

Adolescentes de hoy... ¿Mitos de ayer?

M.E. SOUBIES*, M.J. GONZALEZ VELARDO*, M.M. JORGE*, F.A. PÉREZ SIMOES*,
M.S. CARTASSO*, J. ESCOBAR J*, G.M. AGÜERO*, L. RIVOVER** Y M.C. HIEBRA*

RESUMEN

Introducción: El conocimiento sobre la sexualidad juvenil es un tema ineludible en la atención de adolescentes. Las distintas culturas y costumbres poseen mitos que muchas veces tienen un peso mayor a la información brindada por el médico y pueden dificultar un efectivo abordaje. Si estas creencias son erróneas, se pueden transformar en un factor de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual (ITS/HIV) y embarazos no buscados.

Objetivos: 1) Conocer los mitos sobre aspectos de la sexualidad en adolescentes que consultaron en servicios especializados. 2) Inferir si existe relación entre los mitos y la edad, edad de inicio de relaciones sexuales (IRS), procedencia y grado de instrucción. 3) Identificar los conocimientos que representan mayor riesgo en relación a la salud sexual y reproductiva. 4) Comparar resultados entre las poblaciones estudiadas.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, en base a una encuesta autoadministrada, voluntaria de 28 preguntas. Se seleccionaron mitos y conocimientos erróneos sobre métodos anticonceptivos (MAC), ITS/HIV, menstruación y sexualidad que se detectan en las consultas. Se realizó a 111 adolescentes mujeres, con inicio de relaciones sexuales (IRS), que concurren al Servicio de Ginecología Infantojuvenil del Hospital Pirovano (HP) y al de Adolescencia del Hospital de Niños R. Gutiérrez (HNRG), entre marzo y abril de 2010.

Resultados: La edad media de Inicio de relaciones sexuales fue de 15,5 años. El 19% eran extranjeras. Todas estaban alfabetizadas. Según nacionalidad hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de preguntas correctas. Las pacien-

tes con secundario incompleto o en curso respondieron correctamente 60% de las preguntas y las que completaron el secundario 73%.

Conclusiones: Ciertos mitos continúan vigentes entre los jóvenes, aún teniendo acceso a sistemas de salud y educación. Por eso ratificamos la necesidad de conocer estos aspectos para tenerlos en cuenta en nuestra práctica diaria, no juzgar ni prejuizar, sino generar un espacio amigable, de confidencialidad, privacidad y confianza para poder abordar mejor estos temas, evacuar dudas, e intentar así desmitificar la sexualidad.

Palabras clave: adolescente, enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, sexualidad, embarazo en adolescencia.

SUMMARY

Introduction: The knowledge on youth sexuality is an unavoidable topic in the adolescents' health care practice. Each culture has myths that often are more important than the information provided by the physician and may hinder an effective approach. If these beliefs are mistaken, they can result in a risk factor for sexually transmitted infections (STI / HIV) and unintended pregnancies.

Objectives: 1) To know the myths about certain aspects of sexuality in adolescents who attended specialized services. 2) To infer the correlation between the myths and age, age at first intercourse (FI), country of origin and education level. 3) To identify the myths that represent the highest risks in relation to sexual and reproductive health. 4) To compare results among the populations studied.

Methodology: This study is descriptive, based on a self-administered and volunteer 28 questions survey. Myths detected in the consultations about contraception, STI / HIV, menstruation and sexuality were selected. It was conducted to 111 female adolescents with sexual intercourse onset, who attended the Children and Gynecology Section of Hospital Pirovano and the Adolescent Section at Children's Hospital Ricardo Gutierrez, CABA, between March and April 2010.

* Servicio de Adolescencia.
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

** Servicio de Ginecología Infanto Juvenil. Hospital Pirovano.

Correspondencia:
M. Eugenia Soubies: eugesoubies@yahoo.com

Results: The mean age of first sexual intercourse was 15.5 years. 19% were foreign. All were literate. There were significant differences in the percentage of correct answers between females of different countries and cultures. Patients with incomplete secondary studies answered a 60% correct questions and with complete secondary studies 73%.

Conclusions: Some myths are still in force among young people, still having access to health care and education. Therefore we reaffirm the importance to know these issues and take them into account in our daily practice, not to judge or prejudge, but to create a confidential, private and confident environment to better tackle these issues, evacuate doubts, and attempt to demystify sexuality.

Key words: *adolescent, sexually transmitted disease, contraception, sexuality, pregnancy in adolescence.*

INTRODUCCIÓN

“Consideramos a la sexualidad como la vivencia subjetiva, dentro de un contexto sociocultural concreto, del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo. Se articula a través del potencial reproductivo de los seres humanos, de las relaciones afectivas y la capacidad erótica, enmarcada siempre dentro de las relaciones de género”. (OPS/OMS)

En la primera etapa de la adolescencia se producen importantes cambios físicos que exigen del adolescente un esfuerzo para apropiarse de su esquema e imagen corporal, mientras que a medida que avanza a una etapa más tardía, adquiere capacidad de intimar y la satisfacción sexual se orienta al hallazgo de un objeto de amor. Durante su desarrollo emocional la impulsividad y el deseo de experimentar nuevas sensaciones son conductas esperables que pueden hacerlos vivir situaciones de riesgo, es por esto que la sexualidad durante la adolescencia es un tema que preocupa tanto a los jóvenes como a sus familias y al resto de la sociedad.

El conocimiento sobre los aspectos referidos a la sexualidad juvenil es un tema ineludible en la atención de adolescentes. Distintas investigaciones muestran que el comportamiento sexual es modelado por distintas fuerzas sociales (estereotipos de género, reputación social, “confianza” en la pareja sexual, etc.).^{1,2}

Los jóvenes no carecen de información sobre la sexualidad, sino que disponen de un

tipo de conocimiento “cotidiano” o “mitos” elaborados sobre nociones aportadas por pares, adultos próximos, medios de comunicación y otros, que no reúne los requisitos del conocimiento científico, pero que les permite encontrar respuestas a dudas y preguntas.

El antropólogo británico Bronislaw Malinowski refiere que el mito pertenece al orden de las creencias y que si bien es una explicación, no es una explicación racional, sino cultural.

Estos mitos se construyen y comparten socialmente y por esto mismo son muy difíciles de modificar ya que se sostienen por la certeza de que son verdaderos, la credibilidad de la fuente que los aportó y por ser compartidos por el entorno social.^{3,4} Los mismos poseen muchas veces un peso mayor a la información brindada por el médico y, si son erróneos, pueden transformarse en un factor de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual (ITS/HIV) y embarazos no buscados.

La propuesta de este trabajo es ampliar nuestros conocimientos sobre las creencias de adolescentes mujeres respecto a su sexualidad, que nos permita realizar un mejor abordaje y prevención.

OBJETIVOS

Los objetivos planteados para el siguiente trabajo fueron:

1. Conocer los mitos sobre aspectos de la sexualidad en adolescentes que consultaron en servicios especializados.
2. Inferir si existe relación entre los mitos y la edad, edad de inicio de relaciones sexuales (IRS), procedencia y grado de instrucción.
3. Identificar los conocimientos que representan mayor riesgo en relación a la salud sexual y reproductiva.
4. Comparar resultados entre las poblaciones estudiadas.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, en base a una encuesta autoadministrada, voluntaria de 28 preguntas en las cuales las pacientes debían responder verdadero (V), falso (F) o no sabe (NS). Para confeccionar la encuesta se seleccionaron mitos

y conocimientos erróneos sobre métodos anticonceptivos (MAC), ITS/HIV, menstruación y sexualidad que se detectan en las consultas. Se incluyeron también los siguientes datos: edad, procedencia, edad de IRS y nivel de instrucción (*Anexo 1*).

La población incluida fueron 111 adolescentes mujeres, con Inicio de relaciones sexuales, que concurrieron al Servicio de Ginecología Infantojuvenil del Hospital General de Agudos "Ignacio Pirovano" (HP) y al de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG), entre marzo y abril de 2010 y que pudieran dar su consentimiento, comprender y completar la encuesta administrada. La encuesta fue entregada por el médico tratante al finalizar la consulta, absteniéndose de influir en las respuestas. Al finalizar la misma, se realizó una devolución por parte del médico para aclarar conceptos erróneos y ratificar la información correcta.

Para el análisis de los datos se utilizaron los siguientes métodos estadísticos: para describir las variables cualitativas se calcularon las frecuencias y porcentajes; en el caso de variables cuantitativas se calculó, el promedio, desvío estándar, mínimo y máximo. Cuando se compararon variables cuantitativas se utilizó test de Student para muestras Independientes y ANOVA. En el caso de que las variables no se ajustaran a una distribución normal, no tuvieran homogeneidad en las varianzas y/o tuvieran alta asimetría, se usaron test estadísticos no paramétricos (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis). Para comparar relación entre variables cualitativas se utilizó el test de independencia (Chi cuadrado). Para las comparaciones de variables dicotómicas (tablas de 2 filas por 2 columnas) y en caso de encontrar frecuencias esperadas menores a 5 se utilizó el Test Exacto de Fisher. En todos los casos los test estadísticos aplicados son para muestras independientes. Se utilizó un nivel de significación menor del 5% para rechazar la hipótesis nula.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizaron en total 111 encuestas, de las cuales 36 fueron en el HNRG y 75 en el HP. Las pacientes que participaron tenían un rango de edad entre 14 y 21 años con una media general de 17,6 años (HNRG: 16 años y HP: 18 años). La edad media de inicio de relaciones sexuales fue de 15,5 años

(HNRG: 15,1 años; HP: 15,7 años).

En cuanto a la procedencia, el 81% fueron argentinas y el 19% extranjeras, oriundas éstas de Perú, Bolivia y Paraguay.

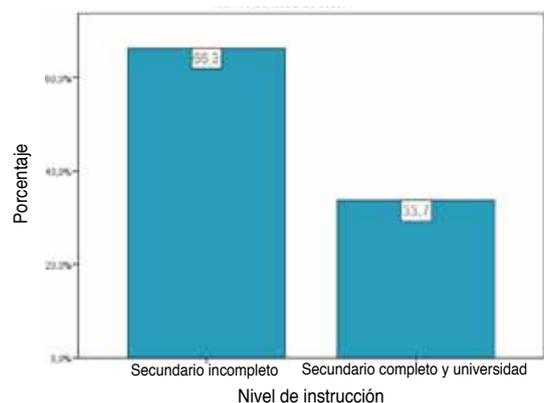
Al analizar el nivel de instrucción, la totalidad de las pacientes estaban escolarizadas. Ya que no se observaron diferencias en las respuestas obtenidas en los grupos de primario completo y secundario incompleto o en curso y entre secundario completo y terciario/universitario, se decidió agrupar los datos para mejorar su interpretación en: secundario incompleto o en curso y secundario completo o terciario/universitario. (*Figura 1*)

Se obtuvo un 64% de preguntas correctas sobre el total de las encuestas, con una media de 18 preguntas correctas por cuestionario (mínimo 4 y máximo 27 preguntas). No se observan diferencias entre ambos hospitales. En el grupo de preguntas sobre MAC, hubo un 58% de preguntas correctas, 79% para el de ITS y 61% para el de sexualidad.

En las pacientes menores de 17 años se obtuvieron 62% de respuestas correctas y en las mayores, 65%. No hubo resultados estadísticamente significativos al relacionar los grupos de edades con los grupos de preguntas.

Con respecto a la nacionalidad se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Las pacientes de nacionalidad argentina contestaron correctamente el 66% de las preguntas y las extranjeras el 54% ($p < 0.05$), con una media de 18,5 preguntas correctas para las argentinas y de 15,2 para las extranjeras ($p < 0,01$). Las argentinas tuvieron mayor

Figura 1. Porcentaje de respuestas correctas según nivel de instrucción (Secundario incompleto o en curso/ Secundario completo y universitario)



cantidad de respuestas correctas sobre ITS y sexualidad ($p < 0.05$).

Según nivel de instrucción las pacientes con secundario incompleto o en curso respondieron correctamente 60% de las preguntas (promedio: 16,6 preguntas). Las que completaron el secundario tuvieron 73% de respuestas correctas, con un promedio de 20,55 preguntas ($p < 0,01$). Las de mayor nivel de instrucción tuvieron más respuestas correctas sobre MAC y Sexualidad ($p < 0.05$). (Figura 2)

Para las adolescentes con más de 2 años de IRS se obtuvo un 64% de respuestas correctas sobre MAC y para las de menos de 2 años un 56% ($p < 0.05$).

Todas las pacientes tenían información adecuada sobre uso del preservativo, no así de otros MAC. La mayoría conocía la forma de transmisión de ITS/HIV.

DISCUSIÓN

La edad de Inicio de relaciones sexuales encontrada fue de 15,5 años, coincidente con la encontrada por otros autores.^{5,6,8,9}

Según el informe de la Situación de la Población en Argentina la tasa de fecundidad adolescente precoz (10 a 14 años) que se encontraba en descenso desde 1980, aumentó a tal punto de ser la más alta para el 2001. En el trabajo observamos que las adolescentes con más de 2 años de IRS mostraron un mejor conocimiento con respecto al cuidado de su salud reproductiva al responder un mayor porcentaje de preguntas correctas sobre MAC.^{8,9} Es importante tener en cuenta este dato, ya que los embarazos a edades tempranas

(menores de 14 años) son los de mayor riesgo para la madre y el recién nacido.

Es interesante destacar la diferencia que se observa en relación a la mayor cantidad de respuestas correctas entre las adolescentes argentinas y extranjeras; esto podría deberse a diferencias culturales y socioeconómicas existentes en las distintas comunidades.

Otro dato significativo es la relación entre información adecuada y mayor nivel de instrucción. Aunque es importante destacar que, dada la situación de crisis social de los últimos tiempos en nuestro país, se está observando una mayor deserción escolar que podría influir en los conocimientos que se pueden aportar para instalar conductas protectoras en la salud sexual y reproductiva.

En 2006 se sancionó la Ley Nacional N° 26.150 que dio origen al Programa Nacional de Educación Sexual Integral por la cual se incluye la educación sexual en la curricula escolar, aunque todavía no es posible evaluar los resultados de aplicación de esta ley.

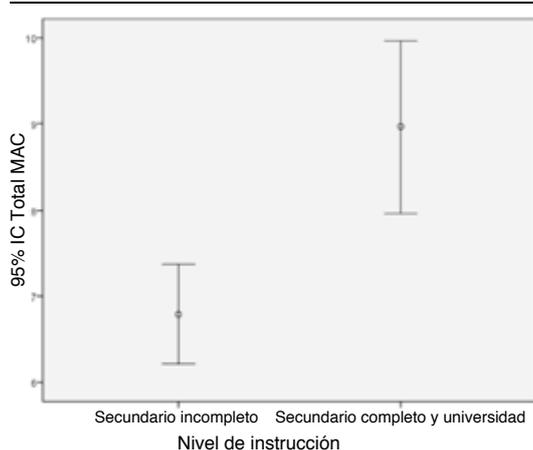
CONCLUSIÓN

Si bien la población estudiada es una muestra pequeña, se puede observar que ciertos mitos continúan vigentes entre los jóvenes, aún en aquellos que tienen acceso a sistemas de salud y educación. Hay que tener presente que *“la experiencia en el ámbito de la prevención ha demostrado que la transmisión de información no alcanza para modificar pautas de conducta”*.⁴

En la Argentina, la orientación en anticoncepción es casi exclusiva de ginecólogos y obstetras, perdiéndose así la posibilidad del oportuno asesoramiento a numerosas adolescentes que consultan por motivos no ginecológicos, por lo que la orientación en anticoncepción debe extenderse a todos los profesionales que asistan a adolescentes. Brindar conocimientos y asesorar al adolescente sin prejuizar ni juzgar, contribuye a disminuir las “oportunidades perdidas” en la atención de la salud.

Por eso ratificamos la necesidad de conocer estos aspectos para tenerlos en cuenta en nuestra práctica diaria y no caer en el error de pensar que cuentan con la información adecuada, sino generar un espacio amigable, de confidencialidad y privacidad para poder abordar mejor estos temas, evacuar dudas e in-

Figura 2



tentar así desmitificar la sexualidad, promover el autocuidado y una salud sexual saludable y placentera.

Destacamos que es necesario contar con programas continuos y diseñados en forma participativa con los jóvenes y el resto de la comunidad en el marco de sus convicciones.⁹

Para finalizar citamos una reflexión de la Lic. Piedad López Villaverde: "La sexualidad sigue siendo la gran desconocida, sigue siendo ignorada en las aulas y no se habla de ella abiertamente en las casas... al final, la fuente de información de las prácticas sexuales y de la sexualidad en su sentido más amplio suelen ser los propios iguales, que suelen estar tan desinformados como los que preguntan. ¡Y todo esto contando con que pregunten, porque a quien tiene la osadía de hacerlo, se le/a tacha de ignorante en el sentido más peyorativo de la palabra, al no estar al tanto de todas estas cuestiones!".⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Marston C; King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet* 2006; 368:1581-86.
2. Arditi Z, Zorrilla P, Lamy P, Pasqualini D. Sexualidad adolescente: Información y riesgo. *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires 2004, 46:203- 208.
3. Santos H. Factores que obstaculizan las acciones de información sexual. *Asociación Médica Argentina de Anticoncepción* 2009; 5(1):38- 44.
4. Lombarda G; Weiss M. Salud, sexualidad y VIH-sida. Actualización para el debate con los docentes. 2005. Secretarías de Salud y Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. UNICEF.
5. Tinari MC. La influencia del nivel socioeconómico en las prácticas sexuales y reproductivas en adolescentes. *Asociación Médica Argentina de Anticoncepción* 2009; 5(1):21-29.
6. Oizerovich S y cols. Investigación exploratoria sobre características de crecimiento, desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente. 2004
7. López Villaverde P. Influencia de los mitos y falacias en las prácticas sexuales de la población adolescente madrileña: proyecto de encuesta. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2004; 2:87-93.
8. Situación de la población en Argentina / coordinado por Edith Pantelides y Martín J. Moreno. 1ª ed. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD - UNFPA, 2009.
9. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Materno Infantil. Programa Nacional de Salud Sexual Procreación Responsable. Disponible en: www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm
10. Pasqualini D, Llorens A. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral, 2010.

Anexo

Encuesta utilizada

SÍ NO NO SÉ

Métodos anticonceptivos (MAC)

Se puede utilizar el preservativo, sacarlo y volverlo a usar en otra relación sexual
El varón que utiliza preservativo, siente menos
Cuando el varón acaba afuera, la mujer puede quedar embarazada
Si una mujer tiene relaciones durante la menstruación, no puede quedar embarazada
Las pastillas anticonceptivas hacen engordar
Las pastillas hacen salir pelos, granos, várices o celulitis
Las pastillas pueden dar cáncer
Si alguna vez una mujer tomó pastillas, no podrá tener hijos más adelante
La mujer debe tomar las pastillas sólo los días que mantiene relaciones sexuales
El DIU produce esterilidad
La mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual
Dar la teta es un método para no quedar embarazada
Después de tomar varias cajas de pastillas, hay que hacer un descanso varios meses

Sexualidad y menstruación

Se nota y la gente se da cuenta, cuando una mujer mantiene relaciones sexuales
La mujer se puede bañar o lavar la cabeza mientras está menstruando
Si la mujer toma jugo de limón o come algunos alimentos, se le puede cortar la menstruación
Si la mujer es virgen, puede usar tampones
Si la menstruación no viene, la sangre se junta en la cabeza o en la panza
Si la mujer está anémica, no le viene la menstruación
Tener sexo anal sin preservativo, puede dejar embarazada a la mujer
Tener sexo oral sin preservativo, puede dejar embarazada a la mujer

Infecciones de transmisión sexual/HIV

Tener sexo anal sin preservativo, puede contagiar infecciones de transmisión sexual
Tener sexo oral sin preservativo, puede contagiar infecciones de transmisión sexual

Puede contagiar VIH:

Compartir jeringas
Dar besos
Tener relaciones sexuales sin preservativo
Si sólo se toma pastillas anticonceptivas, y se tienen relaciones sexuales
Si se comparte maquinillas de afeitarse
