



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 1 Núm. 1 | Julio-diciembre, 2024

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes y estrategias preventivas

Ana Angélica de Medeiros Carvalho¹, Pamela da Costa Martins¹,
Solanche Stefany Molinas Franco¹

¹Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v1n1.7216](https://doi.org/10.66476/mf.v1n1.7216)



RESUMEN

Introducción: Los comportamientos sexuales de riesgo —inicio sexual temprano, uso inconsistente del preservativo, múltiples parejas y relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias— son frecuentes en la adolescencia y la juventud y explican buena parte de la carga de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no planificados en este grupo. Esta revisión narrativa sintetiza la evidencia publicada hasta diciembre de 2024 sobre los determinantes de estos comportamientos en personas jóvenes y sobre las estrategias preventivas con mayor respaldo, con énfasis en el Brasil y América Latina. **Materiales y métodos:** Revisión narrativa de la evidencia publicada hasta diciembre de 2024. **Resultados:** Los datos de encuestas escolares brasileñas muestran que alrededor de un cuarto a un tercio de los adolescentes ya ha iniciado relaciones sexuales y que cerca de un tercio no usó preservativo en la última relación. La edad temprana de inicio, un menor nivel educativo, las normas de género desiguales, la escasa comunicación con las figuras parentales, el consumo de alcohol y otras sustancias y la desventaja socioeconómica del entorno se asocian de forma consistente con mayor riesgo. Entre las intervenciones, la educación integral en sexualidad —sobre todo cuando aborda género y poder— y los programas que combinan educación, acceso a servicios y disponibilidad de preservativos muestran efectos favorables sobre el conocimiento y algunas conductas; los enfoques centrados solo en la abstinencia no son eficaces. **Conclusión:** La prevención del comportamiento sexual de riesgo en jóvenes requiere intervenciones integrales y sostenidas que combinen educación sexual basada en evidencia, comunicación familiar, servicios de salud amigables y acceso a métodos de barrera, con un papel central de la atención primaria y la medicina familiar y comunitaria.

Palabras clave: conducta sexual, adolescente, adulto joven, educación sexual, infecciones por transmisión sexual,

Enviado: 30 de septiembre, 2024 | **Aceptado:** 29 de noviembre, 2024 | **Publicado:** 22 de diciembre, 2024

Correspondencia: Solanche Stefany Molinas Franco. Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

atención primaria de salud.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual es un componente del bienestar que va más allá de la ausencia de enfermedad e incluye la posibilidad de experiencias sexuales seguras y satisfactorias, libres de coerción y de discriminación. La adolescencia y la juventud son el período en que la mayoría de las personas inicia su vida sexual y consolida actitudes y hábitos que tienden a persistir en la adultez. Cuando ese inicio ocurre sin información suficiente, sin acceso a métodos de protección o en contextos de presión y desigualdad, aparecen los llamados comportamientos sexuales de riesgo: el inicio sexual a edad temprana, el uso inconsistente o nulo del preservativo, tener múltiples parejas y mantener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas (1).

Estos comportamientos tienen consecuencias medibles. La Organización Mundial de la Salud estimó para 2016 unos 376 millones de nuevas infecciones anuales por clamidia, gonorrea, tricomoniasis y sífilis en personas de 15 a 49 años, con la Región de las Américas entre las de mayor prevalencia de clamidia y sífilis (2). A esta carga se suman el VIH y los embarazos no planificados, que en América Latina y el Caribe siguen recayendo con especial fuerza sobre las personas jóvenes y sobre los hogares de menor nivel socioeconómico.

En el Brasil, cuya literatura domina la investigación regional sobre el tema, las encuestas escolares nacionales ofrecen un panorama consistente. En la Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2012, cerca de una cuarta parte de los estudiantes ya había tenido relaciones sexuales —con mayor frecuencia los varones— y alrededor del 25 % no había usado preservativo en la última relación (3). Datos posteriores de la misma encuesta muestran que, entre los adolescentes sexualmente activos, en torno al 69 % usó preservativo en la última relación, con cifras algo menores en las mujeres (4), y que la prevalencia de relaciones sexuales sin preservativo alcanzó el 40 % en la edición de 2019 (5). El uso del preservativo, lejos de aumentar, se ha mantenido estable o ha descendido en varios países de la región.

Los determinantes de estos comportamientos son múltiples y operan en distintos niveles: características individuales como la edad de inicio y el consumo de sustancias, factores relacionales como las normas de género y la comunicación con la pareja, el funcionamiento y la comunicación familiar, y condiciones del entorno escolar y comunitario (6,7). Sobre la prevención existe un debate ya

resuelto por la evidencia: los programas centrados exclusivamente en la abstinencia no retrasan el inicio sexual ni reducen los desenlaces adversos, mientras que la educación integral en sexualidad y las intervenciones multi-componente sí producen mejoras (8).

La consulta de atención primaria y de medicina familiar y comunitaria es un espacio privilegiado para la consejería, la detección de conductas de riesgo y la derivación a servicios amigables para adolescentes. El objetivo de esta revisión narrativa es sintetizar la evidencia disponible hasta diciembre de 2024 sobre los principales determinantes del comportamiento sexual de riesgo en adolescentes y jóvenes y sobre las estrategias preventivas con mayor respaldo, con énfasis en el Brasil y América Latina, y señalar sus implicaciones para la práctica en el primer nivel de atención.

QUÉ SE ENTIENDE POR COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO

No existe una definición única de comportamiento sexual de riesgo, lo que dificulta comparar estudios. La mayoría de las investigaciones combina varios indicadores: edad temprana en la primera relación sexual, no uso o uso irregular del preservativo, número elevado de parejas sexuales, relaciones con parejas ocasionales o desconocidas, y actividad sexual asociada al consumo de alcohol o de otras sustancias (1,7). Algunos estudios añaden la ausencia de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y las relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas.

En la práctica clínica y en la investigación regional, el indicador más utilizado es el no uso del preservativo en la relación sexual, por su disponibilidad en las encuestas y por su relación directa con la transmisión de infecciones y con el embarazo no planificado (3,5). Conviene tener presente que se trata de una construcción operativa: la mayoría de los jóvenes que presentan alguno de estos indicadores no sufrirá un desenlace adverso, y el riesgo depende de la prevalencia local de infecciones, del contexto de la relación y de la disponibilidad de servicios. Interpretar estas conductas como un rasgo fijo de determinados perfiles de jóvenes, en lugar de como comportamientos modificables y sensibles al contexto, conduce a intervenciones estigmatizantes y poco útiles.

DETERMINANTES INDIVIDUALES Y RELACIONALES

La edad de inicio sexual es uno de los factores más estudiados. Un inicio a edad temprana se asocia con un uso menos frecuente del preservativo, un mayor número de parejas a lo largo de la vida y peores indicadores de salud y de bienestar en la adolescencia y la adultez temprana, en análisis de varios países (9). En las encuestas brasileñas, haber tenido la primera relación sexual a los 13 años o antes se asocia de forma independiente con un comportamiento sexual de riesgo posterior (5). El mecanismo probable combina una menor capacidad de negociación en las primeras relaciones, la asimetría de edad y de poder con la pareja, y la menor exposición previa a información y a servicios.

El nivel educativo y el acceso a información fiable actúan en sentido protector. Un mayor nivel de escolaridad y la recepción de información sobre salud sexual y reproductiva en la escuela se asocian con un inicio sexual más tardío y con un uso más frecuente del preservativo (3). A la inversa, un menor nivel educativo de la madre y la necesidad de trabajar durante la adolescencia se asocian con mayor riesgo (3).

Las normas de género son un determinante relacional clave. Los estereotipos que vinculan la masculinidad con la iniciativa sexual y con el rechazo del preservativo, y la feminidad con la pasividad, dificultan que las mujeres jóvenes negocien relaciones protegidas y que los varones adopten conductas de cuidado. Los varones inician su vida sexual antes, refieren más parejas y usan el preservativo de forma más irregular con parejas estables, mientras que las mujeres presentan mayor vulnerabilidad biológica y social a las infecciones y al embarazo (3,7). Las intervenciones educativas que abordan de manera explícita el género y las relaciones de poder son más eficaces que las que no lo hacen (10).

La comunicación con la pareja sobre sexualidad y sobre el uso del preservativo se asocia de forma robusta con prácticas más seguras. En un metaanálisis de estudios en adolescentes, la comunicación con la pareja sobre temas sexuales se relacionó con un mayor uso del preservativo, con una asociación particularmente fuerte cuando la conversación versaba específicamente sobre el preservativo (11).

DETERMINANTES FAMILIARES Y COMUNITARIOS

La familia influye sobre todo a través de la comunicación y del acompañamiento. Un metaanálisis de estudios en

adolescentes halló que una mayor comunicación entre las figuras parentales y los hijos sobre sexualidad se asocia con conductas sexuales más seguras; el efecto global es pequeño pero consistente, y es mayor en las adolescentes mujeres y cuando la comunicación se produce con la madre (12). En adolescentes brasileños, los estilos de crianza negligentes o permisivos y un menor acompañamiento parental se asocian con el inicio sexual temprano y con relaciones sexuales sin protección (7). Un análisis de la encuesta escolar brasileña con enfoque de género mostró que la estructura y el clima familiar, la práctica religiosa y los factores escolares se relacionan con el inicio sexual, y que el peso de cada factor difiere entre varones y mujeres (13).

El entorno comunitario añade una capa de determinación. Una revisión sistemática de estudios observacionales encontró que la desventaja social del vecindario —pobreza, desempleo, baja escolaridad, inestabilidad residencial— se asocia con un inicio sexual más temprano, con un uso más inconsistente del preservativo y con un mayor número de parejas sexuales entre adolescentes y jóvenes (6). Estas condiciones estructurales operan al margen de las decisiones individuales y limitan el alcance de las intervenciones centradas solo en la conducta.

El consumo de alcohol y de otras sustancias merece un lugar propio. Un metaanálisis de 50 estudios, con más de 460 000 adolescentes y jóvenes, estimó que el consumo de alcohol se asocia con el inicio sexual temprano (odds ratio 1,96), con el uso inconsistente del preservativo (odds ratio 1,23) y con tener múltiples parejas sexuales (odds ratio 1,72) (1). El consumo de sustancias es más prevalente en los varones y tiende a agruparse con otras conductas de riesgo, lo que apoya las intervenciones que abordan de forma conjunta el consumo y la salud sexual, y que empiezan a edades tempranas (1).

EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD

La educación integral en sexualidad es un enfoque curricular basado en los derechos, adecuado a la edad y al desarrollo, que aborda no solo la anatomía y la prevención de infecciones y embarazos, sino también las relaciones, el consentimiento, la comunicación, las normas de género y las habilidades para la toma de decisiones. Una revisión de tres décadas de investigación concluyó que los programas integrales que comienzan en la infancia y continúan a lo largo de la escolaridad mejoran el conocimiento y las actitudes, favorecen relaciones más igualitarias, contribuyen a prevenir el abuso y la violencia en el noviazgo y no adelantan el inicio sexual (8). Por el contrario, los programas centrados exclusivamente en promover la abstinencia hasta el matrimonio no han demostrado re-

trasar el inicio sexual ni reducir el embarazo o las infecciones (8).

La evidencia también señala qué componentes marcan la diferencia. Los programas que abordan de forma explícita el género y las relaciones de poder logran mejores desenlaces de salud sexual y reproductiva que los que se limitan a transmitir información; los mecanismos propuestos incluyen el empoderamiento del alumnado, la transformación de las normas de género y la posibilidad de vincular los contenidos con la experiencia propia, todo lo cual depende de la formación y la habilidad de quien facilita (10). Una revisión de revisiones sobre intervenciones escolares coincide en que los enfoques de escuela completa y multicomponente, que van más allá de la clase, son más prometedores que las sesiones aisladas (14). En los Estados Unidos, un análisis cuasiexperimental que aprovechó la variación entre estados encontró que una legislación que exige una educación sexual más integral se asoció con una reducción de la natalidad adolescente (15).

ACCESO A SERVICIOS, PRESERVATIVO E INTERVENCIONES ESCOLARES

La educación es necesaria pero no suficiente. La revisión Cochrane de intervenciones escolares para prevenir el VIH, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo en adolescentes encontró que los programas educativos por sí solos aumentan el conocimiento y mejoran algunas conductas autoinformadas, pero que la evidencia de un efecto sobre las infecciones y los embarazos es débil; las intervenciones que combinan educación con incentivos o con medidas estructurales, como el apoyo a la permanencia escolar, resultaron más prometedoras (16). Un metaanálisis de ensayos realizados entre 2008 y 2016 confirmó que las intervenciones dirigidas a adolescentes pueden mejorar el uso del preservativo y otros indicadores, con tamaños de efecto pequeños pero significativos (17).

El acceso al preservativo es un componente concreto y evaluable. Las revisiones sistemáticas de programas de disponibilidad de preservativos en centros escolares muestran que estos aumentan la obtención y el uso del preservativo sin incrementar la actividad sexual de los estudiantes, aunque su efecto depende del contexto y de que se acompañen de educación y de un entorno favorable (18,19). En conjunto, los datos apoyan un modelo en el que la escuela, los servicios de salud amigables para adolescentes y la comunidad actúan de forma coordinada: consejería confidencial y sin prejuicios, oferta de la gama completa de métodos anticonceptivos con elección informada, tamizaje y tratamiento de infecciones, y vinculación con la familia cuando el adolescente lo desea (4,8).

DISCUSIÓN

La evidencia revisada dibuja un cuadro coherente. El comportamiento sexual de riesgo en jóvenes no es el resultado de un rasgo individual ni de una supuesta irresponsabilidad juvenil, sino la expresión de una red de determinantes que van desde la edad de inicio y el consumo de sustancias hasta las normas de género, la comunicación familiar y la desventaja socioeconómica del entorno. Los mismos factores aparecen una y otra vez en encuestas escolares, estudios de cohorte y metaanálisis realizados en contextos distintos, lo que refuerza la plausibilidad de que se trate de relaciones reales y no de artefactos de un único diseño (1,6,9).

El perfil que emerge de la literatura regional es consistente: mayor riesgo en quienes inician su vida sexual antes de los 14 años, consumen alcohol u otras sustancias, tienen menor nivel educativo o materno, han sufrido violencia sexual y disponen de menor acompañamiento familiar (1,5,7). Sin embargo, traducir ese perfil en un retrato cerrado de «jóvenes de riesgo» es un error: la mayoría de los adolescentes con alguno de esos factores no sufrirá un desenlace adverso, y el estigma asociado a esas etiquetas aleja precisamente a quienes más se beneficiarían de los servicios.

Sobre la prevención, la conclusión más firme es negativa: los programas centrados solo en la abstinencia no funcionan (8). En el lado positivo, la educación integral en sexualidad mejora el conocimiento y las actitudes y no adelanta el inicio sexual, y sus efectos sobre la conducta son mayores cuando aborda género y poder y cuando se integra en un enfoque de escuela completa (8,10,14). El impacto sobre desenlaces biológicos —infecciones y embarazos— es más difícil de demostrar con la educación aislada, y aquí las intervenciones que suman acceso a servicios, disponibilidad de preservativos y apoyo estructural muestran mejores resultados (15,16,18).

Para la medicina familiar y comunitaria, estas observaciones tienen implicaciones prácticas. La consulta del primer nivel permite una consejería breve, confidencial y sin juicios; la exploración del consumo de sustancias junto con la salud sexual; el consejo anticonceptivo con elección informada, incluida la doble protección; el tamizaje oportuno de infecciones; y la orientación a las familias sobre cómo mantener una comunicación abierta con sus hijos adolescentes (11,12). El equipo de salud también puede abogar, desde su inserción comunitaria, por programas escolares de educación sexual basados en evidencia y por servicios adaptados a las necesidades de las personas jóvenes.

Esta revisión tiene limitaciones. Es una síntesis narrativa, no sistemática, por lo que la selección de estudios puede

estar sujeta a sesgo; la mayor parte de la evidencia procede del Brasil y de países de ingresos altos, y su transferencia a otros contextos de la región, como el Paraguay, debe hacerse con cautela; y muchos estudios se basan en conductas autoinformadas y en definiciones heterogéneas de comportamiento sexual de riesgo, lo que limita la comparación. Su fortaleza es integrar determinantes y estrategias preventivas en un marco útil para la práctica clínica.

En conclusión, la prevención del comportamiento sexual de riesgo en adolescentes y jóvenes exige intervenciones integrales, sostenidas y libres de estigma, que combinen educación sexual basada en evidencia —con contenidos de género y poder—, comunicación familiar, servicios de salud amigables y acceso efectivo a métodos de barrera, con un papel central de la atención primaria y de la medicina familiar y comunitaria como puerta de entrada, espacio de consejería y articulador con la escuela y la comunidad.

REFERENCIAS

1. Cho HS, Yang Y. Relationship between alcohol consumption and risky sexual behaviors among adolescents and young adults: a meta-analysis. *Int J Public Health*. 2023;68:1605669. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605669>
2. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 2019;97(8):548-562P. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.228486>
3. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl 1):116-30. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050010>
4. Noll M, Noll PRES, Gomes JM, Soares Júnior JM, Silveira EA, Sorpreso ICE. Associated factors and sex differences in condom non-use among adolescents: Brazilian National School Health Survey (PeNSE). *Reprod Health*. 2020;17(1):139. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00987-8>
5. Monte LL, Rufino AC, Madeiro AP. Prevalence and factors associated with risky sexual behavior among Brazilian school adolescents. *Cien Saude Colet*. 2024;29(2):e03342023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.03342023en>
6. Bae SH, Jeong JE, Yang Y. Socially disadvantaged community structures and conditions negatively influence risky sexual behavior in adolescents and young adults: a systematic review. *Int J Public Health*. 2022;67:1604488. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604488>
7. Reis LF, Surkan PJ, Valente JY, Bertolla MHSM, Sanchez ZM. Factors associated with early sexual initiation and unsafe sex in adolescents: substance use and parenting style. *J Adolesc*. 2020;79:128-35. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.015>
8. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: the case for comprehensive sex education. *J Adolesc Health*. 2021;68(1):13-27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>
9. Osorio A, Lopez-Del Burgo C, Carlos S, de Irala J. The sooner, the worse? Association between earlier age of sexual initiation and worse adolescent health and well-being outcomes. *Front Psychol*. 2017;8:1298. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01298>
10. Sell K, Oliver K, Meiksin R. Comprehensive sex education addressing gender and power: a systematic review to investigate implementation and mechanisms of impact. *Sex Res Social Policy*. 2023;20(1):58-74. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00674-8>
11. Widman L, Noar SM, Choukas-Bradley S, Francis DB. Adolescent sexual health communication and condom use: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2014;33(10):1113-24. <https://doi.org/10.1037/hea0000112>
12. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2016;170(1):52-61. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2731>
13. França MTA, Frio GS. Factors associated with family, school and behavioral characteristics on sexual initiation: a gender analysis for Brazilian adolescents. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208542. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208542>
14. Denford S, Abraham C, Campbell R, Busse H. A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychol Rev*. 2017;11(1):33-52. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1240625>
15. Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: quasi-experimental evidence. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2022;119(8):e2113144119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2113144119>
16. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD006417. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3>
17. Morales A, Espada JP, Orgilés M, Escibano S, Johnson BT, Lightfoot M. Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: a meta-analysis of trials, 2008-2016. *PLoS One*. 2018;13(6):e0199421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199421>
18. Wang T, Lurie M, Govindasamy D, Mathews C. The effects of school-based condom availability programs (CAPs) on condom acquisition, use and sexual behavior: a systematic review. *AIDS Behav*. 2018;22(1):308-20. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1787-5>

19. Algur E, Wang E, Friedman HS. A systematic global review of condom availability programs in high schools. *J Adolesc Health*. 2019;64(3):292-304. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.013>