

Prácticas y resultados sexuales de los jóvenes en un asentamiento urbano de la Ciudad de Benin, Nigeria

Vincent Yakubu Adam; Kingsley Chinedu Okafor

Introducción

La adolescencia representa una oportunidad idónea para sentar las bases de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, preparando a los jóvenes para explorar su sexualidad, iniciar relaciones sexuales y tomar decisiones sexuales y reproductivas¹⁻³. Las actividades y prácticas sexuales de los jóvenes los ponen en peligro de sufrir consecuencias en materia de salud sexual y reproductiva, como embarazos precoces, abortos en condiciones de riesgo, e infecciones de transmisión sexual, que incluyen al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), además de la coacción y la violencia sexuales⁴.

En los países en desarrollo, entre el 20 y el 50% de las mujeres dan a luz antes de la edad adulta, y las consecuencias de problemas relacionados con el embarazo constituyen una de las principales causas de muerte de las adolescentes entre 15 y 19 años. En el África subsahariana, las mujeres menores de 25 años son responsables de casi el 60% de todos los abortos en condiciones de riesgo². Además, el 30,5% de los jóvenes son sexualmente activos, lo que aumenta su riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual⁵.

Muchos estudios sobre las prácticas sexuales de adolescentes y jóvenes en Nigeria se realizan en instituciones^{1,6,8}. En este estudio de base comunitaria se evaluaron los factores asociados con las prácticas y resultados sexuales de los jóvenes entre 10 y 24 años de edad en una comunidad urbana de la ciudad de Benin (Nigeria) que alberga numerosas actividades comerciales relacionadas con la hospitalidad, como la venta al por menor de bebidas alcohólicas, bares, pensiones, hoteles y burdeles. Esas actividades promueven estilos de vida arriesgados como el consumo de alcohol y tabaco, el uso de drogas y las prácticas sexuales de los residentes, los visitantes y los viajeros de larga distancia en tránsito. La identificación de los resultados sexuales en el estudio podría ayudar al diseño de programas educativos basados en habilidades para mitigar los efectos de estas consecuencias sexuales.

Métodos

Ambito de estudio

El estudio se llevó a cabo en Oluku, en la Zona de Gobierno Local Nororiental de Ovia, Estado de Edo, en la zona geopolítica Sur-Sur de Nigeria. La comunidad cuenta con un centro de salud primaria, cuatro escuelas primarias, una escuela secundaria, un mercado y tres gasolineras. La comunidad está dividida en dos por la autopista Lagos-Benin. Es una ciudad de tránsito para los viajeros de larga distancia, especialmente los camioneros y sus conductores/asistentes. Hay varios hoteles, burdeles y un mercado nocturno en la comunidad. La población de jóvenes (entre 10 y 24 años de edad) en Ovia North East LGA, Estado de Edo (Nigeria), era de 53.583,9 d

Vincent Yakubu Adam MB,BS, MPH, MWACP, FMCPh
Departamento de Salud Comunitaria, Hospital
Universitario de Benin, Ciudad de Benin (Nigeria).
Correo-e: vincent.adam@uniben.edu

Kingsley Chinedu Okafor MB,BS, MPH, FWACP
Departamento de Salud Comunitaria, Centro Médico
Federal, Keffi, Estado de Nasarawa, Nigeria.

Diseño, población y duración del estudio

Entre enero y junio de 2013 se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal comunitario entre 400 jóvenes de Oluku. Entre los encuestados en el estudio figuran todos los jóvenes que residían (escolarizados y no escolarizados) en la comunidad y que estaban presentes al momento de la encuesta, mientras que se excluyó a los que no dieron su consentimiento.

Determinación del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó usando la fórmula de Cochran para la determinación del tamaño mínimo de la muestra en un estudio transversal: $n = z^2pq/d^2$. Donde $d = 5\%$ de margen de error; $z =$ desviación normal estándar establecida en un nivel de confianza del 95% ($z = 1,96$); $p =$ Proporción de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en un estudio realizado en Jos, Nigeria ($p = 62\%$)⁵ y $q = 100 - p$. Se obtuvo un tamaño de muestra calculado de 348. Tomando en cuenta el 10% de la tasa de no respuesta, el tamaño de la muestra fue de 383. Se administró un total de 400 cuestionarios a los jóvenes seleccionados en la zona del estudio.

Técnica de muestreo

Para este estudio se utilizó una técnica de muestreo en dos etapas. Etapa uno: La carretera Lagos - Benin Express divide la comunidad en dos, Oluku I y II. Se utilizó una técnica de muestreo aleatorio simple (votación) para seleccionar Oluku II. Segunda etapa: El equipo de investigación realizó una enumeración inicial de Oluku II con el fin de determinar el número de casas y hogares, mediante el recuento y la enumeración. La comunidad seleccionada tenía 172 casas y 526 hogares. A partir de ello, se seleccionaron 400 encuestados de los hogares utilizando una técnica de muestreo aleatorio simple (tabla de números aleatorios). En los hogares con más de un joven, el participante fue seleccionado mediante votación.

Herramienta de recolección de datos

Para el estudio se utilizó el método de recolección de datos cuantitativos mediante un cuestionario

adaptado de la Encuesta Nacional sobre el VIH/SIDA y la Salud Reproductiva de 2007 (NARHS) plus¹¹. El cuestionario abarcaba datos sociodemográficos, edad de la primera relación sexual, prácticas sexuales, frecuencia, periodicidad, planificación y resultados de las prácticas sexuales. Se contrató a diez asistentes de investigación, estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Benin, a quienes se capacitó durante un período de tres días sobre la forma de administrar el cuestionario.

Análisis de los datos

Los datos cuantitativos recopilados se introdujeron y analizaron utilizando IBM SPSS versión 20 [IBM Corp., Armonk, Nueva York, EE.UU.]. El análisis estadístico de la asociación de proporciones se realizó utilizando la prueba de Fisher, con una relevancia estadística establecida en $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. Se realizó un análisis multivariado utilizando un modelo de regresión logística binaria para las variables estadísticamente relevantes con el fin de identificar los predictores de los resultados de los embarazos no deseados y las ITS entre los encuestados. Se presentaron los odds ratios (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95%.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación ética del Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario de Benin [Número de protocolo: ADM/E 22/A/VOL.VII/925]. Se obtuvo el permiso de los dirigentes comunitarios y juveniles, mientras que los padres dieron su permiso para que se administraran los cuestionarios. Se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los encuestados antes de rellenar el cuestionario. La participación fue voluntaria y no hubo inducción o influencia indebida sobre los participantes. La confidencialidad y la privacidad de los participantes se respetaron durante el curso del estudio: se utilizó el número de serie en lugar del nombre para identificar a cada encuestado. Los resultados de la encuesta fueron codificados y mantenidos seguros por el investigador. Se informó a los encuestados de que no habría sanciones ni pérdida de beneficios por negarse a

participar en el estudio o retirarse de él. Cada cuestionario se administró en aproximadamente 20-30 minutos durante el trabajo de campo. Después de administrar el cuestionario, se dio a cada encuestado una charla profesional y educativa sobre la salud. Los jóvenes que estaban enfermos y no podían ser atendidos por el equipo de investigación fueron remitidos al Centro de Atención Primaria de Salud de la comunidad para recibir tratamiento.

Limitaciones del estudio

Una limitación de esta encuesta de casa en casa es la posibilidad de que algunos de los encuestados hayan dado respuestas que pueden no ser una verdadera representación de su comportamiento y prácticas sexuales debido al carácter delicado del tema, a fin de evitar la estigmatización. Podría haber un subregistro de las prácticas y resultados sexuales por parte de los jóvenes. También la prevalencia de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual fueron auto-declaradas por los encuestados y no pudieron ser verificadas por el equipo de investigación. En las investigaciones ulteriores se podría utilizar un método mixto de recolección de datos que incluyera el examen de los encuestados para determinar la existencia de infecciones de transmisión sexual. Los registros sanitarios también podrían examinarse en los centros de salud, aunque esto podría ser difícil debido a la deficiencia o la falta de un sistema de información de gestión de datos en los centros de salud de Nigeria.

Resultados

De los 400 encuestados que participaron en el estudio, 211 (52,8%) y 189 (47,3) eran mujeres y hombres, respectivamente. Una cuarta parte de los encuestados - 100(25,0%) - estaban dentro del grupo de edad de 10 a 14 años, mientras que 154(38,5%) y 156(36,5%) estaban en el grupo de edad de 15 a 19 y 20 a 24 años, respectivamente. La edad media de los encuestados era de 17,8±3,9 años, mientras que las de las mujeres y los hombres eran de 17,1±3,9 y 18,1±3,9 años, respectivamente. La diferencia en las edades medias de las mujeres y los hombres fue estadísticamente significativa ($p = 0,025$, $t = 2,25$).

Los indígenas del Estado de Edo constituyeron 187 (46,8%) de los encuestados. Una mayor proporción de los encuestados pertenecía a la etnia beninesa 145(36,3%), otros eran Igbo 85(21,3%), Yoruba 74(18,5%), y Esan 26(6,5%). Más de las tres cuartas partes de los encuestados eran cristianos 346 (86,5%), mientras que 33 (8,2%) eran musulmanes. Alrededor de un tercio, 271(67,8%) y 52(13,0%) de los encuestados tenían niveles de educación secundaria y terciaria, mientras que 6(1,5%) no tenían educación formal. La mayoría de los encuestados eran solteros - 363 (90,8%) - y 289 (72,3%) eran de familias monógamas.

En el cuadro 1, casi la mitad - 194 (48,5%) - de los encuestados habían tenido relaciones sexuales, según informaron 111 (57,2%) y 83 (42,8%) de los hombres y mujeres encuestados. En más de tres cuartas partes, 154 (79,4%) del acto sexual no fue planeado. La mayoría, 117(60,3%) de los encuestados tuvieron su primera experiencia sexual entre los 13 y 18 años. La edad media de inicio de las relaciones sexuales fue de 17,2±3,4 años: 14,6±4,4 y 14,7±4,7 años para los hombres y las mujeres respectivamente. La diferencia en la edad media de inicio de las relaciones sexuales para hombres y mujeres no fue estadísticamente significativa ($p = 0,849$, $t = 19,1$). Casi la mitad - 92 (47,4%) - de los encuestados tenían parejas de mayor edad durante su debut sexual, mientras que 22 (11,3%) y 44 (21,1%) tenían parejas de la misma edad y más jóvenes, respectivamente. Asimismo, en los últimos 12 meses anteriores al estudio, 107(55,1%) de los jóvenes que habían tenido relaciones sexuales, tuvieron múltiples parejas sexuales y casi dos tercios de los encuestados - 127(66,5%) - han tenido relaciones sexuales entre 1 y 6 veces. Más de un tercio - 41 (35,8%) - de ellos tuvieron relaciones sexuales una vez por semana y 107 (55,1%) al menos una vez al mes.

Otros tipos de prácticas sexuales comunicadas por los encuestados incluyen los besos - 267(66,8%) -; el sexo oral - 63(15,8%)-; el sexo anal - 45(11,3%) -; y practicas entre personas del mismo sexo - 8(2,0%) -. Más de una cuarta parte - 54 (27,8%) y 40(20,6%) - de los jóvenes tuvieron embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) como resultado de su encuentro sexual.

Cuadro 1
Características y prácticas sexuales de los encuestados

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Alguna vez ha tenido sexo (n = 400)		
Si	194	48.5
No	206	51.5
Relaciones sexuales planificadas (n = 194)		
Planificadas	40	20.6
No planificadas	154	79.4
Edad al momento de la primera relación sexual (n = 194)		
< 10	7	3.6
10-12	32	16.5
13-15	57	29.4
16-18	60	30.9
19-21	38	19.6
Edad de la primera pareja sexual del encuestado (n=194)		
Más joven	41	21.1
Misma edad	22	11.3
Mayor	92	47.4
No recuerda	39	20.2
Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 12 meses (n = 194)		
Ninguna	35	18.0
1 – 3	63	32.5
4 – 6	64	33.0
7 – 9	7	3.6
≥ 10	25	12.9
Periodicidad de relaciones sexuales en los últimos 12 meses (n=159)		
Diario	2	1.2
Una vez cada dos días	6	3.8
Una vez por semana	41	35.8
≥ Una vez al mes	110	69.2
Cantidad de parejas sexuales en los últimos 12 meses (n=194)		
1	87	44.9
2-3	64	33.0
4-6	14	7.2
7-9	15	7.7
≥10	14	7.2

Elaboración propia

El cuadro 2 muestra que el grupo de edad ($p = 0,001$), la edad de inicio de la actividad sexual ($p = 0,037$) y la estructura familiar ($p = 0,028$) se asociaron con el resultado de embarazo no intencional de los encuestados. Esta asociación fue estadísticamente significativa ($p < 0,050$).

Cuando se sometieron a un análisis multivariado, como se muestra en la cuadro 3, las variables del modelo explicaron entre el 14,4% y el 23,1% de la variación en el resultado de los embarazos no deseados de los encuestados. Las encuestadas que tenían 18 años o menos tenían 4.493 (95% CI: 1.657 a 12.184) veces más probabilidades de tener un embarazo no deseado en comparación con las mayores de 18 años. Además, las encuestadas que habían tenido su primera relación sexual antes de los 18 años tenían 5.944 (IC 95%: 2.698 a 13.097) veces más probabilidades de tener un embarazo no deseado que las que tenían 18 años o más al momento de la primera relación sexual. Además, las encuestadas que pertenecían a una estructura familiar monógama tenían 1.293 (IC 95%: 0.573 a 2.920) veces más probabilidades de tener un embarazo no deseado en comparación con las que pertenecían a una estructura familiar polígama.

Los factores asociados con las ITS como resultado de las relaciones sexuales incluían el género ($p = 0,048$), la estructura familiar ($p = 0,030$) y el embarazo no deseado ($p = 0,020$), como se muestra en el cuadro 4.

En el cuadro 5, el modelo de regresión logística binaria de las variables explicó entre el 1,9% y el 2,7% de la variación en la incidencia de las ITS entre los encuestados. Los hombres encuestados tenían 1.856 (IC 95%: 0.743 a 4.633) veces más probabilidades de tener una ITS en comparación con las mujeres participantes. Además, los jóvenes de estructura familiar monógama tenían 1.023 (IC 95%: 0.338 a 3.092) veces más probabilidades de tener una ITS en comparación con los de estructura familiar polígama. Además, las encuestadas que estaban embarazadas tenían 1.114 (IC 95%: 0.424 a 2.931) veces más probabilidades de tener una ITS en comparación con las que no estaban embarazadas. Sin embargo, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

Cuadro 2
Socio-demografía y embarazos no deseados

Posible variable predictiva	Embarazo no deseado		Prueba de Fisher	Valor p
	Si (%) (n = 54)	No (%) (n = 140)		
Sexo				
Masculino	31 (27.9)	80 (72.1)	0.011	0.552
Femenino	23 (27.7)	60 (72.3)		
Nivel de educación				
Ninguno	1 (33.3)	2 (66.7)	1.768	0.645
Primaria	5 (33.3)	10 (66.7)		
Secundaria	41 (29.1)	100 (70.9)		
Terciaria	7 (20.0)	28 (80.0)		
Religion				
Cristianismo	47 (28.8)	116 (71.2)	0.527	0.768
Islam	6 (23.1)	20 (76.9)		
Tradicional	1 (20.0)	4 (80.0)		
Grupo étnico				
Edo	21 (23.1)	70 (68.0)	0.027	0.165
No-Edo	33 (32.0)	57 (76.9)		
Edad (años)				
10-14	8 (57.1)	6 (42.9)	34.621	0.001*
15-19	13 (21.5)	51 (78.5)		
20-24	33(28.4)	83 (71.6)		
Edad de primera relación sexual (años)				
< 10	2 (22.2)	7 77.8)	7.346	0.037*
10-14	16 (48.5)	17 (51.5)		
15-19	17 (24.3)	53 (75.7)		
20-24	19 (23.2)	63 (76.8)		
Estructura familiar				
Monogama	42 (32.8)	86 (67.2)	6.171	0.028*
Poligama	11 (19.3)	46 (80.7)		
Separada	1 (11.1)	8 (88.9)		
Tipo de escuela				
Escuela de día	44 (29.5)	105 (70.5)	5.054	0.338
Internado	10 (22.2)	35 (77.8)		

*Estadísticamente relevante

Cuadro 3
Variables pronosticadoras de embarazos no deseados entre los encuestados

Variable pronosticadora	β (coeficiente de regresion)	Valor p	Odd Ratio	95% I.C.	
				Bajo	Alto
Edad del encuestado (años)					
> 18*					
\leq 18	1.503	0.003	4.493	1.657	12.184
Edad de primera relación sexual					
< 18	1.782	<0.001	5.944	2.698	13.097
\geq 18*					
Estructura familiar					
Monogama	0.257	0.536	1.293	0.573	2.920
Poligama*					
Constante	-3.934	<0.001	0.020		

*Referencia Las categories son > 18 years; \geq 18 years al momento de la primera relation sexual; estructura familiar poligama. $R^2 = 14.4\% - 23.1\%$, I.C. = Intervalo de confianza

Cuadro 4
Socio-Demografía y resultados de ITS

Possible variable pronosticadora	Tuvo ITS		Prueba de fisher	Valor p
	Si (%) (n = 40)	No (%) (n = 154)		
Edad (años)				
10-14	2 (33.3)	4 (66.7)	0.660	0.719
15-19	16 (20.8)	60 (79.2)		
20-24	22 (19.6)	90 (80.4)		
Sexo				
Masculino	28 (25.0)	83 (75.0)	2.724	0.048*
Femenino	12 (14.5)	71 (85.5)		
Religion				
Cristianismo	35 (21.5)	128 (78.5)	1.214	0.496
Otras	5 (16.1)	26 (83.9)		
Edad al momento de la primera relación sexual (años)				
< 10	4 (44.4)	5 (55.6)	4.148	0.187
10-14	9 (27.3)	24 (72.7)		
15-19	12 (17.4)	58 (82.6)		
20-24	15 (18.3)	67 (81.7)		
Estructura familiar				
Monogama	33 (25.8)	95 (74.2)	9.271	0.030*
Poligama	5 (8.8)	52 (91.2)		
Separada	2 (22.2)	7 (77.8)		
Tipo de escuela				
Escuela de día	32 (21.5)	117 (78.5)	1.664	0.591
Internado	8 (17.8)	37 (82.2)		
Nivel de educación				
Ninguno	0 (0.0)	3 (100.0)	4.802	0.187
Primaria	1 (6.7)	14 (93.3)		
Secundaria	34 (24.1)	107 (75.9)		
Terciaria	5 (14.3)	30 (85.7)		
Grupo étnico				
Edo	19 (20.9)	95 (74.2)	2.724	0.215
No-Edo	21 (20.4)	52 (91.2)		
Resultado de embarazo no deseado				
Si	17 (31.5)	37 (68.5)	6.216	0.020*
No	23 (16.4)	117 (83.7)		

*Estatísticamente relevante

Cuadro 5
Variabes pronosticadoras de ITS entre los encuestados

Variable pronosticadora	β (coeficiente de regresión)	Valor p	Odd Ratio	95% I.C.	
				Bajo	Alto
Sexo					
Masculino	0.618	0.185	1.856	0.743	4.633
Femenino*					
Estructura familiar					
Monogama	0.022	0.968	1.023	0.338	3.092
Poligama*					
Embarazo					
Si	0.108	0.827	1.114	0.424	2.931
No*					
Constante	0.535	0.411	1.707		

*Las categorías de referencia son género femenino; estructura familiar polígama y no embarazo.

R² = 1.9% - 2.7%, I.C.= Intervalo de confianza

Discusión

Casi la mitad de los jóvenes de Oluku habían tenido relaciones sexuales, y se observaron porcentajes más bajos en estudios realizados en Taiwán¹², Portugal¹³, Addis Abeba¹⁴, mientras que se observaron porcentajes más altos en estudios realizados en Port Harcourt¹⁵, Calabar¹⁶, Owerri¹⁷, Limpopo, Sudáfrica¹⁸, Namibia¹⁹ y Kenya²⁰. La Encuesta Nacional sobre el VIH/SIDA y la Salud Reproductiva (NARHS) realizada en Nigeria mostró un valor más bajo (43%)¹². El estudio de la NARHS 2012 mostró un descenso con respecto a las conclusiones de 2007 (32,3%)²¹. La presencia en la comunidad de numerosas actividades comerciales relacionadas con la hostelería, como la venta al por menor de bebidas alcohólicas, bares, pensiones, hoteles y burdeles, puede promover estilos de vida arriesgados como el consumo de alcohol y tabaco, el consumo de drogas y las prácticas sexuales de alto riesgo. Esta situación podría dar lugar a un aumento de la transmisión de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo al VIH/SIDA, y otras consecuencias de la exposición sexual temprana.

Para la mayoría de los encuestados, su exposición a las relaciones sexuales no fue planificada. Esto concuerda con un estudio realizado en Ibadan (Nigeria)²². Las relaciones sexuales no planificadas podrían seguir estando vinculadas a factores que promueven el desarrollo no saludable de los jóvenes que abundan en la comunidad. Los resultados asociados con estas relaciones sexuales no planificadas y sin protección incluyen embarazos no deseados y abortos en condiciones de riesgo, además de infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH.

La mayoría de los encuestados tuvieron su debut sexual entre los 13 y 18 años. La edad media de inicio de las relaciones sexuales fue de 17,2±3,4 años. Este resultado fue similar a los obtenidos en otros estudios realizados en África^{19,22,23} que mostraron una edad media similar en la primera relación sexual. La educación sanitaria basada en la habilidad debe ser implementada en las escuelas como se especifica en la política de salud escolar. Esto proporcionaría habilidades para la vida que

ayudarían a los jóvenes a ser capaces de negociar y tomar decisiones y relaciones sanitarias informadas.

En este estudio, las personas mayores fueron responsables de la exposición temprana de la mayoría de los jóvenes a las actividades sexuales. Además, los jóvenes estaban expuestos regularmente a prácticas sexuales de alto riesgo, como la promiscuidad sexual, las relaciones sexuales frecuentes, el sexo sin protección o en condiciones de riesgo, el sexo anal, etc. Se comunicaron conclusiones similares en la encuesta nacional de salud reproductiva, Port Harcourt e Ibadan, todas ellas en Nigeria^{11,15,22}. La presencia de chalets y casas de huéspedes asequibles en la comunidad podría proporcionar un entorno propicio para que los residentes de más edad y los visitantes atraigan a los jóvenes a las prácticas sexuales transaccionales. Las campañas de educación basada en las aptitudes, la sensibilización sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y las campañas de prevención, incluidos los continuos anuncios publicitarios en los medios de comunicación, deberían estar dirigidas a todos los jóvenes y adultos de la comunidad.

El 1,5% de los encuestados expuestos sexualmente tenían prácticas sexuales con personas del mismo sexo. Otros actos sexuales comunicados incluyen el sexo oral y anal. Se comunicaron conclusiones similares en Ibadán, Nigeria²² y Nueva York²⁴. Las prácticas sexuales autodeclaradas por los jóvenes en este estudio confirman aún más su existencia en nuestra sociedad, contrariamente a la creencia anterior de que estas prácticas sólo eran populares en los países occidentales y totalmente ajenas a África.

Los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual fueron el resultado de los encuentros sexuales entre los encuestados. La proporción de embarazos no deseados en este estudio concuerda con los revelados por los estudios realizados en Port Harcourt y Owerri, tanto en el sur de Nigeria^{15,17} como en China²⁵. Se observaron proporciones mucho más bajas en el estudio del Centro-Norte de Nigeria (9,0%)⁵ y en el estudio del NARHS 2012 (7,0%)²¹.

Los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual fueron el resultado de las relaciones sexuales, especialmente en el grupo de edad más joven y el que tuvo una edad más temprana al momento de la iniciación sexual. Puede que este grupo desconozca los métodos anticonceptivos. Este hallazgo da crédito a la documentación que demuestra que los encuestados más jóvenes corren un mayor riesgo de contraer ITS, incluyendo el VIH, que los adultos más viejos y con más experiencia. Más hombres que mujeres tuvieron ITS como resultado de las relaciones sexuales. Una posible explicación de esto es que los signos y síntomas clínicos de las ITS (como secreciones en el pene y picor) son bastante reconocibles entre los hombres cuando se comparan con las mujeres, que pueden ser asintomáticas. Por tanto, las campañas de información sobre salud pública deben dirigirse a los adolescentes más jóvenes.

La mayoría de los encuestados que tuvieron embarazos no deseados como resultado de la exposición sexual también contrajeron ITS ($p = 0,020$). Esto revela que los jóvenes del lugar del estudio no practicaban regularmente el sexo seguro con el uso de preservativos que proporcionan una doble protección contra el embarazo no deseado y las ITS. Los jóvenes deben abstenerse de actividades sexuales de riesgo. Además, la autoridad del gobierno local y los organismos no gubernamentales que trabajan con los jóvenes deberían poner en marcha y facilitar centros adaptados a las necesidades de los jóvenes en la comunidad. Los centros ayudarían a impartir educación continua entre pares y capacitación en aptitudes para la vida, incluida la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a los jóvenes de la comunidad. Esto podría reducir los resultados desfavorables de las prácticas sexuales de riesgo.

Conclusión

Este estudio demostró que alrededor de la mitad de los jóvenes de Oluku habían tenido relaciones sexuales, la mayoría de ellas no planificadas y con parejas de mayor edad que eran amigos del vecindario y compañeros de escuela. El inicio de las relaciones sexuales se produjo entre los 13 y los 18 años, con una edad media de $17,2 \pm 3,4$ años.

Los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual fueron el resultado de los encuentros sexuales experimentados por una quinta parte o más de los encuestados. Los factores asociados con los resultados sexuales incluyen la edad, el sexo, la estructura familiar y la edad temprana de inicio de la actividad sexual.

Los jóvenes deben abstenerse de actividades sexuales de riesgo. Además, la autoridad del gobierno local y los organismos no gubernamentales que trabajan con los jóvenes deben poner en marcha y facilitar centros adaptados a los jóvenes de la comunidad. Estos centros ayudarían a impartir educación continua entre pares y capacitación en aptitudes para la vida, incluyendo la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a los jóvenes de la comunidad. Esto podría reducir los resultados desfavorables de las prácticas sexuales de riesgo.

Agradecimientos

Los investigadores aprecian el trabajo de los asistentes de investigación y los jóvenes de la comunidad Oluku. También estamos en deuda con los participantes del estudio por su cooperación, especialmente por compartir información sensible sobre su sexualidad y comportamiento sexual. Apoyo financiero y financiación El estudio fue financiado por los investigadores.

References

1. WHO, Department of Reproductive Health and Research. Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents. WHO, Geneva. 2006:1–3. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/policy_brief_4_rhstrategy/en/
2. Dixon-Mueller R. The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries. Geneva, Switzerland (NLM classification: WA 330); 2011:45–57. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501552_eng.pdf
3. Federal Ministry of Health. National policy on the health and development of adolescents and young people in Nigeria. Federal Ministry of Health, Abuja. 2007:23–34.
4. Hindin MJ, Fatusi AO. Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an overview of trends and interventions. International

- Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2009;35(2):58–62.
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3505809.pdf
5. Daniyam CA, Agaba PA, Agaba EI. Sexual behavior of medical students : a single institutional survey. *African Health Sciences*. 2010;10(2):150–153.
 6. Federal Ministry of Health (Nigeria). Assessment report of the national response to young people's sexual and reproductive health. Abuja. 2009:12–18.
 7. CDC. Sexual and Reproductive Health of Persons Aged 10-24 Years, United States, 2002 – 2007. *MMWR* 2009;58(SS06):1-58.
 8. Edo State Government. Edo State Strategic Health Development Plan 2010 - 2015. Benin City, Nigeria. 2012:28.
 9. Federal Republic of Nigeria. 2006 Population and Housing Census Priority Table Volume VII. Population Distribution by Age, Sex and Educational Attainment (State and LGA). National Population Commission, Abuja, 2010: 249-268
 10. Cochran G. Sampling techniques. 2nd ed. New York.: John Wiley and Sons Inc; 1963
 11. Federal Ministry of Health (Nigeria). National HIV/AIDS and Reproductive Health Survey (NARHS Plus, 2007). FMOH Abuja, Nigeria. 2008:35–67.
 12. Hsieh Y, Shih T, Hsieh T, Kuo M, Lin C, et al. High-risk sexual behaviours and genital chlamydial infections in high school students in Southern Taiwan. *International Journal of STD and AIDS*. 2010;21(4):253–259.
 13. Dias SF, Matos MG, Goncalves AC. Preventing HIV transmission in adolescents : an analysis of the Portuguese data from the health behaviour school-aged children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 2005;15(3):300–304.
 14. Assefa S, Dessalegn W. Premarital sexual practice among school adolescents in Nekemte Town, East Wollega. *Ethiop J Health Dev*. 2008;22(2):167–173.
 15. Anochie IC, Ikpeme EE. Prevalence of sexual activity and outcome among female secondary school students in Port Harcourt, Nigeria. *Afr J of Reprod Health*. 2001;5(2):63–67.
 16. Ndifon WO, Ogaji DST, Etuk SJ. Sexuality, contraception and unintended pregnancy among female student nurses in Calabar, Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*. 2001;8(1):12–23.
 17. Okereke CI. Unmet reproductive health needs and health-seeking behaviour of adolescents in Owerri, Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2010;14(1):43–54.
 18. Maluleke TX. Sexual risk behaviour amongst young people in the Vhembe district of Limpopo Province, South Africa. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*. 2010;15(1):1–7.
 19. Lawoyin OO, Kanthula RM. Factors that influence attitudes and sexual behavior among constituency youth workers in Oshana Region, Namibia. *Afr J of Reprod Health*. 2010;14(1):55–69.
 20. Rudatsikira E, Ogwel AEO, Siziya S, Muula AS. Prevalence of sexual intercourse among school-going adolescent in Coast Province, Kenya. *Tanzania Health Research Bulletin*. 2007;9(3):159–162.
 21. Federal Ministry of Health (Nigeria). National HIV/AIDS and reproductive health survey (NARHS plus II, 2012) FMOH, Abuja. 2013.
 22. Morhason-Bello IO, Oladokun A, Enakpene CA, Fabamwo AO, Obisesan KA, Ojengbede OA. Sexual behaviour of in-school adolescents in Ibadan, South-West Nigeria. *Afr J of Reprod Health*. 2008;12(2):89–97.
 23. Ayalew T, Yeshigeta G. Adolescent reproductive health services in Jimma City: accessibility and utilization. *Ethiop J Health Sci*. 2009;19(2):90–102.
 24. Pathela P, Schillinger JA. Sexual behaviors and sexual violence : adolescents with opposite, same, or both-sex partners. *Pediatrics*. 2010;126(5):879–886.
 25. Song Y, Ji CY. Sexual intercourse and high-risk sexual behaviours among a national sample of urban adolescents in China. *Journal of Public Health*. 2010;32(3):312–321.

Recibido: .05 de febrero de 2017.

Aceptado: de diciembre de 2019.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos