



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

*Facultad de Ciencias e Ingenierías
Departamento de Matemática y Estadística*

Tesis monográfica para optar al título de Licenciatura en Estadística.

***“COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE HOMBRES Y MUJERES
NICARAGÜENSES A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD
(ENDESA) EN EL PERIODO 2011/2012”***

Autoras:

Br. Rina Francela Juárez Madriz.

Br. Yasmina del Socorro Zeledón Hernández

Br. Rosa Esperanza Espinales Delgado.

Tutor: Msc. José Roberto Gutiérrez García.

Asesor Metodológico: Msc. Sergio Ramírez Lanza.

24 de Octubre 2017.

INDICE

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
I. INTRODUCCION.....	10
II. ANTECEDENTES.....	11
III. JUSTIFICACION.....	13
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
V. OBJETIVOS.....	15
<i>Objetivo General</i>	15
<i>Objetivos Específicos</i>	15
VI. MARCO TEORICO.....	16
6.1. Aspectos socio demográficos.....	16
6.2. Salud sexual y reproductiva.....	17
6.2.1. Estrategia Nacional De Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR).....	17
6.2.2. Conceptualización de la salud sexual y reproductiva.....	19
<i>Un nuevo enfoque de la salud sexual y reproductiva</i>	19
6.2.3. Sexualidad.....	22
<i>El enfoque de género y de derecho en la salud sexual y reproductiva</i>	23
6.2.4. Planificación familiar.....	25
<i>Programas de planificación familiar</i>	26
6.2.5. Salud de la mujer.....	32
6.2.6. Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.....	33
6.2.7. Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).....	34
<i>ITS y SIDA: ¿Una cuestión de sexualidad y Salud Reproductiva?</i>	34
6.2.8. Comportamiento reproductivo de los hombres.....	35
6.3. Métodos estadísticos descriptivos e inferenciales.....	36
6.3.1. Estadística descriptiva.....	36
<i>Tablas de frecuencias</i>	36
<i>Gráficas</i>	36

<i>Gráficas de barras</i>	36
<i>Gráfico de sectores</i>	37
<i>Pirámide poblacional</i>	37
6.3.2. <i>Estadística inferencial</i>	38
<i>Pruebas de hipótesis estadística</i>	38
<i>Hipótesis nula y alternativa</i>	38
<i>Uso de valores P para la toma de decisiones</i>	39
<i>Procedimientos para la prueba de hipótesis</i>	39
<i>Prueba de hipótesis para una diferencia de proporciones</i>	40
<i>Intervalo de confianza para diferencia de proporciones, $n \geq 30$</i>	41
VII. <i>DISEÑO METODOLOGICO</i>	43
7.1. <i>Tipo de estudio</i>	43
7.2. <i>Universo y unidad de análisis</i>	43
7.3. <i>Diseño y cobertura de la muestra</i>	44
7.3.1. <i>Marco muestral</i>	44
7.4. <i>Tamaño de la muestra</i>	44
7.5. <i>Rendimiento de la muestra</i>	46
7.6. <i>Métodos e instrumentos de recolección de datos</i>	47
7.6.1. <i>Instrumento de colecta de información</i>	47
7.6.2. <i>Recolección de la información</i>	47
7.7. <i>Matriz de Operacionalización de Variables (MOVIL)</i>	48
VIII. <i>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i>	59
<i>CAPITULO 1</i>	59
<i>Describir las características socio demográficas de hombres y mujeres de Nicaragua</i> ..	59
<i>CAPÍTULO 2</i>	68
<i>Identificación de las características de la salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres</i>	68
<i>CAPITULO 3</i>	83
<i>Análisis mediante métodos inferenciales la relación de las características socio demográfico, salud sexual y reproductiva</i>	83
<i>CAPITULO 4</i>	91

<i>Valoración del rol del hombre en la sociedad con respecto a la salud sexual y reproductiva.....</i>	<i>91</i>
<i>IX. CONCLUSIONES.....</i>	<i>97</i>
<i>X. RECOMENDACIONES.....</i>	<i>99</i>
<i>XI. BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>100</i>
<i>XII. ANEXOS.....</i>	<i>101</i>

INDICE DE TABLAS.

<i>Tabla 1. Métodos Anticonceptivos Modernos.</i>	28
<i>Tabla 2. Métodos Anticonceptivos Tradicionales.</i>	31
<i>Tabla 3. Criterios de rechazo para la prueba de la hipótesis con respecto a las proporciones de dos distribuciones binomiales e independientes, $n \geq 30$.</i>	41
<i>Tabla 4. Prueba de hipótesis con respecto si han pagado dinero por tener relaciones sexuales en hombres y mujeres.</i>	84
<i>Tabla 5. Resumen de las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza sobre el conocimiento de anticonceptivos en hombres y mujeres.</i>	85
<i>Tabla 6. Resumen de las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza sobre el uso de anticonceptivos en hombres y mujeres.</i>	87
<i>Tabla 7. Resumen de las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza sobre el conocimiento de las ITS.</i>	89
<i>Tabla 8. Prueba de hipótesis de hombres y mujeres que le han diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses.</i>	90
<i>Tabla 9. Percepción que tienen los hombres sobre que significa Sexo seguro. ENDESA 2011/2012.</i>	91

INDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 1

<i>Gráfico 1. Distribución por edad y sexo de hombres y mujeres en edad fértil. ENDESA 2011/2012.</i>	59
<i>Gráfico 2. Área de residencia por hombres en grupos</i>	59
<i>Gráfico 3. Área de residencia por mujeres en grupos</i>	60
<i>Gráfico 4. Estado civil de los hombres por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.</i>	60
<i>Gráfico 5. Estado civil de las mujeres por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.</i>	61
<i>Gráfico 6. Hombres asegurados en los sectores productivos. ENDESA 2011/2012.</i>	63
<i>Gráfico 7. Mujeres aseguradas en los sectores productivos. ENDESA 2011/2012.</i>	64
<i>Gráfico 8. Nivel de escolaridad de hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012.</i>	64
<i>Gráfico 9. Razón principal por la que dejó de estudiar. ENDESA 2011/2012.</i>	66
<i>Gráfico 10. Religión a la que pertenecen Hombres y Mujeres. ENDESA 2011/2012.</i>	67

Capítulo 2

<i>Gráfico 11. Conocimiento de Métodos anticonceptivos en hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012.</i>	68
<i>Gráfico 12. Uso de métodos anticonceptivos en hombres.</i>	70
<i>Gráfico 13. Primer método anticonceptivo que utilizo</i>	70
<i>Gráfico 14. Método que uso el hombre o su pareja</i>	71

Gráfico 15. Hombres por grupos de edades que.....	72
Gráfico 16. Mujeres por grupos de edades que	72
Gráfico 17. Decisión de utilizar métodos anticonceptivos según las mujeres. ENDESA 2011/2012.....	73
Gráfico 18. Conocimiento de las infecciones de transmisión	74
Gráfico 19. Detección de los síntomas de la ITS en.....	75
Gráfico 20. Detección de los síntomas de la ITS en.....	75
Gráfico 21. Hombres que le han diagnosticado alguna ITS durante los últimos 12 meses por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.....	76
Gráfico 22. Mujeres que le han diagnosticado alguna ITS durante los últimos 12 meses por grupos de edades. ENDESA 2011/2012. Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.	77
Gráfico 23. Razón Principal por la que el hombre o su esposa no están utilizando algún método para evitar tener hijos. ENDESA 2011/2012.	78
Gráfico 24. Razón Principal por la que la mujer o su esposo no están utilizando algún método para evitar tener hijos. ENDESA 2011/2012.	79
Gráfico 25. Cantidad de parejas con las cuales hombres y mujeres han tenido hijos. ENDESA 2011/2012.	80
Gráfico 26. Número de Hijos varones que conviven con sus `padres.....	81
Gráfico 27. Numero de hijas mujeres que conviven con padres.....	81
Gráfico 28. Número de parejas que han tenido relaciones sexuales según sexo. ENDESA 2011/2012	82
Gráfico 29. Hombres y Mujeres que han pagado por tener relaciones sexuales. ENDESA 2011/2012	82
Capítulo 4	
Gráfico 30. Edad de los hombres en su primera relación sexual. ENDESA 2011/2012.	92
Gráfico 31. Número de parejas que los hombres tienen relaciones sexuales por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.....	93
Gráfico 32. Hombres que pagaron dinero para tener relaciones sexuales, por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.....	94
Gráfico 33. Hombres que le han tenido hijos por grupo de edades. ENDESA 2011/2012.	95
Gráfico 34. Número de hijos e hijas que viven con su padre según grupos de edades. ENDESA 2011/2012.....	96

RESUMEN.

En el presente trabajo se realizó una comparación exhaustiva con métodos estadísticos descriptivos e inferenciales de ciertos indicadores Sociodemográficos, de la Salud Sexual y Reproductiva en hombres y mujeres nicaragüenses en edad fértil con la base de datos suministrada por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/2012 (ENDESA 2011/2012), cabe señalar que en toda la historia de ENDESA es la primera vez que se realizó la inclusión de hombres en dicha encuesta, lo que permitió establecer comparaciones entre el comportamiento de la vida sexual de hombres y mujeres.

En el primer y segundo capítulo se analizó de manera descriptiva las características sociodemográficas, salud sexual y reproductiva en ambos sexos mediante tablas de frecuencias y gráficos, esto para evaluar las características principales de los datos. En el tercer capítulo se realizó un análisis mediante métodos inferenciales a través de las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza. En el cuarto capítulo se hizo hincapié en los hombres nicaragüenses valorando el rol que desempeñan estos en la toma de decisiones entorno a los temas en estudio.

Dentro de los hallazgos importantes se encontró que en las características sociodemográficas en ambos casos tanto en hombres como mujeres en su mayoría solo tienen el nivel educativo de primaria y secundaria.

En las características de salud sexual y reproductiva se encontró que, en el caso de los hombres inician a edad temprana su vida sexual activa estos entre las edades de 11-14 años, a la vez la mayoría de los hombres en su última relación sexual no utilizaron condón entre las edades de 15-19 años. En ambos sexos se encontró que no pueden detectar los síntomas de las ITS obteniendo altos porcentajes tanto en hombre como para la mujer. En las mujeres en las edades tempranas de 15-19 años en los últimos 12 meses le han diagnosticado alguna ITS.

Para el análisis de la información se utilizó el software estadístico IBM SPSS STATISTICS V.22, Microsoft office Word y Excel 2016 lo cual son herramientas fundamentales para lograr nuestros objetivos.

DEDICATORIA

Dedicamos este estudio primeramente a Dios por darnos la sabiduría y perseverancia de culminar con éxito esta etapa de nuestras vidas.

A nuestros padres y familiares que nos brindaron apoyo, consejos y confianza: Auxiliadora Hernández, Cesar Zeledón, Rina Madriz, Elio Juárez, Ángela Delgado, Azucena Martínez.

A nuestros maestros por brindarnos sus conocimientos, a la vez sus consejos y experiencias.

Rina Juárez Madriz.

Yasmina Zeledón Hernández.

Rosa Espinales Delgado.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, que por su incondicional amor nos permitió la vida y ser nuestro guía para llegar a conocer la carrera de Licenciatura en Estadística como profesión y llegar a culminar en ella una meta más.

A nuestros padres y familiares que nos llevaron por el camino del bien y apoyarnos en nuestras decisiones.

A los profesores del Departamento Matemática y Estadística, por su paciencia, comprensión y dedicación para forjarnos como buenas profesionales.

A nuestro tutor Msc. Roberto Gutiérrez y asesor metodológico Msc. Sergio Ramírez Lanza, por ser partes fundamentales para la realización de esta investigación.

A nuestro grupo de tesis, por la amistad, compañerismo, unión y perseverancia brindadas durante la carrera con el fin de consumir esta tesis junta.

Rina Juárez Madriz.

Yasmina Zeledón Hernández.

Rosa Espinales Delgado.



I. INTRODUCCION

Esta investigación surgió del interés por conocer el comportamiento socio demográfico de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en Nicaragua teniendo como base informativa las encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE).

El Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) como órgano rector de las estadísticas oficiales nacionales, con el objetivo de contribuir al logro de las prioridades estratégicas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), realizó la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12.

Con este propósito, el INIDE y el Ministerio de Salud (MINSAL), establecieron la coordinación interinstitucional necesaria para llevar a cabo la ENDESA 2011/12, como un esfuerzo conjunto orientado principalmente a la Política Nacional de Salud.

Esta investigación es un avance analítico en el comportamiento reproductivo de hombres y mujeres dando un aporte a temas sobre la educación sexual y reproductiva obteniendo información en cuanto al comportamiento individual de estos, lo que permitió comparar las principales variables de salud sexual refiriéndose a enfermedades de transmisión sexual, conocimiento, uso y practica de los métodos anticonceptivos.



II. ANTECEDENTES

En Nicaragua se han realizado diversos estudios sobre la salud sexual y reproductiva, las investigaciones consultadas relacionadas a este tema de investigación tienen una visión descriptiva y no analítica de la problemática de la salud sexual y reproductiva.

Dentro de las investigaciones consultadas se tienen la serie histórica de **ENDESA 1997/98, 2001 y 2006/07** permiten documentar cambios importantes en los componentes naturales de la dinámica demográfica, fecundidad y mortalidad, medir condiciones de salud de la población, identificar el comportamiento reproductivo en las mujeres y sus niveles prevalecientes de anticonceptivos.

La información recolectada en la ENDESA 2006/07, mostró que la fecundidad en Nicaragua ha venido disminuyendo, al igual que la mortalidad infantil, indicadores seleccionados para las metas a alcanzar por los países en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por lo que se conocerá su evolución mediante la información de la ENDESA 2011/12.

Otro de los estudios consultados se tiene a **Dixon B. (2008)** planteo que con el apoyo del Banco **Mundial** y el **Banco Interamericano de Desarrollo**, efectuaron una investigación denominada “**Diagnóstico de género en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe**”. Entre las conclusiones finales se destacan: Con los temas de salud y género, la Costa Caribe enfrenta una situación especialmente difícil. Los problemas de cobertura y calidad integral de los servicios de salud, así como la falta de disponibilidad de información adecuada, en combinación con las características socioculturales y geográficas de la zona, llegan incluso a obstaculizar el logro de los objetivos de programas priorizados como la atención a las mujeres en edad fértil.

La investigación sobre la **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)** realizada por el **Ministerio de Salud MINSA (Managua, agosto 2008)**. Como instancia rectora del sector salud, formula instrumento normativo y orientador que permite reducir las brechas existentes de atención en SSR, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente,



y pone a la disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de la vida sexual y reproductiva de la población en todo su ciclo de vida.

La **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** es el resultado de un proceso de consulta, negociación y consenso entre los diferentes actores del sector salud. Promoviendo la atención integral de salud y sus interrelaciones desde la perspectiva de género, derechos y durante el ciclo de vida.

En todas ellas se tiene solamente una visión descriptiva, mientras que en la presente investigación se aplica un método más analítico e inferencial.



III. JUSTIFICACION

Debido a la importancia del derecho a la salud de la población, desde el año 2007 el gobierno de reconciliación y unidad nacional, ha dado impulso de acciones de salud orientadas a través del Plan Nacional de Desarrollo Humano y de la Política Nacional de Salud dirigidas a los grupos más vulnerables de la población.

Los estudios que se han realizado anteriormente por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) le han dado prioridad solo a mujeres, niños y niñas, por consiguiente, surgió el interés de realizar este estudio comparativo entre hombres y mujeres en relación a los cambios de la salud sexual y reproductiva que ha transcurrido en el periodo 2011/2012.

Siendo esta la primera investigación en la que se realiza una comparación entre hombres y mujeres nicaragüenses, se contribuirá a la creación de nuevos indicadores y a la actualización de información estadística que muestre de manera real el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre temas de salud sexual y reproductiva.

Las instituciones del gobierno y organizaciones no gubernamentales que se enfocan en el campo de Demografía y la Salud Reproductiva, pueden tomar en cuenta los resultados como base para mejorar la esperanza y calidad de vida de la población nicaragüense.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Caracterización del Problema:

El Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) son los que han estado a cargo del levantamiento y el análisis del estado demográfico y de la salud de la población nicaragüense mediante la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) la cual se ha realizado desde el año 1998-2011/2012.

4.2. Delimitación del Problema:

En principio estas encuestas estaban destinadas a estudiar principalmente el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres nicaragüenses, dándole poco énfasis al comportamiento reproductivo de los hombres. En la última encuesta se tiene un capítulo o una sección destinada al estado reproductivo de los hombres por lo que resulta de mucho interés el poder estudiar de manera conjunta a las partes involucradas en el comportamiento de la salud sexual de los nicaragüenses como lo es en hombres y mujeres, por lo que es de nuestro interés el poder hacer una investigación analítica el comportamiento conjunto de ambos sexos.

4.3. Formulación del Problema:

¿Cuál es la diferencia de los indicadores socio demográficos, de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la aplicación de métodos estadísticos descriptivos e inferenciales basados en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012?

4.4. Sistematización del Problema:

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de los hombres y mujeres de Nicaragua?
- ¿Cuáles son las características de la salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres?
- ¿Cuáles son las conclusiones mediante el análisis de métodos estadísticos inferenciales en relación a las características de salud sexual y reproductiva?
- ¿Cómo está valorado el rol del hombre en la sociedad con respecto a la salud sexual y reproductiva?



V. OBJETIVOS

Objetivo General

- Comparar los indicadores socio demográficos, de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la aplicación de métodos estadísticos descriptivos e inferenciales basados en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los hombres y mujeres de Nicaragua.
- Identificar las características de la salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres.
- Analizar mediante métodos inferenciales la relación de las características de salud sexual y reproductiva.
- Evaluar el rol del hombre en la sociedad con respecto a la salud sexual y reproductiva.



VI. MARCO TEORICO

En el presente acápite se muestra toda la información necesaria que será de utilidad para el desarrollo de la investigación.

6.1.Aspectos socio demográficos

Características sociodemográficas: son rasgos personales que pueden influir en todas las acciones que la persona haga en su vida diaria como género, estrato socioeconómico, entorno familiar, nivel educativo, entre otros.

- ✓ **Sexo:** Se refiere a la variable biológica que clasifica a la población en hombres y mujeres.
- ✓ **Años cumplidos:** Es el intervalo transcurrido entre el nacimiento de una persona y el momento particular en que la estamos observando.
- ✓ **Nivel educativo:** Se refiere al grado de escolaridad más alto al cual ha llegado la persona de acuerdo con los niveles del sistema educativo formal: preescolar, básica en sus niveles de primaria, secundaria, media y superior.
- ✓ **Estado conyugal:** Relación con el matrimonio teniendo en cuenta las leyes y costumbres del país. Se trata de conocer el estado civil actual incluyendo las uniones de hecho, las civiles o religiosas.
- ✓ **Indígena:** Persona de origen amerindio, con características culturales que reconocen como propias del grupo y que le otorgan singularidad y revelan una identidad que la distingue de otros grupos, independientemente de que vivan en el campo ó en la ciudad.
- ✓ **Trabajó:** Corresponde a las personas que en mes anterior al censo realizaron un trabajo por un ingreso en dinero o especie.
- ✓ **Hogar:** Está conformado por una persona o grupo de personas parientes o no que ocupa la totalidad o parte de una vivienda y que preparan en común sus alimentos (olla común).



6.2. Salud sexual y reproductiva.

6.2.1. Estrategia Nacional De Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)

Nicaragua recientemente ha aprobado una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) como un instrumento de política sectorial que no se limita al Ministerio de Salud en su papel de proveedor de servicios, sino que proyecta a la institución como rectora de las políticas de salud del estado nicaragüense.

Esta estrategia persigue mejorar la esperanza y calidad de vida de la población nicaragüense promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través del acceso a una educación y servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Esta ENSSR, considera la atención diferenciada de la salud sexual y reproductiva de los grupos poblacionales definidos por el Modelo de Atención Integral de Salud (niñez, adolescencia, adultos y adultos mayores) y define formas concretas y específicas de acciones en salud para cada grupo; considera a la persona como centro de su atención inmerso en un ambiente familiar, en una comunidad y en un entorno físico y ecológico.

El MAIS define un paquete básico de servicios de salud que incluye la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), en acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para la población tomando en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional, así como las características étnicas culturales. Contempla como elementos importantes para organizar los servicios de SSR la organización de la red de servicios y la provisión de servicios según niveles de atención. (Nicaragua, 2008).

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva persigue como objetivos estratégicos los siguientes:

- Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y del desarrollo humano.



- Promover la sexualidad responsable y sana, impulsando el acceso universal a la educación sexual integral y científica, en un marco de derechos y acorde con la edad y la cultura.
- Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos, mediante la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad.
- Mejorar la salud materna y perinatal a través de la oferta de servicios obstétricos esenciales, oportunos y de calidad a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como fomentar la maternidad y paternidad responsable.
- Contener la incidencia de las ITS, el VIH y el sida y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad, la prevención de todas las formas de transmisión y el acceso al tratamiento específico.
- Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través de la promoción de estilos de vida saludable, libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas.
- Mejorar la salud de las mujeres y los hombres mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de tumores malignos del aparato reproductivo.
- Fomentar el ejercicio del derecho reproductivo a tener el orden de nacimiento deseados mediante la prevención y atención de los problemas de esterilidad e infertilidad de las mujeres y los hombres.
- Mejorar la calidad de vida de las personas mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de disfunciones sexuales y de los problemas relacionados con la etapa post reproductiva.

Bajo esta nueva visión, la Salud Sexual y Reproductiva se convierte en un proceso de construcción de valores y comportamientos personales, familiares y comunitarios para la creación de una cultura de cuidados de la salud y desarrollo institucional, acordes con el desarrollo humano, en un marco de corresponsabilidad entre las personas, las familias, las



comunidades y las instituciones, bajo una concepción de responsabilidad multisectorial y de trabajo inter- disciplinario.

Además, la ENSSR contempla un importante salto en la atención de hombres y mujeres en edad reproductiva hacia un concepto más amplio que es atender a la población según ciclos de vida, que abarca el conocimiento del estado de salud desde el embarazo y la niñez, pasando por la pubertad y la adolescencia, contemplando también las consecuencias futuras en su edad adulta y en la vejez.

6.2.2. Conceptualización de la salud sexual y reproductiva

Un nuevo enfoque de la salud sexual y reproductiva

Las conferencias internacionales sobre derechos humanos han reconocido que todas las personas tienen el derecho a que se les garantice la posibilidad de disfrutar de una vida digna y poder desarrollarse plenamente como titulares de derechos en la sociedad. También se reconoce que los derechos humanos son iguales para todos los ciudadanos, sin importar el sexo, la raza o el grupo étnico, la afiliación política o la religión.

La Organización Mundial de la Salud afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El principio individual y social de la reproducción humana, la importancia de la sexualidad como manifestación de la afectividad entre las personas y la significativa carga de morbilidad y mortalidad que se asocia con las principales enfermedades que afectan al aparato reproductor de hombres y mujeres, hacen de la salud sexual y reproductiva un componente de especial significado en el contexto general de la salud de la población

La conceptualización relacionada con la salud sexual y reproductiva ha ido evolucionando y transformándose a lo largo del tiempo, sobre todo debido al ritmo político, económico y



sociocultural de las tres últimas décadas. Primero surgió el concepto de salud materno infantil, fuertemente relacionado con el conjunto de prestaciones de salud sobre el binomio madre-niño, con el objetivo de disminuir la morbi mortalidad materna e infantil.

Posteriormente, la reflexión sobre el concepto de salud que se ha dado en los últimos años, a nivel internacional, permitió avanzar desde el tradicional enfoque materno- infantil hasta el concepto de Salud Sexual y Reproductiva aprobado en la 4ta Conferencia de Población y Desarrollo desarrollada en El Cairo en 1994, que rebasa la óptica del concepto de supervivencia poblacional y de los programas dirigidos a la atención al binomio madre-niño como único eje.

La Salud Sexual y Reproductiva: “Es un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Además, la salud reproductiva comprende la libertad y capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Recientemente, el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) recomendó a la Asamblea General, en agosto del 2006, la incorporación de cuatro nuevas metas a los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), entre la que se destacan lograr el acceso universal a la salud reproductiva en el año 2015 y alcanzar en la medida de lo posible el acceso universal al tratamiento al VIH-SIDA de todo lo necesitado para el 2010.

Los Estados miembros de la ONU reconocieron la importancia de la salud sexual y reproductiva para contribuir a la erradicación de la pobreza.

El concepto de salud sexual y reproductiva implica el reconocimiento de un conjunto de derechos humanos básicos, que permiten a los hombres y las mujeres elegir libre y responsablemente el número de hijos que desean, el espacio de tiempo entre uno y otro y el momento en que quieren que nazcan, así como obtener información y poder disponer de métodos seguros para regular la fecundidad.



La salud sexual y reproductiva trasciende la ausencia de enfermedades. Implica lograr que una persona conozca su cuerpo de tal manera que pueda cuidarlo; ser capaz de tomar decisiones respecto a la forma de ser, sentir, amar y actuar, como hombres o como mujeres, con las condiciones apropiadas para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación.

La salud sexual y reproductiva abarca el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, que implica la existencia de un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a la salud y permitan atender adecuadamente las necesidades de las personas durante todo el ciclo de vida, incluyendo también la atención de los embarazos y los partos y sus complicaciones.

La salud sexual y reproductiva no es una cuestión limitada a la llamada "etapa de procreación" o edad fértil de la mujer. Por el contrario, la salud sexual y reproductiva tiene que ver con la vida de mujeres y hombres, desde la más temprana edad hasta la ancianidad. Tanto mujeres como hombres necesitan atender su salud sexual y reproductiva tomando en cuenta la edad y situación en el ciclo de la vida.

“La salud sexual y reproductiva es un proceso ininterrumpido, ligado al desarrollo humano desde mucho antes del nacimiento hasta la edad adulta y la vejez, que trata de asegurar al hombre y la mujer una vida reproductiva sana y libre de riesgos, así como una sexualidad responsable”.

Este nuevo enfoque de la salud sexual y reproductiva y el ciclo de vida, produce una reorientación en las políticas y en los programas de salud, teniendo como aspectos novedosos varios elementos:

La salud sexual y reproductiva es vista como parte integrante del desarrollo humano vinculada con los derechos sexuales y reproductivos, el medio ambiente, la población y el desarrollo y contempla las actividades para promover y mantener una sexualidad sana, basada



en conductas y estilos de vida saludables y procesos educativos que posibiliten un desarrollo biológico, psicológico y socio cultural adecuado, asegurando el ejercicio de los derechos reproductivos en pro de mejores niveles de salud y de vida.

También es una estrategia fundamental en la promoción de la responsabilidad social que favorezca la equidad y la igualdad entre los hombres y mujeres de zonas urbanas y rurales, respetando las diferencias étnicas, culturales y de desarrollo.

Especial atención se brinda a las diferentes etapas del ciclo de vida de las mujeres y sus necesidades específicas en relación con la demanda y previsión de servicios con calidad, para la atención de la salud materna, la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, mejoramiento de la planificación familiar, nutrición y extensión de los servicios a grupos específicos de la población.

6.2.3. Sexualidad.

La Salud Sexual se refiere a la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, no incluye como elemento indispensable la procreación, es una oportunidad para desarrollar los valores como el amor, comunicación, responsabilidad, respeto y equidad de género.

La ausencia de un **programa de educación sexual en el sector educativo formal y sector salud** que tome en cuenta la diversidad cultural y establezca normas definidas para la atención de la salud sexual en los servicios de salud, contribuye para que en los trabajadores de la salud y los educadores prevalezca la influencia de valores y actitudes sesgadas por conceptos derivados de juicios morales y religiosos, los mitos y los tabúes que se traduce en un abordaje inadecuado en los servicios de salud y educativos.

Los servicios de salud tradicionalmente han estado orientados hacia las actividades reproductivas, con un enfoque esencialmente materno infantil, en el que el interés primordial



es el del niño. En este enfoque, se confunde las nociones de sexo (biológico), género (social) y sexualidad (comportamiento).

Al reducir la salud sexual de las personas a lo reproductivo, los servicios de salud no reconocen más actividad sexual que la ligada a la reproducción, obviando que, a diferencia de la actividad reproductiva, la sexualidad comienza con el nacimiento y muere con el individuo. Esto ha fomentado mitos y tabúes que asumen que la sexualidad se expresa únicamente a través de la relación sexual y la ejerce solo el adulto joven.

La falta de un abordaje que incorpore la sexualidad afecta la comprensión de los trabajadores de salud de las implicaciones que tiene para la salud sexual: la multiculturalidad de nuestro país, las necesidades de la población de acuerdo a su edad (principalmente adolescentes y tercera edad), las necesidades particulares de las personas con capacidades especiales, bisexualidad masculina y la atención a usuaria/os homosexuales.

Disfrutar la sexualidad es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad, a la justicia social, a la salud, a la educación, al trabajo. La educación sexual que se brinda en las escuelas públicas es deficiente y centrada en la actividad biológica reproductiva de los órganos sexuales. No reconoce la influencia cultural e histórica en la diferenciación social de hombres y mujeres y la construcción del género.

El enfoque de género y de derecho en la salud sexual y reproductiva.

El enfoque de género y de derecho en la salud sexual y reproductiva apunta a visualizar elementos que determinan las creencias, actitudes y prácticas que tienen mujeres y hombres hacia su cuerpo, el disfrute de su salud y las relaciones con otras personas y ayuda a revertir los efectos negativos de los roles y estereotipos asignados socialmente por razones de

género, integrando las diferentes perspectivas, necesidades y prioridades de hombres y mujeres, a los programas gubernamentales y en el sector salud.



Este enfoque afirma que para lograr que las mujeres y los hombres gocen del más alto estándar de salud sexual y reproductiva se requiere que el estado respete, proteja y garantice los derechos sexuales y reproductivos, por lo que sitúa a la salud y el bienestar de las personas como punto central en el diseño de políticas y programas.

Los **derechos sexuales y reproductivos** son parte integrante de los derechos humanos fundamentales y han sido reconocidos por el Estado de Nicaragua en leyes nacionales, políticas y planes públicos, decretos y normativas ministeriales. También en tratados y convenios internacionales de derechos humanos suscritos por el país.

Los derechos sexuales y reproductivos incluyen los derechos de las personas y de las parejas a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva: incluyendo el número de hijos e hijas, cuando y con qué frecuencia tenerlos y el tener información, educación y medios para lograrlo; tomar decisiones sobre la reproducción y vida sexual libre de discriminación, coacción y violencia y exigir igualdad, consentimiento pleno, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

El derecho de la mujer a una vida sexual satisfactoria libre de violencia y de riesgo de adquirir enfermedad o embarazo no deseado está limitado por la violencia de género, así como, por la falta de conocimientos y de autonomía para acceder a preservativos y para decidir libremente sobre el uso de métodos adecuados de planificación familiar.

El derecho a decidir libremente sobre la fecundidad está limitado por las tasas de insatisfacción de la demanda de métodos de planificación familiar, sobre todo a nivel rural, las dificultades al acceso de anticonceptivos de las adolescentes y la falta de consejería adecuada para retrasar el inicio de las relaciones sexuales. Por otra parte, la infertilidad de

la mujer no es abordada adecuadamente por los servicios públicos, los que además carecen de recursos para el diagnóstico y el tratamiento.



El derecho a una maternidad sin riesgos de enfermedad y muerte está limitado por la baja cobertura y calidad de la atención prenatal, las deficiencias en la atención del parto, las limitaciones para la participación de la pareja, y la falta de una atención adecuada a las pacientes con complicaciones derivadas del embarazo y del parto y las limitaciones en el seguimiento del post-parto.

Las instituciones de salud no ofertan servicios de atención al hombre en su ámbito sexual y reproductivo, ni tienen condiciones para promover su participación en el proceso de atención de su pareja. La participación del hombre en los eventos de atención de su pareja y su familia, con énfasis en la atención prenatal, post natal y la decisión compartida sobre el método de planificación a utilizar, requiere de acciones organizativas y de la revisión de normativas existentes en los servicios de salud y también el ejercicio profesional del personal de salud hacia el nuevo enfoque de atención basada en los derechos.

Las particularidades culturales de los grupos indígenas y étnicos en el territorio no se respetan en las normas y protocolos de atención de los servicios de salud, así mismo se carece de estudios epidemiológicos del comportamiento de los problemas de salud en estos grupos sociales.

Las mujeres y los hombres con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad (lesbianas, mujeres y hombres bisexuales, homosexuales) en general consultan menos los servicios de salud por la incomodidad que representa revelar sus preferencias sexo-afectivas y la discriminación que puede ser objeto.

6.2.4. Planificación familiar

La planificación familiar es un componente importante de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en consecuencia, el uso de los métodos anticonceptivos es un indicador que permite conocer el nivel de utilización de estos servicios por parte de la población. El uso de los métodos anticonceptivos, aunado a ciertas características socio demográficas de la población, influye en el comportamiento de la fecundidad, en la



prevención del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil y en el incremento de la sobrevivencia materna, infantil y en la niñez. (MINSA-INIDE, 2008).

Programas de planificación familiar

Las actividades sobre planificación familiar en Nicaragua se inician a finales de 1967 en aspectos de información y orientación y es a partir de marzo de 1968 que el Ministerio de Salud, junto a las Clínicas Moravas (Costa Atlántica), inicia los servicios clínicos, mientras que la Asociación Demográfica Nicaragüense inicia actividades de planificación familiar en 1970.

A inicios de 1972 la Organización Panamericana de Salud (OPS) celebró un convenio con el Ministerio de Salud para la implementación de un Programa de Planificación Intra hospitalario, en el cual la OPS se comprometía a ofrecer asistencia técnica y financiera para el establecimiento de un Sistema de Información.

Desde la década de los noventa los programas de Planificación Familiar figuran dentro de la Política Social y la Política de Salud del Gobierno con un nuevo enfoque, como una forma de garantizar tanto la salud de las mujeres como la de la niñez. Dentro de la Política Nacional de Salud se menciona como prioridad la promoción de las acciones tendientes a mejorar la salud de la mujer desde un enfoque de género, aumentando la cobertura de las opciones anticonceptivas de planificación familiar, bajo el respeto de la libertad individual y de pareja.

Para garantizar esto, el MINSA pretende fortalecer todas aquellas acciones que permitan mejorar la calidad y cobertura de los programas de salud reproductiva, planificación familiar y educación sexual bajo el modelo de atención integral a la mujer y la niñez.

Desde 1970 bajo el nombre de Asociación Demográfica Nicaragüense, PROFAMILIA ha desarrollado actividades de planificación familiar, es una entidad privada que ofrece alternativas modernas de planificación, ahora con un perfil más amplio de salud reproductiva que brinda servicios en 11 departamentos del país con 14 clínicas, más 2 en Managua.



PROFAMILIA abrió sus primeras clínicas en Managua en 1973, en los sectores más populares de la capital, las que estuvieron bajo su administración durante dos años pasando 5 de ellas a ser controladas por el MINSA.

A partir de 1992 PROFAMILIA comienza a expandirse a otros departamentos del país a través de financiamiento de USAID. Las clínicas, ubicadas en las cabeceras departamentales, están dotadas de personal médico y profesionales de distintas disciplinas, voluntarios, promotores y distribuidores, así como de instrumental quirúrgico y laboratorios.

Entre los programas y servicios que ofrece PROFAMILIA se encuentra el Servicio Clínico que presta atención primaria en salud y salud reproductiva, tales como consulta general, consulta ginecológica, controles pre y post natal, pediatría, atención al hombre, servicio de laboratorio, ultrasonido, PAP y colposcopia.

El Centro de Mujeres IXCHEN es una organización civil sin fines de lucro que trabaja desde 1989 en salud sexual y reproductiva como necesidad inherente al bienestar psicosocial de la mujer, para que ésta pueda desarrollar su capacidad de participación en la sociedad en igualdad de condiciones que el hombre.

La misión del programa IXCHEN es contribuir a mejorarla calidad de vida de la mujer nicaragüense, especialmente la de bajos ingresos, potenciándola en todos sus valores como humana, prevaleciendo en éstos el disfrute de una plena y sana sexualidad, para su

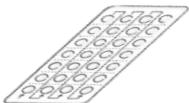
participación en la sociedad de igual a igual. Cuenta con cuatro clínicas en Managua y una en cada ciudad: Masaya, Granada, León, Estelí, Matagalpa y Bluefields.

En la siguiente tabla se darán a conocer los distintos métodos de anticoncepción (Modernos y tradicionales) desde su definición, eficacia, ventajas y desventajas, sus normas de utilización y cuales protegen contra las ITS. Ver tabla 1 y 2

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



Tabla 1. Métodos Anticonceptivos Modernos.

Métodos Modernos	Método anticonceptivo	Eficacia con el uso típico	Pros	Contras	ITS	Régimen
	La Píldora (Método Hormonal). La píldora es una pequeña tableta que contiene hormonas y que las mujeres deben tomar todos los días a la misma hora.		- Ampliamente efectivo. - Ampliamente disponible. - Fácil de usar	 Se debe tomar todos los días	 No protege contra ITS	
	Condón Masculino (Método de Barrera). Funda de goma o látex que cubre el pene durante el coito.		- Protege contra ITS. - Bajo costo. - Fácil de usar	 Interrumpe el sexo	 Protege contra ITS	
	Implante Anticonceptivo (Método Hormonal). Pequeños bastoncillos de silicona que liberan hormona y que un profesional médico coloca bajo la piel.		- Altamente Efectivo. - Reversible de larga duración. - Fácil de ocultar	 Al inicio puede producir cambios en el periodo de sangrado	 No protege contra ITS	
	Inyección Anticonceptiva. (Método Hormonal). Inyección de hormonas que un profesional médico aplica en el musculo o bajo la piel		Altamente Efectivo. - Ampliamente disponible. - Fácil de ocultar	 Al inicio puede producir cambios en los patrones de sangrado	 No protege contra ITS	
	Dispositivo Intrauterino-DIU (Método Intrauterino). Dispositivo en forma de T que contiene cobre y que un profesional médico coloca dentro del útero.		- Altamente Efectivo. - Reversible de larga duración. - Fácil de ocultar	 Puede producir sangrados mas abundantes o colicos	 No protege contra ITS	

Fuente. (YOUR-LIFE.COM, s.f.)

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



	Condón Femenino (Método de Barrera). Funda de goma o látex que cubre la vagina durante el coito		- Protege contra ITS. -Sin Hormonas. -Bajo costo.	 Interrumpe el sexo y es poco confiable.	 Protege contra ITS.	
	Esterilización (Método Permanente). La esterilización es el procedimiento que, mediante cirugía o procedimientos mínimamente invasivos, quita por completo la capacidad del cuerpo de		-Altamente Efectivo. -Sin Hormonas. -Permanente.	 No Reversible	 No protege contra ITS	
	PPMS (Método Hormonal). Una 2ª oportunidad de prevenir el embarazo si otro método anticonceptivo ha fallado.		-Efectivo si se usan como se debe. -Tratamiento de emergencia. -Ampliamente disponible	 Dosis muy altas de hormonas, no puede reemplazar a los anticonc. regulares	 No protege contra ITS	
Métodos Modernos	Método anticonceptivo (VAGINALES)	Eficacia con el uso típico	Pros	Contras	ITS	Régimen
	Anillo anticonceptivo (Método Hormonal). Anillo de plástico flexible que libera hormonas y que la usuaria se coloca en la		-Altamente Efectivo. -Ampliamente disponible. Fácil de usar	 Puede causar molestias o irritación vaginal	 No protege contra ITS	
	Parche Anticonceptivo (Método Hormonal). Pequeño parche adherible que la mujer se coloca y que libera hormonas a través de		-Altamente Efectivo. -Ampliamente disponible. -Fácil de usar	 Es visible y se puede despegar o caer	 No protege contra ITS	

Fuente. (YOUR-LIFE.COM, s.f.)

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”

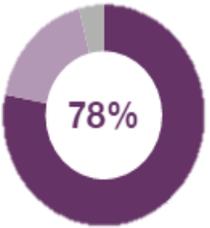


	<p>Diafragma (Método de Barrera). Pequeño domo que la mujer coloca sobre la entrada de la matriz para impedir la entrada de los espermatozoides.</p>	<p>88%</p>	<p>-Bajo consto. -Sin Hormonas. Ampliamente disponible.</p>	<p>Interrumpe el sexo</p>	<p>No protege contra ITS</p>	<p>Máx. 24H</p>
	<p>Capuchón Cervical (Método de Barrera). Pequeño capuchón que la mujer coloca sobre la entrada de la matriz para impedir la entrada de los espermatozoides.</p>	<p>84%</p>	<p>-Bajo consto. -Sin Hormonas. Ampliamente disponible.</p>	<p>Interrumpe el sexo</p>	<p>No protege contra ITS</p>	<p>Máx. 48H</p>
	<p>Esponja. (Método de Barrera). La esponja bloquea la entrada al cérvix y libera espermicida, ambos impiden que los espermatozoides entren a la matriz y fertilicen al óvulo.</p>	<p>76%</p>	<p>-Bajo consto. -Sin Hormonas.</p>	<p>Interrumpe el sexo y es poco confiable.</p>	<p>No protege contra ITS</p>	<p>Máx. 24H</p>
	<p>Espermicidas (Método Químico). Toda crema, espuma, gel u otro líquido que impide que los espermatozoides se muevan libremente.</p>	<p>72%</p>	<p>-Bajo consto. -Sin Hormonas. Ampliamente disponible.</p>	<p>Interrumpe el sexo y es poco confiable.</p>	<p>No protege contra ITS</p>	<p>CADA VEZ</p>

Fuente. (YOUR-LIFE.COM, s.f.)



Tabla 2. Métodos Anticonceptivos Tradicionales.

Métodos Tradicionales	Método anticonceptivo	Eficacia con el uso típico	Pros	Contras	ITS	Régimen
	Método del Retiro (Otro Método). Cuando el pene se saca de la vagina antes de la eyaculación.		-Ningún costo -Espontáneo	 Poco confiable	 No protege contra ITS	
	Abstinencia Periódica. (Otros Métodos) Tener sexo durante los días menos fértiles de tu ciclo menstrual.		-Poco o ningún costo, -Sin hormonas.	 Poco confiable	 No protege contra ITS	
	Amenorrea por Lactancia. (Otros Métodos). Método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar.		-Ningún costo -Sin hormonas.	 Poco confiable	 No protege contra ITS	

Fuente. (YOUR-LIFE.COM, s.f.)



6.2.5. Salud de la mujer

La Salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, derecho que se encuentra establecido en el artículo 25 de la Declaración Internacional de Derechos Humanos, en el Artículo 59 de la Constitución Política del país se consigna que “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud y que el Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación”.

La salud de la mujer y la niñez es una de las prioridades del Sistema Salud, por lo que el mejoramiento de la salud materna reviste de especial atención principalmente las tendencias a la atención del embarazo y el parto por personal calificado. El objetivo de desarrollo número 5 de la Cumbre del Milenio persigue también el mejoramiento de la salud materna y su meta al año 2015 es reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna observada en el año 1990.

Desde la perspectiva de compromiso de país el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional asume dentro de sus prioridades los objetivos y metas del Milenio como el horizonte de la estrategia de reducción de la pobreza, pero de una manera más intensiva, más directa, y con mayor compromiso de parte del pueblo nicaragüense.

La revisión de los indicadores para ajustarlos a su verdadera dimensión, la inclusión de nuevos indicadores para fortalecer la evaluación de las metas, y el compromiso político expresado en el programa con el FMI, son elementos que fortalecerán los esfuerzos para alcanzar las metas del milenio que demandan sustanciales avances. (MINSALUD-INIDE, 2008).



6.2.6. Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA

La importancia de las **ITS para la Salud Pública** está siendo percibida con mayor claridad, especialmente por la carga de morbilidad y mortalidad que representan, incluyendo complicaciones frecuentes y secuelas como infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical, pérdidas fetales, sífilis congénita, bajo peso al nacer, prematurez y oftalmía neonatal.

Por otro lado, la relación entre las ITS y la infección por el VIH está suficientemente documentada. La mayoría de los factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas o condicionan comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión de las ITS más comunes, son los mismos que se relacionan con la transmisión sexual del VIH, mientras que la presencia de cualquiera de dichas ITS incrementa significativamente el riesgo de infección por el VIH.

Según la ENDESA 2001, la mitad de las mujeres declararon no reconocer las ITS. Sólo tres de cada diez pudieron mencionar algún síntoma en hombres ó en mujeres. Es decir que siete de cada diez mujeres entre 15 y 49 años no reconocieron los síntomas de ITS en sus parejas y en ellas mismas.

De acuerdo a los datos disponibles, Nicaragua es el país de Latinoamérica con mayor prevalencia de virus del Papiloma Humano, que condiciona la mayor aparición del cáncer cérvico - uterino y la transmisión del virus de inmuno deficiencia adquirida. Los SILAIS que más reportan casos de ITS son aquellos que están más afectados por el VIH. Las ITS de mayor notificación (año 2005) son: Gonorrea 1,606 casos; Condilomatosis 949 casos; Sífilis Adquirida 757 casos; y Chancro Blando 178 casos. Al igual que con el VIH las personas más afectadas tienen edades comprendidas entre 19 y 39 años.

El mayor número de casos de ITS se reportan en mujeres, los hombres generalmente no acuden a las unidades de salud resolviendo su problema en otras instancias como farmacias y médicos privados. Estos casos no son controlados ni registrados por la institución.



El primer caso de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Nicaragua fue notificado en 1987, y desde esa fecha se ha observado un aumento constante y progresivo de casos, particularmente desde el año 2003.

La Comisión Nicaragüense de Lucha Contra el SIDA (CONISIDA) estima que hay un total acumulado de 7,300 personas viviendo con el VIH en Nicaragua. En 1998, la tasa de VIH/SIDA en hombres era mucho mayor que en mujeres, con una relación de siete hombres infectados por cada mujer, pero en el 2006 esa relación se ha reducido de dos a una. La relación sexual desprotegida es la vía de transmisión más frecuente del VIH en Nicaragua, con el 72 por ciento de tipo heterosexual y el 26 por ciento de tipo homosexual. (MINSA-INIDE, 2008).

6.2.7. *Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)*

Se estima que existen más de 20 infecciones distintas que se transmiten por contacto sexual. Las ITS constituyen un problema en sí, pero también facilitan la transmisión del VIH, debido a que producen heridas (úlceras) en los órganos reproductivos que facilitan el paso del virus. Si una persona tiene una ITS ulcerativa y se somete a tratamiento adecuado, sus probabilidades de transmitir el virus o de infectarse con él se reducen considerablemente. Cabe mencionar que las ITS no ulcerativas también operan como cofactores de infección para el VIH, razón por la cual es recomendable ofrecer la prueba de VIH cuando se diagnostica una ITS. (MINSA-INIDE, 2008).

ITS y SIDA: ¿Una cuestión de sexualidad y Salud Reproductiva?

El vínculo entre sexualidad y salud reproductiva se hizo evidente con la epidemia del SIDA. La principal forma de transmisión de la enfermedad ocurre a través de relaciones sexuales y por la contaminación por el uso compartido de agujas y jeringuillas. El SIDA ha crecido en todo el mundo entre los jóvenes. En Brasil, en el rango de edad de los 15 a los 24 años, población adulta joven, para cada hombre infectado con el virus, existe una mujer, es decir, la proporción entre hombres jóvenes y mujeres jóvenes, afectados por el virus del SIDA en Brasil es de 1:1. En este grupo de edad, adolescentes y jóvenes hombres contraen el virus a



través del uso compartido de agujas y jeringuillas; entre las adolescentes mujeres la transmisión es mayoritariamente sexual. (Sexualidad, s.f.).

De acuerdo con datos de ONUSIDA, hasta febrero del 2000, en América Latina y el Caribe, fueron registrados 303.136 casos de SIDA, 13,8% de los casos informados a escala mundial. De este total, la incidencia de la infección por el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres, en las grandes ciudades de la región, está entre un 5% y un 20%. De acuerdo con algunos autores, la mayoría de los jóvenes entre 15 y 20 años tienen relaciones sexuales. Las ITS incluyendo el VIH, son más comunes entre jóvenes de 15 a 24 años. Se estima que alrededor del 50% de todas las infecciones por VIH desarrolladas en el mundo, ocurren entre personas con menos de 25 años. Los hombres jóvenes corren un riesgo mayor de contraer la infección que los hombres adultos: de cada cuatro personas con VIH, uno es siempre un joven con menos de 25 años. (Sexualidad, s.f.).

6.2.8. Comportamiento reproductivo de los hombres

El comportamiento reproductivo masculino es un tema muy actual, en el que un componente central es el proceso de toma de decisiones en las relaciones sexuales, lo que está muy interrelacionado con la adopción de anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH. Como imprescindible para mejorar, así como para disminuir el riesgo o el daño en la salud reproductiva, tanto de hombres como de mujeres. (MINSALUD-INIDE, 2008).

La salud reproductiva como conjunción de los efectos sobre la salud del fenómeno reproductivo constituye todo un reto para los hombres. Desde antes de que se constituyera este campo especializado el vínculo de los hombres con la salud y con la reproducción en sí ya era una relación compleja y conflictiva. Para muchos hombres la salud y la reproducción son ajenas ya que se representan como parte del mundo de lo femenino tanto porque la reproducción ocurre en los cuerpos femeninos como porque el cuidado de la salud se ha visto como algo del mundo de las mujeres. Esto no siempre ha sido así tanto históricamente como a través de todas las culturas. (Benno de Keijzer/ Salud y Género, 2001)



6.3. Métodos estadísticos descriptivos e inferenciales.

Para comparar los indicadores sociodemográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses lo analizaremos a través de métodos estadísticos descriptivos (tablas de frecuencias y gráficos) e inferenciales (intervalos de confianza y pruebas de hipótesis).

6.3.1. Estadística descriptiva.

Tablas de frecuencias

Por lo general, cuando se exponen los resultados de una encuesta en un medio de comunicación, lo habitual es utilizar otro tipo de frecuencias relativas: los porcentajes. El principio que rige la utilización de los porcentajes es el mismo que para las proporciones: utilizar un referente fijo de tal forma que no sea necesario contar con el número total de datos para interpretar una frecuencia. La diferencia entre los porcentajes y las proporciones es que los primeros utilizan el referente 100, mientras que las proporciones utilizan el 1.

Gráficas

Un gráfico estadístico es una representación visual de una serie de datos estadísticos. Es una herramienta muy eficaz, ya que un buen gráfico:

- Capta la atención del lector;
- presenta la información de forma sencilla, clara y precisa;
- No induce a error;
- Facilita la comparación de datos y destaca las tendencias y las diferencias;
- Ilustra el mensaje, tema o trama del texto al que acompaña.

Gráficas de barras.

Un gráfico de barras es una representación gráfica en un eje cartesiano de las frecuencias de una variable cualitativa o discreta.

En uno de los ejes se posicionan las distintas categorías o modalidades de la variable.



La orientación del gráfico puede ser:

- Vertical: las distintas categorías están situadas en el eje horizontal y las barras de frecuencias crecen verticalmente.
- Horizontal: las categorías se sitúan en el eje vertical y las barras crecen horizontalmente. Suelen usarse cuando hay muchas categorías o sus nombres son demasiado largos.

Tipos de gráficos de barras:

- Sencillo: Contiene una única serie de datos.
- Agrupado: Contiene varias series de datos y cada una se representa por un tipo de barra de un mismo color o textura.
- Apilado: Contiene varias series de datos. La barra se divide en segmentos de diferentes colores o texturas y cada uno de ellos representa una serie.

Gráfico de sectores

Un gráfico de sectores es una representación circular de las frecuencias relativas de una variable cualitativa o discreta que permite, de una manera sencilla y rápida, su comparación.

El círculo representa la totalidad que se quiere observar y cada porción, llamadas sectores, representan la proporción de cada categoría de la variable respecto el total. Suele expresarse en porcentajes.

Pirámide poblacional

Es un doble histograma de frecuencias dispuestos horizontalmente sobre el eje de las abscisas y en el eje de las ordenadas se disponen los grupos de edad (generalmente quinquenios), las edades más bajas se encuentran más cercanas a la base y las edades avanzadas hacia la cúspide. Tradicionalmente a la izquierda se ubica la información de los hombres y a la derecha la de las mujeres. La información que se dispone en la pirámide poblacional puede estar en números absolutos: número de personas, número de nacimientos, etcétera; o en



frecuencias relativas: porcentaje de personas en cada quinquenio con respecto a la población total, ofreciendo la posibilidad de comparar poblaciones diferentes.

6.3.2. Estadística inferencial.

En estadística la inferencia es inductiva porque se proyecta de lo específico (muestra) hacia lo general (poblacional). (Canavos).

Los problemas estadísticos se caracterizan por los siguientes cuatro elementos:

1. La población de interés y el procedimiento científico que se empleó para muestrear la población.
2. La muestra y el análisis matemático de su información.
3. Las inferencias estadísticas que resulten del análisis de la muestra.
4. La probabilidad de que las inferencias sean correctas.

Pruebas de hipótesis estadística.

Una prueba de hipótesis estadística es una afirmación con respecto a alguna característica desconocida de una población de interés. La esencia de probar una hipótesis estadística es el decidir si la afirmación se encuentra apoyada por la evidencia experimental que se obtiene a través de una muestra aleatoria. (Canavos).

Hipótesis nula y alternativa

La estructura de la prueba de hipótesis se formulará con el uso del término **hipótesis nula**. Este se refiere a cualquier hipótesis que deseamos probar y se denota como H_0 . El rechazo de H_0 conduce a la aceptación de una **hipótesis alternativa**, que se denota por H_1 . Una hipótesis nula con respecto a un parámetro poblacional siempre se establecerá de modo que especifique un valor exacto del parámetro, mientras que la hipótesis alternativa permite la posibilidad de varios valores. (Walpole)

El rechazo de la hipótesis nula cuando es verdad se llama **error tipo I**.

La aceptación de la hipótesis nula cuando es falsa se llama **error tipo II**.



La probabilidad de cometer un error tipo I, también llamada **nivel de significancia**, se denota con la letra griega α .

La probabilidad de cometer un error tipo II, que se denota por β .

Uso de valores P para la toma de decisiones.

Un valor P es el nivel (de significancia) más bajo en el que el valor observado de la estadística de prueba es significativo.

Por generaciones enteras de análisis estadísticos, se ha hecho costumbre elegir una α de 0.05 o 0.01 y seleccionar la región crítica en consecuencia. Entonces por supuesto, el rechazo o no rechazo de H_0 dependerá de esa región crítica.

Procedimientos para la prueba de hipótesis.

1. Establecer la hipótesis nula H_0
2. elegir una hipótesis alternativa apropiada H_1 a partir de una de las alternativas.
3. Elegir un nivel de significancia de tamaño α .
4. Seleccionar la estadística de prueba apropiada y establecer la región crítica (si la decisión se basa en un valor P, no es necesario establecer la región crítica).
5. Calcular el valor de la estadística de prueba a partir de los datos de la muestra.
6. Decisión; rechazar H_0 si la estadística de prueba tiene un valor en la región crítica (o si el valor P calculado es menor o igual que el nivel de significancia α que se desea); en cualquier otro caso no se rechaza H_0



Prueba de hipótesis para una diferencia de proporciones.

Sea x_1, x_2, \dots, x_{n1} una muestra aleatoria extraída de una población Bernoulli. Sea X la variable Binomial definida como el número de éxitos en esta muestra.

Sea y_1, y_2, \dots, y_{n2} una muestra aleatoria extraída de una población Bernoulli. Sea Y la variable Binomial definida como el número de éxitos en esta muestra.

Las proporciones muestrales

$$\hat{P}_1 = X/n_1 ; \hat{P}_2 = Y/n_2$$

Son estimadores de máxima verosimilitud de p_1 y p_2 , respectivamente. Las varianzas de los estimadores están dadas por

$$Var(\hat{P}_1) = Var(X/n_1) = p_1(1 - p_1)/n_1$$

$$Var(\hat{P}_2) = Var(Y/n_2) = p_2(1 - p_2)/n_2$$

Supóngase que se desea probar la hipótesis nula

$$H_0: p_1 - p_2 = 0$$

Contra una de las siguientes alternativas:

$$H_1: p_1 - p_2 \neq 0 \quad H_1: p_1 - p_2 > 0 \quad H_1: p_1 - p_2 < 0.$$

En la siguiente tabla se proporciona un resumen de la información pertinente para este caso. Ver Tabla 3.



Tabla 3. Criterios de rechazo para la prueba de la hipótesis con respecto a las proporciones de dos distribuciones binomiales e independientes, $n \geq 30$.

<i>Hipótesis nula</i>	<i>Valor de la estadística de prueba bajo H_0</i>
$H_0: p_1 - p_2 = 0$	$z = \frac{(\hat{P}_1 - \hat{P}_2) - (p_1 - p_2)}{\sqrt{\frac{\hat{P}_1(1-\hat{P}_1)}{n_1} + \frac{\hat{P}_2(1-\hat{P}_2)}{n_2}}}$
<i>Hipótesis alternativa</i>	<i>Criterios de rechazo</i>
$H_1: p_1 - p_2 \neq 0$	Rechazar H_0 cuando $z \leq z_{\alpha/2}$ O cuando $z \geq z_{1-\alpha/2}$
$H_1: p_1 - p_2 > 0$	Rechazar H_0 cuando $z \geq z_{1-\alpha/2}$
$H_1: p_1 - p_2 < 0$	Rechazar H_0 cuando $z \leq z_{1-\alpha/2}$

Fuente: Probabilidad y estadísticas, aplicaciones y métodos de George Canavos.

Intervalo de confianza para diferencia de proporciones, $n \geq 30$.

Supóngase que se desea construir un intervalo de confianza muestral para la diferencia entre p_1 y p_2 . La estadística de interés es la diferencia entre las dos proporciones muestrales. Ya que

$$E(\hat{P}_1) = p_1 \quad ; \quad E(\hat{P}_2) = p_2$$

Entonces

$$E(\hat{P}_1 - \hat{P}_2) = p_1 - p_2$$

Y

$$\begin{aligned} \text{Var}(\hat{P}_1 - \hat{P}_2) &= \text{Var}(\hat{P}_1) + \text{Var}(\hat{P}_2) \\ &= \frac{p_1(1-p_1)}{n_1-1} + \frac{p_2(1-p_2)}{n_2-1} \end{aligned}$$

Para valores grandes de n_1 y n_2 , la distribución de la estadística $\hat{P}_1 - \hat{P}_2$ es aproximadamente normal con media y varianza dadas anteriormente, respectivamente. En otras palabras, la distribución de

$$Z = \frac{(\hat{P}_1 - \hat{P}_2) - (p_1 - p_2)}{\sqrt{\frac{\hat{P}_1(1-\hat{P}_1)}{n_1-1} + \frac{\hat{P}_2(1-\hat{P}_2)}{n_2-1}}}$$



Es aproximadamente $N(0,1)$ n_1 y n_2 . En donde el denominador proporciona u estimador de la desviación estándar de la estadística $\hat{P}_1 - \hat{P}_2$, ya que se han reemplazado las proporciones muestrales p_1 y p_2 . Por lo tanto, se sigue que para n_1 y n_2 grandes, la probabilidad del intervalo aleatorio es aproximadamente $1-\alpha$ y un intervalo de confianza aproximado del $100(1-\alpha)\%$ para $p_1 - p_2$ es:

$$(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) \pm Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{\hat{p}_1(1 - \hat{p}_1)}{n_1 - 1} + \frac{\hat{p}_2(1 - \hat{p}_2)}{n_2 - 1}}$$

En donde $\hat{p}_1 = x/n_1$ y $\hat{p}_2 = x/n_2$ son los estimados de máxima verosimilitud de p_1 y p_2 respectivamente.



VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación que se realizó es correlacional porque permite medir e interrelacionar múltiples variables simultáneamente en situaciones de observación natural, es decir, observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos y es retrospectivo de corte transversal ya que la investigación apunta a datos ya existentes para traerlos al presente.

7.2. Universo y unidad de análisis.

En la Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud (ENDESA) 2011/2012 que realizó el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) se recolectaron datos estadísticos de:

- Mujeres seleccionadas en edad fértil (15-49 años de edad) en cada hogar de la muestra.
- Hombres seleccionados en edad fértil de 15-59 años en un tercio de los hogares de la muestra.

El universo de estudio estuvo constituido por la población residente en hogares particulares de las zonas urbanas y rurales del país. La muestra es probabilística, por conglomerados, estratificada y polietápica. La selección en cada una de las etapas fue estrictamente aleatoria.



7.3. Diseño y cobertura de la muestra.

El diseño de la muestra de la **ENDESA 2011/12**, fue realizado para cumplir con los objetivos de la encuesta, obtener estimaciones de los principales indicadores demográficos y de salud materna e infantil, a nivel nacional, área de residencia (urbana y rural), departamentos y regiones naturales (Pacífico, Centro-Norte y Caribe).

En general el diseño conserva las mismas características de las encuestas anteriores, probabilístico, polietápico, por conglomerado y estratificado por área de residencia urbana y rural. Los segmentos censales son considerados como las unidades primarias de muestreo (UPM's) y los hogares dentro de cada segmento seleccionado son las unidades secundarias.

7.3.1. Marco muestral.

- Se basa en la actualización cartográfica en el año 2004, que fue utilizada para el levantamiento del VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005.

7.4. Tamaño de la muestra.

Esta muestra comprendió 21,960 hogares ubicados en las zonas urbanas y rurales de los 15 departamentos y las 2 regiones autónomas, siendo los dominios de estudio definidos en la investigación, nivel nacional, área de residencia urbana rural, los 15 departamentos y las dos regiones autónomas de la Costa Caribe.

Se realizó una ligera modificación del tamaño de la muestra en algunos departamentos para garantizar la representatividad y proveer estimaciones con indicadores consistentes en los diferentes niveles de subdivisión geográfica. El total de segmentos censales seleccionados para la **ENDESA 2011/12** fue de 732 en todo el país. El objetivo de la muestra es proveer estimaciones y análisis a nivel nacional, regional, área de residencia y departamental.



Los segmentos censales fueron actualizados, con el interés de actualizar las probabilidades de selección de cada segmento censal en la muestra. Así mismo, se llegó a la población investigada en la encuesta, utilizando el material cartográfico (planos y mapas) de los segmentos, donde se identificaron los hogares para las entrevistas.

La selección de la muestra se realizó en tres etapas:

- A.** La primera etapa de selección consistió en tomar al azar los segmentos de cada estrato o departamento, y en las dos regiones autónomas de la Costa Caribe, aplicando sistemáticamente un intervalo de muestreo a partir de un arranque aleatorio, con una probabilidad de selección proporcional al número de viviendas existentes en cada segmento, según la actualización cartográfica pre-censo.
- B.** La segunda etapa de selección consistió en seleccionar 30 viviendas dentro de cada segmento censal en forma aleatoria, con el fin de asegurar que todas las viviendas de cada segmento tuvieran igual probabilidad de ser seleccionadas. Al igual que la ENDESA 2006/07, se utilizó la estrategia de segmentos compactos para la realización de las entrevistas (hogar, mujeres en edad fértil o MEF y hombres o HEF). El procedimiento consistió en tomar de forma aleatoria una vivienda como punto de partida entre la vivienda número 1 y la n ; siendo n el número total de viviendas del segmento; de tal manera que las viviendas incluidas en la muestra son la vivienda de inicio y las consecutivas en el listado, hasta alcanzar las 30 viviendas. Para las entrevistas a hombres en edad fértil (HEF) se seleccionaron 10 viviendas dentro del segmento compacto, definido para las entrevistas de hogar y MEF.
- C.** Finalmente, en la tercera etapa se seleccionó de forma aleatoria solamente a una mujer en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años de edad por cada hogar, empleando una tabla aleatoria “Kish”⁶ de selección, (la intersección entre el número del Cuestionario de Hogar pre-enumerado y el número de mujeres en el hogar, ordenado por edad).

Tanto en el área urbana como en la rural, las viviendas deshabitadas fueron consideradas elegibles para la visita, no así las que estuvieran destruidas o en construcción. Para el propósito de la encuesta se definió como vivienda, aquella edificación o inmueble que tuviera



acceso independiente y, cuando era habitada por una persona o más y que éstas compartieran la misma alimentación, ya sea que las familias fueran nucleares o extensas. Por lo tanto, no fueron enumeradas las edificaciones o inmuebles utilizados exclusivamente para fines productivos, comerciales o para oficina, o las viviendas colectivas como conventos, internados, guarniciones militares y hoteles, entre otros.

7.5. Rendimiento de la muestra.

Mujeres en edad Fértil: De las 21,960 viviendas seleccionadas para la muestra el 94 por ciento estaban ocupadas. El restante seis por ciento incluyó viviendas desocupadas, destruidas, o que cambió de uso y no estaba habitada, incluyendo 181 viviendas (1 por ciento) donde no se logró una entrevista por “otras razones”. De las viviendas ocupadas, 3 por ciento (609 viviendas), no fueron encontrados los moradores o solamente se encontraron menores de edad en la visita inicial y en las revisitas. Hubo rechazo a la entrevista de hogar en 161 viviendas. De las 20,689 viviendas ocupadas fueron realizadas 19,118 entrevistas de hogar, representando una tasa de respuesta de 96 por ciento.

De los hogares entrevistados, el 21 por ciento no había mujeres de 15 a 49 años de edad elegibles para ser entrevistadas, mientras que en el 79 por ciento había una o más mujeres elegibles para la entrevista individual.

De los 16,283 hogares donde había una o más mujeres en edad fértil, 15,266 de las mujeres seleccionadas tuvieron una entrevista completa para una tasa de respuesta de 94 por ciento. La tasa de respuesta combinada (hogares y mujeres) fue del 90 por ciento, una tasa satisfactoria para una encuesta de esta naturaleza.

Hombres en edad Fértil: De los 732 segmentos, con 21,960 hogares a entrevistar, la muestra de hombres conformaba la tercera parte, es decir 7,320 hogares donde deberían realizarse las entrevistas de hombres, de los cuales solo en 5,419 hogares se identificaron hombres elegibles (incluye todas las causales).



De los 5,419 hogares donde había uno o más hombres en edad fértil de 15-59 años de edad, a 4,499 se les realizó entrevista completa, para una tasa de respuesta del 83 por ciento. La tasa de respuesta combinada (hogares y hombres) fue del 90 por ciento.

7.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos

7.6.1. Instrumento de colecta de información

Se utilizaron 2 cuestionarios; el de hogar, contiene preguntas pre-codificadas y contiene cuatro secciones y cuadros de selección para la mujer (15 - 49 años) y el hombre (15 - 59) en edad fértil.

El cuestionario individual para la mujer (15 – 49 años); contiene diez secciones donde se recopila información acerca de las características de la mujer, cantidad de hijos que ha tenido a lo largo de su vida, métodos de planificación familiar, preferencia reproductiva, salud en la niñez, adultas jóvenes, actividad sexual y salud reproductiva, nupcialidad, rol de género y violencia intrafamiliar, ITS, VIH y sida, mediciones antropométricas en la mujer y niño menores de 5 años hijos de la mujer entrevistada.

El cuestionario individual de hombre (15 – 59 años); contiene siete secciones donde se obtiene información acerca de las características del hombre, reproducción, métodos de planificación familiar, nupcialidad, preferencia reproductiva, ITS, VIH y sida, rol de género y violencia intrafamiliar.

7.6.2. Recolección de la información

Levantamiento de datos: El levantamiento de la información se realizó en 12 meses: entre junio y diciembre del 2011 en Managua, Chinandega, León, Rivas y Carazo, y en entre julio y noviembre del 2012 en Masaya, Granada, Nueva Segovia, Madriz, Estelí, Jinotega, Matagalpa, Boaco, Chontales, Río San Juan, RAAS y RAAN.



7.7. Matriz de Operacionalización de Variables (MOVIL).

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				Encuesta	Entrevista	G- Focal	Experimento	Laboratorio	Anal. Doctal
Objetivo Especifico No. 1. Describir las características socio demográficas de los hombres y mujeres de Nicaragua.	Sociodemográficos	Área de Residencia	Es el área de residencia urbano/rural.						
		Cuántos años cumplidos tiene	Es el intervalo transcurrido entre el nacimiento de una persona y el momento particular en que la						
		¿Cuál fue la causa principal por la que usted dejó de estudiar?	Razon o motivos por la cual la persona dejo de estudiar						
		Nivel de educación	Clasificación de los niveles de estudio de la población	✓	✓				
		¿A qué religión pertenece?	Creencia religiosa a la que pertenecen						
		¿Está usted actualmente unido o casado?	Clasifica el estado conyugal						
		Es ud. asegurado por algún sistema de seguridad social como:	Si el encuestado se encuentra asegurado						



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	¿Conoce usted o ha oído hablar de Esterilización Femenina (Operarse)	Conocimientos y uso de los diferentes métodos de anticoncepción	✓	✓				
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Esterilización masculina (Vasectomía)							
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Pastilla o píldora anticonceptiva							



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método	Conocimientos y uso de los diferentes métodos de anticoncepción	✓	✓				
		¿Conoce usted o ha oído hablar de DIU (T de cobre)							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Inyección anticonceptiva							
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Implante (NorPlant)							
Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método									



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	¿Conoce usted o ha oído hablar de Condón o preservativo (Masculino)	Conocimientos y uso de los diferentes métodos de anticoncepción	✓	✓				
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Condón o preservativo (Femenino)							
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Métodos vaginales							
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	¿Conoce usted o ha oído hablar de Método de amenorrea por lactancia (MELA)	Conocimientos y uso de los diferentes métodos de anticoncepción	✓	✓				
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Abstinencia periódica							
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Retiro (Coito interrumpido)							
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método							



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes											
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratori o</u>	<u>Anal. Doctal</u>						
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	¿Conoce usted o ha oído hablar de Anticonceptivo de emergencia (PPMS)	Conocimientos y uso de los diferentes métodos de anticoncepción	✓	✓										
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método													
		¿Conoce usted o ha oído hablar de Otros métodos													
		Ha usado su esposa / compañera o usted alguna vez este método													
		Sífilis (Chancro	Conocimiento de las diferentes infecciones de transmisión sexual (ITS)												
		¿Conoce o ha escuchado hablar de													
		Gonorrea (Purgación)													
		¿Conoce o ha escuchado hablar de													



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	Ladillas o piojos púbicos	Conocimiento de las diferentes infecciones de transmisión sexual (ITS)	✓	✓				
		¿Conoce o ha escuchado hablar de							
		VIH/SIDA							
		¿Conoce o ha escuchado hablar de							
		Virus de papiloma humano (VPH)							
		¿Conoce o ha escuchado hablar de							
		Otro, especifique							
		¿Conoce o ha escuchado hablar de							
¿Que síntomas y signos le pueden hacer pensar a usted que un hombre tiene enfermedad de transmisión sexual?	Conocimiento de los diferentes síntomas de ITS								



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	¿Qué signos le puede hacer pensar a usted que una mujer tiene una enfermedad de transmisión sexual?	Conocimiento de los diferentes síntomas de ITS						
		. ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales usó condón?	Inicio de la vida sexual y formas de prevención.	✓	✓				
		¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?							
		¿Cuál fue el método que usó usted o su pareja en esa primera relación sexual?							
¿Alguna vez ha pagado dinero por tener relaciones sexuales?	Personas que pagan dinero a cambio de tener RS								

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 2. Identificar las características de la Salud Sexual y reproductiva para hombres y mujeres.	Salud Sexual y Reproductiva	¿Cuántos hijas mujeres viven actualmente con usted?	Numero de hijos que viven con sus padres	✓	✓				
		¿Cuántas hijos varones viven actualmente con usted?							
		Total hijos que viven actualmente con usted?							
		Con Cuántas (parejas) ha tenido sus hijos?	Numero de parejas con las que tienen sus hijos						
Objetivo Especifico No. 3. Analizar mediante métodos estadísticos descriptivos e inferenciales la relación de las características socio demográfico, salud sexual y reproductiva.	Metodos Estadísticos	Descriptivos	Resumen y exploración de los datos						
		Inferenciales	Predicciones y toma de decisiones sobre las características de una población en base a la información recogida en una muestra de la población.	✓	✓				



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes					
				<u>Encuesta</u>	<u>Entrevista</u>	<u>G- Focal</u>	<u>Experimento</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Anal. Doctal</u>
Objetivo Especifico No. 4. Evaluar el rol del hombre en la sociedad con respecto a la salud sexual y reproductiva.	Rol del hombre	¿Que significa para usted sexo seguro?	Percepcion que tiene el hombre sobre sexo seguro						
		¿Qué edad tenia usted cuando tuvo su primera relación sexual?	Edad de la primera relacion sexual						
		¿Con cuántas parejas tiene relaciones sexuales?	Numero de parejas con las que tienen sus hijos						
		Alguna vez ha pagado dinero por tener relaciones sexuales?	Si pago dinero por tener RS	✓	✓				
		Le han diagnosticado a usted alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	Deteccion de alguna ITS durando los ultimos 12 meses						
		Le han tenido hijos?	Hijos que le han tenido						



VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

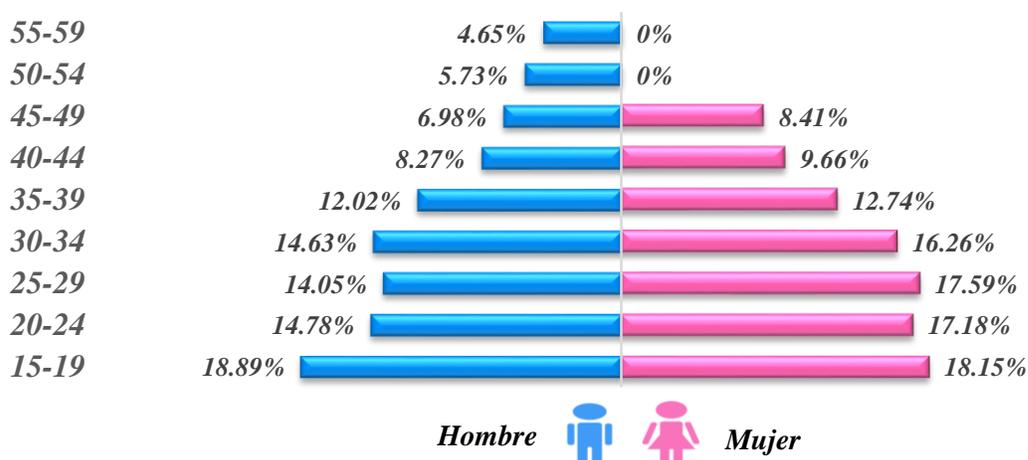
CAPITULO 1.

Describir las características socio demográficas de hombres y mujeres de Nicaragua.

Al conjunto de datos de esta investigación “Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres a través de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”, se realizó un análisis estadístico descriptivo comparando las características principales socio demográficas entre hombres y mujeres para obtener una percepción general de ambos sexos.

A continuación, se presenta un resumen según sexo y grupo de edades mediante gráficos de algunas variables como: área de residencia, estado civil, seguro social, nivel de escolaridad, razón principal por la que dejó de estudiar, entre otras.

Grafico 1 Distribución por grupo de edad en hombres y mujeres en edad fértil. ENDESA 2011/2012.



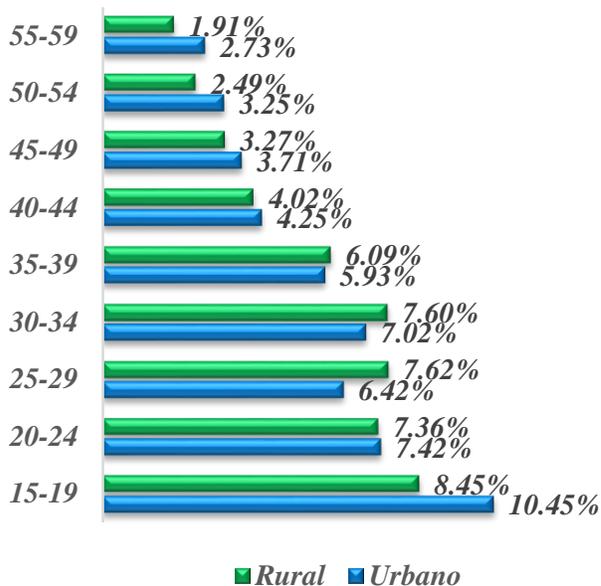
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012

Se puede observar que el grupo de 15-19 años aportan el mayor porcentaje tanto en hombres como en mujeres con 18.89% y 18.15% respectivamente, predominando las mujeres en los grupos de edades de 20 a 34 años con el 51.03%; manteniéndose de forma similar y denotando una reducción en ambos sexos a partir de los grupos de edades de 40-44 años en adelante concluyendo su periodo fértil.

Grafico 2. Área de residencia por hombres en grupos

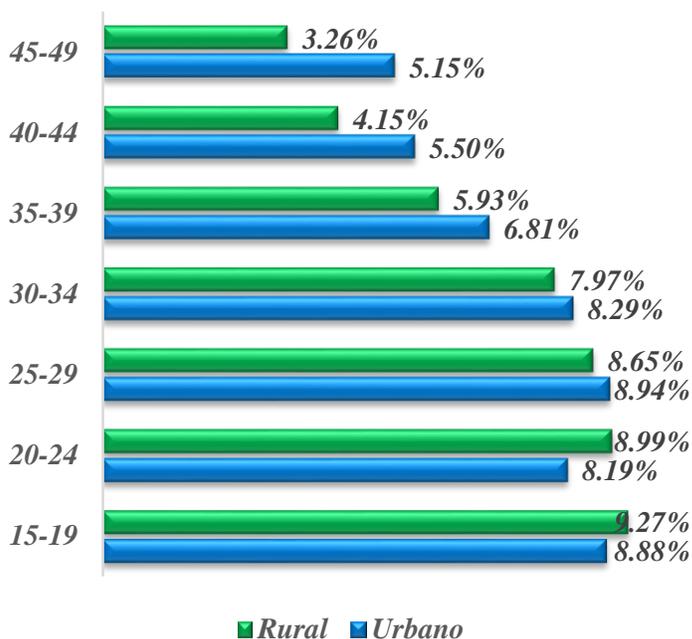


de edades. ENDESA 2011/2012.



Fuente. Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/12

Grafico 3. Área de residencia por mujeres en grupos de edades. ENDESA 2011/2012.

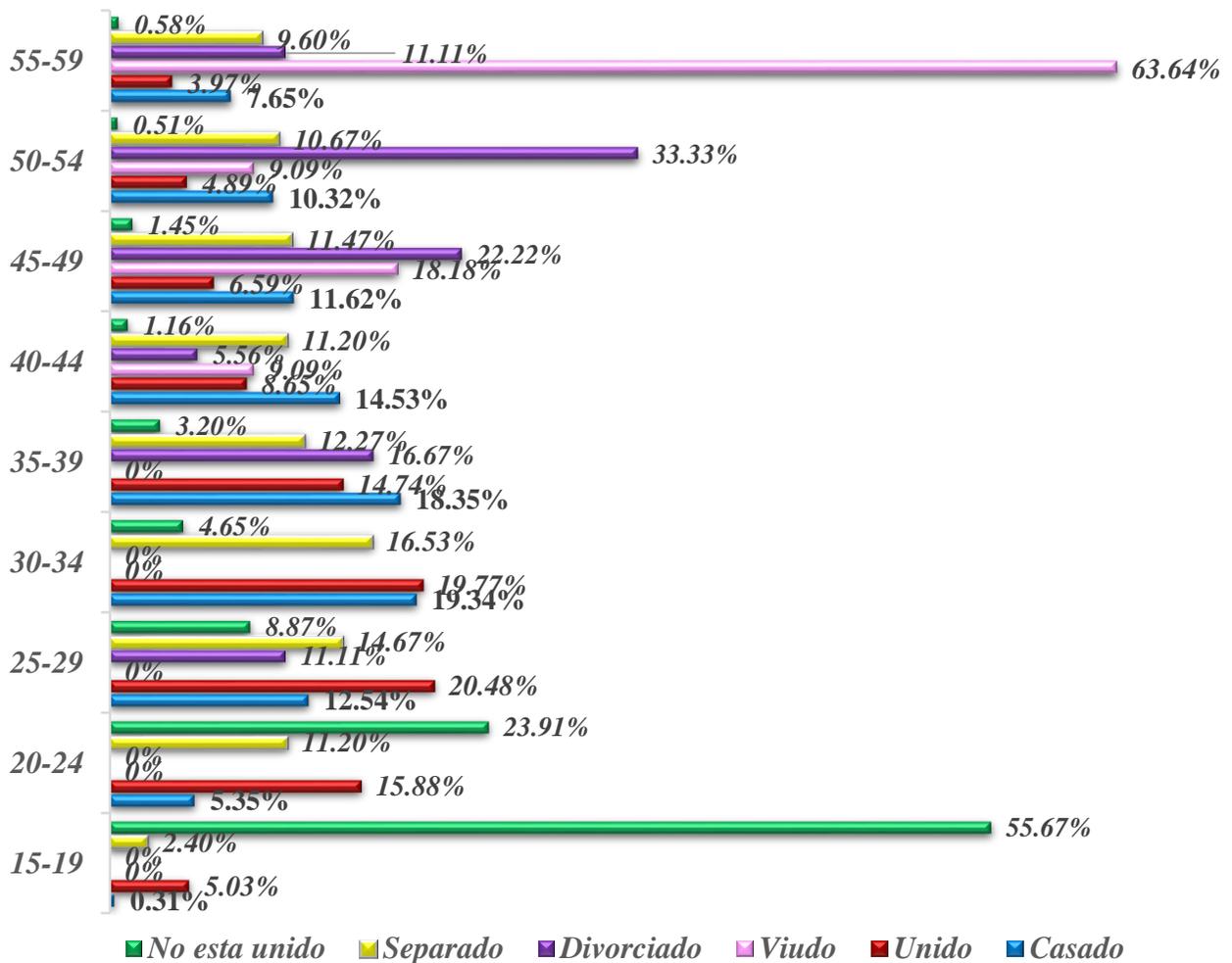


Fuente. Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/12.

Grafico 4. Estado civil de los hombres por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.

La distribución de hombres y mujeres por área de residencia urbana-rural se observa que tienen una distribución diferente.

En el caso de las mujeres hay un predominio de los 15-24 años de manera rural y posteriormente urbano lo cual esto se explica producto de los procesos migratorios, siendo la migración de las mujeres diferencial en el caso de los hombres que tienden a emigrar de edades más temprana del campo a la ciudad.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

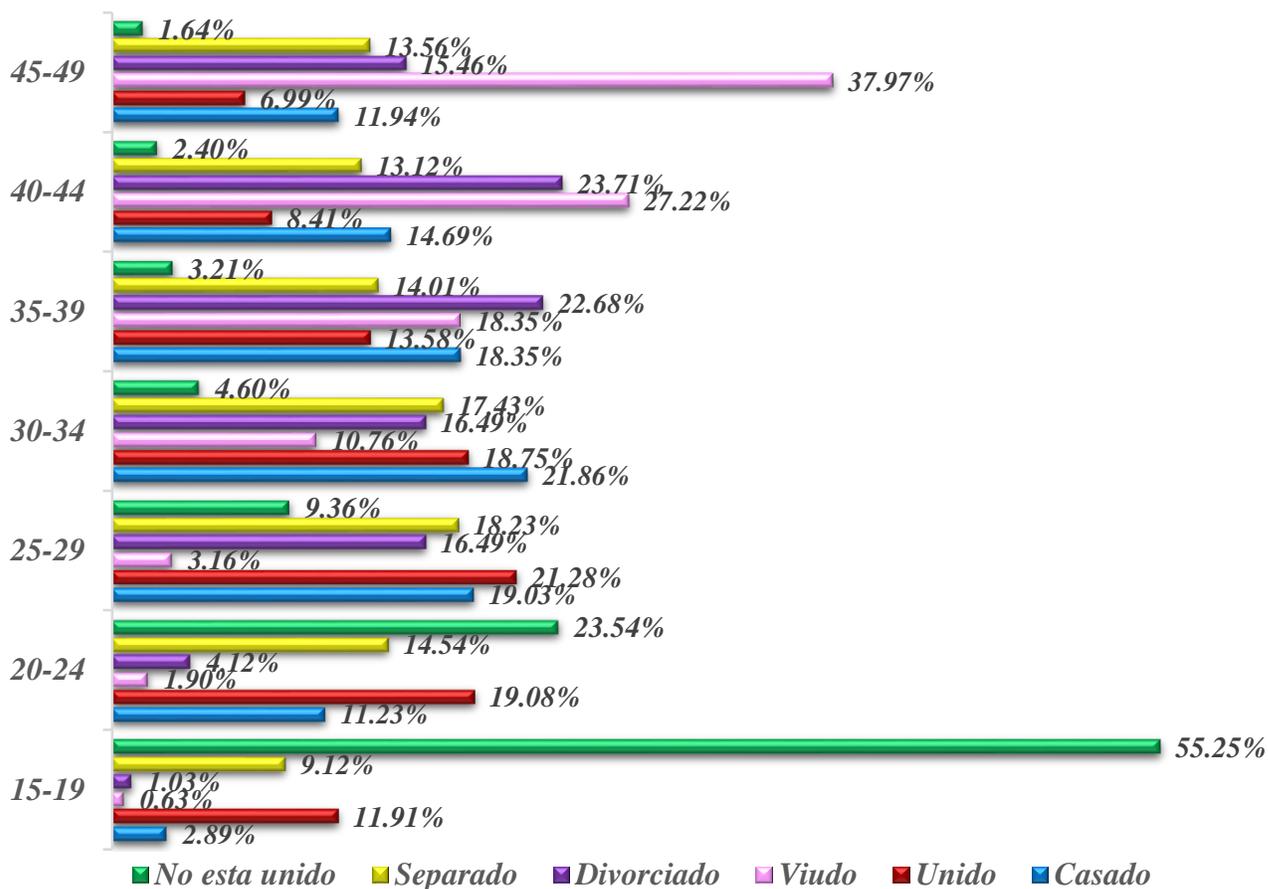
Podemos observar que los hombres que *no están unidos* el 55.67% representan a los jóvenes entre 15-19 años, el 23.91% entre las edades de 20-24 años y el 8.87% entre 25-29 años.

Encontrándose los mayores porcentajes de hombres *casados* a partir de las edades de 30-34 y 35-39 años con 19.34% y 18.35% respectivamente.

A partir de las edades de 40-44 años se reflejan a hombres *viudos* con un 9.09% aumentando este porcentaje hasta llegar a las edades de 55-59 años con un 63.64%.

Grafico 5. Estado civil de las mujeres por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

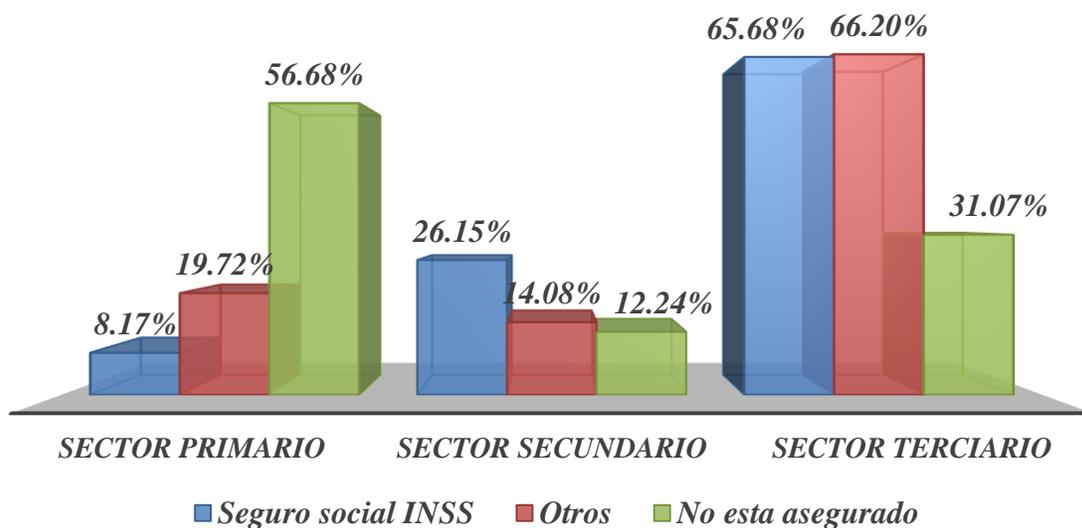
Con respecto a las mujeres que *no están unidos* el 55.25% representa a las jóvenes entre 15-19 años, el 23.54% entre las edades de 20-24 años y el 9.36% entre 25-29 años.

Se figuran los mayores porcentajes de mujeres *casadas* a partir de las edades de 25-29 años 30-34, de 35-39 con 19.03, 21.86% y 18.35% respectivamente.

La *viudez* de las mujeres encuestadas empieza desde los 15-19 años comportándose de manera ascendente iniciando con un 0.63% hasta las edades de 45-49 años con 37.97%.



Grafico 6. Hombres asegurados en los sectores productivos. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

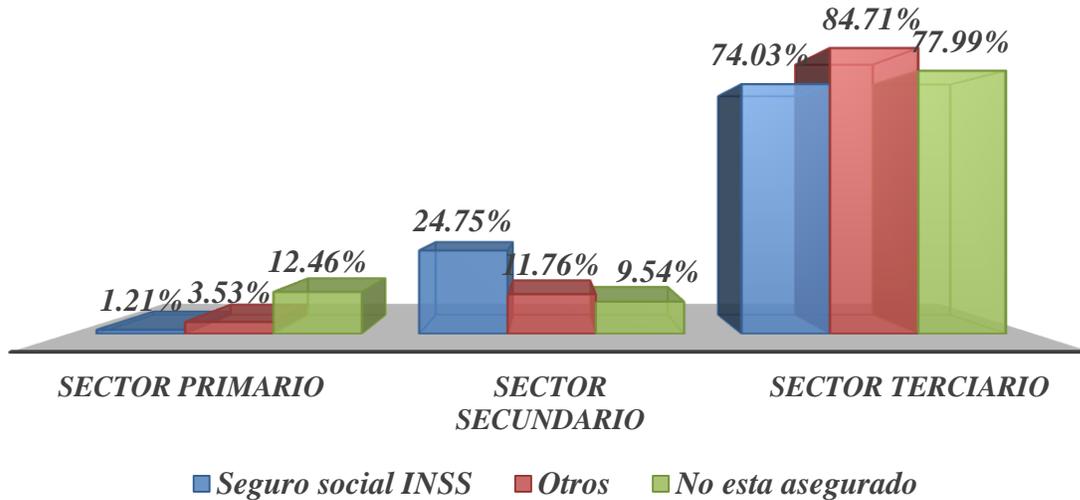
En relación a los hombres asegurados en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social el 8.17% laboran en el sector Primario (sector de la economía que comprende la agricultura como la ganadería, la apicultura, la acuicultura, la pesca, la minería, la silvicultura y la explotación forestal), el 26.15% en el sector secundario (la artesanía, la industria, la construcción y la obtención de energía) y el 65.68% en el sector terciario (Comercio, actividades financieras, servicios personales o estado de bienestar, servicios a empresas, transporte).

En cuanto a los que tienen algún otro tipo de seguro el 19.72% son del sector primario, el 14.08% del sector secundario y el 66.20% en el sector terciario.

En los que no están asegurados, en el sector primario es el 56.68%, el 12.24% en el sector secundario y el 31.07% en el sector terciario.



Grafico 7. Mujeres aseguradas en los sectores productivos. ENDESA 2011/2012.



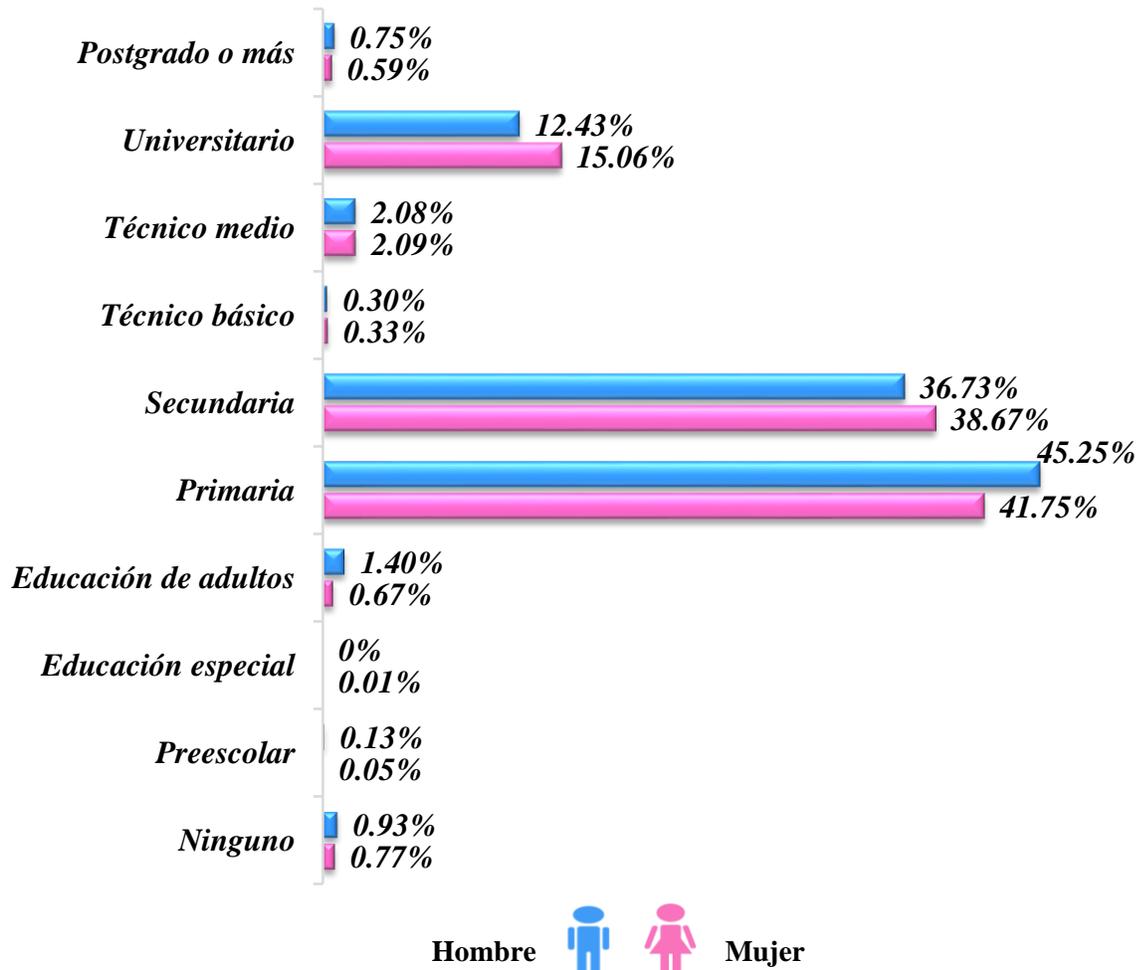
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En relación a las mujeres aseguradas en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social el 1.21% laboran en el sector Primario, el 24.75% en el sector secundario y el 74.03% en el sector terciario.

En cuanto a las que tienen algún otro tipo de seguro el 3.53% son del sector primario, el 11.76% del sector secundario y el 84.71% en el sector terciario.

En los que no están asegurados, en el sector primario es 12.46%, el 9.54% en el sector secundario y el 77.99% en el sector terciario.

Grafico 8. Nivel de escolaridad de hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012.



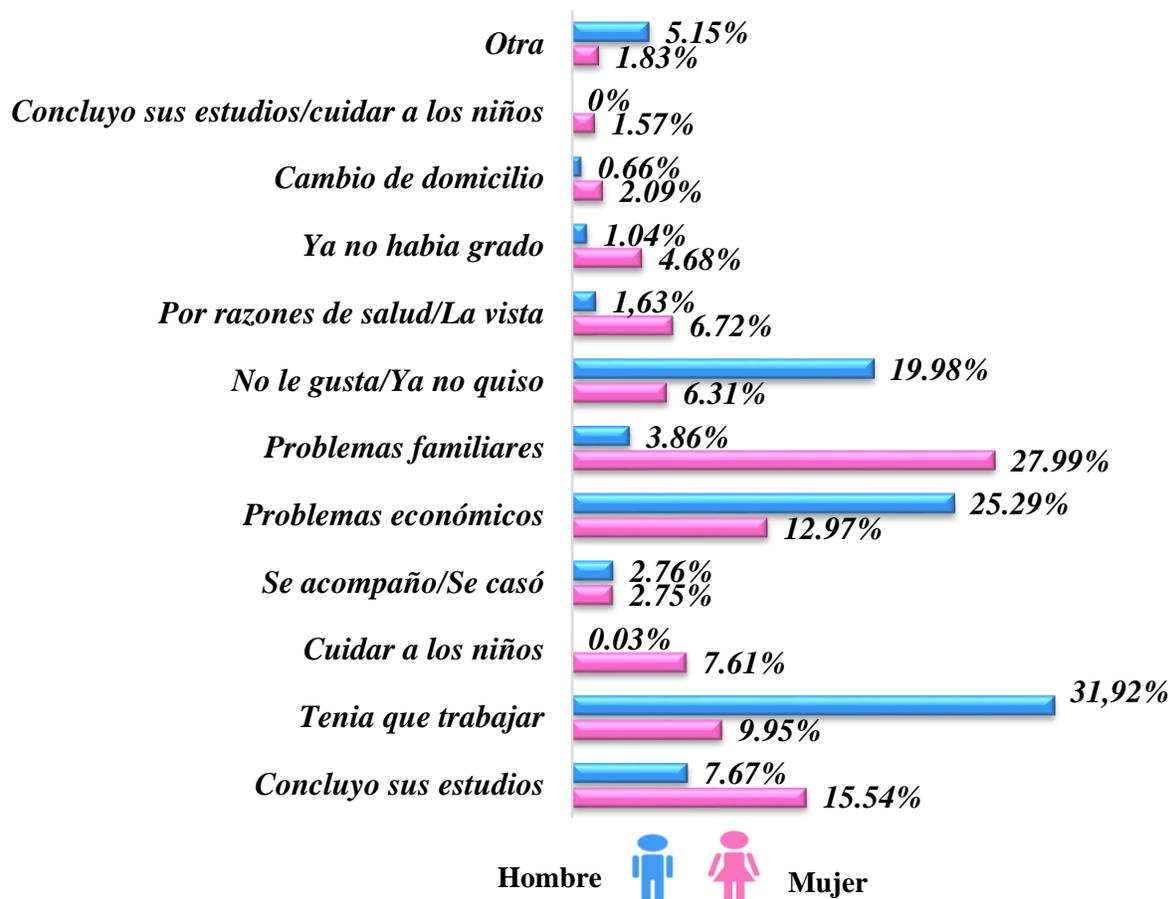
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En relación al nivel de escolaridad, en caso de los hombres al menos tienen un grado de: 45.25% de *primaria*, un 36.73% grado de *secundaria* y 12.43% *universitario*.

Y respecto a las mujeres que tienen al menos un grado aprobado los mayores porcentajes: *primaria* 41.75%, *secundaria* 38.67% y *universitario* 15.06%.



Grafico 9. Razón principal por la que dejó de estudiar. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Con respecto a las razones por la que se dejó de estudiar.

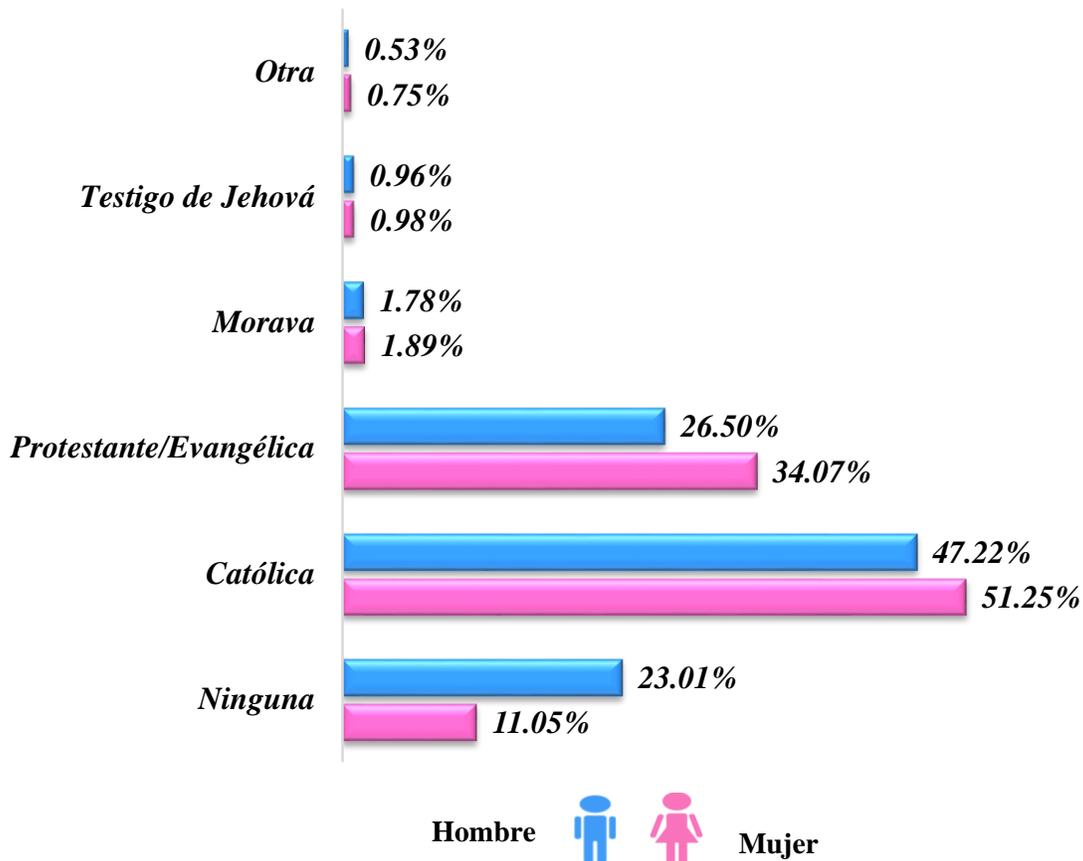
En el caso de los hombres los mayores porcentajes se obtuvieron de: *tenía que trabajar* 31.9%, *problemas económicos* 25.29%, *no le gusta/ya no quiso* 19.98% y *concluyo sus estudios* 7.67%.

Y en mujeres los mayores porcentajes son: *problemas familiares* 27.99%, *concluyo sus estudios* 15.54%, *problemas económicos* 12.97% y *tenía que trabajar* 9.95%.

El mayor porcentaje tanto en hombre y como para mujer fueron: en caso de hombres *tenía que trabajar* y en mujeres *por problemas familiares*.



Grafico 10. Religión a la que pertenecen Hombres y Mujeres. ENDESA2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Con relación a la religión que pertenecen los hombres y mujeres en edad fértil:

En caso de hombres con mayores porcentajes se obtuvieron en la religión: *católica* 47.22%, *protestante/Evangélica* 26.50% y en las mujeres la religión *católica* 51.25%, *protestante/Evangélica* 34.07%.

Tanto como hombres y mujeres la religión que más profesan es la religión *católica*.

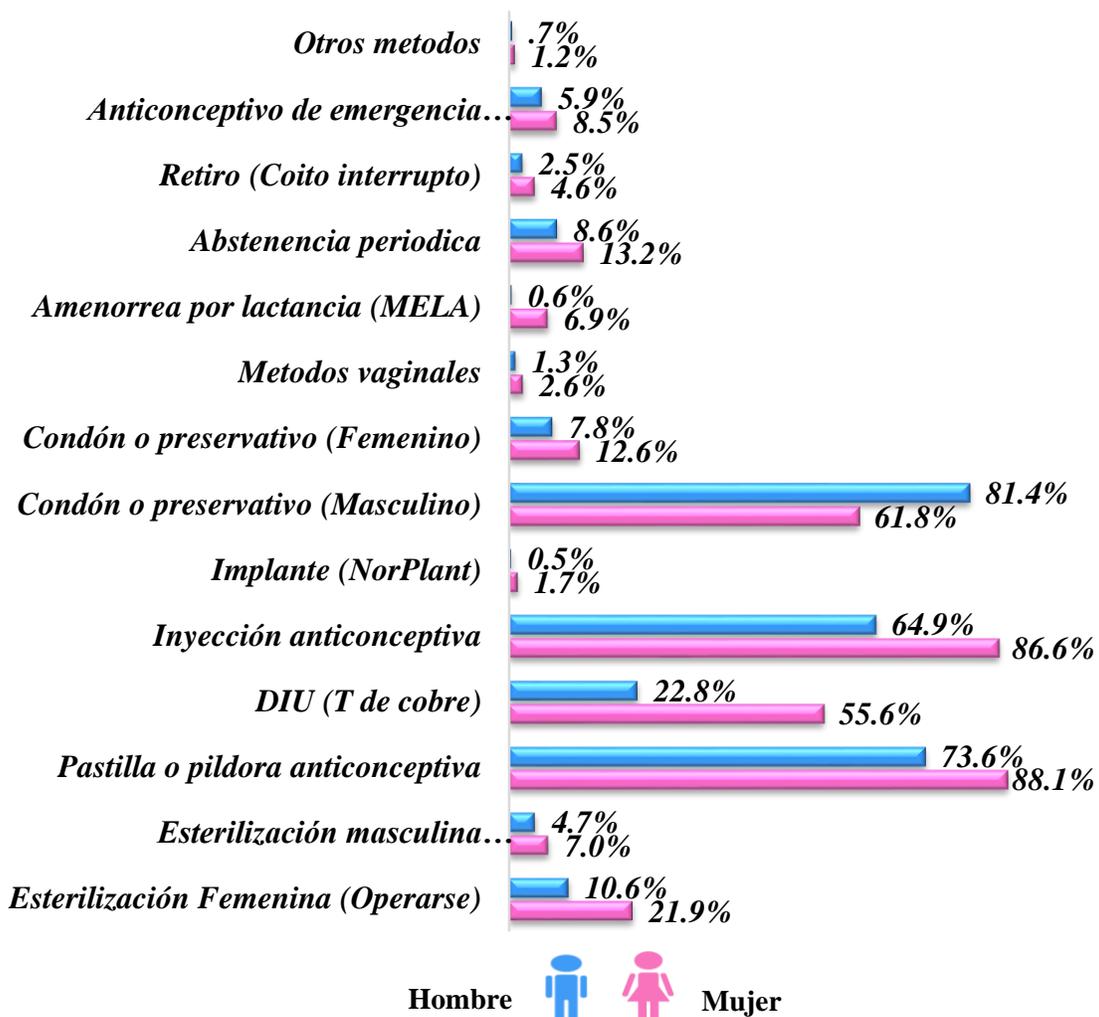


CAPÍTULO 2.

Identificación de las características de la salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres.

Análogamente se realizó una comparación descriptiva mediante gráficos entre hombres y mujeres que reflejan las principales características de salud sexual y reproductiva tales como: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, conocimiento y detección de ITS y VIH/SIDA entre otras características principales.

Grafico 11. Conocimiento de Métodos anticonceptivos en hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.



En el grafico 11 se refleja el conocimiento de métodos de anticoncepción en hombres y mujeres, donde se les consultó sobre qué métodos conocen, pudiendo responder más de un método.

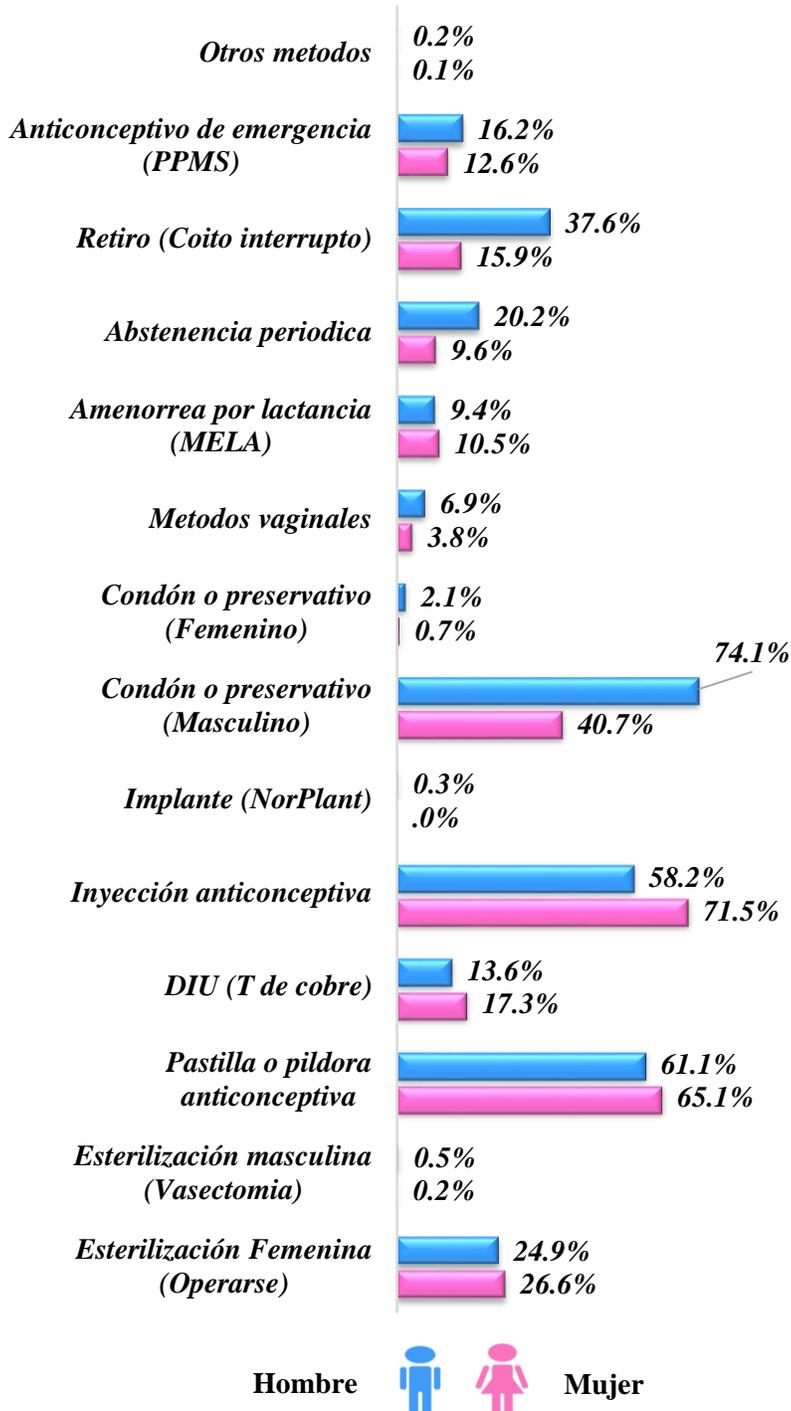
En el caso de hombres en relación al conocimiento de los métodos modernos son: *condón o preservativo (Masculino)* con un 81.4% de los encuestados, seguido de *pastillas o píldora anticonceptiva* con 73.6%, *inyección anticonceptiva* 64.9% y *Diu (T de cobre)* 22.8%.

En las mujeres dentro de los anticonceptivos modernos las más conocidas son: *inyección anticonceptiva* 88.1%, la *pastilla o píldora anticonceptiva* con un 88.1% y *condón o preservativo (masculino)* con 61.8% y *Diu (T de cobre)* con 55.6% de las encuestadas.

Los métodos menos populares por hombres y mujeres son los métodos tradicionales como: *Retiro (Coito interrupto)*, *Abstinencia periódica*, *Amenorrea por Lactancia (MELA)*, y en cuanto a métodos modernos son *Implante (NorPlant)* y *métodos vaginales*.



Grafico 12. Uso de métodos anticonceptivos en hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012.



En cuanto al uso de métodos de anticoncepción en hombres y mujeres, se les consultó sobre qué métodos usan, pudiendo responder más de un método.

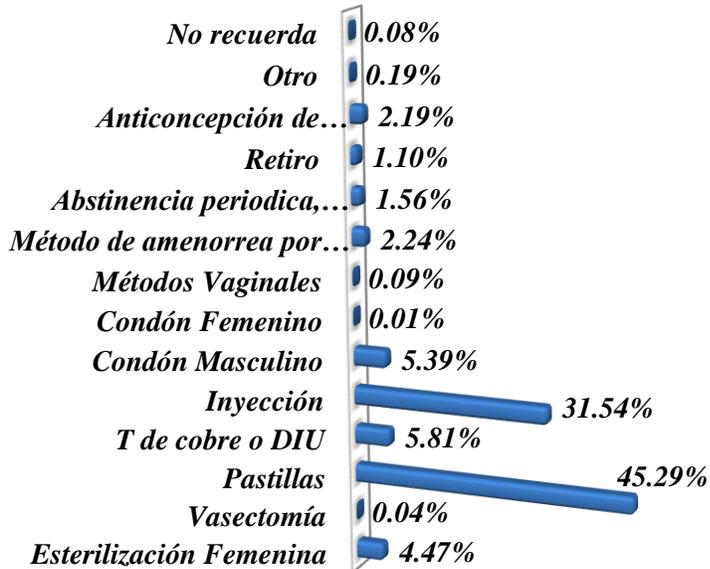
En el caso de hombres el método que más utilizan corresponde a: *condón o preservativo (Masculino)* con un 74.1%, seguido de *pastillas o píldora anticonceptiva* con 71.1%, *inyección anticonceptiva* 58.2% de los encuestados. En las mujeres el método que más utilizan corresponde a: *inyección anticonceptiva* 71.5%, la *pastilla o píldora anticonceptiva* con un 65.1% y *condón o preservativo (masculino)* con 40.7% de las encuestadas.

Dentro de los menos usados por hombres y mujeres son *condón o preservativo femenino*, *métodos vaginales*, *Esterilización masculina (Vasectomía)* e *implantes*.

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.



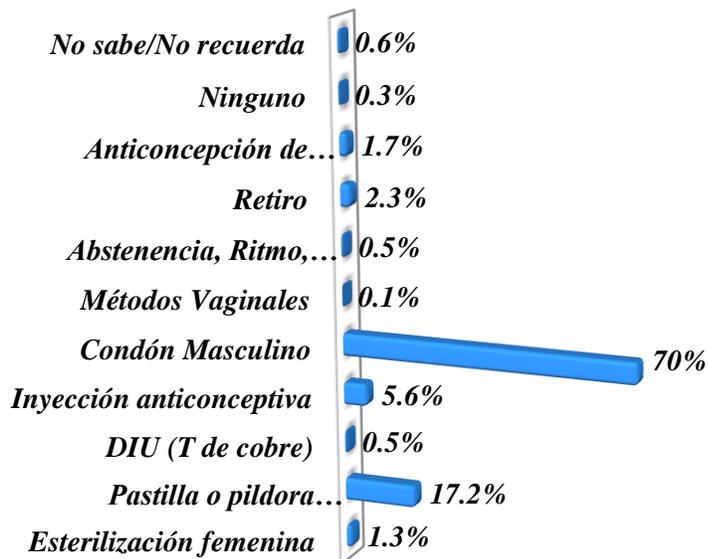
Grafico 13. Primer método anticonceptivo que utilizo la mujer al tener Relaciones sexuales. ENDESA 2011/2012.



El 45.29% de las mujeres encuestadas utilizaron las *pastillas* como primer método anticonceptivo al tener relaciones sexuales seguido de la *inyección* 31.54%, el 5.39% el *condón masculino* y un 4.47% la *esterilización femenina*.

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Grafico 14. Método que uso el hombre o su pareja en esa primera relación. ENDESA 2011/2012.

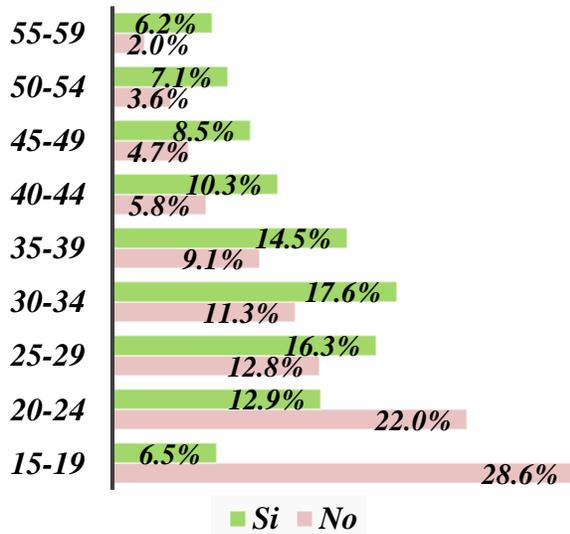


El método anticonceptivo que utilizo el hombre con su pareja en su primera relación sexual es el *condón masculino* con un 70%, seguido de la *pastilla o píldora anticonceptiva* con 17.2%, *inyección anticonceptiva* con un 5.6%

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/12.



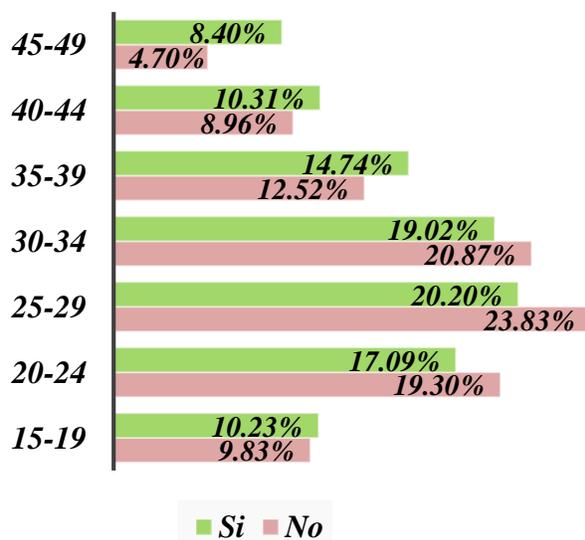
Grafico 15. Hombres por grupos de edades que usaron condón en su última relación sexual. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En relación al grafico 15 de hombres que no utilizaron condón en su última relación sexual, se observa que tiene un decrecimiento con relación a la edad siendo mayor su *no uso* en los primeros rangos de edades de 15-19 años y 20-24 con el 28.6% y 22% respectivamente.

Grafico 16. Mujeres por grupos de edades que usaron condón en su última relación sexual. ENDESA 2011/2012.



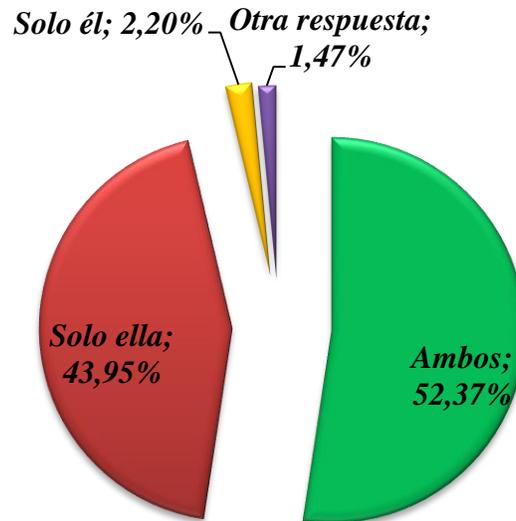
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

El grafico 16 refleja a mujeres que usaron condón en su última RS se tiene que en las primeras edades de 15 años tiende a predominar el no uso y tiende a decrecer el no uso a partir de los rangos de edades de 30-34 años.

En lo que respecta a las mujeres entre el rango de edad de 15-19 años es aproximadamente 1/3 menor que el porcentaje de hombres que no utilizaron condón en su última RS con un 9.83% (ver grafica 15(, llegando a su cúspide en las edades de 25-29 años con el 23.83%.



Grafico 17. Decisión de utilizar métodos anticonceptivos según las mujeres. ENDESA 2011/2012.



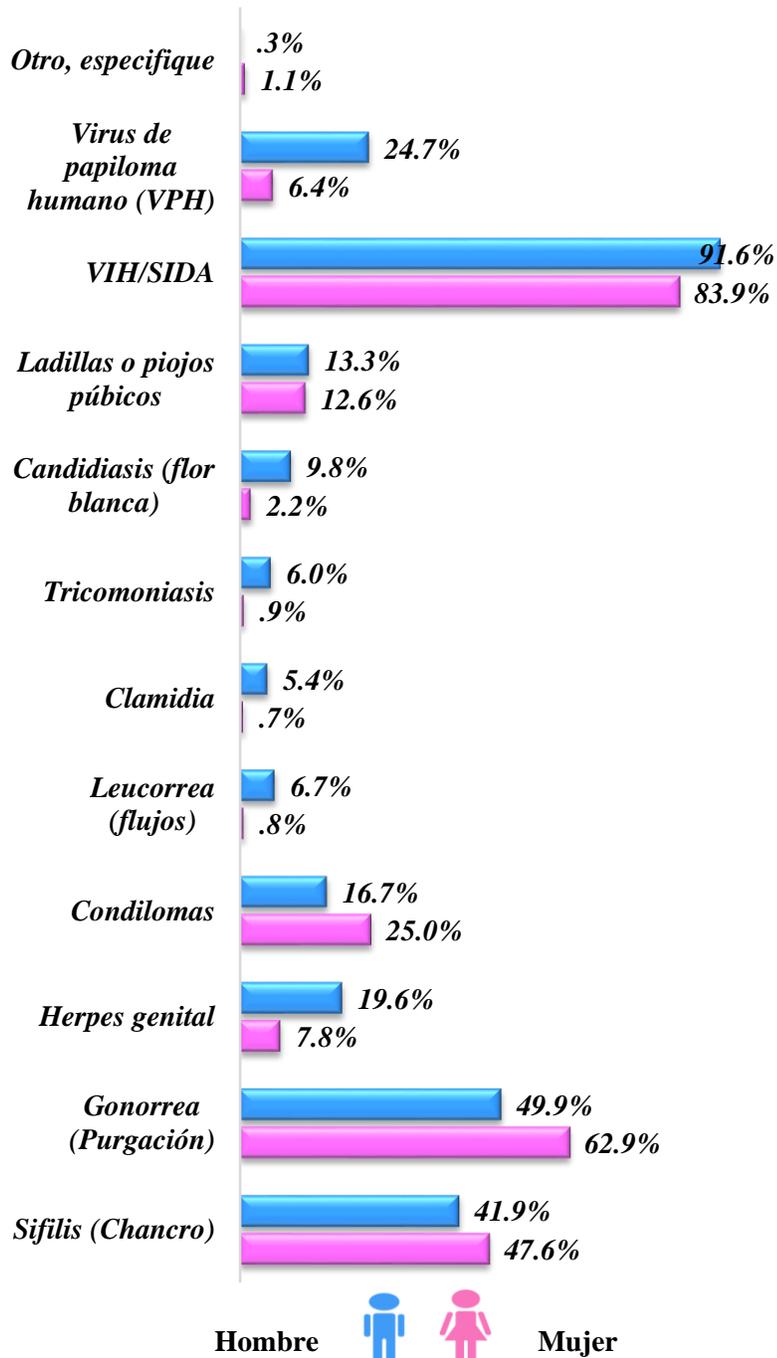
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Sobre quien toma la decisión de utilizar *métodos anticonceptivos* se encontró que la mayor parte de las mujeres aducen que esta decisión la toma la *pareja (ambos)* lo que representa un 52.37% y que sólo decide ella con 43.95%.

Cabe mencionar que el 2.20% solo toma la decisión de utilizar algún *método anticonceptivo* el *hombre*.



Grafico 18. Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA por hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012.



En cuanto al conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en hombres y mujeres, se les consultó sobre que infecciones conocen, pudiendo responder más de una enfermedad.

En el caso de hombres las ITS más conocidas son: el VIH/SIDA con un 91.6%, *Gonorrea* con 49.9%, *Sífilis(Chancro)* 41.9%, *Virus del papiloma humano (VPH)* 24.7%, *herpes genital* 19.6%, *ladillas o piojos púbicos* con 13.3%.

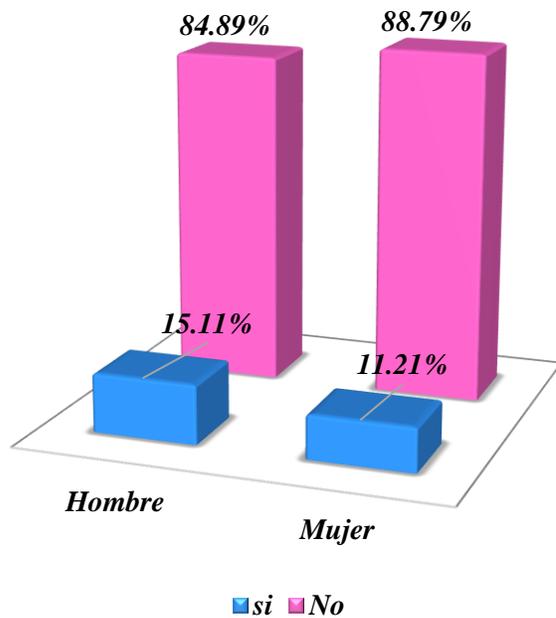
En las mujeres las más conocidas: *VIH/SIDA* con 83.9%, *Gonorrea o purgación* 62.9%, *Sífilis Chancro* con 47.6%, *Condilomas* 25%, *ladillas y piojos púbicos* 12.6% y *herpes genital* 7.8% de las encuestadas.

Tanto como hombres y mujeres el *VIH/SIDA* es la enfermedad más conocida.

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.



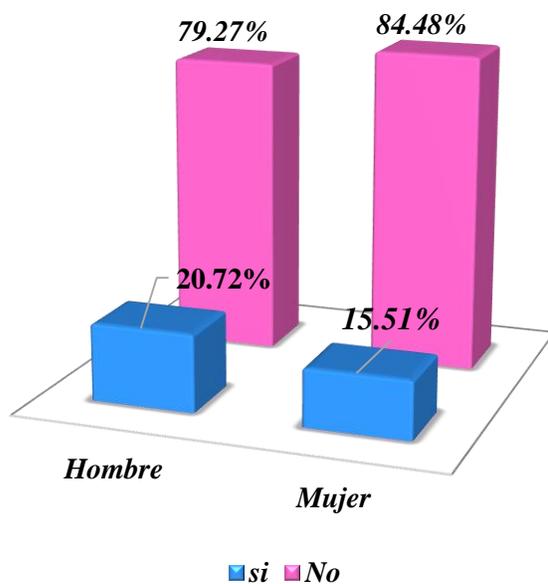
Grafico 19. Detección de los síntomas de la ITS en sí mismo y en la mujer. ENDESA 2011/2012.



En cuanto a la detección de *síntoma de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)* en sí mismo el 84.89% de los hombres aducen que no saben cómo detectar un síntoma de ITS, en el caso de su pareja sexual aducen que tampoco saben cómo detectar un síntoma de la ITS en su pareja con el 88.79%.

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Grafico 20. Detección de los síntomas de la ITS en sí misma y en el hombre. ENDESA 2011/2012.

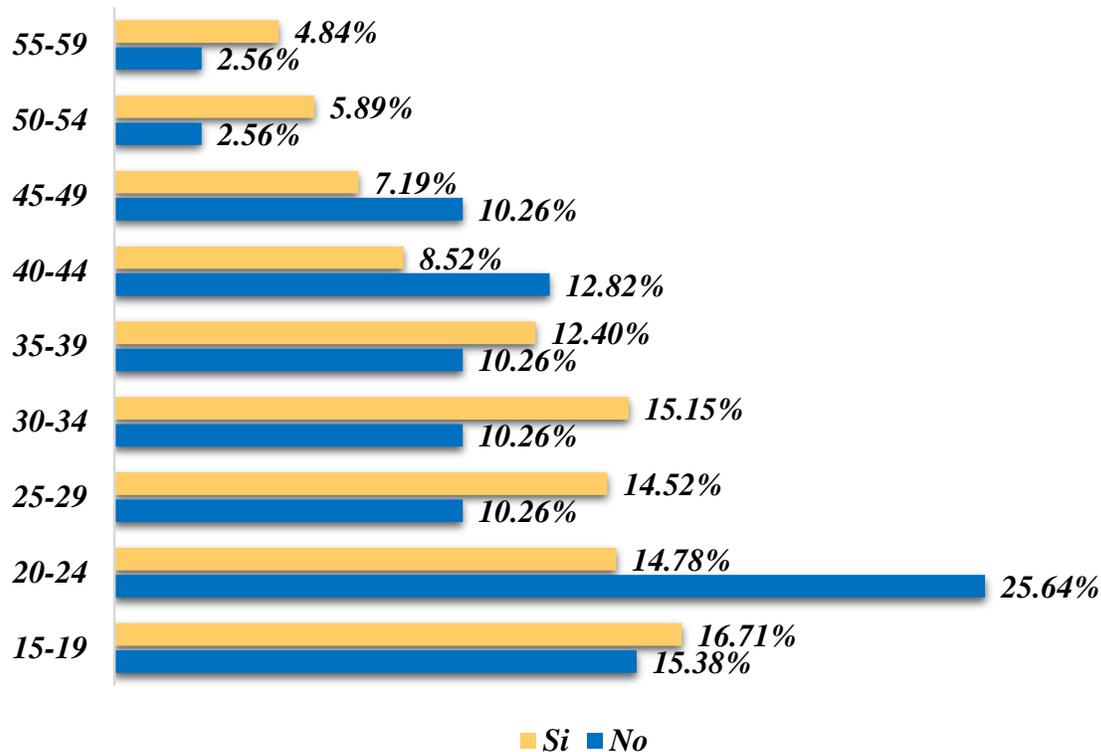


En cuanto a la detección de síntomas de ITS el 84.48% de las mujeres aducen no poder detectar una ITS en si misma, el 79.27% de las mujeres aducen no poder detectar un síntoma de ITS en su pareja sexual (en el hombre).

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.



Grafico 21. Hombres que le han diagnosticado alguna ITS durante los últimos 12 meses por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.



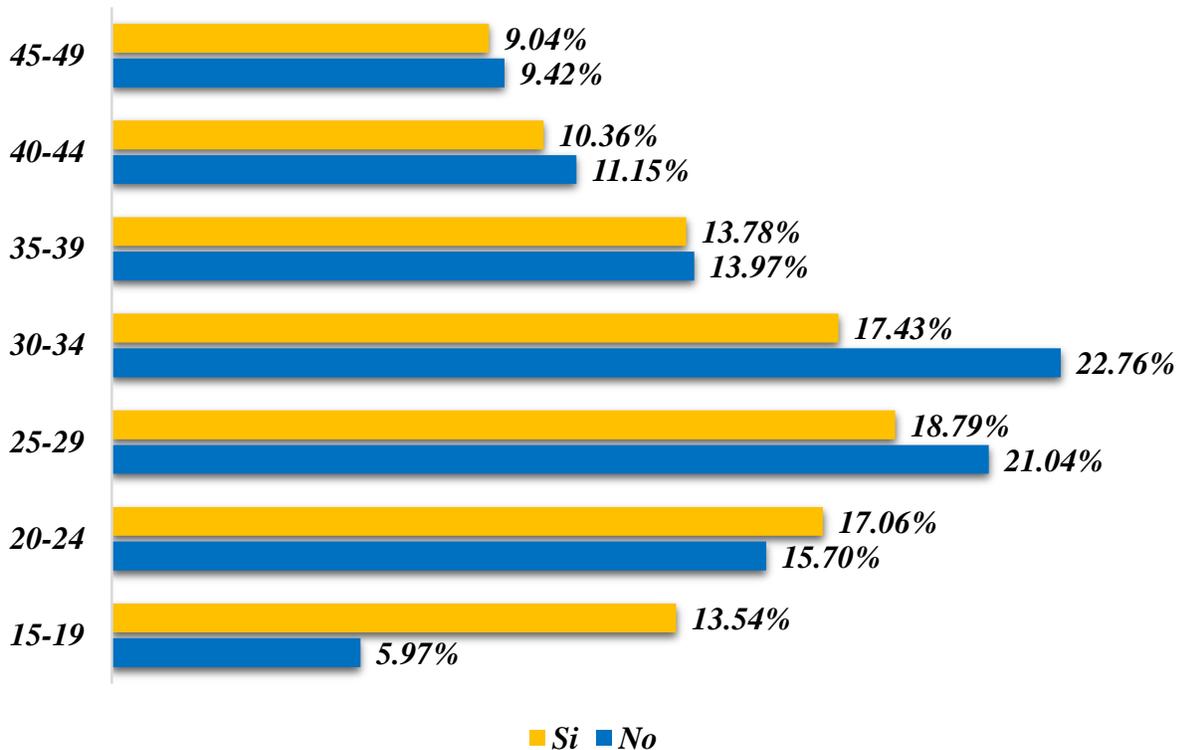
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En relación a los hombres que le han diagnosticado ITS en los últimos 12 meses, los mayores porcentajes de personas infectadas corresponden en las edades de 15-19 años con el 16.71%, seguido de 30-34 años con 15.15%.

Se observa que el mayor porcentaje de no infectados por alguna ITS el 25.64% corresponde en las edades de 20-24 años.



Grafico 22. Mujeres que le han diagnosticado alguna ITS durante los últimos 12 meses por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.



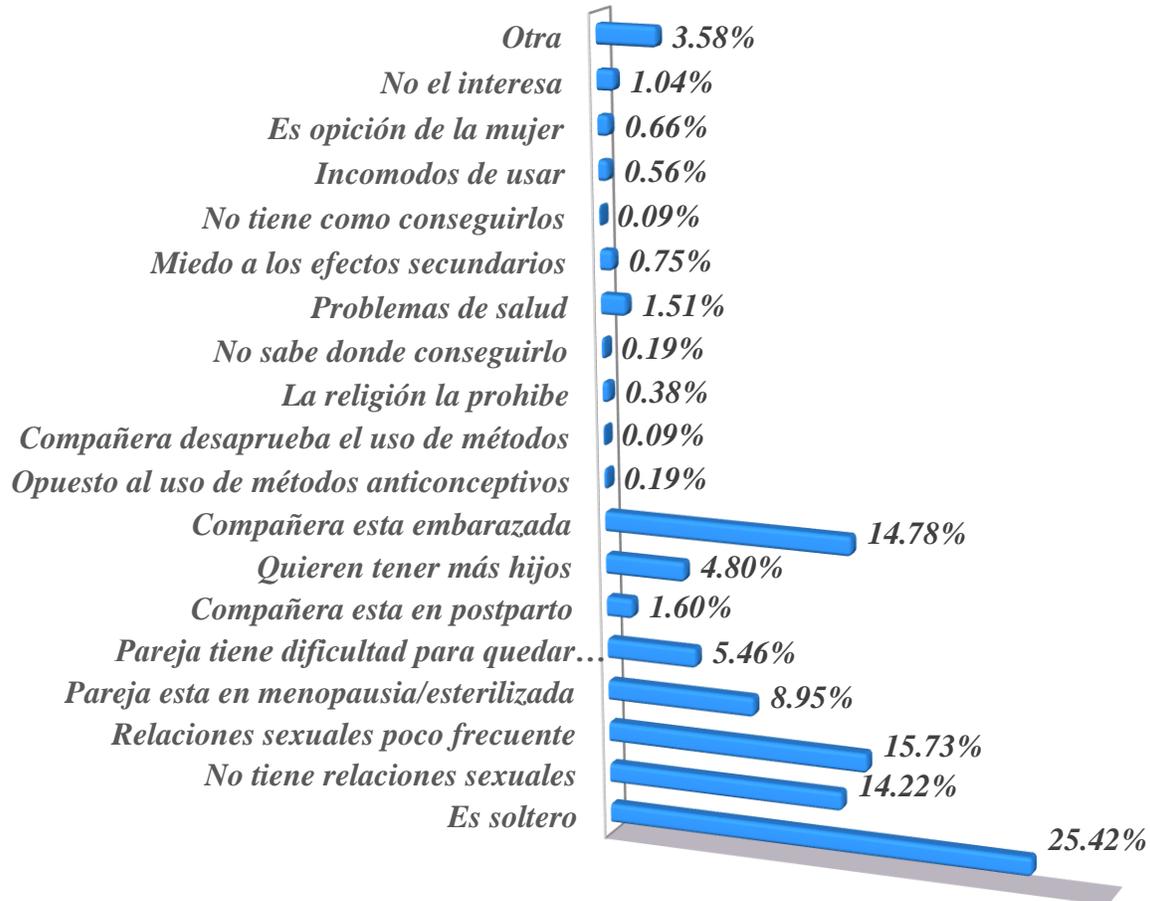
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En relación a las mujeres si le han detectado alguna ITS entre los rangos de edades de 15 a 24 años predominan más mujeres infectadas por alguna ITS en los últimos 12 meses con el 13.54% y 17.06%.

Entre las edades de 25-29 hasta 45-49 años se observa un aumento de mujeres no infectadas por alguna ITS en los últimos 12 meses.



Grafico 23. Razón Principal por la que el hombre o su esposa no están utilizando algún método para evitar tener hijos. ENDESA 2011/2012.

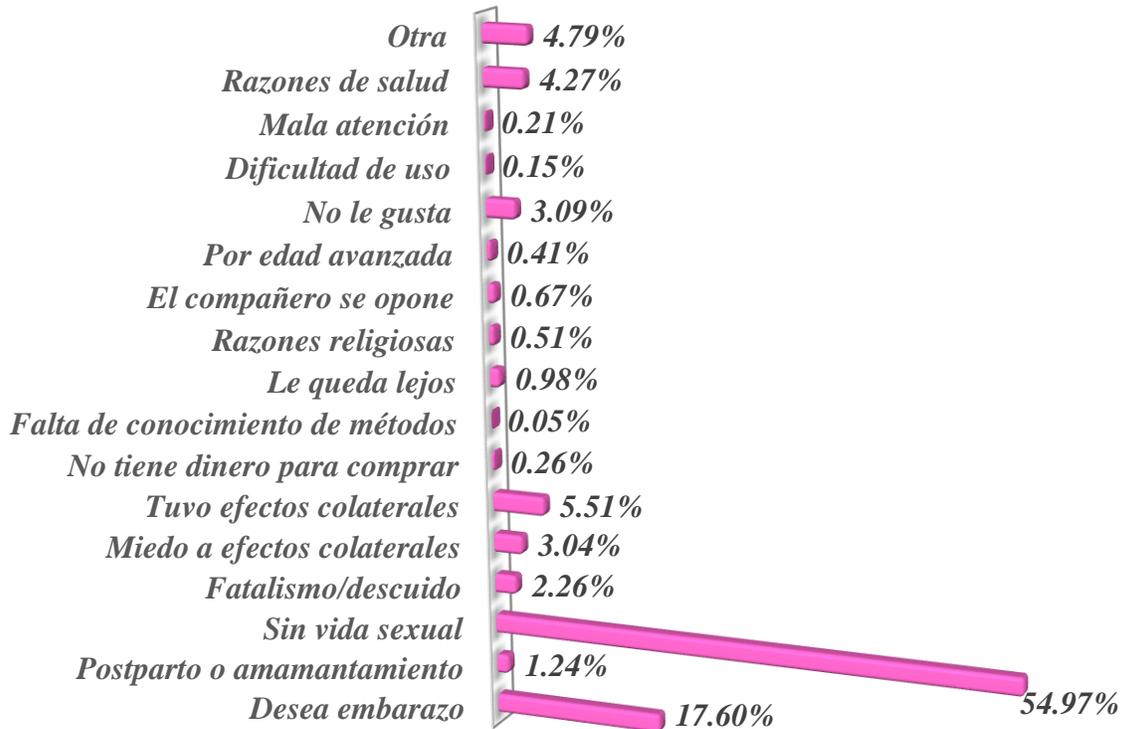


Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Existe una serie de razones por la que el hombre o su esposa no están utilizando algún método anticonceptivo para evitar el embarazo en donde la razón principal es porque está soltero con un 25.42%, en segundo lugar, es porque su compañera está embarazada con 14.78% y como un tercer lugar el 15.73% optan por tener relaciones sexuales con poca frecuencia.



Grafico 24. Razón Principal por la que la mujer o su esposo no están utilizando algún método para evitar tener hijos. ENDESA 2011/2012.

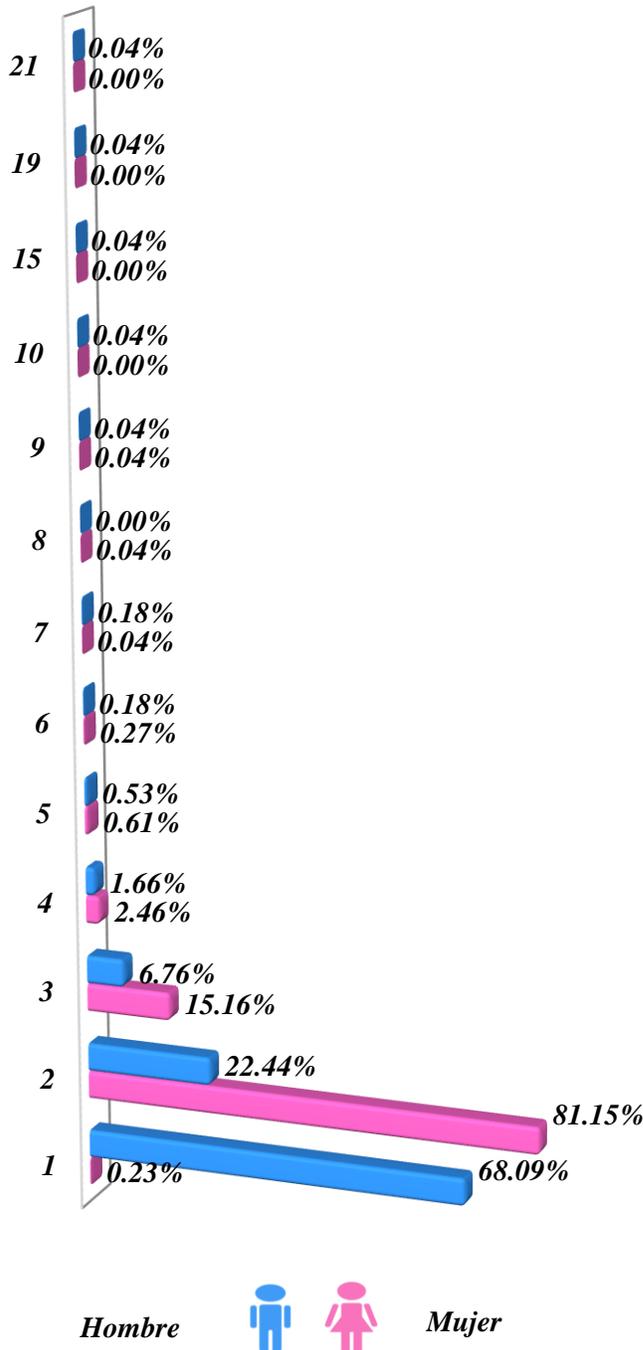


Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Al igual que los hombres se le pregunto a las mujeres la razón por la cual no están utilizando algún método anticonceptivo para evitar el embarazo y su razón principal fue que el 54.97% corresponde a mujeres sin vida sexual y el 17.60% es de mujeres que desean embarazo.



Grafico 25. Cantidad de parejas con las cuales hombres y mujeres han tenido hijos. ENDESA 2011/2012.



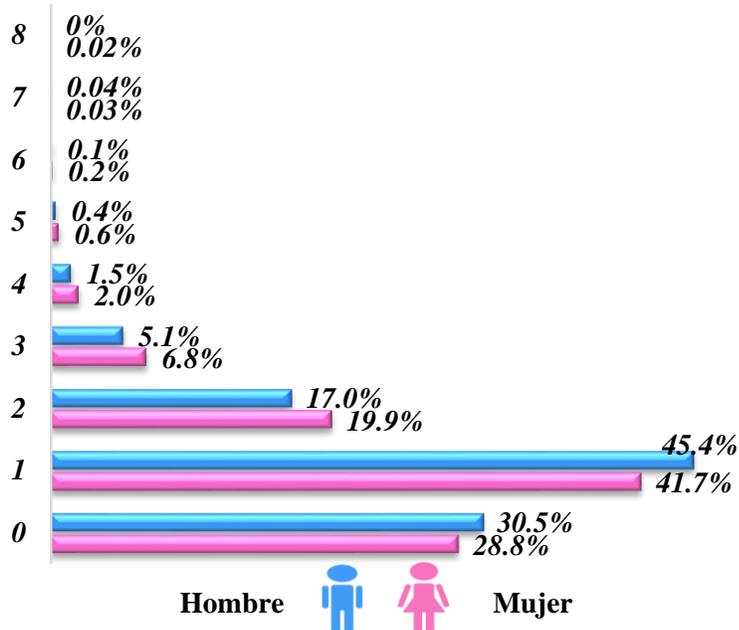
Con respecto al número de parejas que los hombres y mujeres han tenido sus hijos, se observa que el 68.09% corresponde a hombres que tienen sus hijos con una sola pareja, seguidamente el 22.44% con dos parejas y con el 6.76% con tres parejas.

En caso contrario a los hombres, las mujeres tienden a tener a sus hijos con dos parejas con el 81.15%, el 15.16% con tres parejas y con una pareja el 0.23% de éstas.

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

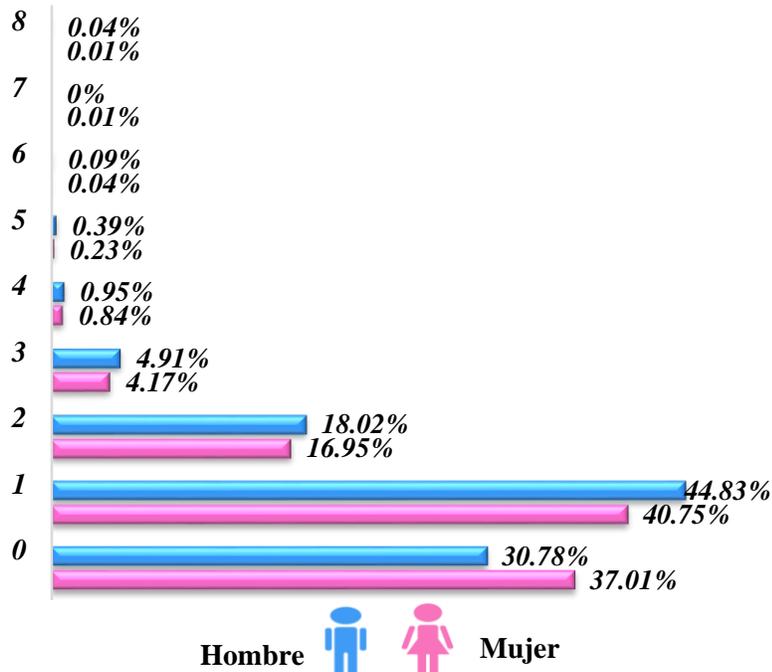


Grafico 26. Número de Hijos varones que conviven con sus padres. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Grafico 27. Numero de hijas mujeres que conviven con sus padres. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Estos dos gráficos representan a la cantidad de hijos e hijas que conviven con sus padres.

Señalando que el 45.4% corresponde a un hijo varón que convive con su papá y ningún hijo varón el 30.5%.

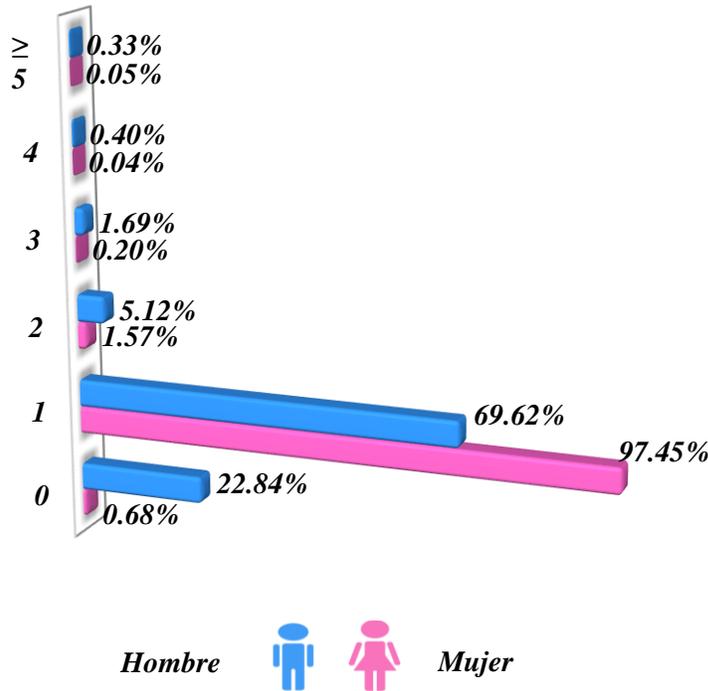
El 41.7% es el porcentaje de un hijo varón que convive con su mamá y con ningún hijo varón el 28.8%.

En cambio, una hija mujer conviven más con el papá con un 44.83% y ninguna hija mujer con un 30.78%.

Convive con la mamá una hija mujer el 40.75% y ninguna hija el 37.01%



Grafico 28. Número de parejas que han tenido relaciones sexuales según sexo. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Grafico 29. Hombres y Mujeres que han pagado por tener relaciones sexuales. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Refiriéndose al número de parejas con las que han tenido relaciones sexuales hombres y mujeres, en base a los resultados se puede afirmar que el 97.45% de las mujeres solamente han tenido relaciones sexuales con una pareja y con un mínimo porcentaje del 1.57% de mujeres han tenido relaciones sexuales con dos parejas.

Se refleja de igual manera que el más alto porcentaje es de hombres que han tenido relaciones sexuales con una pareja con el 69.62%, seguido de dos parejas el 5.12% de estos.

En el grafico N° 29 refleja si hombres y mujeres han pagado por tener relaciones sexuales. De acuerdo a los resultados un 20.64% de hombres asegura que si han pagado por dicho servicio, en cambio las mujeres solamente el 0.09% aducen haber pagado por tener relaciones sexuales.



CAPITULO 3.

Análisis mediante métodos inferenciales la relación de las características socio demográfico, salud sexual y reproductiva.

Pruebas de Hipótesis e intervalo de confianza.

En los capítulos anteriores realizamos un análisis descriptivo comparando a hombres y mujeres, si bien se observan diferencias se quiere probar si es significativa o no. Para esto nos ayudaremos con las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza para estimar el verdadero valor del parámetro con una confianza del 95% y un nivel de significación de 0.05.

A continuación, se muestra un resumen de los resultados sobre las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza para diferencia de proporciones verificando si hay diferencia significativa con respecto a los conocimientos, usos de los métodos anticonceptivos y conocimientos de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre hombres y mujeres nicaragüenses.



Tabla 4. Prueba de hipótesis con respecto si han pagado dinero por tener relaciones sexuales en hombres y mujeres.

<i>Prueba de muestras independientes</i>										
		<i>Prueba de Levene de igualdad de varianzas</i>		<i>prueba t para la igualdad de medias</i>						
		<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>Diferencia de error estándar</i>	<i>95% de intervalo de confianza de la diferencia</i>	
									<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<i>¿Alguna vez ha pagado dinero por tener relaciones sexuales?</i>	<i>Se asumen varianzas iguales</i>	23178.125	0.000	57.32	17020	0.000	.206	.004	.199	.213
	<i>No se asumen varianzas iguales</i>			32.28	4062.259	.000	.206	.006	.193	.218

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Ho: La proporción de hombres y mujeres que han pagado dinero para tener relaciones sexuales es igual.

Ha: La proporción de hombres y mujeres que han pagado dinero para tener relaciones sexuales no es igual.

Como el valor p es 0.00 se compara con una significancia de 0.05 se puede notar que $P < \alpha$, por tanto, se concluye que la proporción de hombres y mujeres que han pagado dinero para tener relaciones sexuales no es igual. Se observa que el hombre ha pagado más dinero por tener relaciones sexuales que la mujer.



La hipótesis estadística general para el conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos es:

Ho: La proporción de los conocimientos de los métodos anticonceptivos de hombres y mujeres es igual.

Ha: La proporción de los conocimientos de los métodos anticonceptivos de hombres y mujeres no es igual.

Tabla 5. Resumen de las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza sobre el conocimiento de anticonceptivos en hombres y mujeres. ¹

Anticonceptivos	Se rechazó Ho	No se rechazó Ho	Intervalo de confianza 95%		P
			Inferior	Superior	
Esterilización Femenina		✓	-0.004	0.016	0.218
Esterilización Masculina	✓		0.035	0.068	0.000
Píldora anticonceptiva	✓		-0.017	-0.006	0.000
DIU o T de Cobre	✓		-0.0206	-0.176	0.000
Inyección Anticonceptiva	✓		-0.039	-0.026	0.000
Implante (NorPlant)		✓	-0.004	0.015	0.283
Condón Masculino	✓		0.033	0.041	0.000
Condón Femenino	✓		0.064	0.097	0.000
Métodos Vaginales	✓		0.060	0.092	0.000
Método de Amenorrea por Lactancia (MELA)	✓		-0.142	-0.109	0.000
Abstinencia Periódica	✓		0.065	0.098	0.000
Retiro o Coito Interrumpido	✓		0.197	0.227	0.000
Anticonceptivo de emergencia (PPMS)		✓	-0.029	0.004	0.138

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

¹ Las tablas de las pruebas de hipótesis para proporciones con respecto al conocimiento que tienen los hombres y mujeres de los métodos anticonceptivos se reflejan en los anexos.



En relación a la tabla 7 se encontraron que no hay diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre esterilización femenina, implantes y anticonceptivos de emergencia (PPMS).

Se determinó que hay diferencias significativas siendo mayor la proporción de conocimiento de hombres en: *esterilización masculina, condón masculino, condón femenino, métodos vaginales, abstinencia periódica y el retiro o coito interrumpido.*

En relación a las mujeres, la proporción de mayor conocimiento se da en:

Píldora anticonceptiva, DIU o T de cobre, inyección anticonceptiva y método de amenorrea por lactancia (MELA).



La hipótesis estadística general para el uso de los distintos métodos anticonceptivos es:

H₀: La proporción de los usos de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres es igual.

H_a: La proporción de los usos de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres no es igual.

Tabla 6. Resumen de las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza sobre el uso de anticonceptivos en hombres y mujeres.²

Anticonceptivos	Se rechazó H ₀	No se rechazó H ₀	Intervalo de confianza 95%		p
			Inferior	Superior	
Esterilización Femenina		✓	-0.015	0.015	0.981
Esterilización Masculina	✓		0.000	0.006	0.048
Píldora anticonceptiva		✓	-0.006	0.028	0.194
DIU o T de Cobre		✓	0.000	0.030	0.051
Inyección Anticonceptiva	✓		-0.072	-0.039	0.000
Implante (NorPlant)	✓		0.010	0.045	0.000
Condón Masculino	✓		0.286	0.318	0.000
Condón Femenino	✓		0.014	0.030	0.000
Métodos Vaginales	✓		0.038	0.078	0.000
Método de Amenorrea por Lactancia (MELA)	✓		0.016	0.054	0.000
Abstinencia Periódica	✓		0.118	0.155	0.000
Retiro o Coito Interrumpido	✓		0.180	0.219	0.000
Anticonceptivo de emergencia (PPMS)	✓		0.068	0.112	0.000

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

² Las tablas de las pruebas de hipótesis para proporciones con respecto al uso que tienen los hombres y mujeres de los métodos anticonceptivos se reflejan en los anexos.



En cuanto a la tabla 8 sobre el uso de los métodos anticonceptivos, se encontraron que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en los métodos: *esterilización femenina, píldora anticonceptiva y Diu o T de cobre.*

Se determinó que hay diferencias significativas siendo mayor la proporción de uso de métodos de hombres en: *esterilización masculina, implantes, condón femenino, métodos vaginales, método de amenorrea por lactancia (MELA), abstinencia periódica y retiro o coito interrumpido.*

En mujeres siendo mayor la proporción de uso de métodos anticonceptivos solo corresponden a *inyección anticonceptiva.*



La hipótesis estadística general para el conocimiento de las ITS es:

Ho: La proporción de conocimientos sobre las ITS en hombres y mujeres es igual.

Ha: La proporción de conocimientos sobre las ITS en hombres y mujeres no es igual.

Tabla 7. Resumen de las pruebas de hipótesis e intervalos de confianza sobre el conocimiento de las ITS.³

ITS	Se rechazó Ho	No se rechazó Ho	Intervalo de confianza 95%		P
			Inferior	Superior	
Sífilis Chancro	✓		0.123	0.149	0.000
Gonorrea Purgación	✓		0.116	0.136	0.000
Herpes Genital	✓		-0.069	-0.036	0.000
Condilomas	✓		0.182	0.211	0.000
Leucorrea (Flujos)	✓		-0.107	-0.074	0.000
Clamidia	✓		-0.105	-0.076	0.000
Tricomoniasis	✓		-0.140	-0.110	0.000
Candidiasis (Flor Blanca)	✓		-0.114	-0.081	0.000
Ladillas o piojos púbicos	✓		0.191	0.221	0.000
VIH/SIDA	✓		0.008	0.013	0.000
Virus de Papiloma Humano (VPH)	✓		-0.195	-0.162	0.000

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En cuanto al nivel de conocimiento de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) se determinó que hay diferencias significativas siendo mayor la proporción de conocimiento de hombres en: *sífilis chancro, gonorrea purgación, Condilomas, ladillas o piojos púbico y VIH/SIDA.*

En relación a las mujeres, la proporción de mayor conocimiento se da en: *herpes genital, leucorrea (flujos), clamidia, tricomoniasis, candidiasis (flor blanca) y Virus de Papiloma Humano (VPH).*

³ Las tablas de las pruebas de hipótesis para proporciones con respecto al conocimiento que tienen los hombres y mujeres acerca de las ITS y VIH/SIDA se reflejan en los anexos.



Ho: La proporción de hombres y mujeres que le han diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses es igual.

Ha: La proporción de hombres y mujeres que le han diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses no es igual.

Tabla 8. Prueba de hipótesis de hombres y mujeres que le han diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses.

<i>Prueba de muestras independientes</i>										
		<i>Prueba de Levene de igualdad de varianzas</i>		<i>prueba t para la igualdad de medias</i>						
		<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>Diferencia de error estándar</i>	<i>95% de intervalo de confianza de la diferencia</i>	
									<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<i>Diagnóstico de alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses</i>	<i>Se asumen varianzas iguales</i>	552.475	.000	-11.345	18075	.000	-.037	.003	-.044	-.031
	<i>No se asumen varianzas iguales</i>			-16.270	16087.925	.000	-.037	.002	-.042	-.033

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Como el valor p es 0.00 se compara con una significancia de 0.05 se puede notar que $P < \alpha$, por tanto, se concluye que la proporción de hombres y mujeres que le han detectado alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses no es igual, observando que a las mujeres le detectan alguna enfermedad de transmisión sexual que a los hombres.



CAPITULO 4.

Valoración del rol del hombre en la sociedad con respecto a la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a este capítulo analizaremos algunas variables que nos servirán para observar y valorar la participación que tiene el hombre con respecto a la toma de decisiones sobre temas de salud sexual y reproducción.

Tabla 9. Percepción que tienen los hombres sobre que significa Sexo seguro. ENDESA 2011/2012.

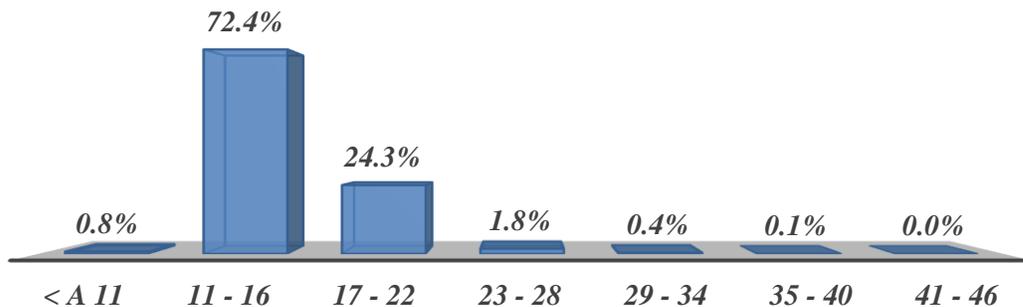
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>No contesto</i>	4204	93.44%
<i>Abstenerse de sexo</i>	7	0.16%
<i>Abstenerse de sexo/usar condón</i>	1	0.02%
<i>Abstenerse de sexo/usar condón/tener una sola compañera</i>	33	0.73%
<i>Abstenerse de sexo/usar condón/tener una sola compañera/Evitar sexo con prostitutas</i>	14	0.31%
<i>Abstenerse de sexo/usar condón/tener una sola compañera/Evitar sexo con pros/Evitar sexo con homo</i>	164	3.65%
<i>Abstenerse de sexo/usar condón/evitar sexo con prostitutas</i>	2	0.04%
<i>Abstenerse de sexo/tener una sola compañera</i>	3	0.07%
<i>Usar condón</i>	5	0.11%
<i>Usar condón/tener una sola compañera</i>	11	0.24%
<i>usar condón/tener una sola compañera/Evitar sexo con pros</i>	5	0.11%
<i>usar condón/tener una sola compañera/Evitar sexo con pros/Evitar sexo con homosexuales</i>	34	0.76%
<i>Usar condón/tener una sola compañera/Evitar sexo con homo</i>	1	0.02%
<i>Usar condón/tener una sola compañera/otro</i>	2	0.04%
<i>usar condón/evitar sexo con pros/otra</i>	1	0.02%
<i>usar condón/otra</i>	1	0.02%
<i>Tener una sola compañera</i>	11	0.24%
Total	4499	100%



La tabla 11 revela los resultados a la interrogante: *¿Qué significa para usted sexo seguro?*, donde el 93.44% de los hombres entrevistados no responden, suponiendo que las opciones de respuestas dadas no representan para ellos lo que engloba sexo seguro.

El 3.65% respondieron que sexo seguro es *abstenerse de sexo/usar condón/tener una sola compañera/Evitar sexo con prostitutas/Evitar sexo con homosexuales*.

Grafico 30. Edad de los hombres en su primera relación sexual. ENDESA 2011/2012.

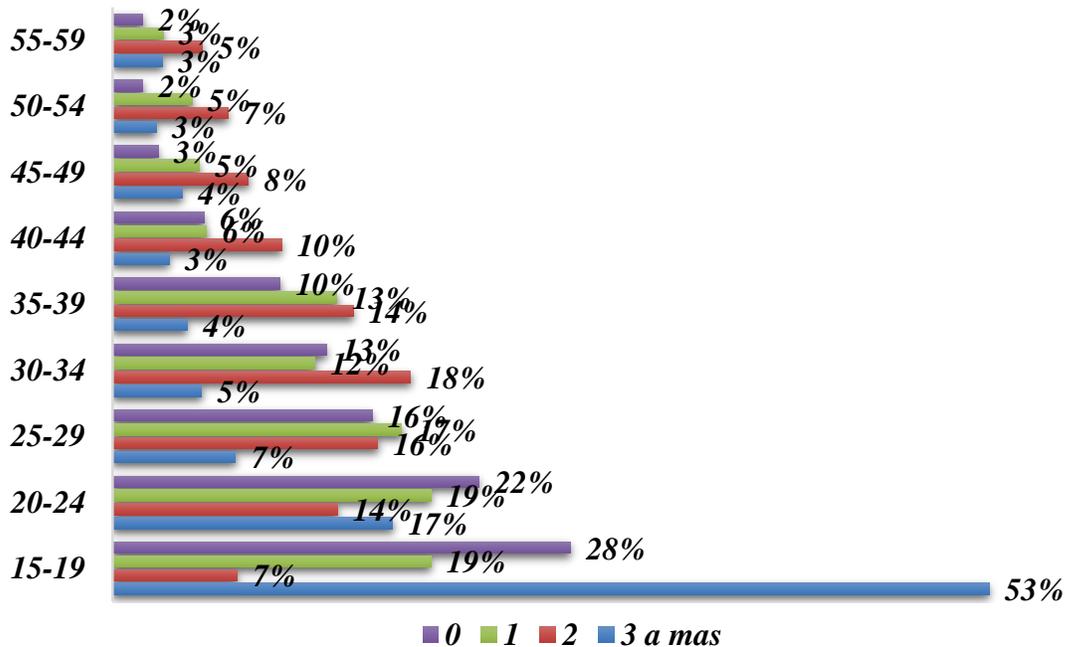


Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En cuanto al inicio de la vida sexual, se refleja que la mayoría de la población tiene su primera relación sexual en el rango de edad de *11-16 años* con un 72.4%, seguidamente entre los *17-24 años* de edad con un 24.3%; lo que indica que los hombres inician a una edad temprana su vida sexual activa.



Grafico 31. Número de parejas que los hombres tienen relaciones sexuales por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Considerando que los hombres han tenido relaciones sexuales con este número de parejas durante el periodo de la encuesta. Este grafico revela que el rango de edad de 15-19 años (adolescencia), tienen relaciones sexuales con 3 o más parejas con un 53%. Se puede decir que entre más edad tiene el hombre se va reduciendo el porcentaje de tener relaciones sexuales con 3 o más parejas.

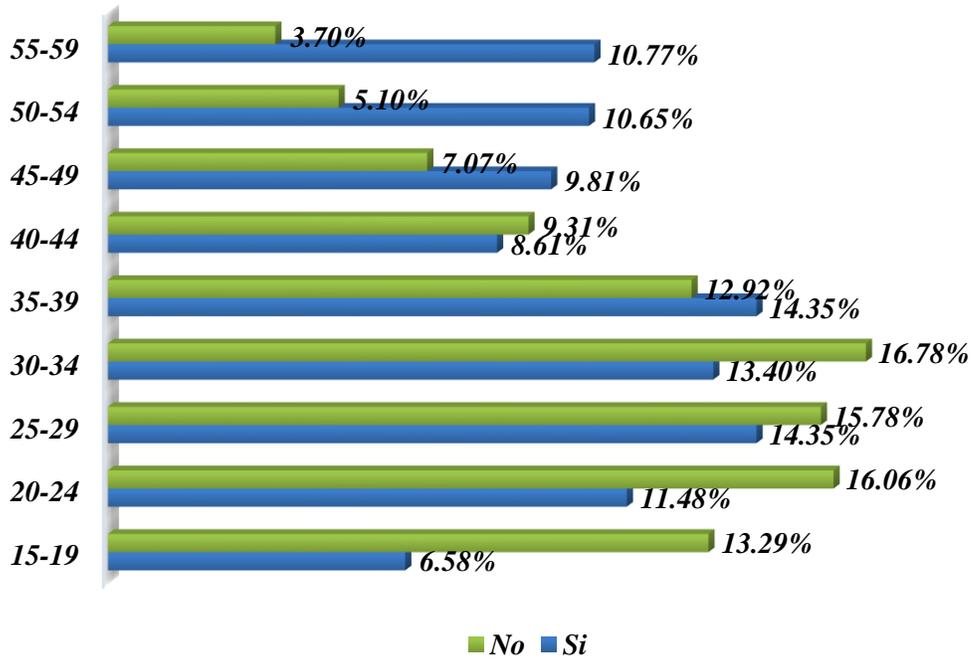
En el intervalo de edad 30-34 años el hombre ha tenido relaciones sexuales con dos parejas el 18% de estos.

En el rango de edad de 15-19 y 20-24 años el 19% de los hombres han tenido relaciones sexuales solamente con una pareja.

Por lo tanto, no han tenido relaciones sexuales con ninguna pareja el 28% de los hombres entre las edades de 15-19 años.



Grafico 32. Hombres que pagaron dinero para tener relaciones sexuales, por grupos de edades. ENDESA 2011/2012.



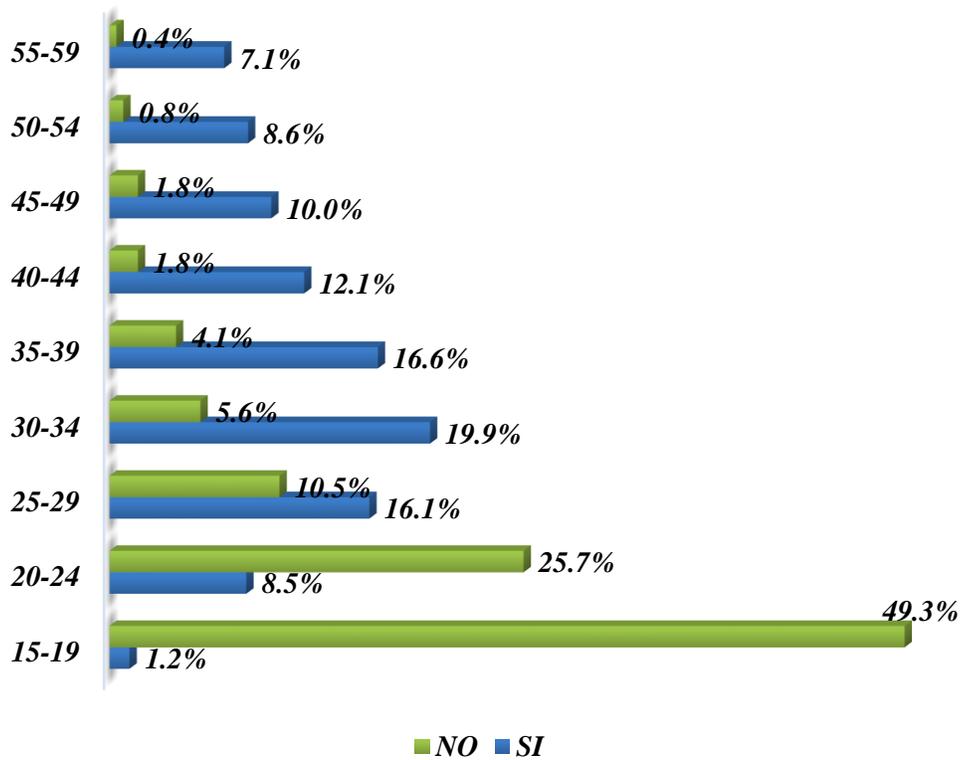
Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En cuanto a los hombres por grupos de edades que pagaron dinero por tener relaciones sexuales entre las edades de 25-29, 30-34 y 35-39 se tiene la mayor participación y representan el 42.11%

En relación a hombres que no pagaron dinero por tener relaciones sexuales, se tienen casi los mismos intervalos de edades de 25 a 39 años con el 45.47%.



Grafico 33. Hombres que le han tenido hijos por grupo de edades. ENDESA 2011/2012.

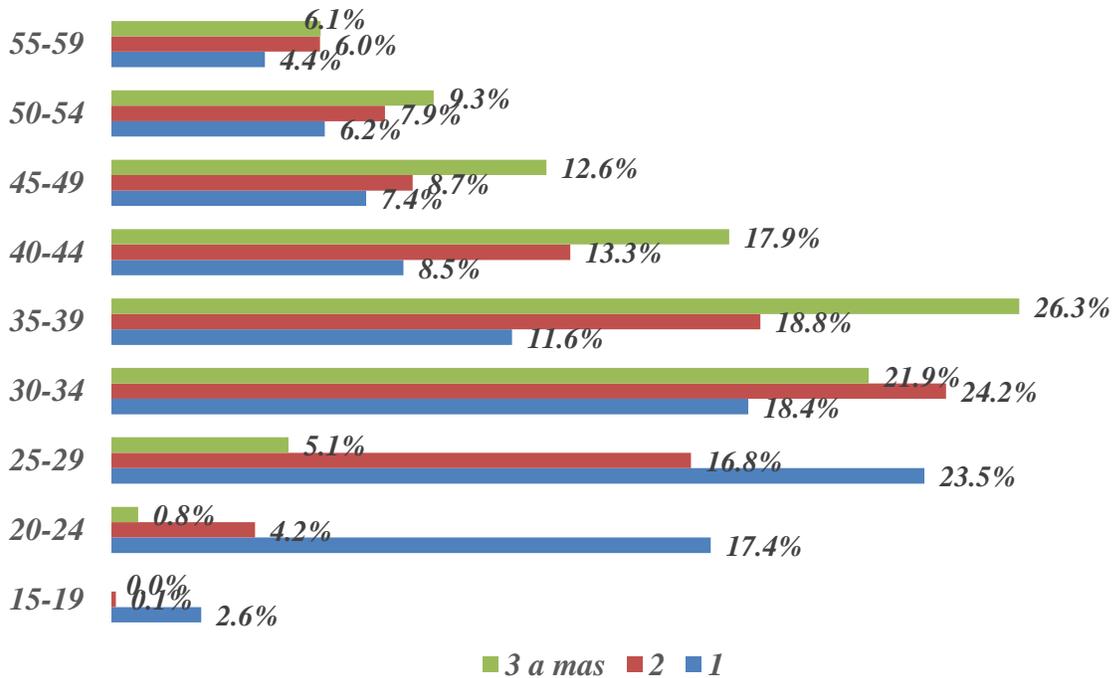


Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

En cuanto a los hombres que le han tenido hijos según rango de edades, las mayores participaciones corresponden entre las edades de 25 a 39 años con un 52.6%



Grafico 34. Número de hijos que viven con su padre según grupos de edades. ENDESA 2011/2012.



Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012.

Se observa que los padres de la edad de 30-44 años tienen de 3 a más hijos viviendo con ellos con un 66.1% de estos, en la edad de 25-39 años tienen 2 hijos viviendo con ellos con un 59.8% de estos y los padres de la edad de 15-19 años el 2.6% tienen 1 hijo habitando con ellos.



IX. CONCLUSIONES.

Tras concretar la discusión de los resultados tanto descriptivos como inferenciales para cumplir los objetivos de nuestra investigación, concluimos:

1. En las principales características sociodemográficas de hombres y mujeres en edad fértil, entre las edades de 20-34 años predominan más mujeres que hombres, se destaca que producto de los procesos migratorios las mujeres a partir de los 25 años emigran a la zona urbana, en cambio los hombres lo hacen en edades tempranas. Con respecto al nivel educativo las mujeres llegan a la modalidad de secundaria más que los hombres y estos tienen más participación en la modalidad de primaria.
2. Se Identificaron las características de la salud sexual y reproductiva con respecto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos observándose que hombres conocen y a la vez usan el condón o preservativo masculino como método anticonceptivo principal y en el caso de las mujeres conocen más la pastilla o píldora anticonceptiva, sin embargo, utilizan más la inyección anticonceptiva como método anticoncepción y la decisión de utilizar algún método anticoncepción la tienen ambos (pareja).
3. Se encontró que tanto hombres como mujeres difieren al haber pagado dinero por tener relaciones sexuales, siendo los hombres la mayoría. En cambio, las mujeres son las que más han sido diagnosticadas con alguna enfermedad de transmisión sexual durante los últimos 12 meses en relación a los hombres. En el caso de que si conocen las infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA hombres y mujeres difieren significativamente con respecto al conocimiento de estos.



4. Evaluando el rol del hombre en base al papel fundamental que juega en la toma de decisiones con respecto a la salud sexual y reproductiva, casi la totalidad de hombres no opino sobre que significa sexo seguro (*Abstenerse de sexo, usar condón, tener una sola compañera, evitar sexo con prostitutas, evitar sexo con homosexuales*).

Se identificó que los hombres en su mayoría inician su vida sexual activa entre las edades de 11-16 años. Se obtuvo que en el rango de edad de 15-19 años el mayor número de parejas sexuales es de 3 a más



X. RECOMENDACIONES.

Apoyándose en los resultados obtenidos en dicha investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Fomentar la igualdad de acceso a la educación a hombres y mujeres a la enseñanza y la posibilidad de llegar a niveles altos de educación; con planes adaptados a las realidades económicas, sociales y laborales, ya que en muchos casos los problemas socio económicos obedece a la formación obsoleta que reciben los estudiantes hoy en día (educación para la vida).
2. Orientar desde la niñez sobre la educación sexual y reproductiva por medio de instituciones del estado como el MINED en estrecha coordinación con el MINSA y con el apoyo de ONG.
3. Brindar jornadas médicas en coordinación del MINSA con Instituciones, Universidades a nivel nacional donde incluyan charlas, consultas, exámenes y tratamientos a hombres y mujeres para la detección temprana de alguna infección de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.
4. Concientizar por medio de campañas publicitarias a los hombres sobre practicar sexo seguro para evitar el contagio de las ITS para cuidarse él y a su pareja, y que ellos al igual que la mujer son responsables de la crianza de los hijos, basado en el apoyo emocional la empatía y la no violencia.



XI. BIBLIOGRAFIA

- (s.f.). Recuperado el Agosto de 201, de http://www.ine.es/explica/docs/pasos_tipos_graficos.pdf
- Benno de Keijzer/ Salud y Género, A. (Mayo de 2001). *Los hombres ante la salud sexual-reproductiva: una relación contradictoria*. Obtenido de PASAGE. Programa de Aprendizaje en Sexualidad, Afectividad y Género: <http://www.pasa.cl/>
- Canavos, G. C. (s.f.). *Probabilidad y Estadística aplicaciones y métodos*. Mexico.
- (2013). *Informe Preliminar de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12 (ENDESA 2011/12)*. Managua.
- MINSA-INIDE. (2008). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006/07*. Instituto Nacional de Información de Desarrollo-INIDE, Managua.
- Nicaragua, M. d. (2008). *ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. Managua.
- Sexualidad, E. –C. (s.f.). www.ecos.org.br.
- Torres, B. D.-M. (2008). Obtenido de http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPGENDERINSPA/Resources/Cuaderno3costa_caribe.pdf
- Vera, C. F., & Duhart, A. G. (s.f.). *Universidad del Bio-Bio*. Recuperado el Agosto de 2015, de *Universidad del Bio-Bio*: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p10.4.htm>
- Walpole, R. E. (s.f.). *Probabilidad y Estadística para ingenieros*. Pearson Educación.
- YOUR-LIFE.COM. (s.f.). Recuperado el junio de 2017, de YOUR-LIFE.COM: www.your-life.com/es/



XII. ANEXOS.



Socio demográfico.

Edades en grupos quinquenales según sexo. ENDESA 2011/2012				
	Hombre	Mujeres	Hombre	Mujeres
15-19	850	2771	18,89%	18,15%
20-24	665	2623	14,78%	17,18%
25-29	632	2686	14,05%	17,59%
30-34	658	2483	14,63%	16,26%
35-39	541	1945	12,02%	12,74%
40-44	372	1474	8,27%	9,66%
45-49	314	1284	6,98%	8,41%
50-54	258		5,73%	0%
55-59	209		4,65%	0%

Fuente: Elaboración propia y base de datos ENDESA 2011/2012

Área de residencia de Hombres y Mujeres por grupos de edades. ENDESA 2011/2012					
	Hombre		Mujer		
	Urbano	Rural		Urbano	Rural
15-19	470	380	15-19	1356	1415
20-24	334	331	20-24	1251	1372
25-29	289	343	25-29	1365	1321
30-34	316	342	30-34	1266	1217
35-39	267	274	35-39	1040	905
40-44	191	181	40-44	840	634
45-49	167	147	45-49	786	498
50-54	146	112	50-54		
55-59	123	86	55-59		
Total H	2303	2196	Total M	7904	7362
15-19	10.45%	8.45%	15-19	8.88%	9.27%
20-24	7.42%	7.36%	20-24	8.19%	8.99%
25-29	6.42%	7.62%	25-29	8.94%	8.65%
30-34	7.02%	7.60%	30-34	8.29%	7.97%
35-39	5.93%	6.09%	35-39	6.81%	5.93%
40-44	4.25%	4.02%	40-44	5.50%	4.15%
45-49	3.71%	3.27%	45-49	5.15%	3.26%
50-54	3.25%	2.49%	50-54		
55-59	2.73%	1.91%	55-59		
Hombre	51.19%	48.81%	Mujer	51.78%	48.22%
4499			15266		

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



Estado civil de hombres y mujeres por grupo de edades. ENDESA 2011/2012													
Hombre (Frecuencia)							Mujer (Frecuencia)						
	Casado	Unido	Viudo	Divorciado	Separado	No esta unido		Casado	Unido	Viudo	Divorciado	Separado	No esta unido
15-19	4	71	0	0	9	766	15-19	106	705	1	1	205	1753
20-24	70	224	0	0	42	329	20-24	412	1130	3	4	327	747
25-29	164	289	0	2	55	122	25-29	698	1260	5	16	410	297
30-34	253	279	0	0	62	64	30-34	802	1110	17	16	392	146
35-39	240	208	0	3	46	44	35-39	673	804	29	22	315	102
40-44	190	122	1	1	42	16	40-44	539	498	43	23	295	76
45-49	152	93	2	4	43	20	45-49	438	414	60	15	305	52
50-54	135	69	1	6	40	7							
55-59	100	56	7	2	36	8							
Total H	1308	1411	11	18	375	1376	Total M	3668	5921	158	97	2249	3173
Hombre (%)							Mujer (%)						
15-19	0.31%	5.03%	0%	0%	2.40%	55.67%	15-19	2.89%	11.91%	0.63%	1.03%	9.12%	55.25%
20-24	5.35%	15.88%	0%	0%	11.20%	23.91%	20-24	11.23%	19.08%	1.90%	4.12%	14.54%	23.54%
25-29	12.54%	20.48%	0%	11.11%	14.67%	8.87%	25-29	19.03%	21.28%	3.16%	16.49%	18.23%	9.36%
30-34	19.34%	19.77%	0%	0%	16.53%	4.65%	30-34	21.86%	18.75%	10.76%	16.49%	17.43%	4.60%
35-39	18.35%	14.74%	0%	16.67%	12.27%	3.20%	35-39	18.35%	13.58%	18.35%	22.68%	14.01%	3.21%
40-44	14.53%	8.65%	9.09%	5.56%	11.20%	1.16%	40-44	14.69%	8.41%	27.22%	23.71%	13.12%	2.40%
45-49	11.62%	6.59%	18.18%	22.22%	11.47%	1.45%	45-49	11.94%	6.99%	37.97%	15.46%	13.56%	1.64%
50-54	10.32%	4.89%	9.09%	33.33%	10.67%	0.51%							
55-59	7.65%	3.97%	63.64%	11.11%	9.60%	0.58%							
Hombre 4499	29.07%	31.36%	0.24%	0.40%	8.34%	30.58%	Mujer 15266	24.03%	38.79%	1.03%	0.64%	14.73%	20.78%



Mujeres aseguradas en los sectores productivos. ENDESA 2011/2012								
	Sector primario	Sector secundario	Sector terciario	Suma M		Sector primario	Sector secundario	Sector terciario
Seguro social INSS	21	429	1283	1733	Seguro social INSS	1.21%	24.75%	74.03%
Otros	12	40	288	340	Otros	3.53%	11.76%	84.71%
No esta asegurado	670	513	4193	5376	No esta asegurado	12.46%	9.54%	77.99%
Total mujeres				7449				
Hombres aseguradas en los sectores productivos. ENDESA 2011/2012								
	Sector primario	Sector secundario	Sector terciario	Suma H		Sector primario	Sector secundario	Sector terciario
Seguro social INSS	55	176	442	673	Seguro social INSS	8.17%	26.15%	65.68%
Otros	14	10	47	71	Otros	19.72%	14.08%	66.20%
No esta asegurado	1773	383	972	3128	No esta asegurado	56.68%	12.24%	31.07%
Total Hombres				3872				

Nivel educativo de hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012				
Nivel educativo	Frecuencia		Porcentaje	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ninguno	37	104	0.92	0.75
Pre-escolar	5	7	0.12	0.05
Educación especial	0	2	0.00	0.01
Educación de adultos	56	91	1.39	0.66
Primaria	1805	5635	44.74	40.70
Secundaria	1465	5219	36.32	37.69
Técnico básico	12	45	0.30	0.33
Técnico medio	83	282	2.06	2.04
Formación docente	22	274	0.55	1.98
Técnico superior	22	76	0.55	0.55
Universitario	496	2032	12.30	14.68
Postgrado y más	30	79	0.74	0.57
Total	4034	13846		



Razón principal por la que dejó de estudiar según la encuesta demográfica de salud. ENDESA 2011/2012				
	Sexo		Porcentaje	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Concluyo sus estudios	244	1385	7.67%	15.54%
Tenía que trabajar	1016	887	31.9%	9.95%
Cuidar a los niños	1	678	0.03%	7.61%
Se acompañó/Se casó	88	245	2.76%	2.75%
Problemas económicos	805	1156	25.29%	12.97%
Problemas familiares	123	2495	3.86%	27.99%
No le gusta/Ya no quiso	636	562	19.98%	6.31%
Por razones de salud/La vista	52	599	1.634%	6.72%
Ya no había grado	33	417	1.04%	4.68%
Cambio de domicilio	21	186	0.66%	2.09%
Concluyo sus estudios/cuidar a los niños	0	140	0%	1.57%
Otra	164	163	5.15%	1.83%
Total	3183	8913	100%	100%

Religión que pertenecen hombres y mujeres. ENDESA 2011/2012				
	Hombre	Porcentaje	Mujer	Porcentaje
Ninguna	1035	23.01%	1687	11.05%
Católica	2124	47.22%	7824	51.25%
Protestante/Evangélica	1192	26.50%	5201	34.07%
Morava	80	1.78%	289	1.89%
Testigo de Jehová	43	0.96%	150	0.98%
Otra	24	0.53%	114	0.75%



Salud sexual y Reproductiva

Primer método anticonceptivo que utilizo la mujer al tener Relaciones sexuales, según ENDESA 2011/2012.		
	Frecuencia	Porcentaje
Esterilización Femenina	408	4.47%
Vasectomía	4	0.04%
Pastillas	4131	45.29%
T de cobre o DIU	530	5.81%
Inyección	2877	31.54%
Condón Masculino	492	5.39%
Condón Femenino	1	0.01%
Métodos Vaginales	8	0.09%
Método de amenorrea por lactancia (MELA)	204	2.24%
Abstinencia periódica, Ritmo, Calendario, Billings o Moco Cervical	142	1.56%
Retiro	100	1.10%
Anticoncepción de emergencia (PPMS)	200	2.19%
Otro	17	0.19%
No recuerda	7	0.08%

Método que uso el hombre o su pareja en esa primera relación sexual, según ENDESA 2011/2012

	Frecuencia	porcentaje
Esterilización femenina	14	1.3%
Pastilla o píldora anticonceptiva	181	17.2%
DIU (T de cobre)	5	0.5%
Inyección anticonceptiva	59	5.6%
Condón Masculino	737	70.0%
Métodos Vaginales	1	0.1%
Abstinencia, Ritmo, Calendario, Billings	5	0.5%
Retiro	24	2.3%
Anticoncepción de emergencia	18	1.7%
Ninguno	3	0.3%
No sabe/No recuerda	6	0.6%
Total	1053	



Hombres y mujeres por grupos de edades que usaron condón en su última relación sexual. ENDESA 2011/2012.					
Grupo de edades	Hombre		Grupo de edades	Mujer	
	Si	No		Si	No
15-19	285	197	15-19	113	1038
20-24	219	394	20-24	222	1735
25-29	128	499	25-29	274	2051
30-34	113	538	30-34	240	1931
35-39	91	444	35-39	144	1496
40-44	58	313	40-44	103	1047
45-49	47	261	45-49	54	853
50-54	36	218	50-54		
55-59	20	189	55-59		
Total H	997	3053	Total M	1150	10151
15-19	28.6%	6.5%	15-19	9.83%	10.23%
20-24	22.0%	12.9%	20-24	19.30%	17.09%
25-29	12.8%	16.3%	25-29	23.83%	20.20%
30-34	11.3%	17.6%	30-34	20.87%	19.02%
35-39	9.1%	14.5%	35-39	12.52%	14.74%
40-44	5.8%	10.3%	40-44	8.96%	10.31%
45-49	4.7%	8.5%	45-49	4.70%	8.40%
50-54	3.6%	7.1%	50-54		
55-59	2.0%	6.2%	55-59		
Hombre 4050	24.6%	75.4%	Mujer 11301	10.2%	89.8%

Decisión de utilizar métodos anticonceptivos, según ENDESA 2011/2012 (mujeres)		
	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	4775	52.37%
Solo ella	4007	43.95%
Solo él	201	2.20%
Otra respuesta	134	1.47%



Detección de los síntomas de la ITS en hombres, según ENDESA 2011/2012				
	Frecuencia		Porcentaje	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Si	665	1608	15.11	11.21
No	3737	12734	84.89	88.79

Detección de los síntomas de la ITS en Mujeres, Según ENDESA 2011/2012				
	Frecuencia		Porcentaje	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Si	911	2233	20.72%	15.51%
No	3485	12160	79.27%	84.48%

Número de parejas que han tenido relaciones sexuales por grupo de edades. ENDESA 2011/2012.									
	Hombre					Mujer			
	0	1	2	3 a mas		0	1	2	3 a mas
15-19	541	234	44	30	15-19	11	1117	40	4
20-24	173	423	44	24	20-24	10	1928	34	4
25-29	76	499	40	17	25-29	12	2293	37	10
30-34	55	561	28	14	30-34	15	2136	29	9
35-39	46	453	31	11	35-39	9	1621	20	4
40-44	35	318	13	6	40-44	12	1140	15	2
45-49	43	256	12	3	45-49	9	904	5	1
50-54	27	217	11	2					
55-59	31	169	7	2					
Total H	1027	3130	230	109	Total M	78	11139	180	34
15-19	53%	7%	19%	28%	15-19	14.10%	10.03%	22.22%	11.76%
20-24	17%	14%	19%	22%	20-24	12.82%	17.31%	18.89%	11.76%
25-29	7%	16%	17%	16%	25-29	15.38%	20.59%	20.56%	29.41%
30-34	5%	18%	12%	13%	30-34	19.23%	19.18%	16.11%	26.47%
35-39	4%	14%	13%	10%	35-39	11.54%	14.55%	11.11%	11.76%
40-44	3%	10%	6%	6%	40-44	15.38%	10.23%	8.33%	5.88%
45-49	4%	8%	5%	3%	45-49	11.54%	8.12%	2.78%	2.94%
50-54	3%	7%	5%	2%					
55-59	3%	5%	3%	2%					
Hombre 4496	22.84%	69.62%	5.12%	2.42%	Mujer 11431	0.68%	97.45%	1.57%	0.30%



Hombres y Mujeres que han pagado por tener relaciones sexuales. ENDESA 2011/2012.				
	Frecuencia		Porcentaje	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Si	836	12	20.64%	0.09%
No	3213	12961	79.35%	99.91%
	4049	12973		

Hombres y mujeres que le han diagnosticado alguna ITS durante los últimos 12 meses por grupo de edades. ENDESA 2011/2012.							
Hombre				Mujer			
	Si	No	No ha tenido R/S		Si	No	No ha tenido R/S
15-19	6	718	125	15-19	38	1774	952
20-24	10	635	19	20-24	100	2235	287
25-29	4	624	4	25-29	134	2462	86
30-34	4	651	3	30-34	145	2284	53
35-39	4	533	4	35-39	89	1806	49
40-44	5	366	1	40-44	71	1358	43
45-49	4	309	1	45-49	60	1185	38
50-54	1	253	4				
55-59	1	208	0				
Total	39	4297	161	Total	637	13104	1508
Hombre				Mujer			
15-19	15.38%	16.71%	77.64%	15-19	5.97%	13.54%	63.13%
20-24	25.64%	14.78%	11.80%	20-24	15.70%	17.06%	19.03%
25-29	10.26%	14.52%	2.48%	25-29	21.04%	18.79%	5.70%
30-34	10.26%	15.15%	1.86%	30-34	22.76%	17.43%	3.51%
35-39	10.26%	12.40%	2.48%	35-39	13.97%	13.78%	3.25%
40-44	12.82%	8.52%	0.62%	40-44	11.15%	10.36%	2.85%
45-49	10.26%	7.19%	0.62%	45-49	9.42%	9.04%	2.52%
50-54	2.56%	5.89%	2.48%				
55-59	2.56%	4.84%	0%				
Hombre	0.87%	95.55%	3.58%	Mujer	4.18%	85.93%	9.89%
4497				15249			



Pruebas de hipótesis para diferencia de proporciones en Conocimiento de los métodos anticonceptivos.

		Prueba de Levene		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Esterilizacion Femenina	Se asumen varianzas iguales	5.956	.015	1.215	19763	.224	.006	.005	-.004	.016
	No se asumen varianzas iguales			1.233	7520.215	.218	.006	.005	-.004	.016
Esterilizacion Masculina	Se asumen varianzas iguales	196.596	.000	6.126	19761	.000	.051	.008	.035	.068
	No se asumen varianzas iguales			6.190	7463.432	.000	.051	.008	.035	.068
Pildora anticonceptiva	Se asumen varianzas iguales	82.540	.000	-4.563	19762	.000	-.012	.003	-.016	-.007
	No se asumen varianzas iguales			-4.051	6296.452	.000	-.012	.003	-.017	-.006
DIU o T de Cobre	Se asumen varianzas iguales	2409.713	0.000	-28.903	19757	.000	-.191	.007	-.204	-.178
	No se asumen varianzas iguales			-24.912	6095.293	.000	-.191	.008	-.206	-.176
Inyeccion Anticonceptiva	Se asumen varianzas iguales	668.979	.000	-12.963	19759	.000	-.032	.002	-.037	-.027
	No se asumen varianzas iguales			-9.753	5385.019	.000	-.032	.003	-.039	-.026
Implante (NortPlant)	Se asumen varianzas iguales	4.721	.030	1.090	19756	.276	.005	.005	-.004	.015
	No se asumen varianzas iguales			1.074	7187.565	.283	.005	.005	-.004	.015

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



		Prueba de Levene		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Condon Masculino	Se asumen varianzas iguales	605.935	.000	11.870	19762	.000	.037	.003	.031	.044
	No se asumen varianzas iguales			17.907	17956.654	.000	.037	.002	.033	.041
Condon Femenino	Se asumen varianzas iguales	3.260	.071	9.502	19760	.000	.080	.008	.064	.097
	No se asumen varianzas iguales			9.495	7344.017	.000	.080	.008	.064	.097
Metodos Vaginales	Se asumen varianzas iguales	295.792	.000	9.712	19761	.000	.076	.008	.061	.091
	No se asumen varianzas iguales			9.406	7022.414	.000	.076	.008	.060	.092
Metodo de Amenorrea por Lactancia (MELA)	Se asumen varianzas iguales	3.371	.066	-14.907	19760	.000	-.125	.008	-.142	-.109
	No se asumen varianzas iguales			-14.889	7337.229	.000	-.125	.008	-.142	-.109
Abstinencia Periodica	Se asumen varianzas iguales	550.335	.000	9.728	19761	.000	.082	.008	.065	.098
	No se asumen varianzas iguales			9.880	7527.121	.000	.082	.008	.065	.098
Retiro o Coito Interrumpido	Se asumen varianzas iguales	3832.966	0.000	25.590	19759	.000	.212	.008	.196	.228
	No se asumen varianzas iguales			27.226	8112.634	.000	.212	.008	.197	.227
Anticonceptivo de emergencia (PPMS)	Se asumen varianzas iguales	10.738	.001	-1.482	19763	.138	-.013	.008	-.029	.004
	No se asumen varianzas iguales			-1.483	7360.412	.138	-.013	.008	-.029	.004



➤ **Prueba de hipótesis para diferencia de proporciones en el Uso de los métodos anticonceptivo de hombres y mujeres.**

		Prueba de Levene		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Esterilizacion Femenina	Se asumen varianzas iguales	.002	.962	.024	17737	.981	.000	.008	-.015	.015
	No se asumen varianzas iguales			.024	6645.359	.981	.000	.008	-.015	.015
Esterilizacion Masculina	Se asumen varianzas iguales	22.042	.000	2.349	11386	.019	.003	.001	.001	.006
	No se asumen varianzas iguales			1.977	3698.231	.048	.003	.002	.000	.006
Píldora anticonceptiv a	Se asumen varianzas iguales	7.800	.005	1.299	19305	.194	.011	.009	-.006	.028
	No se asumen varianzas iguales			1.300	7082.282	.194	.011	.009	-.006	.028
DIU o T de Cobre	Se asumen varianzas iguales	15.556	.000	2.000	15863	.046	.015	.008	.000	.030
	No se asumen varianzas iguales			1.956	4275.154	.051	.015	.008	.000	.030
Inyección Anticonceptiv a	Se asumen varianzas iguales	93.082	.000	-6.470	19316	.000	-.055	.009	-.072	-.039
	No se asumen varianzas iguales			-6.424	6836.505	.000	-.055	.009	-.072	-.039
Implante (NortPlant)	Se asumen varianzas iguales	86.679	.000	4.610	1700	.000	.027	.006	.016	.039
	No se asumen varianzas iguales			3.061	443.239	.002	.027	.009	.010	.045

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”



		Prueba de Levene		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Condón Masculino	Se asumen varianzas iguales	10.133	.001	37.184	19043	.000	.302	.008	.286	.318
	No se asumen varianzas iguales			37.009	7350.212	.000	.302	.008	.286	.318
Condón Femenino	Se asumen varianzas iguales	200.785	.000	7.091	9362	.000	.022	.003	.016	.028
	No se asumen varianzas iguales			5.631	3040.485	.000	.022	.004	.014	.030
Métodos Vaginales	Se asumen varianzas iguales	148.419	.000	6.253	6118	.000	.058	.009	.040	.077
	No se asumen varianzas iguales			5.739	2542.934	.000	.058	.010	.038	.078
Método de Amenorrea por Lactancia (MELA)	Se asumen varianzas iguales	57.190	.000	3.899	10628	.000	.035	.009	.017	.053
	No se asumen varianzas iguales			3.696	2802.784	.000	.035	.010	.016	.054
Abstinencia Periódica	Se asumen varianzas iguales	926.856	.000	16.607	11102	.000	.137	.008	.121	.153
	No se asumen varianzas iguales			14.707	4021.384	.000	.137	.009	.118	.155
Retiro o Coito Interrumpido	Se asumen varianzas iguales	991.965	.000	21.165	11112	.000	.199	.009	.181	.218
	No se asumen varianzas iguales			19.975	5409.483	.000	.199	.010	.180	.219
Anticonceptivo de emergencia (PPMS)	Se asumen varianzas iguales	245.098	.000	8.609	9340	.000	.090	.010	.070	.111
	No se asumen varianzas iguales			8.074	3083.052	.000	.090	.011	.068	.112



➤ **Prueba de hipótesis para diferencia de proporciones en Conocimiento de las ITS en hombres y mujeres.**

		Prueba de Levene		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Sífilis Chancro	Se asumen varianzas iguales	1854.438	0.000	18.285	19761	.000	.136	.007	.122	.151
	No se asumen varianzas iguales			20.544	8966.523	.000	.136	.007	.123	.149
Gonorrea Purgacion	Se asumen varianzas iguales	2057.915	0.000	19.778	19762	.000	.126	.006	.114	.139
	No se asumen varianzas iguales			24.522	11068.943	.000	.126	.005	.116	.136
Herpes Genital	Se asumen varianzas iguales	94.619	.000	-6.283	19754	.000	-.053	.008	-.069	-.036
	No se asumen varianzas iguales			-6.239	7268.098	.000	-.053	.008	-.069	-.036
Condilomas	Se asumen varianzas iguales	3993.684	0.000	24.192	19763	.000	.197	.008	.181	.213
	No se asumen varianzas iguales			26.359	8465.355	.000	.197	.007	.182	.211
Leucorrea (Flujos)	Se asumen varianzas iguales	681.860	.000	-10.770	19763	.000	-.090	.008	-.107	-.074
	No se asumen varianzas iguales			-10.964	7553.376	.000	-.090	.008	-.107	-.074
Clamidia	Se asumen varianzas iguales	683.069	.000	-11.641	19758	.000	-.090	.008	-.105	-.075
	No se asumen varianzas iguales			-12.307	8029.111	.000	-.090	.007	-.105	-.076
Tricomoniass	Se asumen varianzas iguales	1386.845	.000	-15.435	19752	.000	-.125	.008	-.141	-.109
	No se asumen varianzas iguales			-16.290	8003.645	.000	-.125	.008	-.140	-.110
Candidiasis (Flor Blanca)	Se asumen varianzas iguales	586.340	.000	-11.570	19749	.000	-.098	.008	-.114	-.081
	No se asumen varianzas iguales			-11.689	7466.135	.000	-.098	.008	-.114	-.081
Ladillas o piojos pubicos	Se asumen varianzas iguales	4092.802	0.000	25.002	19759	.000	.206	.008	.190	.222
	No se asumen varianzas iguales			26.871	8259.186	.000	.206	.008	.191	.221
VIH/SIDA	Se asumen varianzas iguales	131.858	.000	5.689	19763	.000	.011	.002	.007	.014
	No se asumen varianzas iguales			7.774	14127.689	.000	.011	.001	.008	.013
Virus de Papiloma Humano (VPH)	Se asumen varianzas iguales	96.868	.000	-21.535	19758	.000	-.179	.008	-.195	-.162
	No se asumen varianzas iguales			-21.329	7246.859	.000	-.179	.008	-.195	-.162



➤ **Rol del hombre.**

Hombres que han pagado por tener relaciones sexuales por grupo de edades. ENDESA 2011/2012				
	Hombre		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
15-19	55	427	6.58%	13.29%
20-24	96	516	11.48%	16.06%
25-29	120	507	14.35%	15.78%
30-34	112	539	13.40%	16.78%
35-39	120	415	14.35%	12.92%
40-44	72	299	8.61%	9.31%
45-49	82	227	9.81%	7.07%
50-54	89	164	10.65%	5.10%
55-59	90	119	10.77%	3.70%
	836	3213	20.65%	79.35%

Edad de los hombres en su primera relación sexual. ENDESA 2011/2012.		
	Frecuencia	Porcentaje
< a 11	34	0.8%
11 - 16	2910	72.4%
17 - 22	978	24.3%
23 - 28	74	1.8%
29 - 34	17	0.4%
35 - 40	3	0.1%
41 - 46	1	0.0%
	4017	100%

Hombres que le han tenido hijos por grupo de edades. ENDESA 2011/2012				
	SI		NO	
	SI	NO	SI	NO
15-19	35	815	1.20%	49.30%
20-24	241	424	8.50%	25.70%
25-29	458	174	16.10%	10.50%
30-34	565	93	19.90%	5.60%
35-39	473	68	16.60%	4.10%
40-44	343	29	12.10%	1.80%
45-49	285	29	10.00%	1.80%
50-54	244	14	8.60%	0.80%
55-59	202	7	7.10%	0.40%
	2846	1653	100.00%	100.00%

“Comparación de los indicadores socio demográficos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres nicaragüenses a través de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en el periodo 2011/2012”

