

Prácticas sexuales y variables reproductivas en jóvenes menores de 25 años que reportan una infección de transmisión sexual: una mirada desde la X Encuesta Nacional de la Juventud en Chile

Sexual practices and reproductive variables in young people under 25 who report a sexually transmitted infection: a look from the X National Youth Survey in Chile

Ingrid Leal F.¹, Valeska Verges H.¹, y Temistocles Molina G.¹.

¹Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, CEMERA.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, CEMERA, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Recibido: 24 de abril de 2025 / Aceptado: 9 de julio de 2025

Resumen

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS), representan un desafío para la salud de jóvenes y adolescentes. **Objetivo:** Analizar las características de las prácticas sexuales y las variables reproductivas en jóvenes menores de 25 años que reportan un diagnóstico de ITS, en la X Encuesta Nacional de la Juventud en Chile. **Métodos:** Transversal y analítico. La muestra correspondió a 6.288 personas. Se midió la asociación entre las variables sociodemográficas, reproductivas, de salud sexual y la variable “ITS” (Rao-Scott). Se evaluó la asociación entre estas variables, mediante el ajuste de modelos de regresión logística simple y múltiple. **Resultados:** Factores que aumentan la probabilidad de ITS: embarazo no planificado (OR 2,28), aborto provocado (OR 5,89), múltiples parejas sexuales (OR 2,10), violencia de pareja (OR 2,78), sexo oral (OR 3,57), sexo anal (OR 2,42), primera pareja sexual menos estable (OR 2,97), relaciones sexuales tempranas (OR 2,54), antecedente test de VIH (OR 4,60), género femenino (OR 4,42) y no cis (OR 7,59). **Conclusiones:** Se deben adoptar enfoques integrales en la prevención de ITS, que incluya educación sexual con enfoque de género, acceso a salud, y programas que consideren los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: infecciones de transmisión sexual; conducta sexual; adolescentes; adultos jóvenes.

Abstract

Background: Sexually transmitted infections (STIs) pose a challenge to the health of young people and adolescents. **Aim:** To analyze the characteristics of sexual practices and reproductive variables in people under the age of 25 who report an STI diagnosis, in the 10th National Youth Survey in Chile. **Methods:** Cross-sectional and analytical. The sample consisted of 6,288 people. The association between sociodemographic, reproductive, and sexual health variables and the variable “STIs” (Rao-Scott) was measured. The association between these variables was evaluated by adjusting simple and multiple logistic regression models. **Results:** Factors that increase the likelihood of STIs: unplanned pregnancy (OR 2.28), induced abortion (OR 5.89), multiple sexual partners (OR 2.10), intimate partner violence (OR 2.78), oral sex (OR 3.57), anal sex (OR 2.42), less stable first sexual partner (OR 2.97), early sexual intercourse (OR 2.54), prior HIV testing (OR 4.60), female gender (OR 4.42), and non-cisgender (OR 7.59). **Conclusions:** Comprehensive strategies for STI prevention must be implemented, encompassing gender-sensitive sex education, access to healthcare, and initiatives that consider the social determinants of health.

Keywords: sexually transmitted infections; sexual behavior; adolescents; young adults.

Correspondencia a:

Ingrid Leal Fuentes
igleal@uchile.cl

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), constituyen un desafío persistente y significativo para la salud pública, tanto global como nacional. Diversos agentes etiológicos, como bacterias, virus y parásitos, pueden transmitirse mediante el contacto sexual, generando una elevada incidencia de estas infecciones^{1,2}. Muchas ITS son asintomáticas, lo que facilita su propagación y dificulta el diagnóstico oportuno. Se estima que, anualmente, alrededor de 364 millones de personas contraen alguna ITS, lo que da cuenta de la magnitud del problema^{3,4}. Un ejemplo alarmante es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), responsable de aproximadamente 264.000 muertes anuales por cáncer cervicouterino, una enfermedad que es prevenible y tratable si se detecta a tiempo³.

En relación al VIH, la epidemia persiste a nivel mundial. Aunque no se alcanzó la meta 90-90-90 propuesta por ONUSIDA para el año 2020, se han delineado nuevos objetivos bajo la estrategia 95-95-95 para 2030. Esta aspira a que 95% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico, que 95% de quienes han sido diagnosticados reciban tratamiento antirretroviral, y que 95% de estas personas logren una carga viral indetectable. Alcanzar estas metas requiere un compromiso sostenido por parte de los sistemas de salud y de la sociedad en general, a fin de reducir la transmisión y mitigar el impacto del virus⁵.

Respecto al VIH, Chile ha sido identificado como el país de América Latina con el mayor incremento de casos en la última década. En el año 2022, 69,7% de los nuevos diagnósticos correspondió a personas entre 20 y 39 años, destacando un incremento de 55,2% en la tasa de nuevos casos en el grupo de 25 a 29 años⁷. Por otro lado, la situación epidemiológica muestra un aumento sostenido en la incidencia de diversas ITS entre los años 2012 y 2019, siendo particularmente evidente en infecciones como condilomas y sífilis^{2,6}. A pesar que la pandemia de COVID-19 afectó los sistemas de detección y notificación, los registros indican que entre 2017 y 2021 se reportaron más de 70.000 casos de ITS, de los cuales aproximadamente la mitad corresponden a sífilis, con una alta concentración en hombres de entre 20 y 29 años; así, para el año 2019, la razón de casos entre hombres y mujeres fue de 1,8⁶. Según datos recientes, infecciones como la gonorrea se notifican mayoritariamente en personas de 20 a 24 años, seguidas por el grupo de 15 a 19 años en el período 2010–2022, lo que sugiere una mayor susceptibilidad a contraer ITS durante los primeros años de actividad sexual⁸. De manera similar, la infección por *Chlamydia trachomatis* afecta a 9% de hombres y mujeres sexualmente activos menores de 25 años⁹.

Diversos factores contribuyen a este escenario: el uso

inconsistente o nulo del preservativo, el inicio temprano de la vida sexual, la multiplicidad de parejas sexuales, el uso de anticonceptivos de larga duración, la escasa educación sexual y los estigmas asociados a las ITS^{1,2,4}. Además, el desconocimiento sobre el carácter frecuentemente asintomático de estas infecciones y el diagnóstico tardío agravan su impacto. En relación a estos factores, el promedio de edad de inicio de vida sexual en jóvenes chilenos (15 a 29 años) se sitúa en 16,5 años, y alrededor de 15 años para el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años¹⁰. La Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género de 2023, muestra con respecto al uso del condón, que solo alrededor de 58% lo usó en su primera relación sexual y solo 33,4% conversó con su pareja sobre la posibilidad de tener algún embarazo o ITS¹¹.

Frente a este panorama, las políticas públicas orientadas a la educación sexual integral, el acceso a tecnologías de diagnóstico oportuno y la implementación de vacunas como las que previenen la hepatitis B y el VPH, se presentan como herramientas fundamentales para reducir la transmisión de estas infecciones³.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las características de las prácticas sexuales y las variables reproductivas en jóvenes menores de 25 años que reportan un diagnóstico de ITS, utilizando los datos de la X Encuesta Nacional de Juventud en Chile.

Método

Estudio transversal y analítico. La muestra se obtuvo de la base de datos de la X Encuesta Nacional de la Juventud. El cálculo del tamaño muestral con significación nacional, el tipo de muestreo, su diseño, la selección de los participantes y cómo se recolectó la información están descritos en el informe de la X Encuesta Nacional de la Juventud¹⁰. El factor de expansión, fue considerado en los análisis. Esta encuesta cuenta con 13 módulos temáticos. Para este estudio se seleccionaron cinco módulos temáticos: educación, pareja y familia, Salud Sexual y Reproductiva (SSR), violencia y otros. El período de recolección de datos se realizó entre diciembre de 2021 y mayo de 2022. En un primer análisis se incluyó a todos los jóvenes bajo 25 años de edad, con el objetivo de examinar variables sociodemográficas, inicio de actividad sexual, antecedentes de violencia de pareja, sexo oral, realización de pruebas de VIH, orientación sexual y género. Esta muestra abarcó un total de 6.288 sujetos, de los cuales 104 reportaron alguna ITS.

En la segunda parte del análisis, se consideraron únicamente a las personas que declararon haber tenido relaciones sexuales penetrativas, lo que correspondió a un total de 3.560 individuos. De este grupo, 93 reportaron haber tenido ITS.

Criterios de inclusión

Jóvenes de 24 años y menos, provenientes de sectores urbanos y rurales.

Descripción de las variables

La variable “ITS” se definió, según si los jóvenes refieren antecedente de ITS. Las variables sociodemográficas fueron: “sexo”, “edad en años cumplidos”, “nivel socioeconómico”, “nivel de estudios”, “situación de pareja” y “sistema previsional de salud”. Las variables reproductivas fueron: “número de hijos”, “edad de primer embarazo”, “embarazo no planificado”, “edad de embarazo no planificado”, “antecedente de aborto provocado”, “uso de método anticonceptivo (MAC) primera relación sexual”, “uso de método anticonceptivo (MAC) última relación sexual”, “tipo de MAC usado en la primera relación sexual”, “tipo de MAC usado en la última relación sexual”. Los anticonceptivos se clasificaron según efectividad en “Menos efectivos” (lavado vaginal, método natural, coito interrumpido, condón femenino, diafragma y condón masculino), “Efectivos” (píldora de emergencia, anillo, parche, píldora e inyectable) y “Muy efectivos” (DIU, implante)¹².

Las variables de sexualidad fueron: “inicio de actividad sexual”, “edad de inicio actividad sexual”, “número de parejas sexuales últimos 12 meses”, “uso de condón última relación sexual”, “antecedentes de violencia de pareja”, “sexo oral”, “sexo anal”, “tipo de relación con primera pareja sexual”, “tipo de relación con última pareja sexual”, “realización test VIH”, “orientación sexual” y “género”.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico de la información, considerando el Factor de Expansión presente en la base de datos del estudio.

Se realizó un análisis descriptivo de la información para caracterizar la muestra. Se midió la asociación entre las variables sociodemográficas, reproductivas, de salud sexual y la variable “ITS”, mediante la prueba estadística de Rao-Scott y el ajuste de modelos de regresión logística simple. Además, se evaluó la asociación entre estas variables, mediante el cálculo de OR ajustado por sexo, edad, nivel socioeconómico y nivel de educación, a través del ajuste de modelos de regresión logística múltiple.

Es importante indicar que los porcentajes presentados en las tablas y gráficos fueron calculados, como se mencionó anteriormente, aplicando un factor de expansión. Por lo tanto, no corresponden a un cálculo directo basado en los valores absolutos que se muestran.

Los datos fueron analizados utilizando el *software* estadístico STATA v 12 (StataCorp LP, Texas, USA).

Aspectos Éticos

Este estudio fue sometido al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Resultados

Las/los jóvenes que reportaron alguna ITS corresponden a 104 (1,69%). En estas/estos jóvenes, las ITS que se presentan en mayor porcentaje son la infección por VPH (0,60%) y la sífilis (0,47%) (Figuras 1 y 2).

Respecto a las variables sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas para nivel de estudio, situación de pareja y edad, donde jóvenes con nivel de estudio superior y situación de pareja casada/conviviente, presentan mayor porcentaje con ITS, 2,53% y 3,54% ($p = 0,0212$) ($p = 0,0044$), respectivamente (Tabla 1). Además, las/los jóvenes con ITS presentan mayor edad 21,6 v/s 19,6 ($p = 0,0001$) (Tabla 1). Respecto a las variables sexo, nivel socioeconómico y salud previsional, no presentan diferencias estadísticamente significativas.

La razón entre jóvenes que presentan ITS v/s quienes no presentan ITS es: 2,28 veces mayor en jóvenes que presentan embarazo no planificado (OR: 2,28; IC95%: 1,05-4,96), 5,89 veces mayor en jóvenes que tienen antecedente de aborto provocado (OR: 5,89; IC95%: 1,67-20,82) (Tabla 2), 2,10 veces mayor en

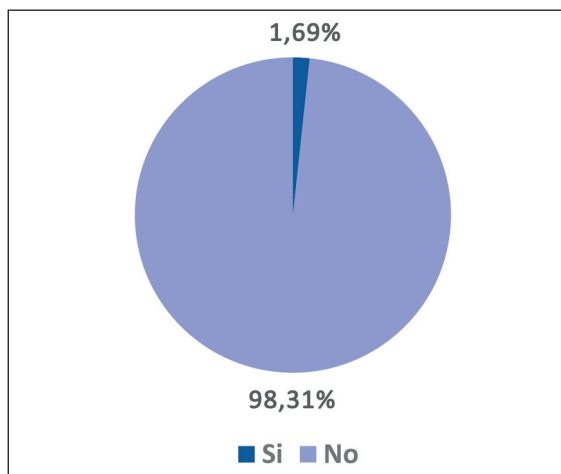


Figura 1. Referencia de diagnóstico de infección de transmisión sexual.

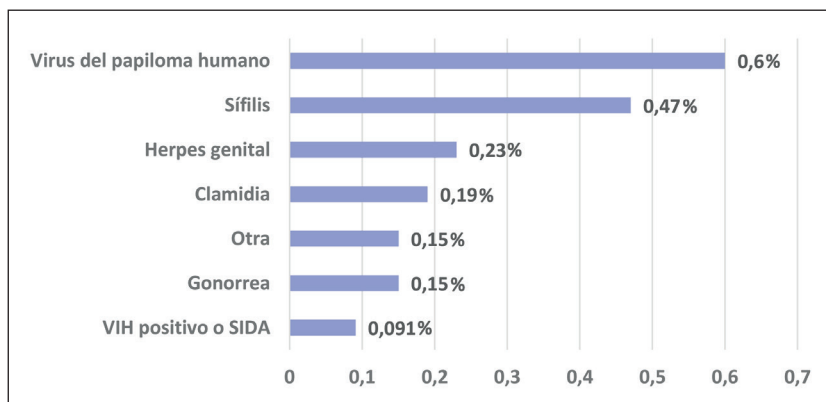


Figura 2. Referencia de tipos de infecciones de transmisión sexual.

Tabla 1 Distribución del diagnóstico referido de ITS por las variables sociodemográficas, en adolescentes en Chile

Variables	Categorías	ITS		Total n (%)	p
		Si n (%)	No n (%)		
Sexo	Hombre	36 (1,54)	2.947 (98,46)	2.983 (100)	0,5417
	Mujer	68 (1,85)	3.237 (98,15)	3.305 (100)	
Nivel socioeconómico	Alto	4 (2,46)	186 (97,54)	190 (100)	0,5689
	Medio	48 (1,46)	3.313 (98,54)	3.361 (100)	
	Bajo	45 (1,91)	2.357 (98,09)	2.402 (100)	
Nivel de estudio	Superior	58 (2,53)	2.332 (97,47)	2.390 (100)	0,0044
	Media	40 (1,09)	3.620 (98,91)	3.660 (100)	
	Básica	6 (1,43)	221 (98,57)	227 (100)	
Situación de pareja	Soltera	85 (1,5)	5.719 (98,5)	5.804 (100)	0,0212
	Casada/conviviente	18 (3,54)	444 (96,46)	462 (100)	
Sistema previsional de Salud	Público	93 (2,01)	4.975 (97,99)	5.068 (100)	0,1219
	Privado	5 (0,91)	436 (99,09)	441 (100)	
	Otros	0 (0)	96 (100)	96 (100)	
	Ninguno	5 (0,63)	302 (99,37)	307 (100)	
Edad (año cumplidos)	Promedio	21,6	19,6	19,63	0,0001
	IC (95%)	(21,09-22,10)	(19,49-19,71)	(19,53-19,74)	

Tabla 2 Distribución del diagnóstico referido de ITS por las variables reproductivas, en adolescentes en Chile

Variables	Categorías	ITS		Total %	p	OR [†]	IC (95%)
		Si n (%)	No n (%)				
Número de hijos	1 o más	19 (3,12)	458 (96,88)	477 (100)	0,4166	1,03	(0,41-2,59)
	Ninguno	68 (2,26)	2.845 (97,74)	2.913 (100)		1	
Embarazo no planificado	No	68 (1,98)	2.933 (98,02)	3.001 (100)	0,0051	1	(1,05-4,96)*
	Si	19 (5,24)	365 (94,76)	384 (100)		2,28	
Antecedente de aborto provocado	No	55 (2,7)	1.725 (97,3)	1.780 (100)	0,0002	1	(1,67-20,82)**
	Si	4 (16,08)	38 (83,92)	42 (100)		5,89	
Uso MAC primera relación sexual	No	15 (4,1)	282 (95,9)	297 (100)	0,1446	1,82	(0,71-4,64)
	Si	68 (2,21)	2.931 (97,79)	2.999 (100)		1	
Uso MAC última relación sexual	No	15 (3,74)	285 (96,26)	300 (100)	0,1892	1,57	(0,63-3,93)
	Si	68 (2,28)	2.904 (97,72)	2.972 (100)		1	
Tipo de MAC usado en la 1ª relación sexual	Muy efectivo	7 (2,92)	261 (97,08)	268 (100)	0,8205	1	(0,20-2,28)
	Efectivo	23 (2,29)	1.062 (97,71)	1.085 (100)		0,67	
	Menos efectivo	38 (2,04)	1.608 (97,96)	1.646 (100)		0,67	
Tipo de MAC usado en la última relación sexual	Muy efectivo	15 (3,75)	361 (96,25)	376 (100)	0,279	1	(0,27-1,71)
	Efectivo	30 (2,42)	1.293 (97,58)	1.323 (100)		0,68	
	Menos efectivo	23 (1,71)	1.250 (98,29)	1.273 (100)		0,6	
Edad primer embarazo	Promedio	19,2	18,87	18,88	0,517	1,18	(0,86-1,63)
	IC(95%)	(18,29-20,10)	(18,51-19,22)	(18,53-19,22)			
Edad embarazo no planificado	Promedio	18,33	18,44	18,43	0,881	0,94	(0,74-1,20)
	IC(95%)	(17,01-19,65)	(18,01-18,86)	(18,02-18,84)			

OR[†], Odds ratio ajustado por sexo, edad, nivel socioeconómico y nivel de estudio; IC: Intervalo de confianza. Diagnóstico referido de ITS (0 = No; 1 = Si). *p<0,05, **p<0,01 y ***p < 0,001. MAC: método anticonceptivo.

jóvenes que tuvieron dos y más parejas sexuales los últimos 12 meses (OR: 2,10; IC95%: 1,16-3,80), 2,78 veces mayor en jóvenes que han tenido antecedente de violencia de pareja (OR: 2,78; IC95%: 1,25-6,19), 3,57 veces mayor en jóvenes que han tenido sexo oral (OR: 3,57; IC95%: 1,53-8,35), 2,42 veces mayor en jóvenes que han tenido sexo anal (OR: 2,42; IC95%: 1,28-4,55), 2,97 veces mayor en jóvenes que han tenido como primera pareja sexual un amigo, andante, recién conocido, familiar, trabajadora sexual o abuso sexual

(OR: 2,97; IC95%: 1,59-5,57), 2,54 veces mayor en jóvenes que iniciaron relaciones sexuales a los 15 años o menos (OR: 2,54; IC95%: 1,32-4,92), 4,60 veces mayor en jóvenes que se han realizado alguna vez el test VIH (OR: 4,60; IC95%: 1,91-11,08), 4,42 veces mayor en jóvenes de género femenino y 7,59 veces mayor en jóvenes de género “no cis” en comparación con los jóvenes de género masculino (OR: 4,42; IC95%: 1,33-14,75), y (OR: 7,59; IC95%: 1,87-30,76), respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución del diagnóstico referido de ITS por las variables de sexualidad, en adolescentes en Chile

Variables	Categorías	ITS			p	OR [†]	IC (95%)
		Si n (%)	No n (%)	Total %			
Inicio de actividad sexual	No	10 (0,66)	2.505 (99,34)	2.515 (100)	0,0068	1	
	Si	87 (2,38)	3.303 (97,62)	3.390 (100)		2,1	(0,67-6,60)
Número de parejas sexuales últimos 12 meses	2 y más	42 (3,66)	1.063 (96,34)	1.105 (100)	0,0243	2,1	(1,16-3,80)*
	0 a 1	44 (1,85)	2.163 (98,15)	2.207 (100)		1	
Uso de condón última relación sexual	No	34 (3,3)	888 (96,7)	922 (100)	0,0723	1,56	(0,70-3,44)
	Si	43 (1,86)	2.107 (98,14)	2.150 (100)		1	
Antecedentes de violencia de pareja	No	28 (1,26)	1.924 (98,74)	1.952 (100)	0,0061	1	
	Si	18 (3,55)	305 (96,45)	323 (100)		2,78	(1,25-6,19)*
Sexo oral	No	17 (0,53)	2.955 (99,47)	2.972 (100)	0,001	1	
	Si	80 (2,78)	2.799 (97,22)	2.879 (100)		3,57	(1,53-8,35)**
Sexo anal	No	41 (1,6)	2.094 (98,4)	2.135 (100)	0,004	1	
	Si	46 (3,79)	1.147 (96,21)	1.193 (100)		2,42	(1,28-4,55)**
Tipo de relación con primera pareja sexual	Amigo, andante, recién conocido, familiar, trab. sex., abuso sex.	35 (4,06)	921 (95,94)	956 (100)	0,0099	2,97	(1,59-5,57)**
	Novio o pololo	49 (1,75)	2.261 (98,25)	2.310 (100)		1	
	Esposo, conviviente	2 (2,04)	77 (97,96)	79 (100)		0,93	(0,16-5,37)
Tipo de relación con última pareja sexual	Amigo, andante, recién conocido, familiar, trabajadora sexual	27 (3,23)	964 (96,77)	991 (100)	0,2549	1,93	(0,99-3,76)
	Novio o pololo	49 (1,91)	2.035 (98,09)	2.084 (100)		1	
	Esposo, conviviente	11 (3,12)	269 (96,88)	280 (100)		1,05	(0,32-3,50)
Edad de inicio actividad sexual	16 y más	38 (1,65)	1.969 (98,35)	2.007 (100)	0,0171	1	
	15 o menos	46 (3,46)	1.255 (96,54)	1.301 (100)		2,54	(1,32-4,92)**
Realización test VIH	No	29 (0,68)	4.353 (99,32)	4.382 (100)	0,001	1	
	Si	68 (4,32)	1.480 (95,68)	1.548 (100)		4,6	(1,91-11,08)**
Orientación sexual	Heterosexual	70 (1,44)	4.738 (98,56)	4.808 (100)	0,0656	1	
	Homosexual	8 (4,33)	115 (95,67)	123 (100)		3,02	(0,94-9,68)
	Otra	19 (2,53)	961 (97,47)	980 (100)		1,99	(0,90-4,40)
Género	Masculino	27 (1,29)	2.731 (98,71)	2.758 (100)	0,0965	1	
	Femenino	59 (1,92)	2.885 (98,08)	2.944 (100)		4,42	(1,33-14,75)*
	Otro (no cis)	10 (4)	213 (96)	223 (100)		7,59	(1,87-30,76)**

OR[†], Odds ratio ajustado por sexo, edad, nivel socioeconómico y nivel de estudio; IC: Intervalo de confianza. Diagnóstico referido de ITS (0 = No; 1 = Si). *p < 0,05, **p < 0,01 y ***p < 0,001.

Discusión

Según los datos de la X Encuesta Nacional de la Juventud, las ITS más reportadas por jóvenes menores de 25 años fueron la infección por VPH y la sífilis. Aunque en Chile la prevalencia del VPH es desconocida, se reconoce que los condilomas son la ITS más comúnmente atendida en la red de salud pública⁷. A nivel mundial, VPH es el agente de ITS más frecuente, con una prevalencia de 35% en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años, estimándose que para los 25 años 50% de la población habrá adquirido algún tipo de VPH de alto riesgo¹³.

Este hallazgo es relevante, especialmente considerando que desde 2014 Chile implementó un programa de vacunación contra el VPH, inicialmente dirigido a niñas y luego ampliado a niños. No obstante, parte de la población encuestada probablemente no fue vacunada por estar fuera del rango etario cubierto o debido a resistencias iniciales de familias o cuidadores frente a la vacunación¹⁵.

Sífilis fue la segunda ITS más referida por los jóvenes. En Chile, es la ITS de notificación obligatoria más reportada². Según datos epidemiológicos entre 2012 y 2022, las mujeres de 15 a 19 años presentaron una mayor tasa de notificación que los hombres de la misma edad. Sin embargo, entre 2019 y 2021 se observó una disminución en las notificaciones, con tasas similares entre hombres y mujeres de 20 a 24 años¹⁴.

Otras ITS reportadas fueron herpes simplex, infección por *Chlamydia* y gonorrea. Respecto a *Chlamydia* y gonorrea, se recomienda una pesquisa anual en mujeres bajo 25 años de edad. En hombres, no se sugiere un tamizaje de rutina, salvo para quienes tienen relaciones sexuales con otros hombres, en cuyo caso se indica realizar pruebas, al menos una vez al año¹. Es importante destacar que la infección por *Chlamydia* es la ITS más común en mujeres jóvenes¹. En el sistema público chileno no existen estrategias específicas para la detección de *Chlamydia* o gonorrea en esta población, a diferencia de la sífilis, mayoritariamente realizados por mujeres cuya pesquisa se incluye en los controles de fertilidad. Esto podría explicar el mayor reporte de ITS por parte del género femenino en este estudio, en comparación con los hombres.

A pesar de que nacional e internacionalmente las tasas de notificación de ITS son mayores en hombres, el aumento del riesgo reportado en mujeres podría responder a múltiples factores. Entre ellos, diferencias biológicas como un epitelio y ectropión del cuello del útero más susceptibles a las ITS⁴. También influye el uso de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC), como implantes o dispositivos intrauterinos, los cuales, al reducir el riesgo de embarazo, pueden generar un abandono del uso del condón, que sigue siendo percibido principalmente como un método anticonceptivo más que preventivo de ITS^{2,19}.

Aun así, las mujeres tienden a consultar antes y con

mayor frecuencia por temas de salud sexual y reproductiva, lo que favorece el diagnóstico oportuno. Esto podría reflejarse en un mayor conocimiento o reporte sobre su estado respecto a las ITS, sin que necesariamente implique una real mayor prevalencia. En contraste, los hombres podrían estar subrepresentados debido a menor acceso a servicios de detección, consultas menos frecuentes y barreras estructurales o culturales que dificultan el diagnóstico.

Lo anterior lleva a considerar las barreras de acceso que enfrentan los hombres, especialmente aquellos que tienen sexo con otros hombres. A diferencia de quienes tienen parejas mujeres, que en algunos casos conocen su estado de salud a partir de exámenes realizados por sus parejas, los hombres que tienen sexo con hombres pueden tener menos oportunidades de detección precoz, ya que sus redes de atención suelen estar menos integradas al sistema de salud. A esto se suman mandatos sociales vinculados a ciertas formas de masculinidad, que dificultan el uso del condón, el reconocimiento del riesgo o que asocian la sexualidad con el consumo de alcohol o drogas, todos comportamientos de riesgo que no fueron abordados en este estudio^{15,16}.

Así mismo, persisten creencias en torno al condón como método exclusivo de prevención del embarazo. En parejas heterosexuales, cuando este riesgo es percibido como resuelto mediante otros métodos anticonceptivos, el uso del condón suele abandonarse rápidamente, al no existir una percepción de riesgo similar frente a las ITS¹⁸⁻²⁰.

En el caso de los adolescentes, el requisito de consentimiento adulto para acceder a exámenes de ITS ha sido una barrera histórica. Como respuesta, el Decreto 23 de 2020 modificó el Decreto 182 de 2005, permitiendo que jóvenes bajo 14 años de edad accedan a pruebas de VIH de forma voluntaria y confidencial²¹.

Los datos también mostraron que los jóvenes que reportaron ITS tienden a ser de mayor edad y tener mayor nivel educacional. Esto podría explicarse por un mayor acceso a servicios de salud, sin necesidad de acompañamiento adulto, así como un mejor conocimiento de síntomas y lugares de atención. Ambos eventos también pueden explicarse a través del fenómeno que, a medida que van creciendo, los jóvenes se encuentran más expuestos a diversas situaciones y entornos que pueden incrementar la probabilidad de que desarrollen ITS. Adicionalmente, el acceso a redes sociales puede aumentar la exposición a situaciones de riesgo^{22,23}.

El análisis evidenció que jóvenes con antecedentes reproductivos como embarazo no planificado o aborto presentaron un mayor riesgo de reportar ITS. Esto puede relacionarse con prácticas sexuales sin protección, experiencias de violencia sexual, factores identificados tanto en la literatura médica como en este estudio, y también con el acceso a servicios de salud durante el embarazo, en los que se incluyen pruebas de detección de VIH y sífilis²³.

De acuerdo con la evidencia, el inicio temprano de la vida sexual se asocia a un mayor riesgo de ITS y conductas sexuales de riesgo^{6,26}. Los adolescentes que inician su actividad sexual precozmente pueden tener menos habilidades para tomar decisiones informadas, lo que se vincula con su etapa de desarrollo neuropsicológico, ya que la corteza prefrontal, encargada del control de impulsos y el juicio, aún no ha alcanzado su madurez⁴.

También se observó que quienes reportaron mayor número de parejas sexuales presentaron un mayor riesgo de ITS, lo cual es coherente con la literatura médica^{26,27}. Así mismo, se identificó una asociación entre la violencia en la pareja y el riesgo de ITS. Jóvenes que viven relaciones abusivas enfrentan mayores obstáculos para negociar el uso del condón y suelen relacionarse con parejas con conductas de riesgo como el consumo de sustancias. Según la Organización Mundial de la Salud, las mujeres víctimas de violencia tienen 1,5 veces más probabilidades de adquirir VIH u otra ITS en comparación con quienes no han vivido estas experiencias²⁹.

El sexo oral también se asoció a un mayor riesgo de ITS. Aunque se trata de una práctica común, incluso antes del inicio de relaciones penetrativas, suele percibirse como de bajo riesgo al no implicar embarazo. Sin embargo, está documentada su asociación con infecciones como clamidiasis, sífilis, gonorrea e infecciones por VPH, debido a la transmisión por contacto con la mucosa oral y faríngea^{2,30,31}. El uso de barreras de protección en sexo oral es muy bajo, con menos de 10% de uso según algunas investigaciones, siendo más frecuente en la felación que en el *cunnilingus*^{31,32}.

Por otro lado, el sexo anal se identifica como una práctica de alto riesgo, especialmente para la transmisión de VIH, debido a la ausencia de lubricación natural y la posibilidad de microlesiones que facilitan la entrada del virus^{25,33}. En E.U.A., se estima que hasta 20% de las ITS en hombres que practican sexo anal no son diagnosticadas, por no reportar esta práctica durante las consultas médicas⁶. Por tanto, es fundamental que el personal de salud consulte explícitamente sobre prácticas sexuales en un entorno confidencial, independientemente de la orientación sexual o identidad de género, ya que prácticas como el sexo oral y anal no se limitan a una población específica³².

El estudio mostró un riesgo significativamente mayor

de ITS en jóvenes que se identifican como género no binario, con una probabilidad 7,59 veces superior en comparación con hombres cisgénero. Las personas LGBTQ+ enfrentan desigualdades estructurales, discriminación, estigmatización y barreras en el acceso a servicios, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a ITS³³. Particularmente, las mujeres trans presentan tasas más altas de ITS y VIH, relacionadas con factores como el trabajo sexual, el uso de sustancias, violencia sexual y la exclusión de los servicios de salud^{34,35}. En un estudio australiano se observó que las mujeres bisexuales usaban condón con mayor frecuencia en relaciones con hombres, mientras que las mujeres que tienen sexo con mujeres mostraban mayor prevalencia de vaginosis bacteriana, pero menores tasas de sífilis, *Chlamydia* y VIH^{33,36}.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la posibilidad de subregistro por parte de quienes, debido al estigma, decidieron no reportar ITS. Al ser una encuesta autorreportada, algunos participantes podrían haber mencionado infecciones sin diagnóstico clínico o, por el contrario, omitir ITS asintomáticas. Además, el instrumento podría no haber sido lo suficientemente sensible, o presentar dificultades en la comprensión de términos técnicos. Por último, el acceso desigual a servicios de salud también podría haber influido en la autoidentificación y el diagnóstico.

Conclusiones

El análisis destaca que múltiples factores están significativamente asociados con una mayor probabilidad de presentar ITS, incluyendo aspectos de comportamiento sexual, así como contextos sociales y de género. Los resultados de la X Encuesta Nacional de la Juventud revelan la urgente necesidad de fortalecer la educación sexual integral y de mejorar el acceso a servicios de salud sexual que sean amigables y confidenciales. Siendo relevante diseñar estrategias específicas dirigidas a poblaciones claves, como jóvenes LGBTQ+ o aquellos con antecedentes de violencia, con el objetivo de reducir la incidencia de ITS y fomentar una salud sexual plena, además de Programas de Educación Sexual con un enfoque de género y derechos sexuales y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y accesibles.

Referencias bibliográficas

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(RR-4). Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm> (guides.library.uq.edu.au, cdc.gov)
- Catán Valenzuela C, Seitz Ostermann S, Sapag Mardones F, González Henríquez JP, Salas Pezzani F, Contreras Hinojosa F. Situación epidemiológica de la sífilis en Chile. Rev Confluencia [Internet]. 31 dic 2021;4(2):26-9. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/637>
- World Health Organization. Global health-sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: toward ending STIs. Ginebra: WHO; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-sector-salud-contrainfecciones-transmision-sexual-2016-2021-hacia>
- Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. Curr Opin Pediatr. 2018 Feb; 30(1): 137-43. doi: 10.1097/

- MOP.0000000000000578. PMID: 29315111; PMID
5. ONUSIDA. Sigamos el Camino de los Derechos: Informe para el día mundial del SIDA 2024. Versión abreviada [informe]. ONUSIDA/JC31325; 2024. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/take-the-rights-path-to-end-aids-short-version_es.pdf
 6. Blamey R, Sciaraffia A, Piñera C, Silva M, Araya X, Ceballos ME, et al; Comité Consultivo de VIH (CCVIH) de la Sociedad Chilena de Infectología. Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional: Puesta al día. *Rev Chil Infectol*. 2024; 41(2): 248-58. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182024000200248>
 7. Peredo C. ¿Cuál es el escenario actual de las infecciones de transmisión sexual en Chile? *Rev Med Clin Condes*. 2021; 32(5): 611-6. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD81725.pdf>
 8. Ministerio de Salud (Chile). Boletín de vigilancia de laboratorio. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. Chile, 2010-2022. Santiago: MINSAL; 2023. Vol 8, No 13. <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2023/11/Boletin-NeisseriaGonorrhoeaeV01-03102023A.pdf>
 9. Huneeus A, Soriano H, Pommer R, Delpiano L, Salas F, Céspedes P, Schulín C. *Chlamydia trachomatis*: fundamentos de la importancia del cribado en el sistema público de salud. *Rev Chil Infectol*. 2018; 35(5): 498-500. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000500498>
 10. INJUV. 10ª Encuesta Nacional de Juventudes 2022. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud; 2022. ISBN 978-956-7636-32-7. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf
 11. Ministerio de Salud (Chile). Encuesta Nacional de Sexualidad y Género 2022-2023. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología; 2023. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/06/1560689/minsal_enssex_2022_2023_informe_factores_de_expansion.pdf
 12. Leal I, Molina T. Cambios en el uso de anticonceptivos, embarazos no planificados e hijos en adolescentes chilenas entre 1997 y 2018. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021; 86(4). doi:10.2475/RECHOG.M21000014.
 13. Romero P, Ramírez V. E, Muñoz O. M, Muñoz M. P, González L. C, Orellana C. C, et al. Lesiones anogenitales por virus papiloma humano. Estudio de prevalencia en niños, niñas y adolescentes no vacunados. *Andes Pediatr*. 2023; 94(1): 29-36. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i1.3534>
 14. Departamento de Epidemiología, Subsecretaría de Salud Pública (Chile). Informe epidemiológico anual: Sífilis 2022. Santiago: MINSAL; 2023. Disponible en: <http://epi.minsal.cl>
 15. Ministerio de Salud (Chile). Decreto 5 exento: segunda dosis obligatoria de vacuna contra VPH. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional; feb 2020. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1142291&idVersion=2020-02-12>
 16. Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernalés M. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultado de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; 42. doi:10.26633/RPSP.2018.124
 17. Marcell AV, Gibbs SE, Howard SR, Pilgrim NA, Jennings JM, Sanders R, et al. Do non-clinical community-based youth-serving professionals talk with young men about sexual and reproductive health and intend to refer them for care? *Am J Mens Health*. 2017; 11(4): 1046-55. doi: 10.1177/1557988317696640
 18. Eeckhaut M, Fitzpatrick K. Is use of long-acting reversible contraceptives (LARC) associated with reduced well-woman visits and STI testing? Evidence from female Medicaid clients aged 15-24 in Delaware. *Prev Med*. 2024 Oct; 187: 108089. doi: 10.1016/j.ypmed.2024.108089.
 19. Steiner R, Pampati S, Kortsmitt K, Liddon N, Swartzendruber A, Pazol K. Long-acting reversible contraception, condom use, and sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2021 Sep; 61(5): 750-60. doi: 10.1016/j.amepre.2021.04.032.
 20. Venegas C, Lizárrague J, Olivares C, Alarcón P, Escobar M, Bernalés T. Obstáculos y facilitadores para el uso de métodos de barrera para la transmisión de VIH/SIDA. *Rev Med Chile*. 2022; 150(3): 295-301. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000300295>
 21. Ministerio de Salud (Chile). Modifica Decreto N° 182, Reglamento del examen para detección del VIH. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; promulgado 02 Jul 2019, publicado 18 May 2020. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1145430>
 22. Vannucci A, Simpson E, Gagnon S, Ohannessian C. Social media use and risky behaviors in adolescents: A meta-analysis. *J Adolesc*. 2020 Jan; 79: 258-74. doi: 10.1016/j.adolescence.2020.01.014.
 23. Cookingham L, Ryan G. The impact of social media on the sexual and social wellness of adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Feb; 28(1). doi:10.1016/j.jpag.2014.03.001.
 24. Williams C, Clear E, Coker A. Sexual coercion and sexual violence at first intercourse associated with sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis*. 2013 Oct; 40(10): 771-5. doi:10.1097/OLQ.0000000000000011.
 25. Patel P, Borkowf C, Brooks J, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. 2014 May; 28(10): 1509-19. doi:10.1097/QAD.0000000000000298.
 26. Ashenhurst J, Wilhite E, Harden P, Froome K. Number of sexual partners and relationship status are associated with unprotected sex across emerging adulthood. *Arch Sex Behav*. 2017 Feb; 46(2): 419-28. doi:10.1007/s10508-016-0692-8.
 27. Protogerou C, Johnson B. Factors underlying the success of behavioral hiv-prevention interventions for adolescents: a meta-review. *AIDS Behav*. 2014 Oct; 18(10): 1847-63. doi: 10.1007/s10461-014-0807-y.
 28. Buffardi A, Thomas KM, Holmes K, Manhart L. Moving upstream: ecosocial and psychosocial correlates of sexually transmitted infections among young adults in the United States. *Am J Public Health*. 2008; Jun; 98(6): 1128-36. doi: 10.2105/AJPH.2007.120451
 29. Cavanaugh C, Ward K. HIV/STI Interventions for women who have experienced intimate partner violence: a systematic review and look at whether the interventions were designed for dissemination. *AIDS Behav*. 2021 May; 25(11): 3605-15. doi:10.1007/s10461-021-03318-5.
 30. World Health Organization. Violence against women [fact sheet]. Mar 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (cdc.gov)
 31. Goldstein R, Halpern-Flesher B. Adolescent oral sex and condom use: how much should we worry and what can we do? *J Adolesc Health*. 2018 Apr; 62(4): 363-4. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.01.002.
 32. Valle Holway G, Hernandez S. Oral sex and condom use in a U.S. National sample of adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2018 Apr; 62(4): 402-10. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.08.022.
 33. Lee A, Gaither T, Langston M, Cohen S, Breyer B. Lubrication practices and receptive anal sex: Implications for STI transmission and prevention. *Sex Med*. 2021; 9:100341. doi:10.1016/j.esxm.2021.100341.
 34. Wood S, Salas-Humara C, Dowshen N. HIV, Other STIs, and sexual and reproductive health in lesbian, gay, bisexual, transgender youth. *Pediatr Clin North Am*. 2016 Dec; 63(6): 1027-55. doi:10.1016/j.pcl.2016.07.006.
 35. Awgu A. Sexuality, sexual health, and STIs in adolescents and young adults. *Top Antivir Med*. 2020 Jul; 28(2): 459-62. PMID: 32886466; PMID: PMC7482983.
 36. Engel JL, Fairley CK, Greaves KE, Vodstreil LA, Ong JJ, Bradshaw CS, et al. Patterns of sexual practices, sexually transmitted infections... *Arch Sex Behav*. 2022 Jul; 51(5): 2651-66. doi:10.1007/s10508-022-02311-w.