero seguirá siendo necesario el uso de condones de rutina para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Este grupo de edad tiene un mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual debido a su inmadurez física e inmunológica, por la falta de uso o por uso inadecuado del preservativo, inicio de vida sexual de forma precoz y coexistencia de otras conductas de riesgo como el uso de drogas o alcohol.

La principal desventaja de los métodos de barrera es que su uso se encuentra relacionado con el coito y que requieren la comodidad del usuario.

La tasa de fracaso se debe principalmente al uso incorrecto; cuando los condones masculinos de látex se usan correcta y consistentemente la tasa de fracaso es sólo tres embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso. Se reporta una tasa de fracaso de 14 por ciento para un uso normal. Los inconvenientes para adolescentes son el costo, la necesidad de motivación para su uso correcto y la posible alergia al látex, en cuyo caso se debe recomendar el de poliuretano.³⁹

IV.1.7.1.2. Anticoncepción de emergencia

Es una opción en el caso de que el condón se haya roto o si se han tenido relaciones sexuales sin protección. Existe la presentación de una píldora que contiene 1.5 miligramos de levonorgestrel y otra de dos píldoras de 0.75 miligramos de levonorgestrel cada una. La anticoncepción de emergencia debe ser utilizada tan pronto como sea posible dentro de las primeras 72 horas a partir de la exposición sin protección, ya que es más eficaz. La incidencia de náuseas varía de 15 a 25 por ciento y la de vómitos de 1 a 5 por ciento. En 16 por ciento de los casos puede haber un pequeño sangrado, mastodinia (20-25 por ciento), amenorrea, cefalea o mareos son otros posibles efectos.

Es importante informar a la adolescente que no se recomienda su uso como método anticonceptivo a largo plazo, que éste no es un sustituto de la anticoncepción habitual, que no protege de las enfermedades de transmisión sexual y que puede alterar el ciclo menstrual. Debe advertirse la necesidad de descartar un embarazo si no ha tenido su menstruación en tres semanas. El

dispositivo intrauterino de cobre puede usarse como un anticonceptivo de emergencia cuando se inserta dentro de los primeros siete días después de la exposición sin protección y es particularmente útil en mujeres que se deciden por un anticonceptivo de larga duración. El acetato de ulipristal es la píldora de emergencia más efectiva.³⁹

IV.1.7.1.3. Anticonceptivos orales

Las píldoras anticonceptivas son de los métodos con uso más extendido, la única limitación para su uso es que se haya presentado la menarquia. En general, están constituidos por un estrógeno (etiniles-tradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest, los últimos 4 con mayor efecto antiandrogénico). Las nuevas presentaciones causan menos efectos secundarios; sin embargo, ocasionalmente, puede presentarse cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas o mareos. Dentro de las combinaciones más recomendadas están las que contienen 30 microgramos de etinilestradiol y 150 microgramos de levonorgestrel, que tienen menor riesgo trombogénico. El uso de preparados con menor dosis de estrógenos, especialmente los preparados con 15 microgramos de etinilestradiol, pueden producir sangrados intermenstruales y existe mayor riesgo de escapes ovulatorios. Los preparados con 20 miligramos de etinilestradiol se prefieren en presencia de reacciones adversas como náuseas, cefalea o hipersensibilidad mamaria con las dosis de 30 microgramos. En adolescentes con problemas de hiperandrogenismo se indican anticonceptivos hormonales combinados cuyo progestágeno posea mayor potencia antiandrónica.

Otros beneficios adicionales de estos métodos son la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, alivio del acné, protección contra las infecciones pélvicas y alivio del síndrome premenstrual, entre otros. Actualmente, se consideran un método seguro y efectivo en la adolescencia; es considerado de categoría uno por la Organización Mundial de la Salud.³⁹

IV.1.7.1.4. Anticonceptivos inyectables

Según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. En la actualidad, los más recomendables son los que

contienen valerianato de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxiprogesterona, respectivamente.

La primera dosis se indica con el primer o segundo día de la regla y se repite cada 30 días. Es útil en adolescentes con posibilidad de olvido en la ingesta o en las que quieren mantener la confidencialidad. Son útiles en adolescentes con problemas de salud mental o antecedentes de consumo de drogas o alcohol. El acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) es un anticonceptivo inyectable de larga duración y altamente efectivo, es usado por más de un millón de mujeres anualmente en Estados Unidos, incluyendo 250 000 adolescentes. Al administrarse cada tres meses previene el embarazo inhibiendo la secreción de gonadotropinas hipofisarias, resultando en anovulación, amenorrea y disminución en la producción de estrógeno sérico; así mismo, hace más espeso el moco cervical y previene la penetración espermática. La efectividad del DMPA es indeterminada por las altas tasas de discontinuación en adolescentes, secundaria a efectos adversos.

El efecto adverso más común es el sangrado transvaginal; sin embargo, más de la mitad de las mujeres tienen amenorrea al año de uso. Existe controversia sobre el efecto que tiene en la densidad mineral ósea; sin embargo, se ha reportado que la disminución en la densidad mineral ósea es similar a la que se presenta en la lactancia y no tiene efectos a largo plazo. Nuestra recomendación es usarlo principalmente en casos relacionados con contraindicación absoluta al uso de estrógenos.

No debe considerarse un método de uso habitual debido a efectos secundarios como atrofia endometrial con amenorrea secundaria prolongada, aumento de peso significativo e impacto desconocido sobre la mineralización ósea. En adolescentes es considerado categoría uno por la Organización Mundial de la Salud.³⁹

IV.1.7.1.5. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración

Estos métodos se deben ofrecer como opciones de primera línea en mujeres nulíparas y en adolescentes sexualmente activas; sin embargo, su uso se ve limitado por la falta de conocimiento y por mitos, incluso entre los propios profesionales de la salud.

El dispositivo intrauterino de cobre es un cuerpo de polietileno, en forma de «T», de 32 por 36 milímetros con 380 milímetros cuadrados de cobre que envuelve el tallo y los brazos del mismo, su protección anticonceptiva dura 10 años. El sistema intrauterino de levonorgestrel es un dispositivo de polietileno flexible, en forma de «T», de 32 por 32 milímetros, con un reservorio de 52 miligramos de levonorgestrel que diariamente libera 20 miligramos, su protección anticonceptiva dura cinco años. La tasa de expulsión de los dispositivos intrauterinos en adolescentes es similar a las de las mujeres adultas; es decir, una de cada veinte. Su uso no se ha relacionado con mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria ni con afectación en la fertilidad de las usuarias; incluso se ha considerado que el sistema de liberación de levonorgestrel podría ejercer un efecto protector por su acción sobre el moco cervical. Dado que las adolescentes y las mujeres jóvenes tienen altas tasas de infecciones de transmisión sexual del tipo *Chlamydia* se recomienda que sean evaluadas durante la inserción del dispositivo intrauterino. Los dispositivos intrauterinos son considerados categoría dos por la Organización Mundial de la Salud en mujeres menores de 20 años.

En 2006 la *Food and Drug Administration* de Estados Unidos aprobó el implante subdérmico cubierto por etonogestrel, que consiste en una varilla de acetato de etinilvinilo de 40 milímetros de largo por dos milímetros de diámetro, con 68 miligramos de etonogestrel (su metabolito activo es el desogestrel); la duración del efecto anticonceptivo es de tres años.

Éste es el método anticonceptivo reversible más efectivo disponible, es relativamente nuevo y existen pocos datos disponibles sobre su uso en adolescentes específicamente. El efecto adverso más común es el sangrado uterino irregular y es la causa principal por la que se discontinúa su uso. Los efectos adversos poco comunes son acné, aumento en sensibilidad mamaria e irritación en el sitio de inserción. En contraste con el acetato de medroxiprogesterona de depósito aparentemente no disminuye la densidad mineral ósea, ya que los niveles de estrógenos se mantienen. Puede ser una buena opción en adolescentes que deseen anticoncepción de larga duración. Puede usarse en la adolescente, la Organización Mundial de la Salud lo incluye en la categoría uno.³⁹

IV.1.7.1.6. Anillo vaginal

El anillo hormonal combinado consiste en un anillo de silastic que contiene etinilestradiol y etonogestrel. Es un anillo no biodegradable, flexible y transparente; su uso es mensual. Se introduce en la vagina desde donde se libera la hormona que pasa directamente al sistema circulatorio. La primera vez se inserta durante el primer día de la menstruación y se cambia cada tres semanas; después de siete días de descanso se introduce un nuevo anillo. Es fácil y cómodo de utilizar y no interfiere con el coito. Existe un anillo sólo con progesterona y se recomienda en el período posparto para no interrumpir la lactancia. Su inconveniente es que es frecuente el aumento de la leucorrea no infecciosa (hasta en 63 por ciento de las usuarias). La Organización Mundial de la Salud lo incluye dentro de la categoría uno.³⁹

IV.1.7.1.7. Parche transdérmico

Consiste en un sistema adherible a la piel desde el cual se libera la hormona, en forma sostenida y paulatina, hacia el torrente sanguíneo.

Es cómodo y fácil de administrar y no se desprende al contacto con el agua. La caja contiene tres parches que se cambian cada siete días, intercalando una semana de descanso; contiene 6 miligramos de norelgestromina (el metabolito activo del norgestimato) y 0.75 miligramos de etinilestradiol. Se recomienda colocar el parche en el abdomen, brazo o torso (excepto en las mamas) y cambiarlo de sitio con cada colocación para evitar la irritación en la piel. Debido a que ambos métodos liberan estrógeno y progesterona se le puede comparar con los anticonceptivos orales de baja dosis; el impacto fisiológico es igual en adolescentes y adultos. Es una buena opción para mujeres jóvenes por su facilidad de uso y buen cumplimiento. La Organización Mundial de la Salud lo considera dentro de la categoría uno.³⁹

IV.1.8 Embarazo precoz o en la adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud, algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos.

En países de ingresos medianos y bajos más del 30 por ciento de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14 por ciento antes de los 15 años.

Algunas adolescentes no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales.

Aún cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.⁴⁰

IV.1.8.1. Factores de riesgo del embarazo en adolescencia

El problema del embarazo en la adolescencia es multifactorial, de ahí que se destacan factores de riesgo en el orden individual, familiar y social:

- Factores de riesgo individuales: Entre algunos se destacan el inicio precoz de las relaciones sexuales, temprana maduración sexual, bajo nivel académico, inadecuada educación sexual, desocupación, y la poca habilidad de planificación familiar.
- Factores de riesgo familiares: dentro de estos destacan, pérdida de figuras significativas en la familia y familia no funcional. La mayor cantidad de adolescentes embarazadas convivientes solo con la madre, y que esto puede llevar a una inadecuada atención de las necesidades del adolescente debido a la carga laboral, del hogar y económica que recae sobre la madre. La ausencia de una familia funcional en el seno del desarrollo del adolescente genera una carencia afectiva que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Factores de riesgo sociales: Estrés, delincuencia, alcoholismo, mitos y tabúes sobre sexualidad y predominio del «amor romántico» en las relaciones sentimentales de los adolescentes, generalmente estas adolescentes se

comunican mal, y en la familia tienen un nivel educativo bajo sobre educación sexual, que no le permita una correcta y adecuada toma de decisiones, para poder decir no al coito prematuro, y donde los factores sociales también juegan un papel primordial.⁴¹

IV.1.8.2. Consecuencias del embarazo en adolescencia

El embarazo en este período tiene importantes consecuencias sobre la madre adolescente y su hijo. En la madre se destacan las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, infección urinaria, bacteriuria asintomática, deserción escolar, afecciones placentarias, escasa ganancia de peso, con malnutrición materna asociada, parto prematuro, rotura prematura de las membranas ovulares, la incorporación temprana a la vida laboral, desajuste en la integración psicosocial, escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, parto pretérmino, muerte materna, enfermedad hipertensiva, anemia, la incorporación temprana a la vida laboral, desajuste en la integración psicosocial, así como la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, así como el aborto inducido.

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). En los hijos se observan elevado riesgo de prematuridad, lesiones durante el parto, bajo peso al nacer, sepsis y muertes perinatales. La tasa de mortalidad perinatal es elevada entre los hijos(as) de adolescentes.

Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años. El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo(a), lo que se conoce como el «Síndrome del fracaso».

Los autores señalan que, en el ámbito familiar, aparece el conflicto entre los integrantes de la familia, la desmoralización ante la sociedad por el evento

imprevisto, así como cambios económicos desfavorables, por lo que afecta también la calidad de vida de la familia y la comunidad.

El embarazo durante la adolescencia trae aparejados altos costos emocionales, sociales, financieros y para la salud de las madres adolescentes y sus hijos, de ahí, la importancia de atender adecuadamente a la adolescente, por lo que se hace necesario comenzar las acciones relacionadas con la prevención de este problema de salud, a partir de la célula básica de la sociedad, que es la familia, donde juega un importante papel el equipo básico de la Atención Primaria de Salud, en trabajar con las familias para propiciar hábitos y estilos de vida saludables, mediante acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de la adolescencia, y así evitar el embarazo en esta etapa de la vida y sus consecuencias tan dañinas para la salud de la madre y su hijo(a).⁴¹

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Percepción de riesgo	Habilidad de detectar, identificar y reaccionar ante una situación de exposición.	Determinantes individuales Determinantes familiares Determinantes medioambientales	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Numérica
Procedencia	Donde nace o deriva el paciente	Santo Domingo Este Santo Domingo Norte Santo Domingo Oeste Distrito Nacional San Cristóbal Otros	Nominal
Ocupación	Actividad que realiza un individuo para ganar dinero y poder vivir	Estudiante Doméstica Vendedora Estilista Mesera Otros	Nominal
Escolaridad	Ultimo grado aprobado	Primaria o básica Media o bachiller Universitario	Nominal
Historia obstétrica	Alumbramiento de un bebé a través de la	Gravidez Partos	Numérica

	incisión quirúrgica o parto vaginal viable o no.	Abortos Cesáreas	
Planificación familiar	Métodos utilizados para programar o planear el número de hijos que se desea tener y cuando tenerlos.	Preservativos Píldora de emergencia Anticonceptivos orales Anticonceptivos inyectables DIU Anillo vaginal Parche transdérmico	Nominal
Acceso a los servicios de salud	Forma en que los servicios de salud se acercaría a la población según la disponibilidad de los servicios, capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa, existencia de barreras para la utilización de los servicios y resultados en materia de salud: promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud.	Disponibilidad de los servicios. Capacidad de los servicios para ser utilizados. Barreras para la utilización de los servicios.	Nominal
Infecciones de	Enfermedades que pueden transmitirse a lo	Sífilis Gonorrea	Nominal

transmisión sexual	largo de una relación sexual y están producidas por distintas bacterias, parásitos, virus y otros gérmenes.	Herpes genital Clamidia Tricomoniasis Candidiasis Virus papiloma Humano VIH/SIDA Hepatitis B Otras	
-----------------------	---	--	--

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

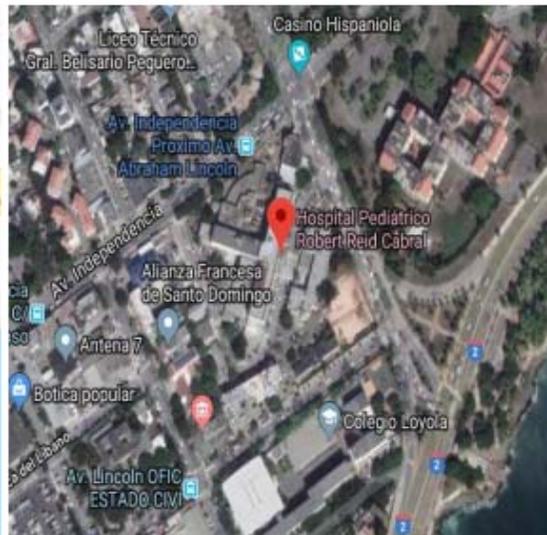
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, con el objetivo de determinar la percepción riesgo sobre la salud sexual y reproductiva que presentan las adolescentes que acuden a la consulta Ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Marzo, 2020 – agosto, 2021. (Ver anexo XII.1. Cronograma)

VI.2. Área de estudio

El estudio se efectuó en el Hospital infantil Dr. Robert Reíd Cabral, ubicado en la Av. Abraham Lincoln, no. 2, del sector La Feria, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al Norte, por la Av. Independencia; al Sur, por la c/ Paúl P. Harris; al Este, por la Av. Abraham Lincoln y al Oeste, por la c/ Horacio Vicioso. (Ver mapa cartográfico y vista aérea)



Mapa cartográfico



Mapa aéreo

VI.3. Universo

El universo estuvo conformado por la totalidad de pacientes que acudieron a la consulta externa de Ginecología- pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Marzo, 2020 – agosto, 2021

VI.4. Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico tomando el número de adolescentes que acudió al servicio de Ginecología – pediátrica durante el año 2020.

$$n = \frac{z^2(p \times q)}{e^2 + \left(\frac{z^2(p \times q)}{N}\right)}$$

Donde n, es el tamaño de la muestra,

N es el tamaño de la población que es 610 pacientes,

Para un nivel de confianza de 95%, z es 1.96

p es la proporción de la población con las características deseadas (éxito),

q es la proporción de la población sin las características deseadas (fracaso),

e es el nivel de error dispuesto a cometer.

$$\begin{aligned} n &= \frac{1.96^2(0.5 \times 0.5)}{0.10^2 + \left(\frac{1.96^2(0.5 \times 0.5)}{610}\right)} \rightarrow n = \frac{3.8416(0.25)}{0.01 + \left(\frac{3.8416(0.25)}{610}\right)} \rightarrow n \\ &= \frac{0.9604}{0.01 + (0.00162)} \\ n &= \frac{0.9604}{0.01162} \rightarrow \boxed{n = 83} \end{aligned}$$

La muestra fue de 83 pacientes adolescentes que asistieron a consulta externa de Ginecología- pediátrica durante el periodo de estudio.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes adolescentes.
2. Sexo femenino.

VI.5.2. De exclusión

1. Negados a participar en el estudio.
2. Barrera del idioma.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró una encuesta por las sustentantes y supervisada por los asesores, la cual contiene preguntas para obtener datos de las adolescentes, la misma contiene 40 preguntas: 33 preguntas de selección

múltiple y 7 preguntas abiertas. (Anexo XIII.2. Instrumento de recolección de datos.)

VI.7. Procedimiento

Luego de la aprobación del anteproyecto por parte de la coordinadora de la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Se procedió a depositar en el comité de investigación del Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral para su revisión y posterior aprobación. Una vez obtenidos los permisos correspondientes procedimos a seleccionar los pacientes a quienes se les realizó el procedimiento de consentimiento informado, el cual culminó con la firma de éste. Posteriormente aplicamos la encuesta, durante los días martes y jueves en horario vespertino, en la sala de espera del área de consulta externa de Ginecología- pediátrica, mayo – julio, 2021. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados en Microsoft Excel.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴² y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴³ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la coordinadora de la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como el comité en investigación del Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó al manejo de datos identificatorios ofrecidos por los tutores. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases

de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por las investigadoras.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente proyecto, tomada en otros autores, fueron justificadas por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

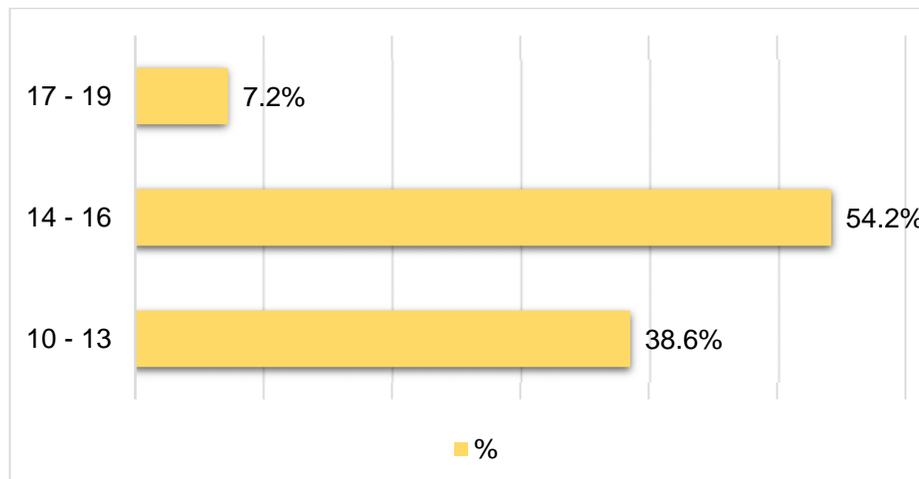
Tabla 1. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según edad.

Rango de edad (años)	Frecuencia	%
10 - 13	32	38.6
14 - 16	45	54.2
17 - 19	6	7.2
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se observó que entre 14 y 16 años fue la edad más frecuente de las encuestadas con un 54.2 por ciento. Entre 10 y 13 años era el rango de edad del 38.6 por ciento de las encuestadas, restando así un 7.2 por ciento concerniente a un rango de edad de entre 17 y 19 años de edad.

Gráfica 1. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según rango de edad.



Fuente: Tabla 1.

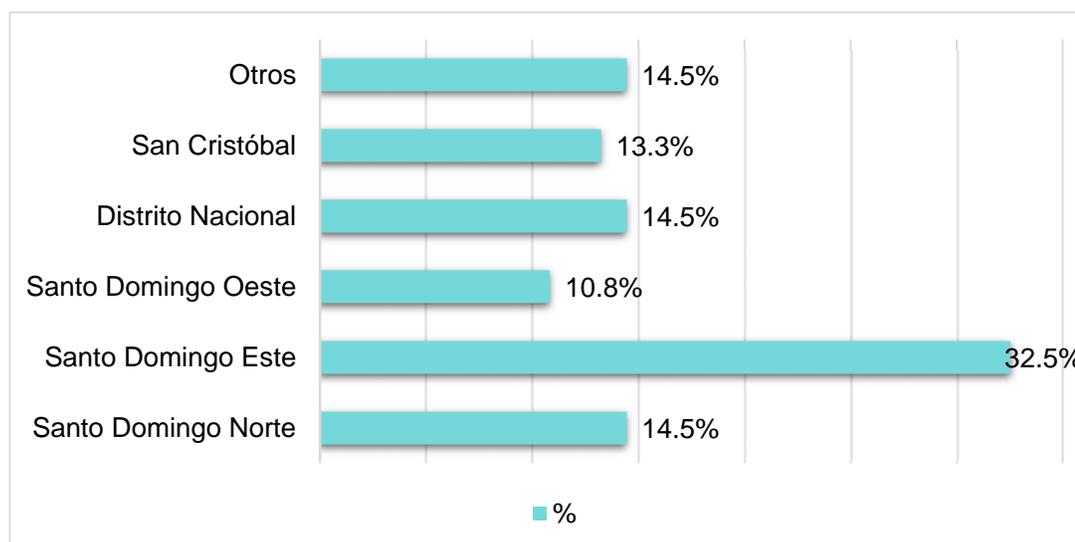
Tabla 2. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Santo Domingo Norte	12	14.5
Santo Domingo Este	27	32.5
Santo Domingo Oeste	9	10.8
Distrito Nacional	12	14.5
San Cristóbal	11	13.3
Otros	12	14.5
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 32.5 por ciento de las encuestadas provenían de Santo Domingo Este, un 13.3 por ciento desde San Cristóbal, el 10.8 proviene de Santo Domingo Oeste, y un 14.5 por ciento provenía de Santo Domingo Norte, del Distrito Nacional y de otras provincias, respectivamente.

Gráfica 2. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según procedencia.



Fuente: Tabla 2.

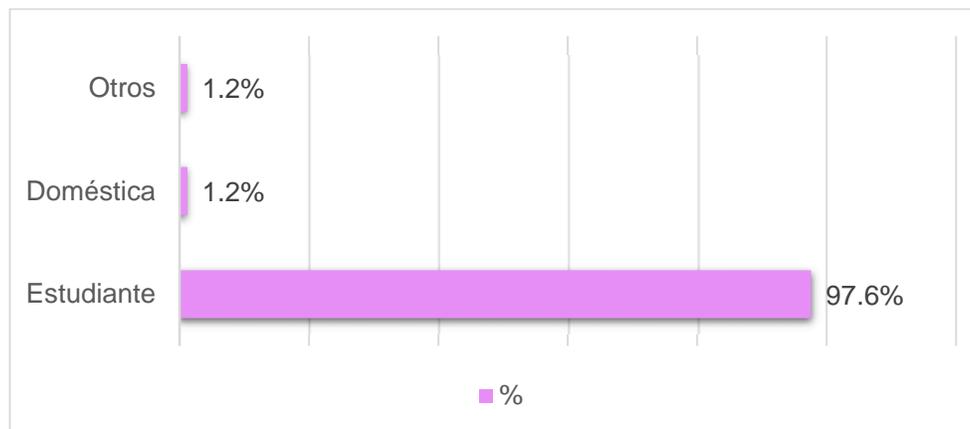
Tabla 3. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	81	97.6
Doméstica	1	1.2
Otros	1	1.2
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La ocupación de estudiante fue de mayor frecuencia, con un 97.6 por ciento. Un 1.2 por ciento era doméstica y el otro 1.2 por ciento no tenía la ocupación especificada en la encuesta.

Gráfica 3. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según ocupación.



Fuente: Tabla 3.

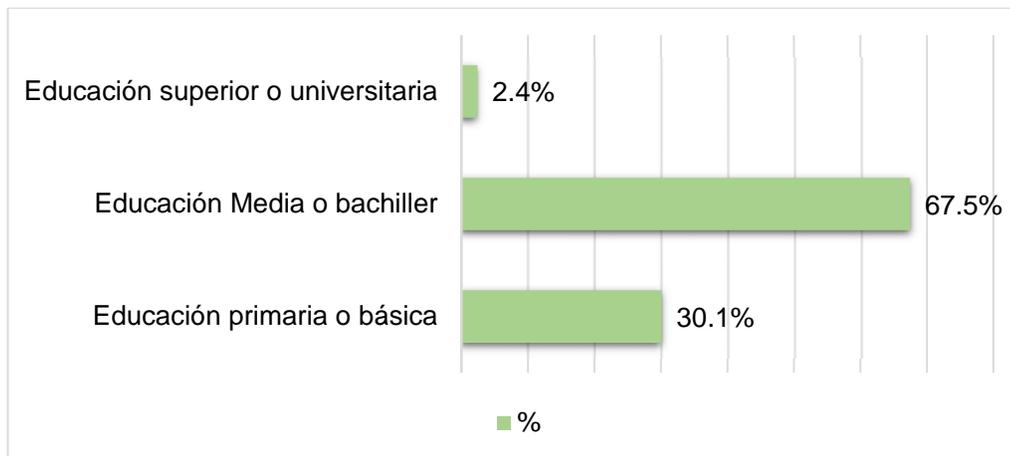
Tabla 4. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Educación primaria o básica	25	30.1
Educación Media o bachiller	56	67.5
Educación superior o universitaria	2	2.4
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La educación media o bachiller fue el grado más alto de las encuestadas, con un 67.5 por ciento. La educación primaria o básica tuvo un 30.1 por ciento, mientras que un 2.4 por ciento tenía un grado de escolaridad de educación superior o universitaria.

Gráfica 4. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según escolaridad.



Fuente: Tabla 4.

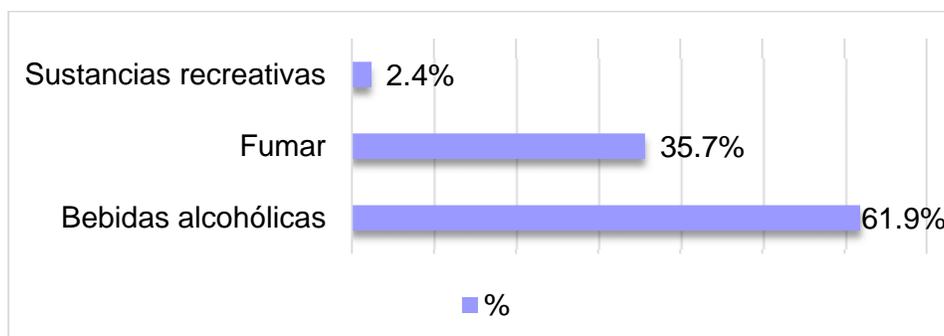
Tabla 5. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes individuales.

Hábitos tóxicos: Consumo	Frecuencia	%
Bebidas alcohólicas	26	61.9
Fumar	15	35.7
Sustancias recreativas	1	2.4
Total	42	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 61.9 por ciento de las pacientes encuestadas afirmaron el consumo de bebidas alcohólicas, el 35.7 por ciento refirió que sí fuma mientras que el 1 por ciento, dijo consumir sustancias recreativas.

Gráfica 5. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes individuales.



Fuente: Tabla 5.

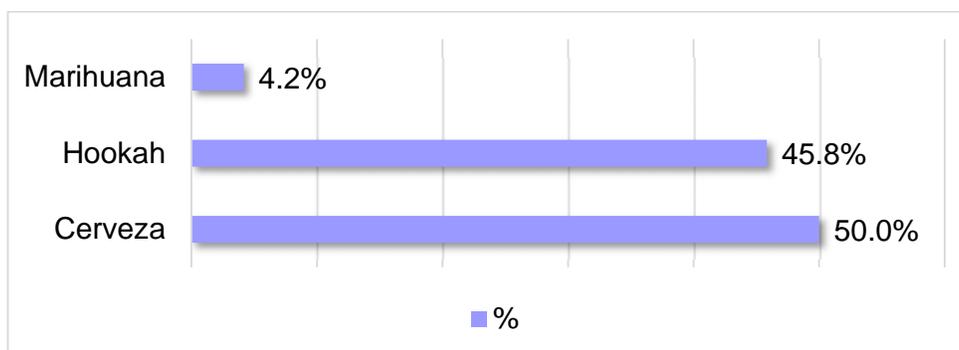
Tabla 6. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes individuales.

Hábitos tóxicos: Tipo	Frecuencia	%
Cerveza	12	50.0
Hookah	11	45.8
Marihuana	1	4.2
Total	24	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se cuestionó sobre el tipo de sustancia utilizadas por las adolescentes, el 50.0 por ciento de las encuestadas afirmó el consumo de cervezas, el 45.8 respondió que es consumidora de hookah, y finalmente el 4.2 por ciento consume marihuana.

Gráfica 6. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes individuales.



Fuente: Tabla 6.

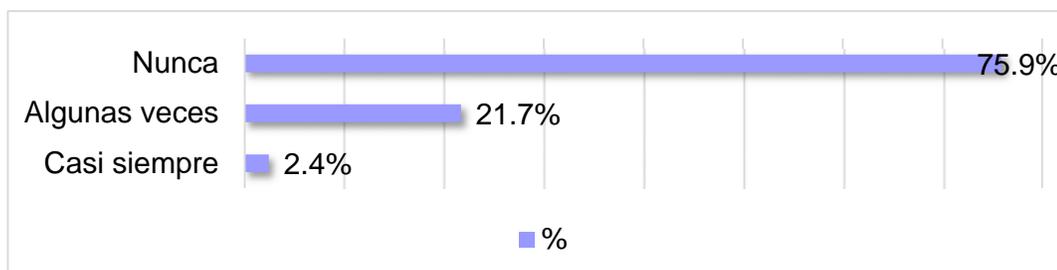
Tabla 7. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes individuales.

Hábitos tóxicos: Frecuencia de consumo	Frecuencia	%
Casi siempre	4	2.4
Algunas veces	36	21.7
Nunca	126	75.9
Total	166	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto a la frecuencia con que consumen estos hábitos tóxicos, obtuvimos 75.9 por ciento nunca los consume, el 21.7 algunas veces lo utiliza mientras que el 2.4 casi siempre consume.

Gráfica 7. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes individuales.



Fuente: Tabla 7.

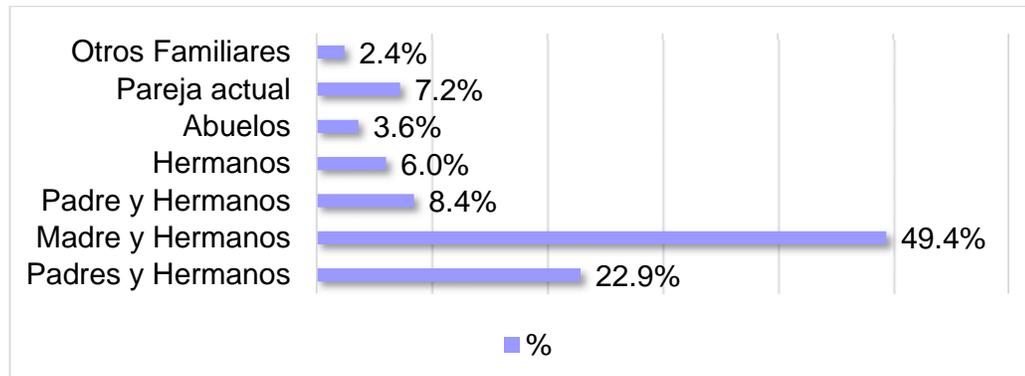
Tabla 8. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes familiares.

Determinantes familiares: ¿Con quién vives actualmente?	Frecuencia	%
Padres y Hermanos	19	22.9
Madre y Hermanos	41	49.4
Padre y Hermanos	7	8.4
Hermanos	5	6.0
Abuelos	3	3.6
Pareja actual	6	7.2
Otros Familiares	2	2.4
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Dentro de los determinantes familiares se evaluó con quién viven las adolescentes actualmente, lo que evidencia que el 22.9 por ciento de estas vive con ambos padres y hermanos, el 49.4 por ciento vive solo con la madre y hermanos, un 8.4 por ciento con solo el padre y hermanos, un 6.0 por ciento con los hermanos, el 3.6 por ciento vive con sus abuelos, el 7.2 por ciento ya se encuentra viviendo con su pareja actual y el 2 por ciento vive con algún otro familiar.

Gráfica 8. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes familiares.



Fuente: Tabla 8.

Tabla 9. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes familiares.

Determinantes familiares: Percepción	Si	No	No sé
La comunicación con los padres debe ser importante antes de tener mi primera relación sexual.	75 (90.4%)	1 (1.2%)	7 (8.4%)
¿Consideras que a los padres les corresponde hablar de sexualidad con sus hijos?	75 (90.4%)	5 (6.0%)	3 (3.6%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se evidenció que el 90.4 por ciento de las adolescentes considera que es importante la comunicación con los padres antes de tener su primera relación sexual, el 1.2 por ciento niega que haya importancia, mientras que el 8.4 por ciento refiere que no sabe. De igual forma el 90.4 por ciento de las encuestadas dijo que a los padres le corresponde hablar de sexualidad con sus hijos, por otro lado, el 6.0 por ciento negó esta consideración y finalmente el 3.6 por ciento de las jóvenes no sabe la respuesta.

Tabla 10. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes familiares.

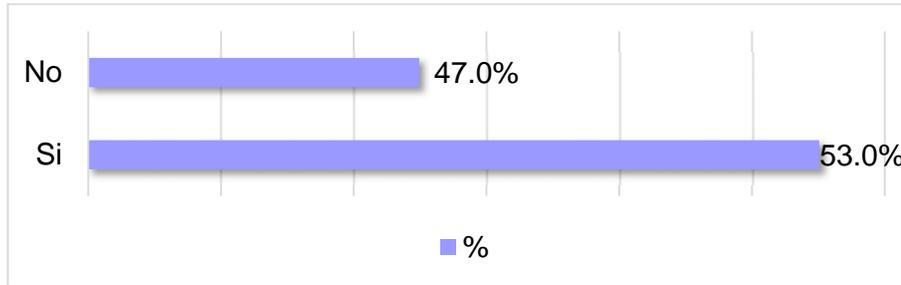
¿Alguien en tu familia ha salido embarazada antes de cumplir los 18 años?	Frecuencia	%
Si	44	53.0
No	39	47.0
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 53.0 por ciento afirmó tener alguna familiar que ha estado embarazada antes de los 18 años, el 47.0 por ciento respondió no haber tenido.

Gráfica 9. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital

Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes familiares.



Fuente: Tabla 9.

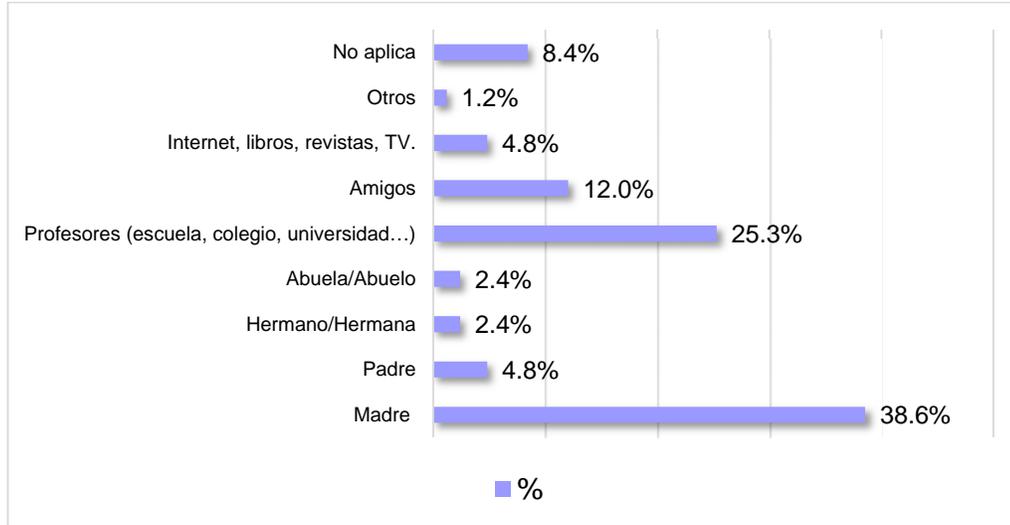
Tabla 11. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes familiares.

¿Quién te habló por primera vez de educación sexual?	Frecuencia	%
Madre	32	38.6
Padre	4	4.8
Hermano/Hermana	2	2.4
Abuela/Abuelo	2	2.4
Profesores (escuela, colegio, universidad...)	21	25.3
Amigos	10	12.0
Internet, libros, revistas, TV.	4	4.8
Otros	1	1.2
No aplica	7	8.4
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Sobre quien le habló por primera vez de educación sexual tenemos un 38.6 por ciento de las madres son quienes han abordado sobre el tema, un 4.8 por ciento han sido los padres, el 2.4 por ciento han sido hermanos o hermanas de las pacientes, un 2.4 por ciento respondió abuela/ abuelo, el 25.3 por ciento han sido por profesores (escuela, colegio, universidad...), 12.0 por ciento ha hablado sobre sexualidad con amigos, el 4.8 por ciento afirmó indagar sobre el tema en internet, libros, revista, tv. El 1.2 por ciento ha utilizado otro medio u familiar para investigar el tema, mientras que el 8.4 por ciento, respondió no aplica.

Gráfica 10. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes familiares.



Fuente: Tabla 10.

Tabla 12. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según los determinantes socioculturales.

Determinantes socioculturales: Percepción	Si	No	No sé
Tener relaciones a temprana edad es señal de madurez	4 (4.8%)	69 (83.1%)	10 (12.0%)
Tener relaciones sexuales me hace sentir más aceptado en mi círculo de amigos	7 (8.4%)	62 (74.7%)	14 (16.9%)
Piensas que las adolescentes inician las relaciones sexuales por "presión" de sus compañeros	37 (44.5%)	33 (39.8%)	13 (15.7%)
¿Piensas tú que en la primera relación sexual puedes quedar embarazada?	47 (56.6%)	13 (15.7%)	23 (27.7%)
¿Crees que una adolescente (10-19 años) está en buenas condiciones físicas, mentales y económicas para tener un bebé?	1 (1.2%)	81 (97.6%)	1 (1.2%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 13. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital

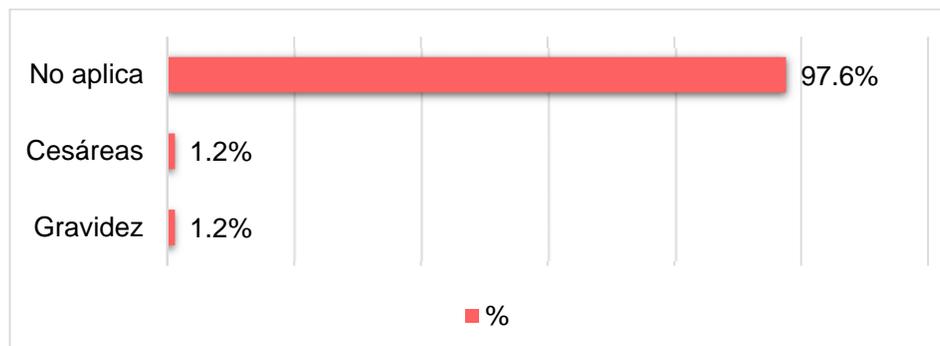
Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según historia obstétrica.

Historia obstétrica	Frecuencia	%
Gravidez	1	1.2
Cesáreas	1	1.2
No aplica	82	97.6
Total	84	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 97.6 por ciento de las encuestadas no tenía una historia obstétrica. Sin embargo, gravidez pudo observarse en un 1.2 por ciento de las encuestadas, y otro 1.2 por ciento para cesáreas.

Gráfica 11. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según historia obstétrica.



Fuente: Tabla 11.

Tabla 14. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según planificación familiar.

Planificación Familiar	Si	No
¿Conoces sobre los métodos anticonceptivos?	56 (67.5%)	27 (32.5%)
¿Utilizaste algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual?	8 (9.6%)	75 (90.4%)
¿Utilizas algún tipo de método anticonceptivo actualmente?	13 (15.7%)	70 (84.3%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 67.5 por ciento de las encuestadas si conocía sobre diversos métodos anticonceptivos, mientras que el 32.5 por ciento no. Por otro lado, solo un 9.6 por ciento utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, a diferencia del 90.4 por ciento restante que no utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Cabe destacar que el 84.3 por ciento no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo actualmente, restando un 15.7 por ciento que sí.

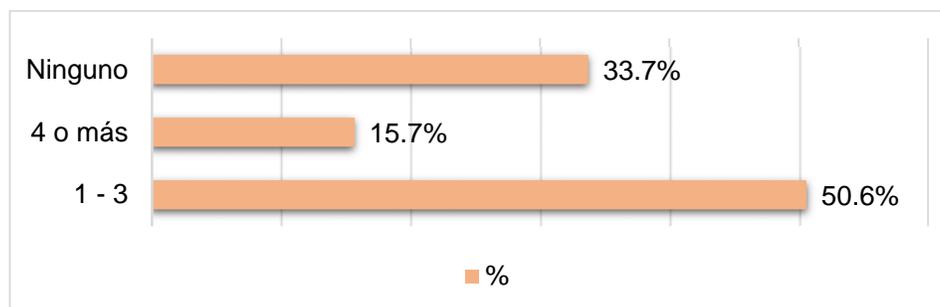
Tabla 15. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según planificación familiar.

¿Cuántos métodos anticonceptivos conoces?	Frecuencia	%
1 - 3	42	50.6
4 o más	13	15.7
Ninguno	28	33.7
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 50.6 por ciento de las pacientes conoce entre 1 y 3 métodos anticonceptivos, siendo el porcentaje más alto. Un 15.7 por ciento conoce entre 4 o más métodos anticonceptivos, restando un 33.7 por ciento del cual no conocía sobre métodos anticonceptivos.

Gráfica 12. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según planificación familiar



Fuente: Tabla 15.

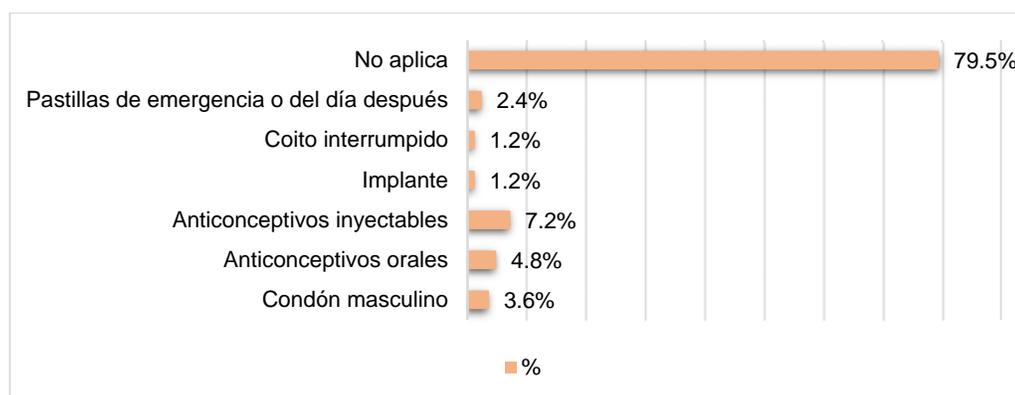
Tabla 16. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según planificación familiar.

¿Qué tipo de anticonceptivo utilizas en la actualidad?	Frecuencia	%
Condón masculino	3	3.6
Anticonceptivos orales	4	4.8
Anticonceptivos inyectables	6	7.2
Implante	1	1.2
Coito interrumpido	1	1.2
Pastillas de emergencia o del día después	2	2.4
No aplica	66	79.5
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Entre los tipos de anticonceptivos que las jóvenes utilizan en la actualidad se encuentran las pastillas de emergencia o del día después con un 2.4 por ciento, el coito interrumpido y el implante con un 1.2 por ciento respectivamente. También se pudo observar que los anticonceptivos inyectables son utilizados por un 7.2 por ciento, los anticonceptivos orales por un 4.8 por ciento, y los condones masculinos por un 3.6 por ciento. Por último, el 79.5 por ciento de las encuestadas no utilizaba los métodos anticonceptivos mencionados.

Gráfica 13. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según planificación familiar.



Fuente: Tabla 16.

Tabla 17. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según acceso a los servicios de salud.

Acceso a los servicios de salud	Si	No	No sé
¿Sabes dónde acudir en caso de que necesites orientación o servicios sobre salud sexual y reproductiva? (Planificación familiar, ITS, ginecología.)	49 (59.0%)	34 (41.0%)	0 (0.0%)
¿Has utilizado en alguna ocasión los servicios de los Centros de planificación familiar y sexualidad?	18 (21.7%)	60 (72.3%)	5 (6.0%)
¿Consideras que los centros de salud brindan servicios con precios accesibles (económicos)?	54 (65.1%)	18 (21.7%)	11 (13.3%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 59.0 por ciento de las encuestadas sabía dónde acudir en caso de que necesitara orientación o servicios sobre salud sexual y reproductiva, mientras que el restante 41.0 por ciento no sabía. Por otro lado, el 72.3 por ciento de las encuestadas no ha utilizado en alguna ocasión los servicios de los Centros de planificación familiar y sexualidad, el 21.7 si ha utilizado dichos centros, mientras que el 6 por ciento restante no tenía conocimientos. Cabe destacar que el 65.1 por ciento de las encuestadas si consideraba que los centros de salud brindan servicios con precios accesibles (económicos); el 21.7 por ciento no lo considero accesible y el restante 13.3 no sabía.

Tabla 18. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según infecciones de transmisión sexual.

Infecciones de transmisión sexual	Si	No	No se
¿Alguna vez te ha dicho un médico o una enfermera que tenías una infección de transmisión sexual?	6 (7.2%)	77 (92.8%)	0 (0.0%)
¿Consideras que los y las menores de 18 años tienen riesgo de contraer el virus que causa el SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?	68 (81.9%)	13 (15.7%)	2 (2.4%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 92.8 por ciento de las encuestadas no había recibido la noticia de que tenía una infección de transmisión sexual, por parte de un médico o una enferma, mientras que el 7.2 por ciento si. El 81.9 por ciento consideró que los y las menores de 18 años tienen riesgo de contraer el virus que causa el SIDA u otras infecciones de transmisión sexual, el 15.7 por ciento no y el restante 2.4 por ciento no sabía.

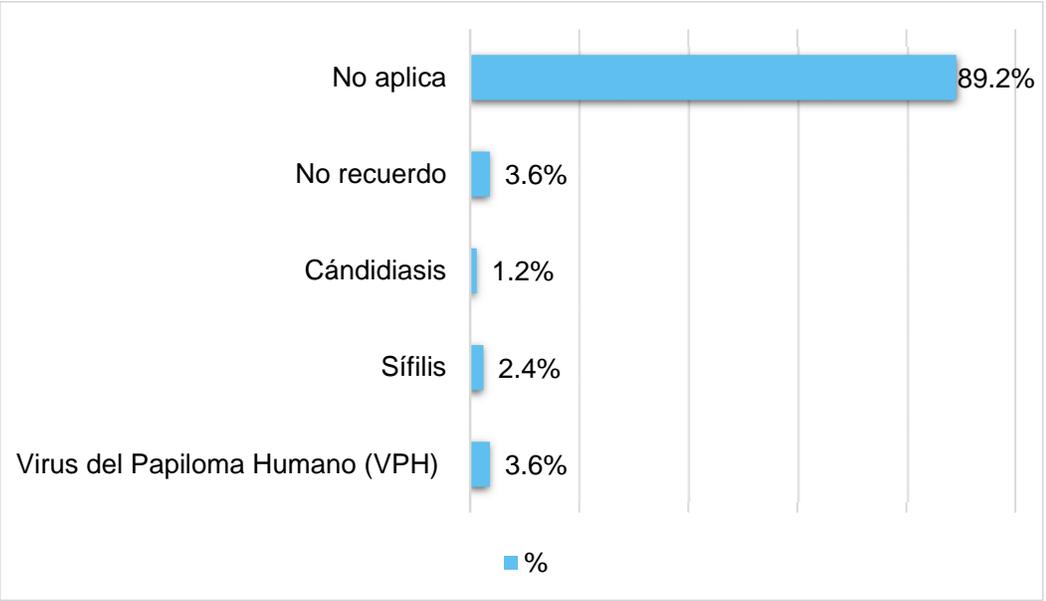
Tabla 19. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según infecciones de transmisión sexual.

¿Qué tipo de infección de transmisión sexual ha adquirido?	Frecuencia	%
Virus del Papiloma Humano (VPH)	3	3.6
Sífilis	2	2.4
Cándidiasis	1	1.2
No recuerdo	3	3.6
No aplica	74	89.2
Total	83	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se preguntó a las pacientes sobre el tipo de infección de transmisión sexual que habían adquirido, a lo que el 3.6 por ciento no recordaba, otro 3.6 por ciento había adquirido el Virus del Papiloma Humano (VPH), y el 1.2 por ciento había adquirido candidiasis. La pregunta no aplicaba para el 89.2 por ciento restante.

Gráfica 14. Percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica - pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral mayo – julio del 2021, según infecciones de transmisión sexual.



Fuente: Tabla 19.

VIII. DISCUSIÓN

La percepción de riesgo de los y las adolescentes está directamente relacionada con los determinantes individuales, familiares, socioculturales y políticos que pudieran influir en el inicio de una actividad sexual temprana, pudiendo dar como resultado conductas sexuales de riesgo que engloban situaciones nocivas para el sujeto.

El rango de edad más frecuente estudiado en nuestra investigación fue de 14 -16 años, en un 54.2 por ciento. La ocupación más frecuente dentro la población encuestada era estudiante en un 97.6 por ciento. El 67.5 por ciento de las pacientes se encuentran en la educación media o bachiller considerado adecuado en la etapa de vida correspondiente coincidiendo con la investigación realizada en el 2015 por García Hernández.¹³

El 61.9 por ciento de las adolescentes entrevistadas afirmó el consumo de algún tipo de sustancias, siendo la de mayor consumo las bebidas alcohólicas, tabaco, hookah y sustancias creativas, determinantes individuales que se han asociado con el inicio de la actividad sexual (AS) temprana.

Al analizar de manera individual por consumo de sustancias podemos resaltar que el 75.9 por ciento de las adolescentes encuestadas afirmaron no realizar este tipo de hábitos tóxicos, datos similares a los de García Hernández, L. (2016).¹³

En los determinantes familiares, podemos mencionar que para autores como Mendoza Tascón la ausencia de uno o ambos padres, convivir con familias reconstituidas, pobre educación sexual en el hogar y la mala comunicación en temas de sexualidad afectan la percepción de riesgo sobre salud sexual y reproductiva¹⁰, estos determinantes familiares según nuestro estudio arrojan que es más frecuente que las jóvenes convivan solo con la madre y hermanos en un 49.4 por ciento.

Se les cuestionó sobre la importancia de la comunicación padres e hijos sobre salud sexual obteniendo una respuesta afirmativa de un 90.4 por ciento de la muestra, más frecuentemente abordado por las madres. Hacemos una comparación con el autor Rodríguez Cabrera A, en donde existe una gran relación en lo expresado en su artículo: Según nuestro estudio las relaciones entre los padres e hijos/hijas, el rol de ser padre, la comunicación entre padres y adolescentes, las actitudes percibidas por ellos de los padres, el seguimiento

dado por los padres a su vida social y el apoyo recibido de ellos constituyen aspectos de gran influencia en la conducta sexual de los adolescentes y en particular son elementos asociados con el retardo en el inicio de la actividad sexual en los adolescentes.⁸

En cuanto a los antecedentes familiares de embarazo en adolescentes se reportó 53.0 por ciento de familiares embarazadas, siendo un 22.0 por ciento, primas de las pacientes. A diferencia del autor García Hernández, L. (2016) los resultados arrojaron que la historia familiar de embarazos precoces (antes de los 19 años) estuvo presente en el 66 por ciento de los estudiantes encuestados refiriendo el 61 por ciento de ellos madres que habían tenido su primer hijo en la adolescencia y el 16 por ciento refirieron hermanas también con embarazos precoces.¹³

El autor Mendoza Tascón relaciona los determinantes sociales como la aprobación de las relaciones sexuales por parte de adolescentes se ve influenciada por su ambiente y contexto social, comportamientos padres o amigos y percepción que tienen los adolescentes de la presión existente por parte de sus padres y de sus amigos para tener o no relaciones sexuales a su edad¹³. Los resultados obtenidos demuestran que el 86.1 por ciento de las adolescentes consideran que tener relaciones a temprana edad no es señal de madurez. En relación a sentirse aceptado en su círculo de amigos por tener relaciones sexuales fue negado en un 74.7 mientras que el 44.5 por ciento de las jóvenes dice sentirse presionadas por sus amistades para tener relaciones sexuales.

La percepción de las adolescentes frente a un primer encuentro sexual y la posibilidad de quedar embarazada, fue un 56.6 por ciento afirmativo. El 97.6 por ciento de la muestra entiende que una adolescente no está en buenas condiciones físicas, mentales y económicas para tener un bebé, lo que reafirma el hecho de que en este grupo de la población existe una buena información sobre salud sexual y reproductiva, sin embargo, asumen conductas y actitudes riesgosas, tal y como lo expresa el autor Mendoza Tascón.¹⁰

Dentro de la planificación familiar se demuestra que un 67.5 por ciento de las adolescentes conocen sobre métodos anticonceptivos, en su mayoría de 1-3 métodos de planificación. Al momento de cuestionar sobre la utilización de alguno de estos en su primera relación sexual, el 90.4 por ciento de las

encuestadas niegan haber tenido su primera relación sexual hasta el momento. Coincidiendo con el estudio realizado en 2015 por Meza Valeria, quien concluyó que la mayoría de las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, en cambio desconoce el uso correcto de los mismos esto debido a que no en todas sus relaciones sexuales lo utilizan.⁵

Por otro lado, es más frecuente ver el uso de anticonceptivos inyectables en la población adolescente, como lo demuestra nuestro estudio en un 7.2 por ciento. A diferencia del estudio realizado por García Hernández, L. el cual arrojó lo siguiente: Al preguntar sobre el uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) el 65 por ciento de las adolescentes contestaron que han utilizado. Casi la mitad de ellas (46 por ciento), utilizan “la Pastilla Para la Mañana Siguiete” (PPMS) y el 11 por ciento “Inyectables hormonales”.¹³

En cuestión sobre los servicios de salud, se puede considerar que el 72.3 por ciento nunca ha utilizado los servicios que prestan estos centros. En comparación con los resultados de la investigación de Rojas Betancur M, los adolescentes evaluaron el tema de políticas de Salud Sexual y Reproductiva en su ciudad, la calidad de la atención para los adolescentes en estos temas, la inversión pública orientada a los adolescentes y las oportunidades de desarrollo de esta población en Bucaramanga.³

El conocimiento acerca de si padece o si en algún momento se ha diagnosticado alguna infección de transmisión sexual por parte del personal de salud, fue negada en un 92.8 por ciento, mientras que el 7.2 por ciento afirma esta pregunta, en este caso un 3.6 por ciento refirió haber padecido virus de papiloma humano (VPH). Según reporta García Hernández, L. (2016) en su investigación: El 6 por ciento refirieron que se les había diagnosticado alguna infección de transmisión sexual la más frecuente fue condilomatosis (VPH). Los datos estadístico nacionales reportan como una de mayor notificación las infecciones por Papiloma virus.

IX. CONCLUSIÓN

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. De un total de 83 pacientes encuestadas, el mayor porcentaje estuvo representado entre las edades de 14 y 16 años en un 54.2 por ciento.
2. El 32.5 por ciento de las encuestadas provienen de Santo Domingo Este.
3. La ocupación de las adolescentes al momento de la encuesta, en un 97.6 por ciento eran estudiantes.
4. El 67.5 por ciento de las adolescentes se encuentra en el nivel medio o bachiller.
5. Según la percepción de riesgo en las adolescentes que acudieron a la consulta de ginecología-pediátrica, en los determinantes individuales, dentro de los hábitos tóxicos, un 61.9 por ciento de las pacientes consumen bebidas alcohólicas, un 35.7 por ciento fuman y un 2.4 por ciento ingiere sustancias recreativas. Dentro de los determinantes familiares se concluyó que el 49.4 por ciento vive solo con la madre y hermanos. El 38.6 por ciento de las madres son quienes han abordado el tema de educación sexual con las adolescentes. En cuanto a los determinantes socioculturales, sobre a tener una primera relación sexual el 57.0 por ciento respondió que sí es posible quedar embarazada y que dicho estado de embarazo ocurre cuando la vulva tiene contacto directo con el líquido preseminal y/o semen contestaron el 37 por ciento de las pacientes.
6. El 97.6 por ciento de las encuestadas no estaban embarazadas al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos.
7. En el ámbito de la planificación familiar, sólo el 67.5 por ciento de las adolescentes tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y 90.4 por ciento de las adolescentes aún no había tenido su primera relación sexual. El 84.3 por ciento nunca ha utilizado ningún tipo de método anticonceptivo al momento de realizar la encuesta. No obstante, en la actualidad solamente el 7.2 por ciento utiliza anticonceptivos inyectables.
8. Se observó que, en cuanto al acceso a los servicios, el 59.0 por ciento de las adolescentes encuestadas sí sabían a dónde acudir en caso de

que necesitaran orientación o servicio sobre salud sexual y reproductiva, pero, por el contrario, el 72.3 por ciento de las pacientes nunca ha utilizado los servicios de los Centros de Planificación Familiar y Sexual. El 65.1 por ciento consideraba que los centros de salud brindan servicios con precios accesibles (económicos).

9. En base a las infecciones de transmisión sexual, el 92.8 por ciento mencionó nunca haber sido diagnosticada por parte de un médico o una enfermera de alguna infección de transmisión sexual. En cuestión sobre la percepción de las adolescentes si los menores de 18 años tienen riesgo de contraer el virus que causa el SIDA, la mayoría, el 81.9 por ciento afirmó esta posibilidad.

X. RECOMENDACIONES

1. Luego de analizar los resultados de la investigación, teniendo en cuenta que los adolescentes son los más expuestos, es sumamente necesario aprovechar todas las oportunidades de encuentro que se presenten con ellos; partiendo de ese hecho se hace necesaria la formulación de las siguientes recomendaciones:
2. Promocionar en los recintos escolares sobre las conductas sexuales de riesgo y la importancia de la salud sexual y reproductiva. informándole tanto a los adolescentes como a los padres y/o tutores cuales son los beneficios que brindan educar este grupo demográfico en riesgo.
3. Promover que en cada consulta pediátrica se le brinde orientación a las adolescentes, así como sus servicios de manera que estos se sientan seguros.
4. Crear nuevas estrategias de educación en coordinación con un equipo de trabajo que sensibilice a la familia sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva.
5. Proveer a los centros comunitarios con las herramientas necesarias para que cuando las adolescentes acudan a demandar los servicios estén disponibles y de esta manera aprovechar la oportunidad de educar y prevenir las consecuencias que puedan traer consigo las conductas de riesgo.
6. Crear una plataforma digital, que funcione como el medio de información, de manera que la adolescente se sienta cómoda al aclarar cualquier duda que le pueda surgir.
7. Capacitar tanto al personal de salud como a los maestros para que puedan brindar información adecuada y sobre todo conectar de forma que el adolescente encuentre en estos un soporte de confianza.
8. Planificar encuentros organizados en centros comunitarios o plantel escolar por un personal capacitado en el que padres y/o tutores sean orientados sobre la importancia de la comunicación con sus hijos y cómo abordar temas sobre sexualidad con los adolescentes.

XI. REFERENCIAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), I. (2020). «Salud sexual y reproductiva: Panorama (1).» <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
2. Correa-Ramírez C, García CS, Ortiz-Medina MO. Percepción del riesgo en la cotidianidad de los adolescentes. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2018; 36(1): 45-54. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v36n1a06. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v36n1/0120-386X-rfnsp-36-01-00045.pdf>
3. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 52-62. DOI: 10.17151/hpsal.2016. 21.1.6. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3091/309146733005/html/index.html>
4. Alfonso Figueroa, Lianet, & Figueroa Pérez, Loanys. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 21(2), 143-151. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&tlng=es.
5. Meza Valeria I. (2015). Percepción y actitudes acerca de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes madres de recién nacidos internados. Tesis de la universidad Nacional de Córdoba (1). http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/meza_valeria_ines.pdf
6. Rosalía Sosaya J. (2011). “Percepción de los adolescentes con respecto al consultorio de salud sexual y reproductiva en una escuela pública de la provincia Jujuy” (1). [http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/JUANA_ROSALIA_SOSAYA0\(1\).pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/JUANA_ROSALIA_SOSAYA0(1).pdf)
7. Pérez Then E, Miric M, Vargas T., (2011). El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: ¿Una realidad en transición? (1). <https://profamilia.org.do/wp-content/uploads/2018/02/El-embarazo-en-adolescentes-en-la-Rep%C3%BAblica-Dominicana-Formato-para-la-WEB-min.pdf>

8. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vásquez L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;32(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu08106.pdf>
9. Calero Yera, Esmeralda, Rodríguez Roura, Sandra, & Trumbull Jorlen, Aniocha. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*, 17(3), 577-592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000300010&lng=es&tlng=es.
10. Mendoza Tascón, Luis Alfonso, Claros Benítez, Diana Isabel, & Peñaranda Ospina, Claudia Bibiana. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012
11. Mazarrasa Alvear, L., & Gil Tarragato, S. (2020). mscbs. Retrieved 8 July 2020, from https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
12. Historia de los Derechos sexuales y reproductivos en Argentina. (2016). Retrieved 4 September 2020, <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/8905/NUEVO.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
13. García Hernández, L. (2016). Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes colegio público Miguel de Cervantes. Managua, septiembre y octubre 2015. (Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN Managua.
14. Napa Anton, G. (2015). La sexualidad con responsabilidad y cuidado en la adolescencia” en los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes en una institución educativa 2014 (Licenciado en enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
15. Bahamón, Marly & Viancha, Mildred & Vergara, Adriana. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Revista Psicología desde el Caribe*. 31. 327-353.
16. Enrique, R., & Romero, N. (2015). Conductas de Riesgo en adolescentes. *Revista Médica Cubana*, 44-46.
17. Mendoza T, Luís Alfonso, Arias G, Martha, Pedroza P, Marly, Micolta C, Paul, Ramírez R, Andrés, Cáceres G, Christian, López S, Darling, Núñez

- G, Antonio, & Acuña P, Maria. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(4), 271-279. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006>
18. Salud sexual. (2020). Retrieved 8 July 2020, from https://www.who.int/topics/sexual_health/es/#:~:text=La%20salud%20sexual%20es%20un,toda%20coacci%C3%B3n%20discriminaci%C3%B3n%20y%20violencia.
 19. Salud sexual y salud reproductiva | DELS. (2020). Retrieved 8 July 2020,
 20. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. (2014). Elsevier BV, 28 Suppl 1, 109-15.
 21. Vela Arévalo, Elsa. (2016). Necesidades educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos de nivel secundario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(3), 396-406. Recuperado en 15 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300007&lng=es&tlng=es.
 22. ¿Qué es la Educación Sexual?. Definición de Ed Sex y Preguntas & Respuestas. (2020). Retrieved 8 July 2020, from <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-educadores/que-es-la-educacion-sexual>.
 23. Alfonso Figueroa, Lianet, & Figueroa Pérez, Loanys. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151. Recuperado en 15 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&tlng=es.
 24. Beltré, A. (2017). Diseño e implementación de un programa de intervención en educación sexual y prevención de embarazos dirigido a adolescentes y docentes distrito educativo 01-03, municipio Barahona. RD. (Doctorado). Universitat de Valencia.
 25. Común Artieda A. Infecciones de transmisión sexual en el adolescente, lo que el pediatra de Primaria debe saber. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2018*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018.

- p. 201-207. https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207_infecciones_transmision_sexual.pdf
26. Álvarez MMI, Domínguez GJ, de la Torre NLM. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2014;13(2):270-283.
 27. Pérez Morffi, L., Santos Blanco, M., & de la Paz Pérez, Y. (2014). Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Acta Médica Del Centro*, 8(3), 117-120. Recuperado de <http://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/154/216>
 28. Hahn, MD, A., & Spach, MD, D. (2018). Core Concepts - Human Papillomavirus Infection - Pathogen-Based Diseases - National STD Curriculum. Retrieved 13 May 2020, from <https://www.std.uw.edu/go/pathogen-based/hpv/core-concept/all>
 29. Santos López, G., Márquez Domínguez, L., Reyes Leyva, J., & Vallejo Ruiz, V. (2015). Aspectos generales de la estructura, la clasificación y la replicación del virus del papiloma humano. Retrieved 13 May 2020, from http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/rinterFriendly/184/522.
 30. Rivera Z., René, Aguilera T., Jorge, & Larraín H, Angélica. (2015). Epidemiología del papiloma humano (HPV). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(6), 501-506. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600013>
 31. Ortiz-Martínez, Yeimer & Vasquez, Walter & Rotela-Fisch, Verónica. (2017). Virus del papiloma humano: Revisión de la literatura. *CIMEL*. 22. 72-76. 10.23961/cimel.2017.221.749.
 32. Bermúdez, J. (2019). La vacunación frente al virus del papiloma humano [Ebook] (1st ed., pp. 63-76). Girona. Retrieved from <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num1-2019/63-76%20Adolescencia%20y%20vacunas%20%20La%20vacunacion%20frente%20VPH.pdf>
 33. López Del Valle, V., Troya Moscol, G., Varas Landivar, N., & Guzmán Vega, M. (2018). Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA [Ebook]

- (4th ed., pp. 48-69). Editorial Saberes del Conocimiento. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6731151>
34. Lamotte Castillo, J. (2014). *Infección por VIH/SIDA en el mundo actual [Ebook]* (7th ed.). Santiago de Cuba. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015
 35. Cachay, E. (2018). *Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)-Enfermedades infecciosas - Manual MSD versión para profesionales*. Retrieved 19 May 2020, from <https://www.msmanuals.com/es-do/professional/enfermedades-infecciosas/virus-de-inmunodeficiencia-humana-hiv/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-inmunodeficiencia-humana-hiv>.
 36. (2019). Retrieved 19 May 2020, from <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1515/9789945591729.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 37. Díaz, S., & Schiappacasse, V. (2017). ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? Retrieved 8 July 2020, from https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Temas_destacados/Anticoncepcion_de_emergencia/Que-y-cuales-son-los-metodos-anticonceptivos-25032017.pdf.
 38. Muñoz Calvo, M. (2015). Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, (6), 53-61. Retrieved from <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A284.pdf>
 39. Soto, Selene, Osorio-Caballero, Mauricio, Rodríguez-Guerrero, Rosa Estela, & Pérez-Ramírez, Norma Paulina. (2014). Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta pediátrica de México*, 35(6), 490-498. Recuperado en 26 de mayo de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600008&lng=es&tlng=es
 40. Adolescent pregnancy. (2020). Retrieved 27 May 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 41. Favier Torres, M., Samón Leyva, M., Ruiz Juan, Y., & Franco Bonal, A. (2018). Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Revista Información Científica*, 97(1), 205-214.

Recuperado

de

<http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805/3517>

42. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.

43. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2020-2021			
Selección del tema	2020	Marzo		
Búsqueda de referencias		Abril		
Elaboración del anteproyecto		Mayo		
		Junio		
		Julio		
		Agosto		
		Septiembre		
		Octubre		
		Noviembre		
		Diciembre		
		Sometimiento y aprobación	Enero	
			Febrero	
Marzo				
Abril				
Mayo				
Ejecución de las encuestas	2021	Junio		
		Julio		
Tabulación y análisis de la información		Agosto		
			Redacción del informe	Septiembre
Encuadernación		Agosto		
Presentación		Septiembre		

XII.2. Consentimiento informado

PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PACIENTES ADOLESCENTES EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA – PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR ROBERT REID CABRAL EN 2021.

Propósito: Usted ha sido invitado (a) en esta investigación que tiene el fin de evaluar la percepción de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes adolescentes en la consulta ginecológica – pediátrica del hospital infantil Doctor Robert Reid Cabral en el 2021.

Procedimiento: Este formulario está estructurado con interrogantes de datos personales de la adolescente, su historia obstétrica, planificación familiar, hábitos tóxicos, acceso a los servicios y su percepción de riesgo. La encuesta contiene 33 preguntas de selección múltiple y 7 preguntas abiertas.

Alternativas: Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir no ser partícipe del estudio al rechazar que se le realice el cuestionario.

Confidencialidad: Su identidad se mantendrá en completa privacidad, ya que las informaciones recolectadas serán reemplazadas por un número de identificación. Tales datos serán procesados de manera confidencial por los responsables del estudio, con el fin de que los mismos puedan ser publicados.

Costo: Este estudio no tiene ningún costo para usted. Tampoco se ofrecerá algún bono o beneficio material.

Este estudio es llevado a cabo por las internas Stephanie Ovalle Santos (Teléfono: 809-516-6388, correo electrónico: So11-1428@unphu.edu.com) y Joenny Jorge Cleto (Teléfono: 829-805-1216, correo electrónico: Jj13-1402@unphu.edu.com); asesorada por la Dra. Daphne Ramos. Ante cualquier inconveniente o pregunta que usted necesite que se le responda.

▪ Autorizo a llenar el formulario
Firma tutor/a _____

▪ No autorizo llenar el formulario
Firma tutor/a _____

XII.3. Instrumento de recolección de datos

Datos personales

Fecha: _____

ID: _____

- 1) Edad _____
- 2) Lugar de procedencia
 - a. Santo Domingo Norte
 - b. Santo Domingo Este
 - c. Santo Domingo Oeste
 - d. Distrito Nacional
 - e. San Cristóbal
 - f. Otros
- 3) Ocupación
 - a. Estudiante
 - b. Doméstica
 - c. Vendedora
 - d. Estilista
 - e. Mesera
 - f. Otros
- 4) Último grado aprobado
 - a. Educación primaria o básica.
 - b. Educación Media o bachiller.
 - c. Educación superior o universitaria.

Percepción de riesgo: Determinantes individuales
Hábitos tóxicos

- 5) ¿Consumes bebidas alcohólicas?
 - a. Sí
 - b. No
- 6) ¿Cuál de éstas bebidas alcohólicas consumes?
 - a. Cerveza
 - b. Ron
 - c. Vodka
 - d. Vino
 - e. Tragos preparados/ cocteles.
 - f. Ninguna
- 7) ¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Algunas veces
 - d. Nunca

- 8) ¿Has consumido o consumes cigarrillo, tabaco, vapor (cigarrillo electrónico) o hookah en la actualidad?
- Si
 - No
- 9) En caso de haber respondido SI a la pregunta anterior, ¿cuál de estos utilizas o has utilizado?
- Cigarrillo
 - Tabaco
 - Hookah
 - Vaper (cigarrillo electrónico)
 - Otros.
 - No aplica
- 10) ¿Con qué frecuencia lo consumías o consumes?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Rara vez
 - Nunca
- 11) ¿Alguna vez usaste o usas sustancias para recrearte? (Drogas)
- Si
 - No
- 12) ¿Cuál sustancia utilizaste o usas para recreación?
- Marihuana
 - Cocaína
 - Crack
 - Heroína
 - Otros
 - No aplica
- 13) ¿Consideras que tener hábitos tóxicos (fumar, beber alcohol y/o consumir drogas) conlleva a tener una vida sexual sin cuidado?
- Sí
 - No

Determinantes familiares

- 14) ¿Con quién vives actualmente?
- Mamá
 - Papá
 - Hermanos(as)
 - Abuelos(as)
 - Otros familiares
 - Con mi actual pareja
 - Madrastra/Padraastro
 - Vivo sola

- 15) La comunicación con los padres debe ser importante antes de tener mi primera relación sexual.
- Si
 - No
 - No sé
- 16) ¿Consideras que a los padres les corresponde hablar de sexualidad con sus hijos?
- Si
 - No
 - No sé
- 17) ¿Alguien en tu familia ha salido embarazada antes de cumplir los 18 años?
- Si
 - No
- 18) En caso de responder SI a la pregunta anterior, ¿Quién?
- Abuela
 - Madre
 - Hermana
 - Tía
 - Otros. Especifica quién _____
- 19) ¿Quién te habló por primera vez de educación sexual?
- Madre
 - Padre
 - Hermano/Hermana
 - Abuela/Abuelo
 - Profesores (escuela, colegio, universidad...)
 - Amigos
 - Médicos
 - Internet, libros, revistas, TV.
 - Otros (Especificar) _____

Determinantes socioculturales

- 20) Tener relaciones a temprana edad es señal de madurez.
- Si
 - No
 - No sé
- 21) Tener relaciones sexuales me hace sentir más aceptado en mi círculo de amigos.
- Si
 - No
 - No sé

- 22) Piensas que las adolescentes inician las relaciones sexuales por “presión” de sus compañeros.
- Si
 - No
 - No sé
- 23) ¿Piensas tú que en la primera relación sexual puedes quedar embarazada?
- Sí
 - No
 - No sé
- 24) ¿En cuáles escenarios una joven puede quedar embarazada?
- Desde que inicia su vida sexual.
 - Si se tiene sexo oral con una pareja.
 - Cuando la vulva tiene contacto directo con el líquido preseminal y/o el semen.
 - Solamente si se tiene sexo con penetración.
 - No sé
- 25) ¿Crees que una adolescente (10-19 años) está en buenas condiciones físicas, mentales y económicas para tener un bebé?
- Sí
 - No
 - No sé

Historia obstétrica

- 26) ¿Estás embarazada actualmente?
- Sí
 - No
- 27) Favor indicar:
- Gravidez_____
 - Partos_____
 - Abortos_____
 - Cesáreas_____
 - No aplica

Planificación familiar

- 28) ¿Conoces sobre los métodos anticonceptivos?
- Sí
 - No
- 29) ¿Cuántos métodos anticonceptivos conoces?
- 1 – 3 métodos anticonceptivos
 - 4 – 6 métodos anticonceptivos
 - Más de 6 métodos anticonceptivos
 - Ninguno

- 30) ¿Utilizaste algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No recuerda
 - d. Aún no he tenido mi primera relación sexual.
- 31) ¿Utilizas algún tipo de método anticonceptivo actualmente?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No aplica
- 32) ¿Qué tan frecuente utilizas los métodos anticonceptivos?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Algunas veces
 - d. Nunca
 - e. Casi nunca
- 33) Tipo de anticonceptivo que utilizas en la actualidad.
- a. Condón masculino
 - b. Condón femenino
 - c. Anticonceptivos orales
 - d. Anticonceptivos inyectables
 - e. Dispositivo intrauterino (DIU)
 - f. Implante
 - g. Método natural o del ritmo
 - h. Coito interrumpido
 - i. Pastillas de emergencia o del día después
 - j. Otros (Diafragma, parche, anillo hormonal)
 - k. No aplica

Acceso a los servicios de salud

- 34) ¿Sabes dónde acudir en caso de que necesites orientación o servicios sobre salud sexual y reproductiva? (Planificación familiar, ITS, ginecología.)
- a. Si
 - b. No
- 35) ¿Has utilizado en alguna ocasión los servicios de los Centros de planificación familiar y sexualidad?
- a. Si
 - b. No
 - c. No sé

- 36) ¿Consideras que los centros de salud brindan servicios con precios accesibles (económicos)?
- Sí
 - No

Infecciones de transmisión sexual.

- 37) ¿Alguna vez te ha dicho un médico o una enfermera que tenías una infección de transmisión sexual? Por ejemplo: Herpes genital, virus del papiloma humano, sífilis o gonorrea.
- Si
 - No

- 38) En caso de haber adquirido alguna infección de transmisión sexual, indicar cuál:
- Virus del Papiloma Humano (VPH)
 - Sífilis
 - Gonorrea
 - Herpes genital
 - Clamidia
 - Tricomoniasis
 - Cándidiasis
 - VIH/SIDA
 - Hepatitis B
 - No recuerdo
 - No aplica

- 39) Para prevenir el SIDA o Infecciones de transmisión sexual ¿Cuál de las siguientes alternativas consideras la más eficaz?
- Usar condón
 - No tener relaciones sexuales
 - No utilizar jeringas usadas
 - Otras ¿Cuáles? _____

- 40) ¿Consideras que los y las menores de 18 años tienen riesgo de contraer el virus que causa el SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?
- Si
 - No

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700			
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0			
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data Projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	00.35	420.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción del anteproyecto			30,000.00
Inscripción de la tesis			30,000.00
Imprevistos 10%			
			Total \$71,824.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por los sustentantes.

XII.5 Evaluación

Sustentantes:

Joenny Michell Jorge Cleto

Stephanie M. Ovalle Santos

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dra. Daphne Ramos
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Claudia María Scharf
Directora Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencia de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____