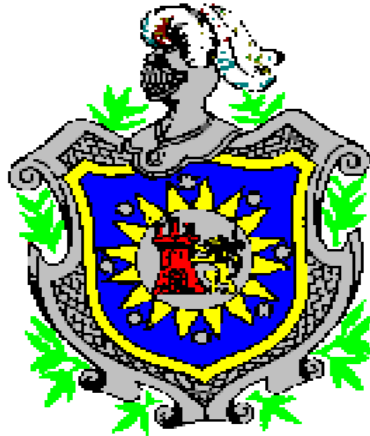


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE**



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA.

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES
COLEGIO PUBLICO MIGUEL DE CERVANTES.
MANAGUA SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2015.**

AUTORA:

Dra. Lisseth del Carmen García Hernández.
Residente de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.

TUTORA:

Dra. Nubia Fuentes.
Gineco-Obstetra.

Enero 2016.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios, ser supremo creador de todo el universo, quien me dio toda la fortaleza durante mi residencia dándome sabiduría ,fuerza ,apartándome de todo peligro y bendiciéndome en cada momento sin El no hubiese podido culminar mi especialidad .

A mi madre Mercedes Hernández Martínez quien ha sido mi apoyo mi ejemplo a seguir que con su amor y ternura me ha educado con valores cristianos y morales y a quien le debo lo que soy.

A mi hermana Yocasta García Hernández por todas sus palabras de ánimo, por su apoyo incondicional.

A mi tutora Dra. Nubia Fuentes Sarria por guiarme en este largo proceso de enseñanza y dedicación para la realización de mi estudio.

A todos los adolescentes del Colegio Miguel de Cervantes que Dios les bendiga y les de sabiduría en cada paso de su vida éxitos y luchen por su futuro que sean profesionales de bien.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy gracias a Dios por haberme dado el tiempo necesario para realizar este trabajo ,por haberme permitido conocer a personas que me colaboraron para hacer uno de mis sueños realidad y con Fe en mi corazón se que El siempre anduvo a mi lado no tengo palabras para expresar mi agradecimiento gracias mi Dios.

A mi familia en especial a mi madre y mi hermana por su amor, confianza y comprensión.

A mi tutora Dra. Nubia Fuentes quien considero es una persona muy profesional, pero sobre todo de quien admiro su inteligencia y su calidad humana.

A la licenciada Brenda Patricia José Campos directora del Colegio Público Miguel de Cervantes por abrirme las puertas de su colegio y haberme permitido realizar mi estudio sin su apoyo no hubiera podido realizarlo, así como también a cada profesor que con amabilidad me dejaron entrar a cada aula de clases y cada estudiante que participo en mi estudio llevo bonitos recuerdos del colegio mil gracias.

A la doctora Ana Valeria Quintana José por su colaboración en la realización de mi estudio, una amiga incondicional de gran corazón.

Y por ultimo pero no menos importantes a mis Médicos de Base por su apoyo y enseñanzas, en especial al doctor Herbert Cesar Romero quien me dio mi primer Cesárea y mi primer Histerectomia gracias por su paciencia y dedicación.

CARTA DEL TUTOR.

La presente sirva para confirmar que la doctora Lisseth del Carmen García Hernández ha desarrollado su tesis como último requisito para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo tema fue: Conducta Sexual de Riesgo en Estudiantes Adolescentes del Colegio Público Miguel de Cervantes Managua, Septiembre y Octubre 2015.

Durante el desarrollo del tema la Dra. mostró eficacia y responsabilidad en todo momento hasta llegar a terminar con éxito su tesis.

Estoy segura este estudio será de mucha importancia, ya que en los hospitales se reciben los adolescentes con ITS, embarazos en su mayoría no deseados o sus complicaciones, pero el iceberg del gran problema está en las escuelas y en su entorno y este trabajo puede ser el inicio de otros trabajos donde se aborde este tema y de ser posible darlos a conocer a entidades superiores y de esta manera mejorar los programas de educación sexual dándole un enfoque de género y prevención.

Considero que la tesis ha cumplido con todas las normas estipuladas por la universidad para que la doctora opte a su título.

Atentamente,

TUTORA

Dra. Nubia Fuentes Sarria.

Gineco-Obstetra.

RESUMEN.

Las Conducta Sexual de Riesgo está definida como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o la salud de otra persona. Las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta sexual de riesgo.

El presente estudio tiene como objetivo: Determinar la Conducta Sexual de Riesgo en Estudiantes Adolescentes del Colegio Público Miguel de Cervantes Managua, Septiembre y Octubre 2015.

Es de tipo Observacional, transversal una parte descriptivo y la otra analítica en el cual se describen y analizan dichas conductas. La fuente de información fueron las encuestas realizadas a los estudiantes adolescentes de 14 a 19 años tanto varones como mujeres de dicho colegio. Se realizaron un total de 200 encuestas. De los cuales 108 varones (54%) y 92 mujeres (46%) con un 58% entre el I y II año.

En cuanto a su entorno familiar se encontró que el 38% de los adolescentes refirió su padre no trabajaba y 34% que su madre tampoco no trabajaba lo que reflejaba el bajo nivel de ingreso de los padres y varios estudios han resaltado esto con conducta de riesgos. Al analizar el entorno familiar como factor protector o de riesgo se observo que los adolescentes con padres separados tienen dos veces el riesgo de iniciar relaciones a temprana edad.

Cerca del 45% de los adolescentes referían estudiar y trabajar, al analizar esto con conducta de riesgo se observo que estos adolescentes tenían dos veces probabilidad de iniciar vida sexual y dos a tres veces fumar y uso de drogas.

En relación al factor escolar más de la mitad repitió más de un año de estudio al analizar asociación se demostró tienen tres veces más probabilidad de ser activos sexualmente.

Analizando el comportamiento sexual el 40.5% de los encuestados habían iniciado vida sexual a edades tempranas. Al preguntarle sobre uso de preservativo 53% de los varones negaron haberlo usado .En relación al fumado 23.5% de los adolescentes contestaron que si se encontró que los adolescentes que fuman tienen siete veces más probabilidad de haber iniciado tempranamente su vida sexual ,seis a siete veces de consumir drogas o licor. Se observo que el 68% de los adolescentes que ingerían licor eran sexualmente activos. El 19% de las mujeres refirieron embarazo y el 6% infección de transmisión sexual.

Se concluyo en este estudio que las conductas de riesgos de estos adolescentes están influenciado principalmente por su entorno familiar, social, escolar e individual. Es evidente papel que juega la familia y la asociación de las diferentes conductas de riesgo son hallazgos que estuvieron presentes en más de la mitad de adolescentes.

Recomendamos que se de seguimiento a este estudio para que sea el inicio de muchos más para disminuir por medio de la prevención las altas tasas de embarazos no deseados en adolescentes y infecciones de transmisión sexual.

Indice

INTRODUCCIÓN	8
<u>ANTECEDENTES</u>	10
<u>Situación a nivel mundial</u>	10
<u>Algunos estudios internacionales</u>	11
<u>Situación de la adolescencia en Nicaragua</u>	12
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	15
<u>Objetivo General</u>	15
<u>Objetivo Especifico</u>	15
MARCO TEÓRICO	16
Conductas de riesgos.....	16
<u>Adolescencia</u>	20
<u>Comportamientos que potencian el Riesgo en Salud sexual y reproductiva</u>	23
Concordancia entre factores de Riesgos y de protección.....	26
<u>Dimensiones de Analisis de comportamiento de riesgo</u>	27
<u>Indicadores Estadísticos relacionados con la conducta de riesgo en adolescentes y jóvenes</u>	28
<u>Factores protectores y de Resiliencia</u>	28
La familia como factor protector.....	29
Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes.....	31
Salud Sexual Responsable.....	33
La Educación Sexual y Reproductiva en las escuelas.....	33
Embarazo en la Adolescencia.....	34
Epidemiología del embarazo en la adolescencia.....	36
Infecciones de transmisión sexual en Adolescencia.....	37

Diseño Metodológico	39
Técnica y procedimiento para recolectar la información y Consideraciones Éticas	41
Operalización de las Variables	42
Resultados y Análisis	48
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Bibliografía	61
Anexos	65

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en el mundo contemporáneo las condiciones de vida para mucha gente joven han cambiado y con ello su patrón de conducta sexual, manifestado en una pubertad más temprana y una intensa exposición al erotismo de los medios de comunicación. Estos cambios han aumentado el riesgo de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.⁽¹⁾ Un comportamiento de riesgo es aquel que puede generar algún tipo de peligro o daño para el adolescente.^{(2) (3)}

La caracterización de la conducta sexual en la adolescencia, permite construir categorías analíticas sobre los factores que desfavorecen y/o favorecen una buena salud sexual y reproductiva, partiendo del contexto familiar, cultural, educativo y ambiental en el cual se desarrollan.⁽²⁾ Existe una amplia literatura que relaciona aspectos individuales o de personalidad con los comportamientos de riesgo, factores relacionados con la familia, el colegio o el grupo de iguales pueden influir en la propensión a asumir riesgos en la adolescencia, la actividad deportiva ha sido muy relacionada especialmente con el consumo de drogas.⁽⁴⁾

Varias investigaciones han demostrado que a pesar de los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual incluyendo el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), los y las adolescentes continúan practicando conductas de riesgo. Entre las que se destacan iniciar las relaciones sexuales a edades tempranas y con múltiples parejas, no utilizar el preservativo de forma consistente y correcta.⁽⁵⁾

En el caso de los adolescentes dicha situación se agudiza debido a las condiciones físicas, emocionales y psicológicas de su desarrollo que los hacen más vulnerables.

La mujer tiende a ser más vulnerables frente a amenazas como el embarazo no deseado, aborto y la transmisión de enfermedades sexuales como el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y el Virus de Papiloma Humano (VPH).⁽²⁾

La magnitud del embarazo en adolescentes puede apreciarse por los datos que muestran el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. En Nicaragua el 27% de los embarazos se da en adolescentes, Managua es uno de los departamentos con mayores tasas de embarazo.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

En el Hospital Alemán Nicaragüense se atiende cada año unos 6000 nacimientos los cuales el 25% provienen de madres adolescentes que en una proporción considerable ya han tenido partos u otros eventos obstétricos como cesáreas y abortos. Otro grupo importante de mujeres jóvenes son atendidas por problemas relacionadas con infecciones de transmisión sexual como el virus de inmunodeficiencia (VIH) o el virus del papiloma humano patologías de alta prevalencia en mujeres adolescentes ambas derivadas de las prácticas sexuales de riesgo que inician a edades tempranas.⁽¹⁾⁽⁸⁾⁽⁷⁾

Bajo este contexto y problemática tanto local como nacional con este estudio se pretende determinar el comportamiento sexual, las conductas de riesgos sexuales de adolescentes del Colegio Miguel de Cervantes así también identificar algunos factores que facilitan o previenen éstas prácticas sexuales tomando en cuenta que es una tarea necesaria para diseñar e implementar programas dirigidos a fomentar en los adolescentes una conducta sexual y reproductiva segura.

ANTECEDENTES

En el año 2003 en México se realizó un estudio tipo encuesta con el objetivo de determinar las prácticas sexuales en adolescentes concluyendo que el 70% de ese grupo de edad ya iniciaron su vida sexual, práctica que incrementa con la edad cuya media de inicio de las relaciones sexuales fue 17 años. El 26% de adolescentes sexualmente activos no tiene pareja estable y el 15% tienen relaciones sexuales con personas poco conocidas, el 3,6 con personas del mismo sexo, el 52% solo practican el sexo vaginal, 23% sexo oral, 5% sexo anal y 32% otro tipo como caricias, manual. Más de la mitad de adolescentes y jóvenes no utilizaban métodos de anticoncepción, el 12% nunca han utilizado el preservativo, otro 12% solo ocasional y el 38% siempre- El 58% utilizan la píldora para la mañana siguiente⁽⁹⁾

PÉREZ R. y col, en el año 2004 en la ciudad de México, realizaron un estudio sobre “Conocimientos, Actitudes y Comportamiento Sexual en un grupo de adolescentes chilenos” concluyendo: La edad promedio del inicio de relaciones sexuales fue de 15 ± 18 años. De los adolescentes estudiados, 24.5% de los hombres y 19% de las mujeres había tenido relaciones sexuales.

En la encuesta realizada en Estados Unidos sobre conductas de Riesgo Juvenil en el 2007, se reportó que cerca de un tercio de los estudiantes de educación media tenían 2 o más conductas de riesgo y un 15% tenían 5 o más. Entre los que tenían problemas de conducta con el alcohol, el 40% habían consumido marihuana y otro tipo de droga.⁽²⁾

En el mismo año en Brasil, se realizó un estudio sobre el comportamiento sexual de adolescentes encontrando que el 78% ya habían iniciado relaciones sexuales, así también el mismo porcentaje de ese grupo afirmaron el uso del preservativo y el 19% utilizaban píldoras anticonceptivas conjuntamente.

Concluyeron que adolescentes con mayor número de parejas sexuales en el último año, los que ingerían alcohol presentaban mayor conducta sexual de riesgo, en lo que respecta al uso del condón.⁽²⁾

En España, en el año 2007 se realizó un estudio tipo encuesta en varios colegios de Oviedo encontrando que el 32% de estudiantes realizaban el sexo vaginal, 27% práctica oral y el 8% practicaban el sexo anal. Prácticas que tenían diferencia significativa en función del sexo, con una frecuencia mayor en el hombre el sexo oral y anal. El 54% utilizaban el preservativo siempre, los que ingerían alcohol o drogas referían no utilizarlo (33%).⁽⁹⁾

Poulson et al. (2008) efectuaron una encuesta sobre comportamiento sexual y de riesgo en una universidad de Estados Unidos. En general, los resultados mostraron que un alto porcentaje de la población encuestada tiene actividad sexual regular (73%); no obstante, la mitad de estos estudiantes no emplean el condón de manera habitual en sus relaciones sexuales. Adicionalmente, se halló que un alto porcentaje consume alcohol y marihuana; el uso de ambas sustancias se correlaciona de modo positivo con la frecuencia de la conducta sexual de riesgo; la correlación entre los niveles de religiosidad y la conducta sexual de riesgo fue comparativamente más baja.⁽¹⁰⁾

En la Universidad El Bosque de Colombia en el 2008, se realizó un estudio para determinar la conducta sexual y reproductiva de los estudiantes encontrando que el 80% de los encuestados iniciaron relaciones sexuales entre los 15 a 18 años, menos de 50% habían utilizado preservativo, el 40% refirieron dos o más parejas sexuales, el 10% habían tenido embarazo y el 75% fueron no planeados, de los cuales la mitad terminaron en aborto, la mayoría de ellos inducidos, con una baja prevalencia de infecciones de transmisión sexual.

En el año 2011 se realizó en la Universidad Intercontinental de México un estudio sobre conducta sexual de riesgo para evaluar la prevalencia y consecuencias de algunas conductas sexuales de riesgo en los estudiantes de todas las licenciaturas, los resultados reflejaron que el 93% de los hombres y el 76% de las mujeres tenían actividad sexual con una diferencia significativa entre ambos sexos ($p < 0.001$). Más de la mitad de estudiantes no utilizaron el preservativo de forma habitual. Asociado también a lo anterior un alto porcentaje tiene relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, marihuana u

otro estupefaciente. No se encontró relación con la Religiosidad de los estudiantes. El 8.5% de estudiantes han tenido embarazos no deseados y el 8% abortos. La mitad de las chicas han tomado la píldora para la mañana siguiente en varias ocasiones. ⁽¹⁰⁾

A nivel nacional en el 2005 en la ciudad de Managua se realizó un estudio en el que uno de sus objetivos era valorar las prácticas sexuales en adolescentes concluyendo que cerca de la mitad de ellos habían iniciado vida sexual y la mayoría (75%), no usaron protección, el 15% de adolescentes practicaban el sexo anal, el 8% el sexo oral, solo 38% habían utilizado métodos anticonceptivos, el 13% habían tenido hasta 3 parejas sexuales, el 7,6 habían tenido un aborto, el 8.6 % habían sido víctimas de abuso sexual y el 18% ya eran madres adolescentes ⁽¹¹⁾

En la ciudad de Juigalpa y Chontales por parte de la UNAN Managua y Estelí en el 2013 se realizó un estudio dirigido a estudiantes de tres colegios públicos con el llenado de una encuesta sobre conductas de riesgo a 350 estudiantes de secundaria con los siguientes hallazgos: el 29% de estudiantes habían iniciado relaciones sexuales con un promedio de edad en el varón 14 años y la mujer 15 años, el 61% habían utilizado preservativo en su última relación sexual, el 15% de las chicas habían utilizado anticonceptivos orales, el 4% de los adolescentes habían consumido drogas o licor durante sus relaciones sexuales, el 43% habían fumado.

JUSTIFICACIÓN

El 31.5% de la población en Nicaragua son adolescentes y jóvenes. Así mismo la maternidad de mujeres adolescentes representa aproximadamente una cuarta parte del total de nacimientos de cada año. La tasa de embarazos no deseado entre las mujeres de 15 a 19 años es más alta en Nicaragua que en cualquier otro país de Centro América⁽⁶⁾. La mayor incidencia de VIH SIDA en mujeres adolescentes y jóvenes es una amenaza para este grupo de población.⁽⁸⁾

En el Hospital Alemán Nicaragüense en sala de obstetricia el 25% de los nacimientos se dan en adolescentes muchas de ellas con embarazos reincidente y período intergénésico de uno a dos años, así como también la incidencia de complicaciones obstétricas, abortos y infecciones de transmisión sexual; el diagnóstico de VIH en adolescentes cada vez más frecuente.

Resulta evidente que hace falta indagar más acerca de los diversos componentes que intervienen en el desarrollo de conductas sexuales de riesgos, como es el inicio de la vida sexual a edades tempranas, la falta de uso rutinario del preservativo, la promiscuidad, asociado a otras conductas de riesgos como es el abuso de drogas o licor, el papel de la familia como factor protector constituye el objetivo principal de esta investigación y de esta manera identificar los factores que está afectando el desarrollo saludables de los y las adolescentes y poder aportar conocimientos en el afán de reducir estas conductas de riesgos que afectan y ponen en peligro la salud sexual y reproductiva de este grupo de población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las conductas de riesgos sexuales y reproductivos, de adolescentes que estudian en el Colegio Miguel de Cervantes de Managua, Septiembre y Octubre 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las conductas sexuales de riesgos en estudiantes adolescentes del Colegio Miguel de Cervantes, en la Ciudad de Managua del periodo comprendido de Septiembre y Octubre 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir algunas características socioeconómicas y demográficas de los y las adolescentes en estudio.
2. Identificar las condiciones relacionadas con el entorno familiar, escolar social y económico como factores determinantes las conductas de riesgo.
3. Describir las conductas sexuales de riesgos de los y las adolescentes en estudio.
4. Analizar la asociación entre las diferentes conductas de riesgos y las consecuencias relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

MARCO TEÓRICO

CONDUCTAS DE RIESGOS.

Son conductas de riesgos aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad que puede llevar a consecuencias nocivas. La conducta sexual de riesgo está definida como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona. Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta sexual de riesgo. Ambas son frecuentes en la adolescencia llegando a ocupar el 50% de todas las consultas por ITS. ⁽¹⁾

Estas conductas son múltiples y bio-psico.-sociales y son favorecidas por múltiples factores que muchas veces están relacionadas como la pobreza, el desempleo, la crisis financiera global, la migración rural/urbana, un sistema educativo débil y de baja calidad y sistemas judicial y sanitario, ineficaces factores macro que dificultan el desarrollo saludable y productivo de los jóvenes. Hay otros factores importantes como las características individuales (personalidad, comportamiento, creencias, desarrollo cognitivo, nivel socioeconómico); familiares (entorno familiar, comportamiento); sociales o de pares (relaciones personales), y las del entorno o medioambiente (disponibilidad de drogas, armas, violencia, pobreza, hacinamiento, migración, desigualdad). ⁽¹⁾

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO:

La revisión de la literatura deja en evidencia que no existe un consenso para tipificar las conductas sexuales de riesgo ya que cada estudio asume una clasificación distinta. Es importante precisar los conceptos de comportamiento sexual, prácticas y conductas sexuales. ⁽¹²⁾

El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente en el ejercicio de la sexualidad. La conducta sexual, se define como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Es común encontrar como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales.⁽¹²⁾

Se define como conducta sexual de riesgo a la exposición de situaciones que ocasionan daños a la salud propia o de otros, como la posibilidad de embarazos no deseados o de contraer alguna infección de transmisión sexual.

Estas conductas han sido medidas en numerosos estudios explorando variables como la edad de la primera relación sexual, frecuencia de la actividad sexual, la cantidad de parejas en un determinado tiempo, el uso de preservativo durante las relaciones sexuales, el uso de otros métodos anticonceptivos.

Las conductas sexuales de riesgo no se consideran como producto del desconocimiento de cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conocen como hacerlo, esta situación pone en evidencia que las conductas sexuales trascienden a hechos que van más allá del conocimiento y están involucrados factores de orden personal, psicológico, biológico, afectivo y social.⁽²⁾

El inicio precoz de las relaciones sexuales parece estar relacionado directamente con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. En países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en adolescentes ocurren los 6 primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales, la causa que subyace es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección⁽⁵⁾. Investigaciones sobre la iniciación de la actividad sexual en Colombia y otros países han demostrado que esta práctica en adolescentes se inicia cada vez más precoz y sin protección.⁽¹³⁾

El informe Durex (2006) señala la tendencia de iniciar las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, y con escasa diferencia entre sexos, con una media mundial de 17 años.

En Europa, son más precoces con medias de 15,6 años, mientras en Asia son más tardíos con medias de 19 años. En la misma línea Avery y Lazdane, (2008) señalan una media de 16,5 años, García-Vega, et al. (2010) señalan la edad de 15,25 años, incluso Ceballos y Campo (2005) señalaron una edad de inicio de 13 años. ⁽⁵⁾

El uso del preservativo es una de las prácticas menos empleadas por los adolescentes y jóvenes en las relaciones sexuales, hay estudios que han reportado uso solamente en un 20% o menos de jóvenes. La utilización o no del condón además que depende de factores personales, es un fenómeno que depende también de factores sociales y culturales. ⁽²⁾

A pesar de la tendencia positiva, el uso del condón entre adolescentes que ya se iniciaron en la práctica sexual es bastante bajo; esto sugiere que los adolescentes prefieren cuidarse de embarazos no deseados, al mismo tiempo que descuidan la posibilidad de contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual. De ser este el caso, es posible inferir que los adolescentes no consideran la totalidad de los riesgos en los que pueden incurrir al asumir alguna conducta de riesgo. ^{(2) (14)}

El número de parejas sexuales es una de las mejores medidas de riesgo sexual, y un estimador válido de la salud sexual. ¿Pero qué se entiende por pareja sexual? Erens y otros (2001) la definen como “persona con quien se ha mantenido relaciones sexuales una vez, pocas veces, regularmente o dentro del matrimonio”, independientemente del tipo o naturaleza de la relación. ⁽¹⁾

La Organización de Naciones Unidas considera dos definiciones para sexo de alto riesgo: En primer lugar, sostiene que las personas que en los últimos doce

meses tuvieron sexo con más de una persona incidieron en conductas sexuales de alto riesgo, en segundo lugar, el riesgo es aún mayor si la persona no utilizó el preservativo.⁽¹⁴⁾

Es posible observar que el uso de métodos anticonceptivos modernos (condón, inyecciones, píldoras y dispositivos intrauterinos) ha ido en aumento durante la última década. En el año 2000, 10% de mujeres de 15 a 19 años que reportaron haber tenido relaciones sexuales utilizaban estos métodos; en el 2010, alrededor de 18%. No obstante, el contagio de ETS y VIH/SIDA únicamente se puede prevenir usando métodos anticonceptivos de barrera: el condón masculino y el condón femenino.⁽¹⁵⁾

Los comportamientos de riesgo persisten por múltiples factores y en la mayoría de los casos están correlacionados. Por ejemplo: los jóvenes que abusan de sustancias por lo general tienen un bajo rendimiento escolar e incurren en comportamientos sexuales de alto riesgo. Estos factores de riesgo están interrelacionados, o comparten causas comunes entre sí y el comportamiento de riesgo que tratan de explicar. Por esta razón, muchas veces es difícil o incluso imposible establecer una relación causal directa.

No obstante, complementar esta información con la medición de los determinantes o factores de riesgo permite definir puntos de referencia en la cadena causal; aproximarse al origen de esos comportamientos y explicar su variabilidad.⁽¹⁾

ADOLESCENCIA

Adolescentes de 10 a 14 años de edad conforman el 9 por ciento de la población mundial y hasta el 15 por ciento en algunos países de ingresos bajos y medios. Reconocer las realidades de las vidas de las y los adolescentes jóvenes y particularmente su necesidad de conocer sus cuerpos, así como sus derechos y responsabilidades sexuales es crucial para sentar las bases de una transición segura desde la adolescencia hasta la vida adulta.

La adolescencia temprana marca el inicio de la pubertad, con todos los cambios fisiológicos y emocionales que este periodo entraña, como el rápido crecimiento físico, el surgimiento de excitación e intereses sexuales, además de la maduración del cuerpo sexual. Es un tiempo de intensa socialización de actitudes y conductas marcadas por el género. Niños y niñas de esta edad tienen una elevada capacidad para el entusiasmo, la energía y el idealismo; está aumentando su competencia social e intelectual. A la vez, se enfrentan a varios riesgos para su salud sexual y reproductiva cuya naturaleza, causas y consecuencias son profundamente determinadas por el género.

La OMS define como Adolescencia “a la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente. Es una etapa de continuos cambios físicos, cognitivos, conductuales y psicosociales caracterizada por el aumento en los niveles de la autonomía individual, un mayor sentido de la identidad y de la autoestima y una independencia progresiva de los adultos.”⁽¹⁶⁾

Es común que los adolescentes experimenten y tomen riesgos, ya que es parte de un proceso que permite tomar decisiones; los adolescentes están influenciados tanto de manera positiva como negativa por sus pares, a quienes respetan y admiran. Los adultos juegan un rol importante en este sentido, dado que pueden ayudar a los adolescentes a evaluar las consecuencias de sus

conductas (particularmente las conductas que les permiten identificar opciones). La influencia de al menos un adulto con carácter positivo y una familia que lo contenga son factores que sirven para su protección durante este período de desarrollo y puede ayudar a enfrentarse al estrés y desarrollar resistencia.⁽¹⁷⁾

En un punto de esta etapa se encuentran los adolescentes más jóvenes (10 a 14 años de edad), quienes están más cerca de la niñez que de la adultez en cuanto a sus aspectos físicos, cognitivos, emocionales y de comportamiento. Los adolescentes más jóvenes recién comienzan a formar sus identidades, que se van configurando a través de influencias internas y externas. Ellos toman conciencia de su sexualidad, pueden comenzar a experimentar con el sexo. Los adolescentes también pueden experimentar con sustancias como el alcohol, el tabaco o las drogas.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Durante la adolescencia media (15-16 años de edad), los adolescentes comienzan a desarrollar ideales y adoptar modelos de roles. Los pares son muy importantes para los adolescentes en esta edad y se ven fuertemente influenciados por ellos. La orientación sexual se desarrolla de manera progresiva y los individuos no heterosexuales pueden comenzar a experimentar conflictos internos, particularmente durante la adolescencia media.⁽¹⁷⁾

En el otro lado de este espectro se encuentran los adolescentes mayores (17 a 19 años de edad), quienes a pesar de parecerse y actuar como adultos, todavía no alcanzan la madurez cognitiva, emocional y de comportamiento. Si bien los adolescentes mayores pueden tomar decisiones de manera independiente pueden trabajar, su identidad sexual se solidifica e incluso pueden casarse y formar una familia, todavía necesitan del modelo de un adulto, así como de estructuras familiares y sociales a fin de ayudarlos a completar la transición hacia la adultez.⁽¹⁷⁾

Cabría preguntarse por qué tantos adolescentes adoptan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud y hasta su vida. Entre las explicaciones, tiene que ver con que no siempre perciben el riesgo como tal.

Por una característica evolutiva propia de este período: el egocentrismo, ellos fantasean "historias personales" en las que no se perciben expuestos a ningún riesgo. Estas historias anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara. Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a sentirse diferentes y mejores que los demás y, además, especiales: "a mí no me va a pasar". Es decir que uno de los factores de riesgo de más peso en este período, es, justamente, la misma conducta de riesgo propia de la adolescencia⁽²⁾

Primeramente, son los jóvenes varones que presentan mayor conducta sexual de riesgo, a lo que se asocia la variabilidad de parejas sexuales en el último año. Ese es un hecho conocido, que aumenta la probabilidad de contaminación por el menor uso de preservativos. Existe una fuerte presión social, que tiene sus orígenes en la infancia, con respecto a lo que es la conducta esperada para un chico. ⁽¹⁸⁾ Mientras para las chicas esa es una conducta condenable, para los chicos es estimulada y reforzada. También para los chicos las representaciones y actitudes en cuanto al riesgo y a la prevención de ETS /SIDA son distintas.

En un estudio realizado con adolescentes pobres de Rio de Janeiro, Brasil, se identificó que las relaciones afectivas o sexuales están muy influenciadas por la cultura machista, siendo que las identidades de género están ligadas a estereotipos que se originan de los aspectos biológicos. De esa forma, la sexualidad masculina es interpretada como incontrolable y debe empezar temprano, con grande variedad de parejas. ⁽¹⁸⁾

Existen diferencias sutiles en cuanto a sexo, para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los chicos cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por presión de los iguales, lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de sensaciones sexuales, a través de comportamientos sexuales novedosos y estimulantes que impliquen un riesgo mínimo.

De otra parte, si bien es posible que sean ellos quienes realicen un mayor número de conductas de riesgo, las consecuencias de estas parecen sufrirlas más la mujeres; así se ha incrementado el número de abortos en adolescentes y el número de mujeres infectadas por VIH⁽¹⁹⁾ La mujer tiende a ser más vulnerable frente a amenazas como el embarazo no deseado, aborto e infecciones de transmisión sexual pero también tiende a percibir mejor el riesgo que el varón como lo demuestra el estudio realizado en Colombia ^{(19) (20)}

En la actualidad, los estudios parecen coincidir en que la actividad sexual en chicos y chicas se tiende a igualar, dándose una androgenización del comportamiento. Por ejemplo, los estudios previos a los años 2000 suelen referir que los chicos, en general, comienzan las relaciones más precozmente, tienen más parejas sexuales y la duración de las mismas es menor, suelen mantener más relaciones con parejas ocasionales, y un mayor número de conductas de riesgo. Pero parece que en los últimos años se están produciendo importantes cambios en los roles sexuales, asumiéndose en general que las chicas se aproximan más al estereotipo de comportamiento sexual masculino, particularmente en contextos socioeconómicos y educativos igualitarios.⁽²⁰⁾

COMPORTAMIENTOS QUE POTENCIAN EL RIESGO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES.

La concurrencia o actividad sexual con múltiples compañeros/ as o parejas en un mismo período de tiempo, puede incrementar considerablemente la propagación de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida por lo que ocupa un papel central en el debate sobre la velocidad de propagación de la epidemia. El sexo femenino es el más expuesto a las ITS, incluido el VIH/Sida ⁽¹⁾.

La orientación sexual (tanto la identidad como el comportamiento sexual), también puede conducir a comportamientos sexuales de alto riesgo y a ETS

(especialmente, mantener relaciones sexuales sin protección con parejas del mismo sexo, lo que está asociado a una mayor prevalencia de VIH/Sida).

Las jóvenes sexualmente activas y auto identificadas como lesbianas o bisexuales son un grupo de mayor riesgo, con más probabilidad de:

- 1) Contraer infecciones de transmisión sexual bajo la influencia del uso de drogas.
- 2) Experimentar un debut sexual temprano.
- 3) Concurrir con diferentes parejas.
- 4) Tener una gestación temprana.
- 5) Ser diagnosticadas positivamente con ETS.
- 6) Sufrir violencia de género. ⁽¹⁾

El abuso de sustancias también puede potenciar el comportamiento sexual de riesgo. En algunos contextos, es considerado un inhibidor social. El consumo de alcohol y drogas ilícitas antes de una relación sexual puede interferir en la toma de decisiones del joven (uso de preservativos u otro método anticonceptivo); puede restringir el poder de negociación de la mujer para usar preservativos, y aunque la pareja opte por usar uno, puede propiciar un uso incorrecto.

Las parejas sexuales que comparten hábitos de consumo de drogas o alcohol tienden a amplificar el riesgo de contraer VIH/Sida y otras ETS (al aumentar la probabilidad de encontrar parejas con ETS). El consumo de sustancias como el alcohol, las drogas o el tabaco por parte de adolescentes se asocia con una serie de conductas sexuales riesgosas que comprometen la salud. ⁽¹⁾

La encuesta realizada por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y la Universidad de Michigan, refleja las tendencias en el abuso de sustancias entre los estudiantes adolescentes de escuelas públicas y privadas indicando el último informe que uno de cada 15 estudiantes consumen marihuana diariamente, y el 36% informaron haber fumado en último año.

Investigaciones recientes muestran que el uso indebido de alcohol a menudo resulta en un inicio más temprano de la actividad sexual y en una alta probabilidad de embarazo en la adolescencia. El consumo de alcohol, además de estar asociado con la violencia y ser una de las principales causas de mortalidad entre jóvenes (por accidentes de tránsito), está vinculado con un pobre rendimiento académico, mayor probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, ansiedad, desórdenes de personalidad y participación en pandillas. Su uso, el de drogas, y la combinación de ambos afecta la regulación del autocontrol y contribuye directa e indirectamente a la transmisión del VIH y a la mortalidad y morbilidad infantil. ⁽¹⁾ Un estudio de salud sobre adolescentes del Caribe realizado en el año 2000 encontró que el 40% de las mujeres y el 54% de los hombres entre 12 y 18 años consumían alcohol.

En contraste con los resultados relativamente claros que vinculan el consumo de alcohol con una mayor participación en conductas sexuales indiscriminadas (especialmente, sexo casual), algunos estudios que examinan cómo influye el consumo de alcohol antes de mantener relaciones sexuales en las conductas de protección (es decir, el uso del condón y el control de natalidad) revelan un nexo más débil. En la mayoría de los estudios, sin importar si se trata de asociaciones globales o específicas, no se consigue demostrar ningún efecto. ⁽¹⁾

La heterogeneidad de los efectos del alcohol sobre las conductas de riesgo pone de relieve la necesidad de evaluar múltiples conductas de riesgo, así como de formular hipótesis diferentes con respecto a los vínculos entre el consumo y los comportamientos de riesgo individuales. Investigaciones en Estados Unidos refuerzan la idea de que la actividad sexual es un indicador del abuso de sustancias. Los adolescentes con tres o más parejas en un año son más propensos al consumo de drogas ilícitas.

Y los sexualmente activos aseguran haber utilizado drogas o alcohol en su última relación sexual en un 25%, según el estudio YouthRiskBehaviorSurveillance. ⁽¹⁾ Son los mismos adolescentes los que

consumen drogas, los que tienen actividad sexual precoz, los que presentan conductas sociales desviadas, y los que tienen bajo rendimiento escolar.⁽²⁾

CONCORDANCIA ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.

Es posible que los factores de riesgo no sean la causa directa de comportamientos de riesgos, pero aumenta la probabilidad de que una persona joven los adopte. En las escuelas se pueden identificar los factores de riesgos de los estudiantes y satisfacer las necesidades más urgentes empleando la información para diseño de programas de apoyo.

Los comportamientos de los adolescentes suelen tener factores de riesgos y factores de protección similares. Los padres y las escuelas pueden desempeñar un papel importante en los comportamientos y situaciones que ponen en peligro la salud, incluyendo las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de sustancias y la violencia.⁽³⁾

El entorno familiar es un factor de riesgo esencial cuando hay una pobre comunicación entre padres e hijos, falta de apoyo familiar, actitudes de rechazo, el abuso físico también se asocia con una mayor probabilidad de que el niño tenga comportamientos violentos.⁽¹⁾

En una encuesta anónima que se realizó en Lima, Perú a estudiantes adolescentes de 12 a 19 años (1999), entre los principales hallazgos encontrados resaltan que la mayor actividad sexual entre mujeres adolescentes se relaciona a la repitencia escolar, ausencia de alguno de los padres en el hogar y el bajo nivel socioeconómico.⁽¹⁴⁾

Estudios recientes sostienen que las redes sociales son un vehículo de “contagio” de ciertos comportamientos. Christakis y Fowler publicaron una serie de estudios (2007, 2008a, 2008b, 2008c y 2009) donde analizan el efecto de las redes sociales sobre la conducta individual, principalmente en indicadores de salud como aumento de peso, o abuso de sustancias (tabaco y alcohol). De acuerdo con estos resultados, las redes sociales son un factor clave en la salud de los individuos.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO

Se proponen 11 dimensiones de estudio para medir y monitorear comportamientos de riesgo en jóvenes:

1. Lesiones no intencionales y violencia.
2. Abuso de sustancias.
3. Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no deseados a infecciones de transmisión sexual.
4. Educación.
5. Redes sociales.
6. Trabajo y mercado laboral.
7. Rasgos de personalidad.
8. Entorno familiar y cercano.
9. Salud mental.
10. Preferencias temporales.
11. Entretenimiento y uso del tiempo.

Las primeras tres permiten conceptualizar y medir comportamientos de riesgos. En cuanto a los factores de riesgos, las dimensiones de educación y mercado laboral dan información socioeconómica del joven. El uso del tiempo permite caracterizar su perfil psicosocial, las preferencias para medir la propensión al riesgo. Las redes sociales permite conocer con quien comparte el tiempo y las actividades sociales en que participa. El entorno cercano recoge información desde si los padres supervisan las actividades del joven, si las actividades de los hermanos, amigos lo involucra en actividades de riesgo. La salud mental permite identificar tendencias agresivas y trastornos emocionales, violencia, síntomas de depresión.

Las estadísticas mundiales apuntan a riesgos elevados socio-conductuales de la salud del adolescente tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, lo que está estrechamente vinculado con el desarrollo científico y tecnológico, y las condiciones socioeconómicas de cada nación. ⁽²⁾

Indicadores estadísticos relacionados con la conducta de riesgo en adolescentes y jóvenes:(1)

1. Prevalencia de tabaquismo.
2. Prevalencia de alcoholismo.
3. Morbilidad por accidentes relacionados con el medio laboral.
4. Morbilidad por accidentes de tránsito y por intentos suicidas.
5. Tasa de abortos en menores de 20 años.
6. Proporción de embarazos en menores de 20 años.
7. Tasa de mortalidad general.
8. Tasa de mortalidad por accidentes.
9. Tasa de mortalidad por suicidio.
10. Proporción de adolescentes satisfechos con los servicios de salud.
11. Porcentaje de adolescentes que a los 18 años conservan todos sus dientes.
12. Tasa de incidencias de las infecciones de transmisión sexual. ⁽²⁾

FACTORES PROTECTORES Y RESILIENCIA

Entre los factores protectores encontrados por múltiples estudios empíricos, mencionemos:

- a. Una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo.
- b. Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares.
- c. Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros.
- d. Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos;
- e. Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro (por ejemplo, en el cuidado de parientes enfermos, de rendimiento escolar);
- f. Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista);

- g. Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse);
- h. Experiencias de auto/eficacia, con locus de control interno, confianza en sí mismo, y auto concepto positivo;
- i. Actitud proactiva frente a situaciones estresantes;
- j. Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia valórica).⁽²¹⁾

La RESILIENCIA ha sido definida de diversos modos por distintos autores. Así, Gámez y dice que "*resiliencia se refiere al proceso y a la capacidad de llegar a una adaptación exitosa a pesar de circunstancias desafiantes o amenazadoras*".

Este mismo autor, distingue dos componentes en la resiliencia, que son **la resistencia** frente a la posibilidad de destrucción, o sea la capacidad de proteger la propia identidad bajo presión; y la **capacidad de construir** un estilo de vida positivo pese a circunstancias difíciles.⁽¹⁵⁾

LA FAMILIA COMO FACTOR PROTECTOR

La familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa y su grado de funcionalidad permitirá que éste se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida.⁽¹⁵⁾

Se ha dicho que uno de los factores protectores generales, cualquier conducta de riesgo, es la calidad de la interacción con la familia. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos ha concluido que la evidencia existente en el sentido de que esta interacción afecta el rendimiento escolar, la competencia social, y las relaciones interpersonales del niño. Los problemas conductuales, en el período pre-escolar, parecen variar proporcionalmente al grado de disponibilidad emocional de los padres en relación a las necesidades de sus hijos.

Como Rutter ha mostrado los padres adecuados son generalmente sensibles a las claves conductuales emitidas por sus hijos con respecto a sus necesidades específicas. Emde ha sugerido que esta sensibilidad incluye una integración del padre con los sistemas de regulación tanto fisiológicos como psicológicos del niño. La capacidad de empatía de los padres facilita al niño el mostrar sus emociones, y la aparición de conductas sociales positivas. Otra función reguladora provista por los padres es el control y la disciplina. ⁽²¹⁾

Los padres normales promueven el auto-control de sus hijos a través de regular la expresión de sentimientos por parte de estos. Bowlby ha elaborado el mismo concepto a través de sus estudios acerca de cómo el tipo de vínculo y apego entre padres e hijos es central en el funcionamiento social y emocional del niño.

Ha mostrado éste autor cuán importante es la relación cercana entre padres e hijos especialmente en los primeros cinco años de vida, que es el período en el que se adquieren y consolidan las relaciones interpersonales primarias. Los niños que no pueden cristalizar estas en esa etapa quedan mucho más vulnerables hacia el futuro. ⁽²¹⁾⁽¹⁵⁾

Para el caso del nivel socioeconómico, la discusión se centra en los mecanismos por los cuales la menor riqueza de la familia se puede vincular con la incidencia en conductas de riesgo de los hijos.

Por un lado, las familias de menor nivel socioeconómico residen en zonas donde la violencia y el consumo de drogas entre adolescentes pueden ser frecuentes. Algunos investigadores sugieren que los padres de familias de niveles socioeconómicos más bajos tienen una mayor propensión a incidir en conductas de riesgo (tabaquismo y alcoholismo, principalmente), y por ello las conductas de riesgo observadas en los adolescentes serían una imitación de las adoptadas por sus padres. ⁽⁹⁾

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado de salud físico, mental y social, no a la ausencia de enfermedades o dolencias en los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción.

A escala mundial, los adolescentes, tanto varones como mujeres, están alcanzando la pubertad más pronto, los primeros signos visibles de la maduración sexual, como el crecimiento de los senos, pueden aparecer a los 9 o 10 años. El inicio de la menstruación es un indicador muy deficiente de la preparación fisiológica o psicológica de una niña para el coito. Su crecimiento esquelético y muscular aún no está completo, y por lo general es después del inicio de la menstruación que suele ocurrir el aumento de peso y altura, el desarrollo pleno de la pelvis, los senos y el útero, así como la maduración y lubricación del cuello uterino y la vagina.⁽²²⁾

El coito previo a la maduración plena de una niña puede ser muy doloroso-especialmente si es pequeño, la corta profundidad y falta de elasticidad y lubricación de la vagina, además del impacto emocional que puede ocasionar cuando se recurre a la violencia. Las abrasiones y rasaduras incrementan el riesgo de que una niña contraiga ITS tales como sífilis, el virus del papiloma humano (VPH) y el VIH de un compañero sexual infectado.⁽²²⁾

Un tercio de las mujeres del mundo dan a luz antes de los 20 años, llegando a 15 millones por año el número de partos de mujeres menores de 20 años.

Las adolescentes embarazadas se enfrentan a mayores riesgos de morbilidad y mortalidad debido a complicaciones durante el embarazo y puerperio como trabajo de parto obstruido, enfermedades hipertensivas, hemorragias y abortos espontáneos o inducidos.⁽²³⁾ La mitad de las nuevas infecciones por VIH ocurre entre los 15 y 24 años de edad, y un tercio de los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan a personas menores de 25 años.⁽²⁴⁾

Un informe publicado por las Naciones Unidas en el 2011, señala que los principales riesgos de esta población son: El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual; la exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en

condiciones de riesgo; la exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida.⁽²³⁾

En este informe se concluye que a nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.⁽²⁵⁾ Un alto porcentaje de la población encuestada tiene actividad sexual regular (73%); no obstante, la mitad de estos estudiantes no emplean el condón de manera habitual en sus relaciones sexuales. Adicionalmente, se halló que un alto porcentaje consume alcohol y marihuana; el uso de ambas sustancias se correlaciona de modo positivo con la frecuencia de la conducta sexual de riesgo; la correlación entre los niveles de religiosidad y la conducta sexual de riesgo fue comparativamente más baja.⁽²³⁾

En un informe de la UNICEF de 1000 adolescentes encuestados se informó que el 30% tenían vida sexual activa, en promedio iniciaron vida sexual a los 15 años, con un promedio de 2 parejas sexuales y solo el 42% utilizaron el preservativo. El 49% de los adolescentes fuman cigarrillos, el 43% ingerían licor y el 23% algún tipo de drogas.⁽²⁶⁾

Los adolescentes separados de sus familias y/o jefes de familia carecen de seguridad en los medios de subsistencia y de la protección que debe brindar la estructura familiar, lo que los pone en riesgo de pobreza.

Los adolescentes separados y los adolescentes jefe de familia generalmente son obligados a abandonar la escuela, contraer matrimonio u ofrecer servicios sexuales a fin de satisfacer sus necesidades de comida, vivienda o protección.⁽¹⁵⁾

SALUD SEXUAL RESPONSABLE

La Sexualidad Responsable, es aquella sexualidad que practica un joven o adolescente que ha desarrollado una autonomía personal que le ha llevado a convertirse en una persona responsable y de esta forma, ha reflexionado sobre

sus prácticas, sobre la posibilidad de que éstas conlleven riesgos, si no toma las medidas de precaución oportunas, y también de que estos riesgos puedan afectar a terceras personas. De esta forma vive su sexualidad de una manera responsable.

También, la sexualidad debe ser asumida con satisfacción, madurez, responsabilidad, y de ninguna manera debe ser fuente de displacer, temores o frustraciones de expectativas. El afán de ser adultos y el deseo de experimentar la capacidad reproductiva, conduce al adolescente a incursionar con descuido en el mundo de la nueva sexualidad, trayendo consecuencias negativas que pueden condicionarlos el resto de su vida como: el embarazo en la adolescencia, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual. La Sexualidad Responsable, abarca importantes decisiones en el transcurso de la vida de los Adolescentes.⁽²⁰⁾

LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ESCUELAS

Es necesario, que se cumplan los lineamientos de política según el eje temático de Salud Sexual y Reproductiva, establecidos entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Es necesario que en las escuelas se brinde el tema de Sexualidad, ya que el Adolescente, se encuentra en la etapa de las curiosidades, indecisiones, autoconocimiento, etc., que deben ser respondidas adecuadamente, porque de esa enseñanza, dependerán sus actitudes, y la forma de llevar su sexualidad, ya que en la adolescencia, se construye las bases para ser personas de bien y así llevar una vida sana llegando a cumplir sus metas sin situaciones que los comprometan o que retrasen la realización de estos.⁽²⁰⁾

La educación puede ayudar a mejorar los comportamientos de salud y los resultados educativos. Buenos programas de educación sexual y reproductiva en la escuela, proporcionan mayor conocimiento a los alumnos, aumenta la seguridad en las prácticas sexuales y retrasa la edad de primera relación sexual en parejas jóvenes. Las escuelas que promueven y consolidan este tipo

de programas suelen ser las mismas que constatan menor actividad sexual en los adolescentes.⁽²²⁾

Entre todos los sectores de importancia para la salud de los adolescentes, la educación es fundamental ya que constituyen el medio donde pueden recibir educación sanitaria y servicios de salud.⁽³⁾

Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, sin bien en ellos se incluyen temas de educación sexual; transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas. Estos mensajes son recibidos y observados por niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad más temprana.^{(25) (16)}

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre durante la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad; independiente de la edad ginecológica.

Es una condición que mundialmente se halla en aumento, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados; se considera que esto se debe a múltiples factores entre los cuales se podrían mencionar: la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva.⁽²⁵⁾

El alto índice de fertilidad adolescente en Latinoamérica alcanzó los 73 cada 1000 nacimientos entre 2005 y 2015, muy por encima de las regiones desarrolladas. La prevalencia de embarazos y maternidad en la adolescencia plantea desafíos sociales y de salud por las consecuencias que tienen de por vida para las adolescentes, sus hijos y sus comunidades. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras, tienden a tener mayor número de hijos con intervalos más cortos, la maternidad precoz está asociada con menores tasas de éxito escolar, mayores tasas de mortalidad materna, deserción escolar y laboral, exclusión social, desempleo y quedar atrapados en el ciclo de la pobreza. En encuestas realizadas en Latinoamérica

reporta que el 60% de adolescentes embarazadas abandonaron sus estudios y solo la mitad de ellas las retomaron por lo que no logran alcanzar un grado de educación adecuada.⁽¹⁾⁽²⁰⁾⁽⁸⁾

La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padre-hija, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educativa sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psicosociales). Por lo tanto, gran parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben vienen a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazada incluye además de lo anterior a: los tempranos contactos sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos; el uso temprano de alcohol y/u otras drogas, dejar la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos; la carencia de intereses en la escuela, familia o actividades comunitarias; percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito; vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés; crecer en condiciones empobrecidas; haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.⁽¹⁷⁾

Epidemiología del embarazo en la adolescencia

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres; afecta a todos los estratos sociales pero predomina en las clases de menor nivel socioeconómico donde ocurren la gran mayoría de estos nacimientos. Siendo aproximadamente el 20% a 60% embarazos no deseados.⁽²⁵⁾⁽¹⁶⁾

La incidencia de embarazos en la adolescencia varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado: en Estados Unidos, anualmente cerca de 1 millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% .en Chile; 25%, El Salvador y Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como el 45% del total de embarazos en algunos países africanos.

Para comprender mejor lo dramático de esta situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes, entre 15 y 19 años, tienen una vida sexual activa, hay autores que plantean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 hasta los 19 años; el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embaraza y ocurren el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales.⁽²⁴⁾⁽¹⁶⁾

Cuando se inician en la actividad sexual la mayoría de los adolescentes carecen de conocimiento preciso acerca de la sexualidad y tienen escasa información sobre el uso correcto de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, como tampoco tienen un acceso real a los Servicios de Salud Reproductiva, lo que hace que esta población sea particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual, esto se ve reflejado en varios estudios publicados recientemente.⁽¹⁹⁾

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presenta Jinotega con un 38%, seguido de la Costa Caribe con un 30%. Managua y León con un 20%.⁽⁶⁾

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN ADOLESCENCIA

La importancia de las ITS para la Salud Pública se percibe con mayor claridad por las complicaciones y secuelas que conlleva como infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer de cérvix, abortos, sífilis congénita, prematuridad, bajo peso al nacer, muerte fetal.⁽⁸⁾

Nicaragua es el país de Latinoamérica con mayor prevalencia del virus del papiloma humano que condiciona la aparición del cáncer cervicouterino y la transmisión del VIH. Las ITS de mayor notificación son Gonorrea, Condilomatosis y Sífilis. Las edades de mayor incidencia están entre los 15 a 24 años, con un incremento en las mujeres, este patrón coincide con la afección del VIH en mujeres cada vez más jóvenes, epidemia que se está desplazando hacia los adolescentes.⁽¹⁷⁾

En América Latina, la Organización Panamericana para la Salud, estima que mitad de los nuevos casos sobre la infección por VIH se dan a personas con edad inferior a 25 años que se han contaminado por vía sexual. En los Estados Unidos los mayores índices de contaminación por VIH están en los jóvenes con edades entre 17 e 19 años, en su mayoría varones. Estos datos pueden ser un reflejo de la iniciación sexual cada vez más temprana.⁽¹⁸⁾

En Nicaragua el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia informó que el 71% de los nuevos casos de VIH en adolescentes de 15 a 19 años, ocurrió en mujeres, en el 2006.⁽⁷⁾

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El presente estudio es observacional, transversal, una parte de carácter descriptivo y la otra parte analítico en el cual se describen y analizan las conductas de riesgos sexuales y reproductivos en adolescentes que estudian el nivel de secundaria en el Colegio Público Miguel de Cervantes de Managua, periodo comprendido Septiembre a Octubre 2015.

Universo: Todos los estudiantes de secundaria del colegio Miguel de Cervantes en horario matutino y vespertino.

Muestra: Se calculó con la siguiente fórmula:

Donde,

n= Tamaño de la muestra estimada,

Z= estadístico para un nivel de confianza del 95%

B= Precisión del 5%

p= proporción esperada de la respuesta en el grupo de estudio (15%)

q= 1-p (1 - 0,05 que equivale a 0,95)

El tamaño de la muestra fue de 200 adolescentes los cuales llenaron las encuestas para ser procesadas y analizadas en base a los objetivos del estudio.

Criterios de inclusión

- Edad entre 14 a 19 años.
- Que esté activo en la escuela seleccionada para el estudio.
- Que acepte participar en el estudio de forma voluntaria
- Encuestas llenadas de forma correcta y completa

Criterios de exclusión

- Que no completase el cuestionario o instrumento de recolección
- Que se encuentre en condición de vulnerabilidad (Que el participar en la encuesta pueda ponerse en situación de riesgo)

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

Se diseñó un cuestionario tipo encuesta tomando en cuenta las variables que diera respuesta a los objetivos planteados.

El instrumento abordó los siguientes aspectos:

- 1) Datos demográficos como Sexo, Edad, Procedencia.
- 2) Datos relacionados con la situación socio-económica del hogar.
- 3) Datos relacionados con el entorno familiar y social.
- 4) Datos relacionados con el comportamiento sexual, reproductivo y conductas de riesgo.
- 5) Datos relacionados con otros factores asociados y consecuencias relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo.

Previo al llenado de las encuestas para el estudio de investigación se realizó una prueba piloto a 40 estudiantes de ambos sexos de varios colegios de Managua sin incluir el del estudio con el propósito de recoger información sobre los puntos siguientes: facilidad o dificultad de la declaración, comprensión, confianza en la respuesta, nivel de malestar y las respuestas socialmente apropiadas, realizándose modificaciones de algunas preguntas que tuvieron algún grado de dificultad para ser respondidas de forma honesta.

Se llevó a cabo un análisis de confiabilidad para todas las dimensiones identificadas y los ítems que disminuyen la confiabilidad fueron eliminadas.

Los elementos a evaluarse en la sección de las prácticas sexuales fueron definidos en base a lo revisado en la literatura científica.

Posterior al análisis de confiabilidad se introdujo toda la información obtenida en el programa SPSS versión 10 para ser analizada.

Las variables fueron descritas según su naturaleza en variables categóricas o variables cuantitativas.

VARIABLES CATEGÓRICAS (CONOCIDAS COMO CUALITATIVAS): Se describieron en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos se analizaron en tablas de contingencia para determinar la asociación entre y para demostrar su significancia estadística se realizaron pruebas como chi cuadrado e índice de confianza. Los datos se ilustraron usando gráficos de barra.

VARIABLES CUANTITATIVAS: Para variables cuantitativas se calculó la media (promedio) y se mostraron en gráficos histograma. Para la evaluación de la normalidad de la distribución se usan los gráficos de histogramas con curvas de normalidad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previo a la realización de la encuesta se solicitó autorización a las autoridades del hospital y del colegio.

Se utilizaron 2 semanas para dicha gestión y una semana para la prueba piloto. Se utilizaron 6 días para visitar las diferentes aulas de secundaria y llenar las encuestas a los 200 estudiantes.

En cada visita antes de repartir las encuestas se realizaba un introductorio que incluía una presentación, el propósito del estudio, el anonimato de las encuestas y la importancia de llenarlas de forma honesta y completa, así como la decisión voluntaria de su llenado y el carácter meramente científico del estudio.

El presente estudio es en esencia un estudio observacional de carácter transversal, descriptivo en el cual se describe sus conductas de riesgos sexuales y reproductivos en adolescentes que estudian en un Colegio Público de Managua.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO 1

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
EDAD	Cuantitativa continua	Años de vida cumplidos	14 a 15 años 16 a 17 años 18 a 19 años	Total de adolescentes según edad
PROCEDENCIA	Cualitativa nominal	Lugar o sector donde vive	Barrio Zona Rural	Total de estudiantes en relación al barrio o sector en que vive
OCUPACIÓN ADEMÁS DE ESTUDIAR	Cualitativa nominal	Si tiene algún trabajo además de estudiar	Si No	Porcentaje de adolescentes que además de estudiar trabajan y reciben salario
RELIGIÓN	Cualitativa	Tipo de creencia u orientación religiosa	Católica Evangélica Cristiana Otra	Porcentaje de estudiante según Religión
AÑO DE SECUNDARIA	Cualitativa Ordinal	Nivel de estudio cursando	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Quinto año	Total de adolescentes según año de estudio

OBJETIVO 2

Variable	Tipo	Escala		Que se quiere medir	Indicador
Ocupación del papá	Cualitativa Nominal	Construcción Carpintería Sector público Zona franca mecánico Profesional Negocio propio Desempleado Otros		Un aproximado del nivel Socio económico tomando en cuenta el tipo de trabajo	Total de estudiantes según tipo de trabajo del papá
Ocupación de la mamá	Cualitativa Nominal	Ninguna Doméstica Vendedora Sector público Vendedora Negocio propio Profesional Zona Franca Otros		El Nivel Socio económico	Porcentaje de adolescentes según el trabajo de la mamá
Con quien vive actualmente :	Cualitativa Nominal	Papá Mamá Ambos Hermanos Abuelos Otros	Sí No	Identificar Características relacionadas con el entorno familiar como factor protector	Porcentaje de adolescentes que viven con su mamá, papá, ambos, otros
Ha repetido o perdido año escolar	Cualitativa Nominal	Si No		Identificar factores relacionados con la deserción y rendimiento escolar como factores asociados a conductas de riesgo	Porcentaje de adolescentes que dejaron de estudiar y/o han repetido año escolar
Período de tiempo sin estudiar en años	Cuantitativa	Ningún año 1 año 2 años 3 años 4 años		Factores relacionados con el apoyo familiar, dificultad económica que pueden estar asociadas a las conductas sexuales de riesgo	Porcentaje de adolescentes que han repetido año escolar o dejado de estudiar temporalmente
Relación o condición de los padres	Cualitativa nominal	Juntos Separados		Factores relacionados con la familia, padres como la base familiar	Porcentaje de estudiantes con disgregación familiar

Variable	Tipo	Escala	Que se pretende medir	Indicador
Relación de la mamá con otra pareja	cualitativa	Si No	La imagen materna como pilar en la familia y su entorno social y factor protector	Porcentaje de madres que conviven o lo han hecho con otra pareja
Numero de hermanos	cuantitativa	Ninguno Uno Dos Tres Cuatro o más	Factores asociados al nivel socioeconómico y familiar	Porcentaje de adolescentes según número de hermanos
Edad de la mamá en su primer embarazo	cuantitativa	15 a menos 16 a 19 20 a más	El antecedente familiar de relaciones sexuales precoces como factor asociado a la conducta sexual de riesgo	Porcentaje de adolescentes con madres que iniciaron vida sexual precoz
Hermanas con embarazos en la adolescencia	cualitativa	Si No	El entorno familiar como factor asociada a las conductas sexuales de riesgo	Porcentaje de estudiantes con hermanas que son madres adolescentes
Historia de maltrato	cualitativa	No Maltrato físico Maltrato verbal Ambos Sexual	Identificar el entorno familiar y factores asociados a las conductas sexuales de riesgo	Porcentaje de adolescentes que han recibido algún tipo de violencia o maltrato
Tiempo que tarda para llegar a la escuela	Cualitativa ordinal	Menos de 30 minutos 30 a 60 minutos Más de 1 hora	Accesibilidad para ir a la escuela como riesgo de deserción escolar	Porcentaje de estudiantes según tiempo para llegar a la escuela
Actividades recreativas	Cualitativa Nominal	Ninguna Deportes Danza Otras	El entorno social y estilo de vida en relación a la exposición y a conductas de riesgo	Porcentaje de adolescentes con actividades recreativas

OBJETIVO 3

Variable	Tipo	Escala	Que se pretende medir	Indicadores
Si inició vida sexual	Cualitativa nominal	Si No	Exposición a conducta sexual de riesgo	Porcentaje de adolescentes que iniciaron la vida sexual
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Cuantitativa	Números absolutos	La edad media de inicio de las relaciones sexuales	Porcentaje de adolescentes según que iniciaron vida sexual
Características de la primera relación sexual	Cualitativa nominal	Voluntaria Forzada Protección con preservativo Sin preservativo	Conducta de riesgo de la primera relación sexual que puede estar asociada a ITS o embarazo no deseado	Porcentaje de adolescentes según primera relación sexual si fue voluntaria o forzada y si utilizaron o no preservativo.
Uso rutinaria del preservativo durante las relaciones sexuales	Cualitativa nominal	Si No Ocasional	Si utiliza de forma rutinaria el preservativo en sus relaciones sexuales	Porcentaje de adolescentes con protección o no en sus relaciones sexuales
Tipo de MAC utilizado	Cualitativa nominal	Ninguno ACO PPMS preservativo Coito interrumpido Inyectables Otros	El uso de algún MAC durante su vida sexual	Porcentaje de adolescentes que utilizan algún MAC
Número de parejas sexuales en el último año	Cuantitativa	Número absolutos	Conducta sexual de riesgo para adquirir ITS	Total de adolescentes según el número de parejas sexuales
Otros tipos o formas de relaciones sexuales sin protección	Cualitativa	Personas del mismo sexo Sexo oral Sexo anal Otras formas	Conductas sexuales de riesgo de adquirir ITS cuando se exponen sin protección	Porcentajes de adolescentes con las diferentes formas de prácticas sexuales sin protección

Hábito de fumar	Cualitativa	Si No	Identificar conductas de riesgo	Porcentaje de adolescentes que fuman
Número de cigarrillos diario	Cuantitativa	Ninguno 1 a 2 3 a 4 5 a más	Determinar la cantidad de cigarrillos que fuman por día	Porcentaje de adolescentes según la cantidad de cigarros fumados por día
Fumar marihuana	Cualitativa	Si No	Identificar conductas de riesgo	Porcentaje de adolescentes que fuman marihuana
Licor	Cualitativa	Si No	Identificar otras conductas de riesgo	Porcentaje de adolescentes que consumen licor
Frecuencia de ingesta de licor por semana	Cuantitativa	Una Dos Tres Cuatro o más	Identificar la frecuencia de exposición a conducta de riesgo	Porcentaje de adolescentes según la frecuencia con que ingieren licor
Si le han ofrecido y aceptado drogas o licor	Cualitativa	Si No	Identificar factores relacionados con el entorno social y la exposición a conductas de riesgo.	Porcentaje de adolescentes que han aceptado licor o drogas
Número de veces que fumó marihuana o licor en los últimos seis meses	Cuantitativa	Números absolutos	Total de veces que fumó marihuana o licor en los últimos seis meses	Porcentaje de adolescentes según el número de veces que ha consumido en los últimos 6 meses
Si ha estado embarazada	Cualitativa	Si No	Alguna consecuencia relacionada con las conductas sexuales de riesgo	Porcentaje de adolescentes con embarazos no deseados
Si ha tenido aborto	Cualitativa	Si No	Alguna consecuencia relacionada con la conducta sexual de riesgo	Porcentaje de adolescentes que han tenido uno o más abortos
Si le han diagnosticado infección de transmisión sexual	Cualitativa	Si No	Si ha tenido ITS como consecuencia de las prácticas sexuales de riesgo	Porcentaje de adolescentes con diagnóstico de ITS

Objetivo 4

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Fumar asociado a relaciones sexuales precoces sin protección, y/o cambio de parejas sexuales	Cualitativa nominal	La asociación de dos o más conductas sexuales de riesgo	Si No	Total de estudiantes que fuman cigarrillos asociado a otras conductas de riesgo
Ingerir licor y/o fumar marihuana asociado a inicio precoz de relaciones sexuales, varias parejas sexuales, no usar preservativo	Cualitativa nominal	La asociación de dos o más conductas sexuales de riesgo	Si No	Total de adolescentes que ingieren licor y/o fuman marihuana asociado a prácticas sexuales de riesgo
Fumar, ingerir licor y/o consumir drogas asociado a inicio temprano de relaciones sexuales sin protección, varias parejas sexuales, no uso rutinario de preservativo	Cualitativa Ordinal	La asociación de dos o más conductas sexuales de riesgo	Si No	Total de adolescentes con dos o más conductas sexuales de riesgo.
Número de conductas de riesgo según sexo	Cuantitativa a ordinal	Si el adolescente tiene asociación entre las diferentes conductas de riesgo según el sexo	Ninguna Una a dos Tres a cuatro Cinco a más	Total de adolescentes según sexo con una a más conductas de riesgos asociadas
Historia de embarazo	Cualitativa nominal	La presencia de embarazo como consecuencia de conductas sexuales de riesgo	Si No	Total de adolescentes que refirieron haber estado embarazada.
Historia de aborto	Cualitativa nominal	La presencia de aborto como consecuencia de conductas sexuales de riesgo	Si No	Total de adolescentes que refirieron haber tenido aborto
Diagnóstico de ITS	Cualitativa nominal	Diagnóstico de ITS como consecuencia de conductas de riesgo.	Si No	Total de adolescentes con diagnóstico de ITS

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Se analizaron un total de 200 encuestas que fueron respondidas por: 108 varones (54%) y 92 mujeres (46%). El rango de edad de los varones fue 16 a 17 años (47%) y el de las mujeres 14 a 15 años (44%), con un promedio de 16 años en ambos grupos. El 21% de los estudiantes pasaban ese rango de edad ya que tenían entre 18 a 19 años, lo que se explica por los estudiantes que repitieron año escolar o se ausentaron de forma temporal a las aulas de clase. Dado el alto porcentaje de alumnos repitentes más de la mitad de los estudiantes se encontraban en los niveles de secundaria inferiores (35% en I año y 23% en II año). **Gráfico 1, 2, 3, 4, 5**

El 45% de los adolescentes refirieron no tener Religión, la otra mitad que refirieron tenerla la católica y Evangélica fueron las mencionadas en porcentajes similares. Estudios sobre conductas de riesgo mencionan la Religión como un factor influyente que impide algunas prácticas sexuales de riesgo ⁽⁶⁾⁽¹⁴⁾. No se encontró asociación significativa entre la Religión como un factor influyente y las conductas sexuales en los adolescentes encuestados.

Gráfico 6

Como factor socioeconómico se consideró la ocupación de los padres observando que el 38% de adolescentes respondieron que el papá no tenía empleo, el 13% tenían negocio propio y el 46% tenían algún tipo de trabajo o cargos públicos, solo el 3% eran profesionales. El 34% de las mamás negaron tener ocupación y las que refirieron trabajaban de domésticas (13%), obreras, vendedoras, o en labores públicas (20%), el 14% tenían algún tipo de negocio propio como comerciantes, pulperías y el 5% eran profesionales. Esta condición refleja el bajo nivel de ingreso de los padres. Todos los estudios y encuestas a nivel nacional y mundial han resaltado la asociación del bajo nivel socioeconómico y las conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽¹³⁾ **Gráfico 7 y 8**

Cerca de un cuarto de adolescentes tanto varones (25%) como mujeres (20% respectivamente), además de estudiar refirieron trabajar para poder sustentar sus gastos y ayudarse económicamente. La necesidad de trabajar de los adolescentes es un factor medible del comportamiento sexual de los adolescentes demostrando en muchos estudios su asociación con las conductas de riesgo además que determina la condición económica en la viven.⁽¹⁾⁽²²⁾ Al analizar el trabajo y estudio como factor determinante en las conductas sexuales de riesgo se observó que los estudiantes que trabajan tienen dos veces más probabilidad de iniciar relaciones sexuales y ser activos sexualmente. (OR: 2.02; p: 0.02; IC95%:1.03-3.95). También tiene mayor riesgo de ser fumadores (OR: 2.50; p: 0.01; IC: 1.20-5.22). Al asociar dicho factor con el consumo de licor la probabilidad fue 2 a 3 veces en los adolescentes que trabajan (OR: 2.50; p: 0.01, IC95% 1.20-5.22); con el consumo de marihuana existe un riesgo pero éste no fue significativo. (OR: 1.50 p:>0.05 IC: 0.75-3.48).En muchos estudios como lo reporta la literatura se ha demostrado que los adolescentes que trabajan tienen mayor probabilidad de conductas de riesgo.⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹⁴⁾⁽²⁷⁾**Cuadro 1, Gráfico 9 y 10**

En relación al factor escolar, según la evidencia, el rendimiento y deserción escolar son factores importantes para medir el comportamiento sexual⁽¹⁾⁽¹³⁾. Ambos factores se han asociado a la actividad sexual precoz, consumo de drogas y/o licor.⁽¹⁴⁾Más de la mitad de estudiantes respondieron haber repetido un año escolar o más (54% varones y 52% mujeres). El 44% se ausentaron de la escuela durante 1 a 4 años refiriendo como causa problemas económicos, falta de apoyo en la familia, embarazo o simplemente el deseo de no ir a clase. Analizando la asociación del factor escolar y la conducta sexual de riesgo se demostró que los adolescentes con mal rendimiento escolar o se ausentan de las clases tiene tres veces más probabilidad de ser activos sexualmente. (OR: 3.16; p<0.01; IC95%: 1.75-5.69).La asociación con el consumo de licor y marihuana no tuvo significancia estadística.

Al relacionar el nivel de estudio con las conductas sexuales de riesgo, se encontró que el 50% de estudiantes que refirieron haber iniciado relaciones sexuales se encontraban en los niveles de escolaridad más bajos (I y II año) y

la otra mitad en los niveles de III, IV y V año. Al analizar su asociación se encontró que adolescentes de los niveles de escolaridad superior, tienen más probabilidad que sean sexualmente activos. (OR: 1.89; p: 0.05; IC95%: 0.99-3.44). La probabilidad que consuman licor es el doble en relación a los que se encuentran en I y II año. (OR: 2.50, p: 0.01; IC95%: 1.24: 5.08). No se demostró diferencia significativa con el consumo de marihuana. **Cuadro 2**

En relación a la accesibilidad al colegio, la mayoría de los alumnos y alumnas (62%) requerían un tiempo menor de 30 minutos para llegar y el 27% de 30 a 60 minutos ya que la mayoría vivían en barrios cercanos al colegio lo que deja claro que no es la falta de accesibilidad a la escuela la causa del ausentismo escolar sino que son otros factores como se refirieron en el párrafo anterior.

Gráfico 11 Cuadro 3

Con relación a variables relacionadas con el entorno familiar, más de la mitad de los adolescentes refirieron que sus padres estaban separados (57%), el 43% restante contestaron vivir con ambos. El 37% refirieron que su mamá convivía con otra pareja. Solo un pequeño porcentaje vivían con otras personas como abuelos o amigos. **Gráfico 12, 13**

Al analizar el entorno familiar como un factor protector o de riesgo se observó que los adolescentes con padres separados tenían mayor probabilidad de iniciar relaciones sexuales a temprana edad y ser activos sexualmente. (OR: 1.90; IC95%: 1.09-3.04 y OR: 1.96; IC95%: 1.19-3.14 respectivamente), ambos con significancia estadística. En muchos estudios de adolescentes se ha evidenciado el papel esencial que juega la familia y la relación de los padres como un factor protector frente a conductas sexuales de riesgo ya que muchas de éstas prácticas suelen iniciarse en esta etapa de gran vulnerabilidad.⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽¹³⁾⁽¹¹⁾

La probabilidad de consumir licor y/o marihuana en adolescentes con padres separados no tuvo significancia significativa.

El promedio de hermanos del grupo encuestado fue de 3 a 4 (43%), el 40% de estudiantes tenían más de 4 hermanos, los que refirieron más número de

hermanos con mayor frecuencia solo hermanos de padre o madre. La mayoría de adolescentes tenían familia numerosa que muchas veces está asociada al bajo nivel económico de los adolescentes ya demostrada en encuestas nacionales y mundiales.^{(8) (11)} **GRÁFICO 13, CUADRO 6**

El 25% de los y las adolescentes refirieron haber sufrido algún tipo de maltrato sea verbal, físico o ambos, (47%, 8%, 45% respectivamente), revisando la bibliografía estos adolescentes se vuelven vulnerables para adquirir cualquier tipo de conducta que en mayor o menor grado puede afectar el desarrollo normal sexual y reproductivo.⁽²⁾⁽¹⁸⁾ **GRÁFICO 14 Y 15**

El 7% de las mujeres y 4% de varones refirieron haber sido víctimas de abuso sexual a la edad de 10 a 12 años. Está demostrado científicamente que el abuso sexual si no es detectado o prevenido a tiempo las secuelas que dejan a niños o adolescentes son graves e irreversibles. Al mismo tiempo se ha demostrado la influencia negativa del abuso en el desarrollo de conductas sexuales de riesgo.⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾ **Gráfica 16**

Al analizar el maltrato como factor de riesgo de conductas sexuales en adolescentes no se encontró una asociación significativa con la actividad sexual temprana y/o el uso de preservativo, ya que refirieron maltrato tanto los que incurrieron o no a esas prácticas de riesgo. No así con el consumo de licor y/o marihuana se encontró que existe dos y tres veces la probabilidad que este grupo tenga historia de algún tipo de maltrato. (OR: 1.98; p:<0.05; IC95%1-3.98 y OR: 3; IC95%: 1.41-6.46 respectivamente). **Cuadro 7**

La historia familiar de embarazos precoces (antes de los 19 años) estuvo presente en el 66% de los estudiantes encuestados refiriendo el 61% de ellos madres que habían tenido su primer hijo en la adolescencia y el 16% refirieron hermanas también con embarazos precoces. En muchos estudios sobre adolescentes se ha evidenciado la influencia familiar de embarazos precoces como factor de riesgo para que el evento se repita de madre a hija a pesar que más de la mitad de adolescentes lo refirieron, no se encontró asociación con la actividad sexual precoz pero también se debe considerar que la deserción

escolar es común en muchachas que presentan embarazos.⁽²⁰⁾⁽¹⁷⁾. **GRÁFICO 17 y 18**

En relación a las actividades recreativas, el deporte fue el referido por el 45% de los estudiantes (63% del total de varones y 58% de mujeres). Estas actividades en algunos estudios se ha reportado como un factor protector,⁽¹⁾ y en otros como un factor de riesgo para incurrir a conductas de riesgo.⁽⁴⁾⁽²⁸⁾ En este estudio no se demostró que tenga un efecto protector frente a la actividad sexual precoz más bien cierto grado de riesgo. (OR:1.54; p: 0.05; IC95%:0.99-2.79). El consumo de drogas en adolescentes que practican deporte fue mayor de forma significativa que en los que negaron ese tipo de actividad (OR:2.98, p:0.01; IC95%: 1.40-6.95). **GRÁFICO 19, CUADRO 7**

Cuando se preguntó si salían con sus amigos el 58% contestaron que sí, con un porcentaje mayor en los varones (38% y 20% respectivamente), así también la frecuencia con que salen a la semana. Los grupos sociales es un parámetro para medir el entorno cercano del adolescente demostrándose en unos estudios como un factor protector en otros como un factor de riesgo, determinante que va estar en dependencia de las prácticas de riesgo que incurren los amigos.⁽¹⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁴⁾⁽²⁸⁾ **GRÁFICA 20**

Los adolescentes que refirieron salir con amigos también presentaron mayor frecuencia de incurrir a conductas como actividad sexual precoz, consumo de drogas y licor por lo que existe tres veces la probabilidad que estas conductas de riesgo en adolescentes estén asociadas a grupos de pares. (OR:2.58, p:0.01, IC95%: 1.40-4.68), (OR:3.50, p:0.03; IC95%: 1.45-7.46), (OR: 3, p:0.07; IC95%:1.24-5.59). **Cuadro 7**

Analizando el comportamiento sexual el 40,5% de los encuestados habían iniciado relaciones sexuales a edades tempranas (24,5% los varones y 16% las mujeres). De los que refirieron haber iniciado relaciones sexuales el 45% de los varones y 35% de las mujeres eran activos sexualmente. La edad media de inicio en ambos sexos fue 14 a 15 años. Más del 90% en ambos sexos fue voluntaria. Al comparar los resultados se encontró un promedio de edad similar a lo reportado en estudios y encuestas realizadas en Nicaragua, El Salvador,

Colombia, Perú, México, Estados Unidos. A como lo reporta la evidencia cada es menor la edad en que inician relaciones sexuales los adolescentes, con un mayor porcentaje el varón, similar condición se observó en el estudio con una diferencia estadísticamente significativa en relación a la mujer (OR: 1.84; $p < 0.05$, IC: 1.03-3.28). **Gráfico 21, 22, 23, Cuadro 7**

Cuando se les realizó la pregunta SI había utilizado el preservativo en su primera relación sexual, más de la mitad de los varones (53%) negaron haberlo utilizado y más de la mitad de las mujeres (56%) respondieron que si lo utilizaron. Estos resultados son similares a los reportados en numerosas encuestas relacionadas con el tema tanto mundiales como nacionales; porcentajes que persisten sin modificarse factor determinante de las conductas sexuales de riesgo en este grupo de población⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽²⁾⁽¹⁰⁾⁽³⁾⁽²¹⁾ **Gráfico 24**

En relación al uso rutinario del preservativo, la mitad de los varones activos sexualmente respondieron usarlo siempre, el 47% nunca y el 2% ocasional, al compararlo con las chicas el 47% respondieron no usarlo, el 44% lo utilizan siempre y el 9% ocasional. No se observó diferencia entre ambos sexos. Encuestas de adolescentes realizadas en diferentes Colegios y Universidades de varios países de América Latina, Estados Unidos y España, reportan que solo la mitad de los adolescentes o menos utilizan de forma rutinaria el preservativo, situación que incrementa cada vez más las cifras de embarazos precoces y de infecciones por VIH o lesiones de cérvix por el virus del Papiloma Humano principalmente en mujeres jóvenes.⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽²⁾⁽¹⁴⁾⁽³⁾⁽²²⁾ **Gráfico 25.**

Al analizar la asociación de los adolescentes que no utilizaron el preservativo en la primera relación y los que no lo utilizan de forma rutinaria se observó que los adolescentes que no utilizan el preservativo de forma rutinaria hay una alta probabilidad que no lo utilizaron en su primera relación sexual. (OR:5.24; $p < 0.01$; IC95%: 2.01-13.67).

Al preguntar sobre el número de parejas sexuales que tuvieron en el último año, más de la mitad de adolescentes (55%) refirieron más de una pareja sexual.

El varón además de ser más activo sexualmente también refirió mayor número de parejas sexuales con una diferencia significativa con la mujer. (OR: 3.33; p: 0.009; IC95%).

Como lo reporta la evidencia el número de parejas sexuales es un parámetro útil para medir el riesgo sexual y como lo reafirma el último informe de las Naciones Unidas las personas que tienen sexo con dos o más parejas tienen conductas de alto riesgo y éste es aún mayor si no se utiliza preservativo práctica que se encontró en la mitad de adolescentes que refirieron más de una pareja sexual ⁽¹⁴⁾⁽³⁾**Gráfico 26,27.**

Al indagar sobre otras prácticas sexuales el 62% de adolescentes respondieron haber practicado solo el sexo vaginal, el 26% habían practicado también el sexo oral, el 4% sexo anal, el 18% sexo oral y anal. Porcentajes que tuvieron similitud con otros estudios sobre comportamiento sexual de los adolescentes. ⁽¹⁰⁾⁽²⁾ Estas prácticas se vuelven riesgosas cuando se acompaña de otras como es el cambio de pareja, la falta de protección en las relaciones sexuales (situación que refirieron la mitad de los adolescentes), el uso de drogas o licor ya que la exposición al riesgo de infecciones de transmisión sexual es la misma. ⁽¹⁰⁾⁽⁵⁾⁽¹⁵⁾**Gráfica28**

En relación al hábito de fumar cigarrillos, el 23,5% del total de adolescentes contestaron que fuman (16% varones y 7% mujeres). No se encontró diferencia en relación al número de cigarrillos fumados variando desde uno a dos por día hasta más de 10 a un paquete por día. A diferencia de otras encuestas de adolescentes realizada en otros países donde ambos sexos tienen la misma frecuencia de fumar en este estudio la relación hombre y mujer que fuman fue de 2:1, dejando claro que es una práctica dependiente del sexo con significancia estadística ⁽¹⁰⁾(OR: 2.45, p: 0.008; IC95%: 1.22-4.94). La bibliografía consultada evidencia que el número de adolescentes estudiantes que fuman cada vez es menor cuando lo comparan con los adolescentes que fuman marihuana debido al incremento en el consumo de ésta última en adolescentes. ⁽¹³⁾⁽²⁷⁾**Cuadro 4**

El consumo de marihuana se reportó en el 17,5% de estudiantes (26% del total de varones y 8% del total de mujeres). El 25% refirieron haberla consumido de muchas veces a todos los días, conducta que se observó con más frecuencia en el varón de forma significativa. (OR: 4.25; $p < 0.05$; IC95% 1.78-10.41). No se observó lo mismo en encuestas de países como Estados Unidos, México ya que la relación varón: mujer y consumo es relativamente similar.⁽¹⁸⁾⁽²⁷⁾ **Cuadro 5, Cuadro 7**

El consumo de licor se presentó casi en igual proporción en varones y mujeres (21% y 23% respectivamente). Si bien es cierto el porcentaje de las chicas fue mayor no hubo diferencia significativa entre ambos sexos. ($p > 0.05$; IC95%: 0,5-0.79). El 55% de adolescentes que consumen licor refirieron que lo hacen varias veces por semana. Las últimas encuestas en países como México, Estados Unidos, Colombia han reportado que la diferencia que existía antes en el hombre y la mujer en relación al consumo de drogas y alcohol se ha venido igualando en los últimos años, además el consumo de marihuana en relación al consumo de licor es mayor en adolescentes escolares y universitarios que en los estudiantes de escuelas nacionales probablemente tenga relación a la accesibilidad y los costos.⁽²⁾⁽⁷⁾⁽¹⁴⁾⁽²²⁾ **Cuadro 5 y 7**

El 29% de adolescentes afirmaron consumir licor y marihuana (18% varón y 11% mujer) y el 42% refirieron haber aceptado drogas o licor cuando les ofrecen, la mayoría fueron mujeres (44%) con una relación casi de 2:1 con los chicos. La evidencia ha demostrado el alto riesgo que tienen los adolescentes que consumen licor o drogas a incurrir en una actividad sexual temprana de riesgo.⁽¹⁾⁽⁹⁾⁽²⁾⁽¹⁴⁾ **Gráfico 29, Cuadro 5, 6, 7.**

Al analizar la asociación entre las diferentes conductas de riesgo se observó que los adolescentes que fuman tienen siete veces más probabilidad de haber iniciado tempranamente su vida sexual si se compara con los que no fuman. ($p < 0.01$; IC95%: 3.33-14.70). Los adolescentes fumadores tienen 6 a 7 veces más probabilidad de consumir drogas o licor que los no fumadores. ($p < 0.01$; IC95%: 4-9). Estos hallazgos coinciden con otros estudios que han demostrado de forma significativa la asociación de fumar y conductas sexuales de riesgo.⁽²⁷⁾⁽²⁾⁽¹⁰⁾ **Cuadro 6**

Al analizar el uso del preservativo y el hábito de fumar se encontró una fuerte asociación estadística ya que existe el doble de probabilidad que los adolescentes que no utilizan el preservativo también sean fumadores. (OR: 2.35; $p < 0.01$, IC95%: 1-5.54). Al comparar estos hallazgos con lo reportado en la literatura consultada demuestran la fuerte asociación que existe entre las diferentes conductas sexuales de riesgo.^{(1). (3) (8)(13)}

Se observó que el 68% de los adolescentes que ingería licor eran sexualmente activos (OR: 4.68; IC95%: 1.86-5.79), el 40% habían tenido 2 o más parejas sexuales en un año y la tercera parte sin protección y la mitad de ellos habían fumado marihuana. (RR: 4.71, $p: 0.01$; IC95%: 2.96-7.50) **Cuadro 7**. Los adolescentes que refirieron consumir marihuana el 74% ya eran sexualmente activos, (RR: 4.42, $p: 0.01$; IC95%: 2.19-8.94), el 68% habían tenido más de una pareja sexual (OR: 2.40; $p: < 0.05$ IC95%: 1.03-3.66) y la mitad de ellos sin protección. **Cuadro 6 y 7**

El 41% de adolescentes tenían asociadas dos a cuatro conductas de riesgo y el 17% cinco a más. Hallazgo similar al compararlo con otros estudios.⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽²⁾⁽²⁷⁾. Al analizar la asociación con el sexo se encontró la mayor frecuencia de cinco a más conductas de riesgo en el hombre, debido a la mayor frecuencia de conductas relacionadas con la actividad sexual, la diferencia en relación a la mujer fue significativa. (OR: 2.70, $p: 0.01$, IC95%: 1.14-6.47) **Cuadro 6 y 7**

Al preguntar sobre el uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) el 65% de las adolescentes y el 81% de los varones contestaron que han utilizado. Casi la mitad de ellas (46%), utilizan “la Pastilla Para la Mañana Sigiente” (PPMS), 15% el preservativo y anticonceptivos orales y el 11% “Inyectables hormonales”. Comparando con la literatura y encuestas reportadas en otros países se encontró el mismo porcentaje de mujeres que usan algún Método Anticonceptivo, principalmente la PPMS. Como refiere la evidencia, cada vez son más los adolescentes que utilizan MAC pero no hasta el punto de disminuir el número de embarazos o infecciones por VIH u otra infección de transmisión sexual ya que las estadísticas demuestran que éstas van en aumento principalmente en mujeres jóvenes⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁷⁾⁽²⁶⁾⁽³⁾. **Gráfico 31 y 32**

El 19% de las adolescentes, refirieron al menos un embarazo siendo la mitad de ellos abortos (9,5%). Datos encontrados en los estudios precedentes en otros países reportan porcentajes similares, muchas adolescentes dejan de asistir al clases cuando cursan con embarazos o son madres, la evidencia ha mostrado que es causa de deserción escolar dado la carga económica, psicológica y social que conlleva tanto para la madre o para el padre adolescente. ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁷⁾**Gráfico 33**

El 6% refirieron que se les había diagnosticado alguna infección de transmisión sexual la más frecuente fue condilomatosis. Los datos estadístico nacionales reportan como una de mayor notificación las infecciones por Papiloma virus. ⁽⁸⁾**Gráfico 34**

CONCLUSIONES

1. La exposición a conductas sexuales de riesgo en este grupo de adolescentes está influenciado principalmente por factores relacionados a su entorno familiar, social, escolar e individual.
2. Es evidente el papel que juega la familia como factor determinante en el comportamiento sexual de los adolescentes, conductas que inician en edades tempranas cuando la influencia de los padres es crucial y significativa.
3. El inicio precoz de la actividad sexual la mayoría de las veces sin protección, los cambios frecuentes de pareja fueron las conductas sexuales que más resaltaron en este grupo de adolescentes y que reflejan el alto riesgo de presentar en un corto a mediano plazo efectos adversos relacionados con su salud sexual y reproductiva que muchas veces dejan secuelas irreversibles.
4. La asociación de las diferentes conductas de riesgo son hallazgos que estuvieron presentes en más de la mitad de los adolescentes, situación que se debe considerar a la hora de tomar decisiones de intervención y que puedan incidir en los diferentes factores determinantes.

RECOMENDACIONES

1. Al colegio: Se debe considerar este trabajo para elaborar un programa actividades de intervención que involucre a los padres y la participación activa de los adolescentes, para mejorar el vínculo familiar, escolar y grupo de pares a través de charlas educativas, consejería personalizada y tratar de incidir en las conductas sexuales riesgosa de mayor ocurrencia en estos adolescentes.
2. Al hospital: En conjunto con las diferentes disciplinas diseñar programas de salud sexual y reproductiva bien estructurados mejorando la accesibilidad a los adolescentes con actividades de prevención primaria y secundaria y a la vez que exista un vínculo con las escuelas y otros sectores involucrados en dicha atención, tomando en cuenta los diferentes indicadores de medición en adolescentes como la reducción de embarazos, abortos, tasas de infección por VIH, VPH, violencia intrafamiliar, entre otras.
3. Al Ministerio de Educación y Ministerio de Salud:
 - a. Realizar un vínculo entre las escuelas y unidades de salud para realizar investigaciones a nivel escolar.
 - b. Ya que es el sitio con mayor oportunidad de poder determinar la incidencia de conductas de riesgo e identificar los factores determinantes para así dirigir los programas de prevención a los aspectos más vulnerables en el campo de la sexualidad.
 - c. Diseñar un modelo de educación sexual acorde a las necesidades de los adolescentes, tomando como ejemplo modelos educativos de otros países en las que han sido efectivas las intervenciones en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva.

RECOMENDACIONES

3. Al Ministerio de Educación y Ministerio de Salud:

d. Que se de continuidad a este estudio tratando de abarcar mas colegios y de ser posible poder dar a conocer los resultados a las entidades superiores y de esta manera mejorar los programas sobre salud sexual y reproductiva dando un enfoque de género y prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. **BID**. Guía para medir comportamiento de riesgo en jóvenes. [aut. libro] SARIC Drina. MUÑOZ Rodrigo VIVO Singrid. Finlandia : BID, 2013.
2. *Conductas de Riesgo en adolescentes*. **Dr. Enrique Rosalba, Dra, Nancy Romero**. 2015, Revista Médica Cubana, págs. 44-46.
3. **OMS**. *Salud para los adolescentes de mundo*. Ginebra, Suiza : Servicios de producción impresos OMS, 2014.
4. *Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos sexuales de riesgo*. **MENESES C, ROMO N, GIL E, MARQUÉZ I**. 01, Sevilla, España : ELSEVIER, 2009, Vol. 11.
5. *Comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes Universitarios*. **Piña Lopez J, Robles Montijo S**. 2007, Revista de Salud Pública, págs. 22,(5): 295-303.
6. **ENDESA**. *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud*. managua : MINSA, 2011/12.
7. *Conductas de Riesgo en Adolescentes, estudiantes de colegios de Juigalpa-CHontales. Nicaragua*. **MS, GALLARDO Francis**. 2, Estelí : s.n., 2013, Vol. 6.
8. **MINSA**. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Managua, Nicaragua : ISBN, 2008. 2ª edición.
9. *Prácticas sexuales de adolescentes y jóvenes*. **Esperanza Ochalta, María Angeles Espinoza**. s.l. : Estudi, 2003, Estudios de Juventud, págs. 49-62.
10. *Conducta sexual de Riesgo en estudiamtes de la Universidad Intercontinental*. **Marco Pulido, Verónica Carazo, Gabriela Gonzalez**. 2011, Revista Intercontinental de Psicología, págs. Vol. 13, pag: 11-27.
11. **Br: JARQUÍN Elia, RIVERA Walkiria, TOVAL Yessenia**. Conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes . *Minografía para optar a título de médico general*. Managua : UNAN, 2006.
12. *Prácticas y Conductas Sexuales de Riesgo en jóvenes: Una perspectiva de género*. **BAHAMON Marly, M.S y VIANCHÁ Mildred, M.S**. 2, Bogotá, Colombia : ISSN, 2014, Vol. 31. 327-353.

13. *Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: Una perspectiva de género* . **Marly Bahamón**. 2, Colombia : ISSN, 2014, Psicología debe trasfundirse., Vol. 31.
14. **CUETO Santiago, MUÑOZ Ismael**. *Conductas de Riesgo entre adolescentes Peruano*. Perú : s.n., 2010.
15. *Prevención de las conductas de riesgo en el adolescente*. **Ana, MOJICA Nubia.IBARRA**. 1,2, Granada : Scielo, 2013, Vol. 22.
16. *Edad Gestante de la Adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo*. **Herezo., DOMINGUEZ A**. 2009, Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, págs. 6(2), Pag: 141-47.
17. *Embarazo en adolescentes. UNa población de riesgo?* **GARCÍA M. Glorgett, Gonzalez M, Sertán M.i y col**. 2010, Revista Materno Infantil (HRS), págs. 29(4), 139-43.
18. *Predictores de Conductas sexuales de Riesgo en Adolescentes*. **Sheyla Goncalves, Jorge Castella, Mary Carlotto**. 2007, Revista Interamericana de Psicología, págs. Vol. 41,(161-66) .
19. *Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo*. **Elena García, Elena Menendez, Paula Fernandez**. 2012, págs. 5(1), pag: 79-87.
20. *Prevención de conductas de Riesgo*. **Dra. Francisca Corona, Dra Eldreth Peralta**. 2011, Revista Médica Chilena, págs. 22 (68-75).
21. **Ramón, Dr. FLORENCIANO**. *Conductas de Riesgo y Factores Protectores del adolescente*. Chile : s.n.
22. **OPS**. *Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina*. San Salvador : MINSA, 2013.
23. **coalition, International women's Health**. *La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes y Jóvenes* . Nueva York : s.n., 2006.
24. **Jorge, RODRIGUEZ**. *Reproducción de adolescentes y desigualdades en ALC. Llamado a la reflexión*. México : UNFPA, 2009.
25. **Salud, ORGANIZACIÓN Mundial de la**. Embarazos en adolescentes un problema culturalmente complejo. *www.WHO.int, Boletín Informativo, 2009*. [En línea] Junio de 2009.
26. **UNICEF**. *Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual en niños, niñas y adolescentes*. Sto Domingo, Rep. Dominicana : UNICEF, 2006.

27. **Gonzalez Rodriguez MP, De la Rosa Morales.** Adolescentes fumadores y conductas de riesgo. *www.intramed.net*. [En línea] Gonzalez Rodriguez MP, 30 de Enero de 2007.
28. *Factores asociados al ejercicio de la sexualidad de adolescentes escolarizados.* **MONTES Carmen, LARA Lizeth, PALACIOS Heidi.** 2, Cartagena-Colombia : Artículo de Investigación Científica, 2013, Vol. 10.
29. *Instrumento para evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes.* **Pública, revista de Salud.** 2007, Julio Piña, Susana Robles, Blanca Rivera, págs. 22(5);295-303.
30. **Andrés, MARTINEZ.** embarazo en adolescentes, promoción y prevención. *trabajo socialudla.files.wordpress.com*. [En línea] Noviembre de 2009. [Citado el: 27 de febrero de 2014.]
31. **col., DIAZ Angélica y.** Rev. Chilena de GO. vol 67. num. 6. . *www.scielo.cl*. [En línea] 2002. [Citado el: 27 de Febrero de 2014.] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717->
32. **col., SANDOVAL José y.** red de revistas científicas de ALC. *www.redalyc.org*. [En línea] marzo de 2007. [Citado el: 28 de Febrero de 2014.] <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428183005.pdf>.
33. **Yudith, OCHOA.** INMP. *cybertesis.unmsm.edu.pe*. [En línea] 2006. [Citado el: 28 de Febrero de 2014.] http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2753/1/acuna_uh.pdf.
34. **Sandoval Páez, Gabriela.** La Tercera. *diario.latercera.com*. [En línea] 29 de agosto de 2011. [Citado el: 10 de enero de 2014.] <http://diario.latercera.com/2011/08/29/01/contenido/pais/31-81813-9-madres-de-un-segundo-hijo-antes-de-los-19-anos-aumentan-en-15-segun-minsal.shtml>.
35. La Prensa. *www.laprensa.hn*. [En línea] 30 de octubre de 2013. [Citado el: 10 de enero de 2014.] <http://www.laprensa.hn/mundo/americalatina/396660-98/honduras-es-el-segundo-pais-con-mas-embarazos-en-adolescentes>.
36. OMS. *www.who.int*. [En línea] junio de 2013. [Citado el: 13 de enero de 2014.] <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>.
37. Plan Andino de prevención de embarazos en adolescentes. *orascohu.org*. [En línea] marzo de 2008. [Citado el: 15 de enero de 2014.] <http://orasconhu.org/documentos/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>.

38. **MINSA**. Plan estratégico de SSR. *www.iadb.org*. [En línea] agosto de 2008. http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/MINSA_Nicaragua-Estrategia_nacional_salud_sexual_reproductiva.pdf.
39. Prevención de embarazos no deseados en adolescentes. *www.salud.gob.mx*. [En línea] 2002. [Citado el: 14 de enero de 2014.] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>.
40. CDC vital signs. *www.cdc.gov*. [En línea] abril de 2013. [Citado el: 11 de enero de 2014.] <http://www.cdc.gov/VitalSigns/pdf/2013-04-vitalsigns-SP.pdf>.
41. **INIDE**. ENDESA 2006/07. *WWW.INIDE.gob.ni*. [En línea] 2007. http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa_2006/InformeFinal06_07.pdf.

ANEXOS

Encuesta sobre Conductas Riesgos Sexuales y Reproductivos en adolescentes de 14 a 19 años del Colegio Público Miguel de Cervantes.

Edad_____ Sexo_____

Asistes alguna religión_____

Nivel de estudio _____

Procedencia_____

¿Con quién vives? Papa_____ Mama_____ Ambos_____

Abuelos_____ Hermanos_____ otros_____.

¿Trabajan tus padres? Si_____ no_____

¿En que trabajan?_____

¿Además de estudiar tienes algún trabajo? Si_____ no_____

¿Te pagan por ese trabajo? Si_____ no_____

¿Has perdido años de estudio? Si_____ no_____

¿Has pasado más de un año sin estudiar? Si_____ no_____

Si la respuesta es si ¿Cuánto?_____ ¿Porque?_____

¿Tu mama ha vivido con otra pareja que no sea tu papa?

Si_____ no_____

¿A qué edad tuvo tu mama su primer hijo?_____

¿Cuántos hermanos tienes?_____

¿Tienes hermanas con hijos antes de los dieciocho años? Si_____

no_____

¿Tienes agua potable? Si_____ no_____

Inodoro_____ letrina_____

El techo es de zinc_____tejas_____otro_____ piso de

tierra_____embalozado_____ladrillo_-----

¿Cuánto tiempo te tardas en llegar al colegio?_____

¿Realizas alguna actividad recreativa? Si_____ no_____

Si la respuesta es sí ¿Cuál?_____

¿Sales con frecuencia con tus amistades por la noche? Si _____
no _____

¿Cuántas veces por semana? _____

¿Has recibido maltrato alguna vez? Si _____ no _____

Si la respuesta es sí ¿Cuál? Verbal _____ físico _____

Encuesta sobre factores de Riesgos Sexuales y Reproductivos en adolescentes mujeres de 14 a 19 años.

Fumas Si _____ no _____

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarros al día? _____ ¿desde cuándo? _____

¿Has fumado marihuana? Si _____ no _____

¿Consumes licor? Si _____ no _____

Si la respuesta es sí cuantas veces por semana _____

¿En algún momento de tu vida te han ofrecido drogas o licor? Si _____ no _____

Si la respuesta es sí ¿aceptaste usarla? Si _____ no _____

¿Cuántas veces en los últimos seis meses has utilizado drogas? _____

¿Has iniciado relaciones sexuales? Si _____ no _____

¿Cuántos años tenias? _____

Si la respuesta es sí ¿ha sido voluntariamente _____ a la fuerza _____

¿Utilizaste condón en tu primera relación? Si _____ no _____

¿Lo utilizas siempre? Si _____ no _____

¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año? _____

¿Has tenido relaciones íntimas con personas de tu mismo sexo? Si _____
no _____

¿Has tenido otro tipo de relaciones íntimas? Oral _____ anal _____ juegos

¿Qué métodos has utilizado para evitar embarazos? T de cobre _____
anticonceptivo oral _____ inyectable _____ pastilla del día siguiente _____
interrumpido _____

¿Desde cuándo? ? _____

¿En algún momento te has sentido o han abusado de ti? Si_____ no_____

¿Tu pareja actual qué edad tiene?_____

¿Has estado embarazada alguna vez? Si_____ no_____

¿Has sufrido aborto en algún momento? Si_____ no_____

¿Te has ido alguna vez de tu casa con tu pareja o un amigo(a)? Si_____ no_____ Con quien_____

¿En algún momento de tu adolescencia te han dicho que tienes alguna enfermedad sexual? Si_____ no_____

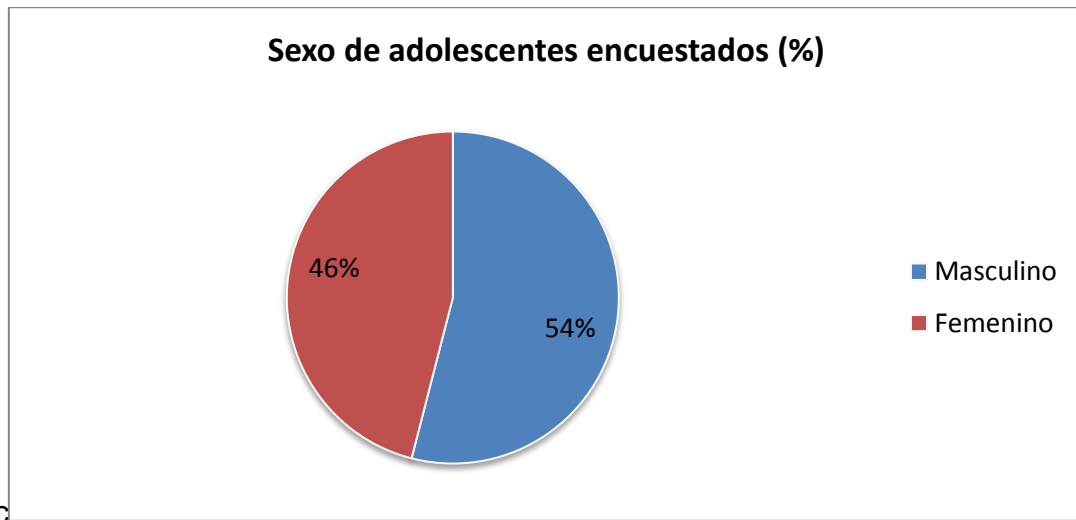
Si tu respuesta es sí ¿has recibido tratamiento? Si_____ no_____

¿Te has realizado alguna vez la prueba del VIH? Si_____ no_____

¿Has estado hospitalizado por algún tipo de enfermedad en los últimos años?

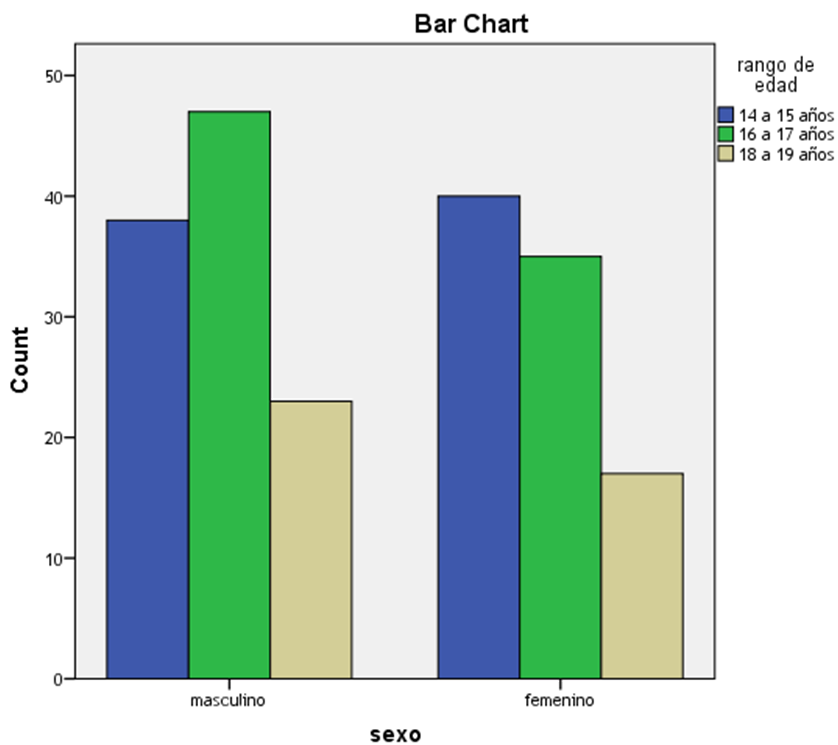
Si_____ no_____ ¿Por qué?_____

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO. ADOLESCENTES ENCUESTADO



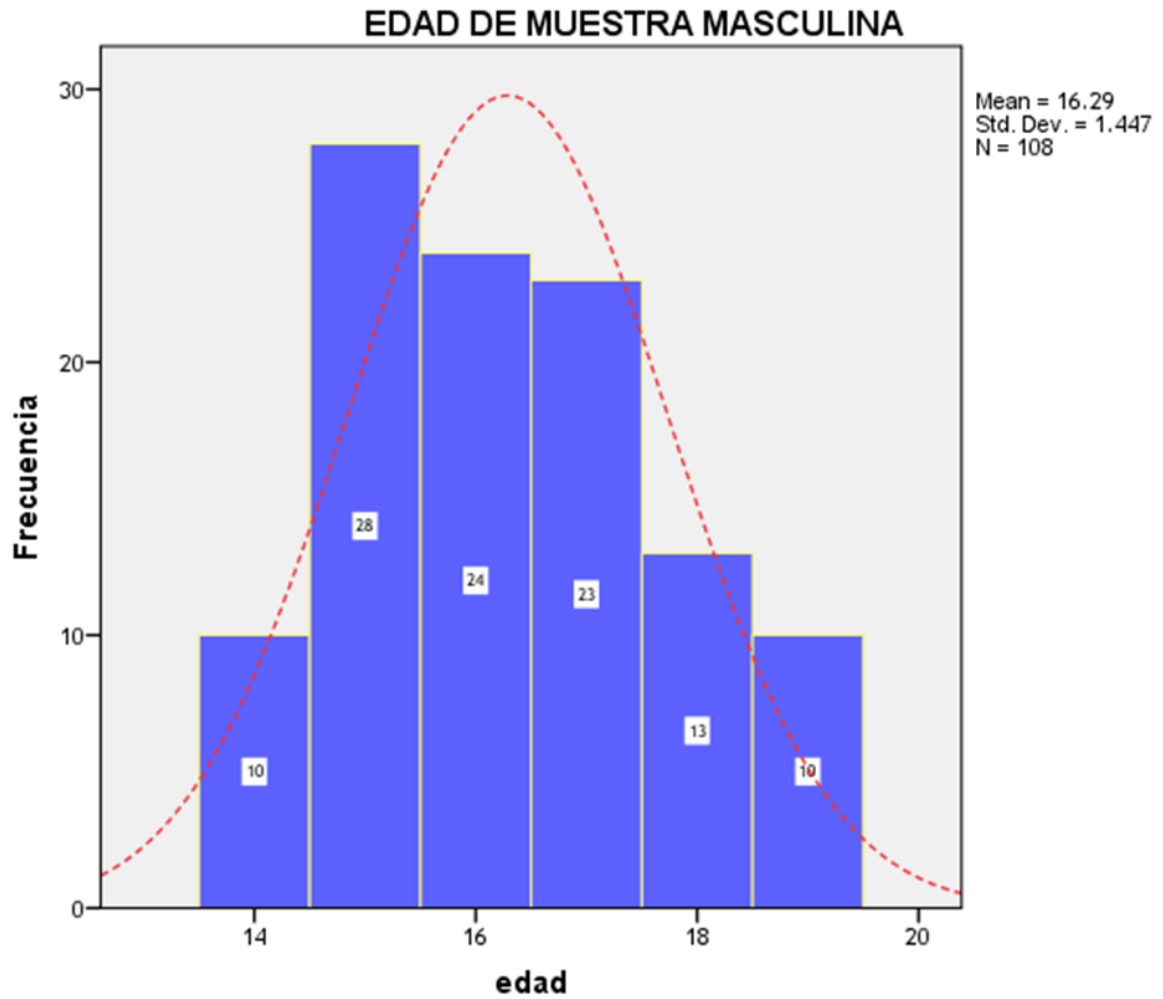
Fuente: Encuestas realizadas en el Colegio Miguel de Cervantes.

GRÁFICO 2: RANGO DE EDAD, ADOLESCENTES ENCUESTADOS. COLEGIO MIGUEL DE CERVANTES



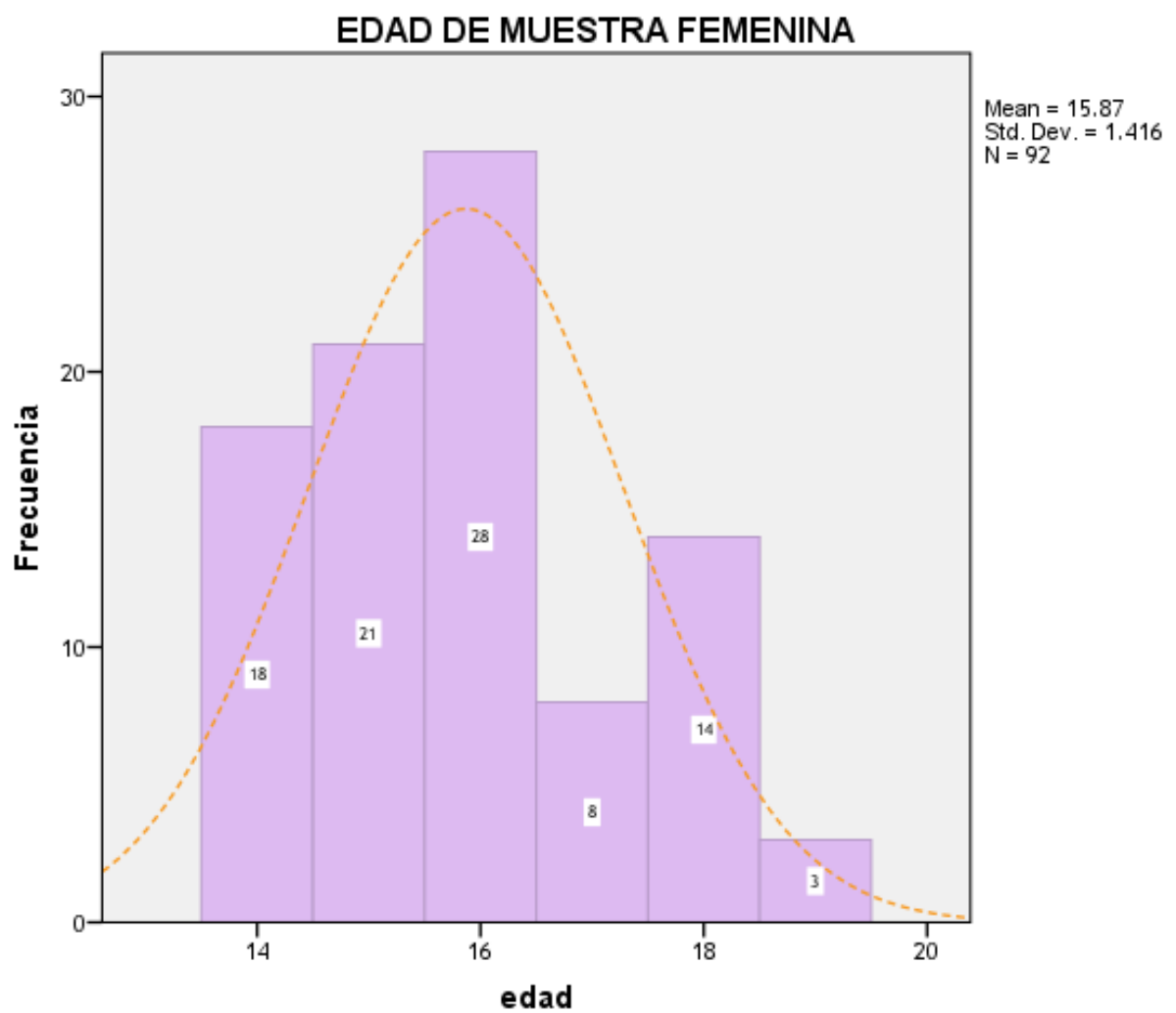
FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRAFICO 3: PROMEDIO DE EDAD ADOLESCENTES VARONES



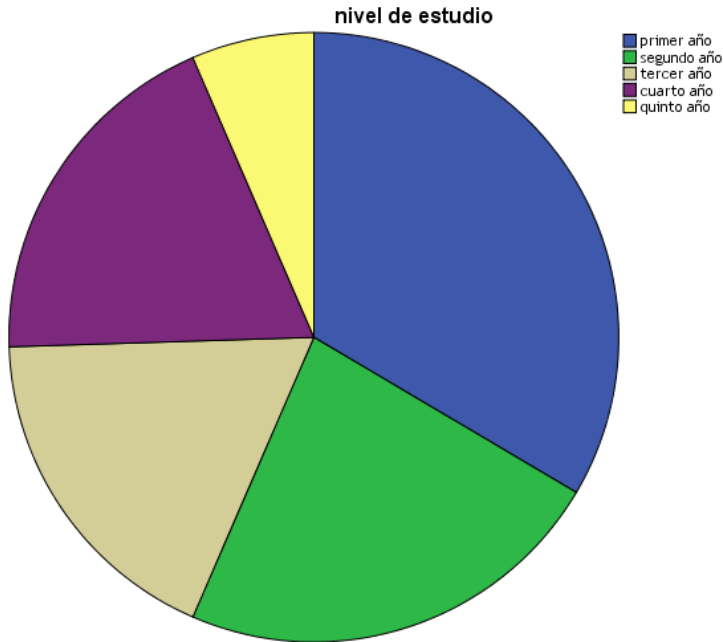
FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICO 4
EDAD PROMEDIO DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS NIVEL
SECUNDARIA



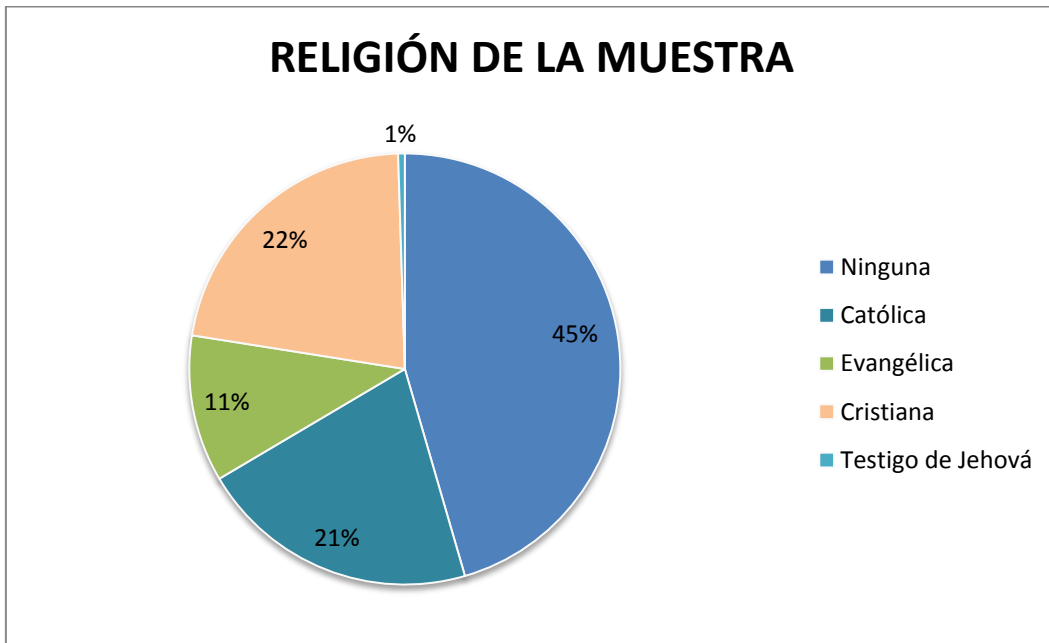
FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICA N°: 5 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO



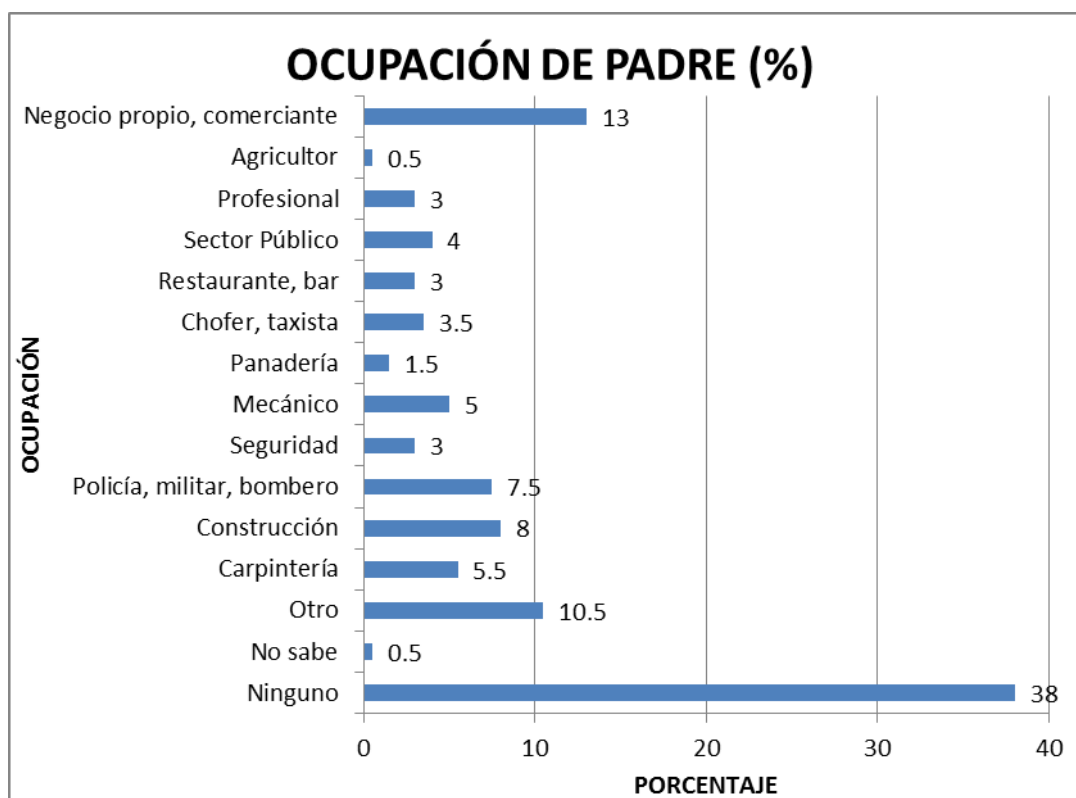
Fuente: Total de adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes

GRAFICO N°6: TIPO DE RELIGIÓN



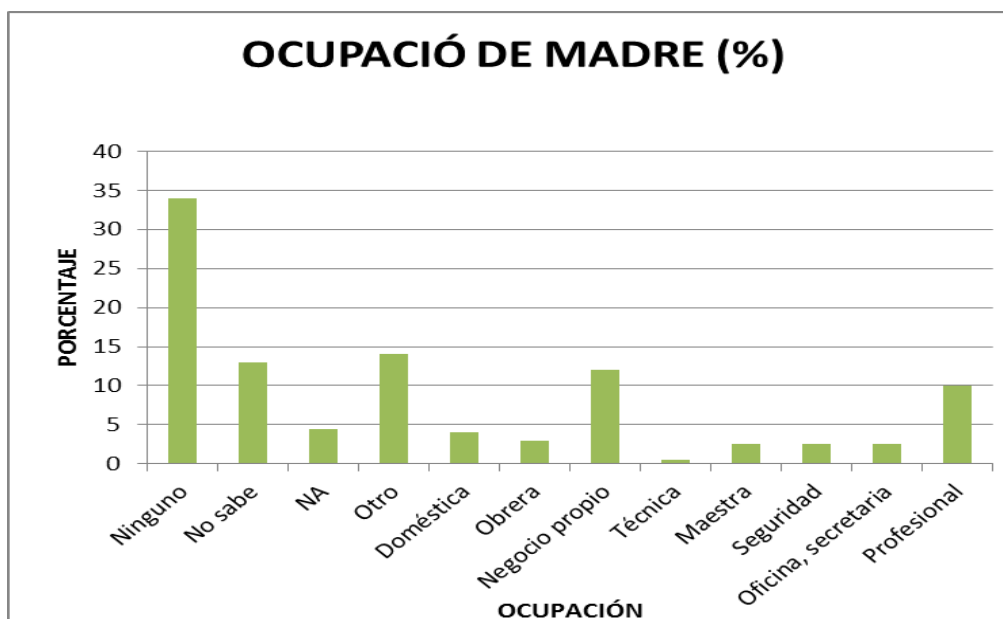
FUENTE: Total de adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes.

GRÁFICO 7: OCUPACIÓN DEL PAPÁ DE ADOLESCENTE



FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICO Nº:8 OCUPACIÓN DE LA MAMÁ



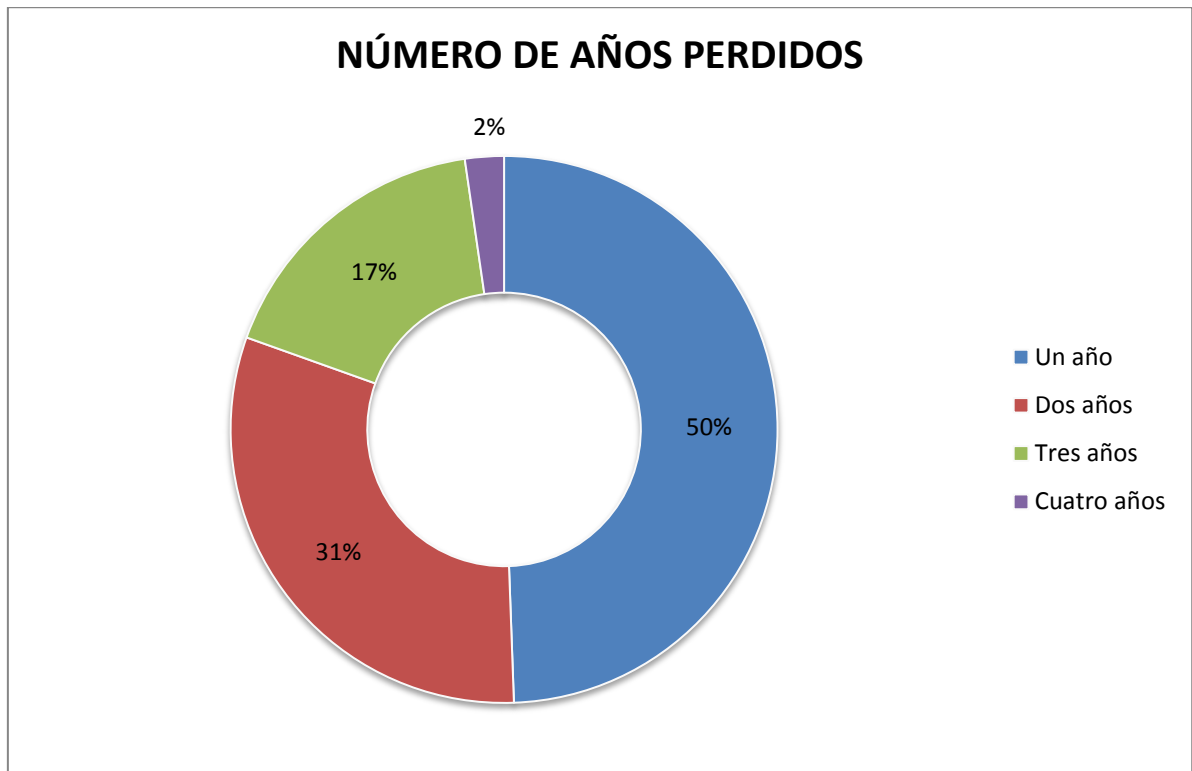
FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

CUADRO Nº: 1 ESTUDIO, TRABAJO Y RENDIMIENTO ESCOLAR

	Trabaja y Estudia				Más de un año sin estudiar				Ha repetido años			
	No		Sí		No		Sí		No		Sí	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Masculino	81	75	27	25	57	53	51	47	50	46	58	54
Femenino	74	80	18	20	56	61	36	39	44	48	48	52
TOTAL de la muestra	155	77	45	23	113	56	87	44	94	47	106	53

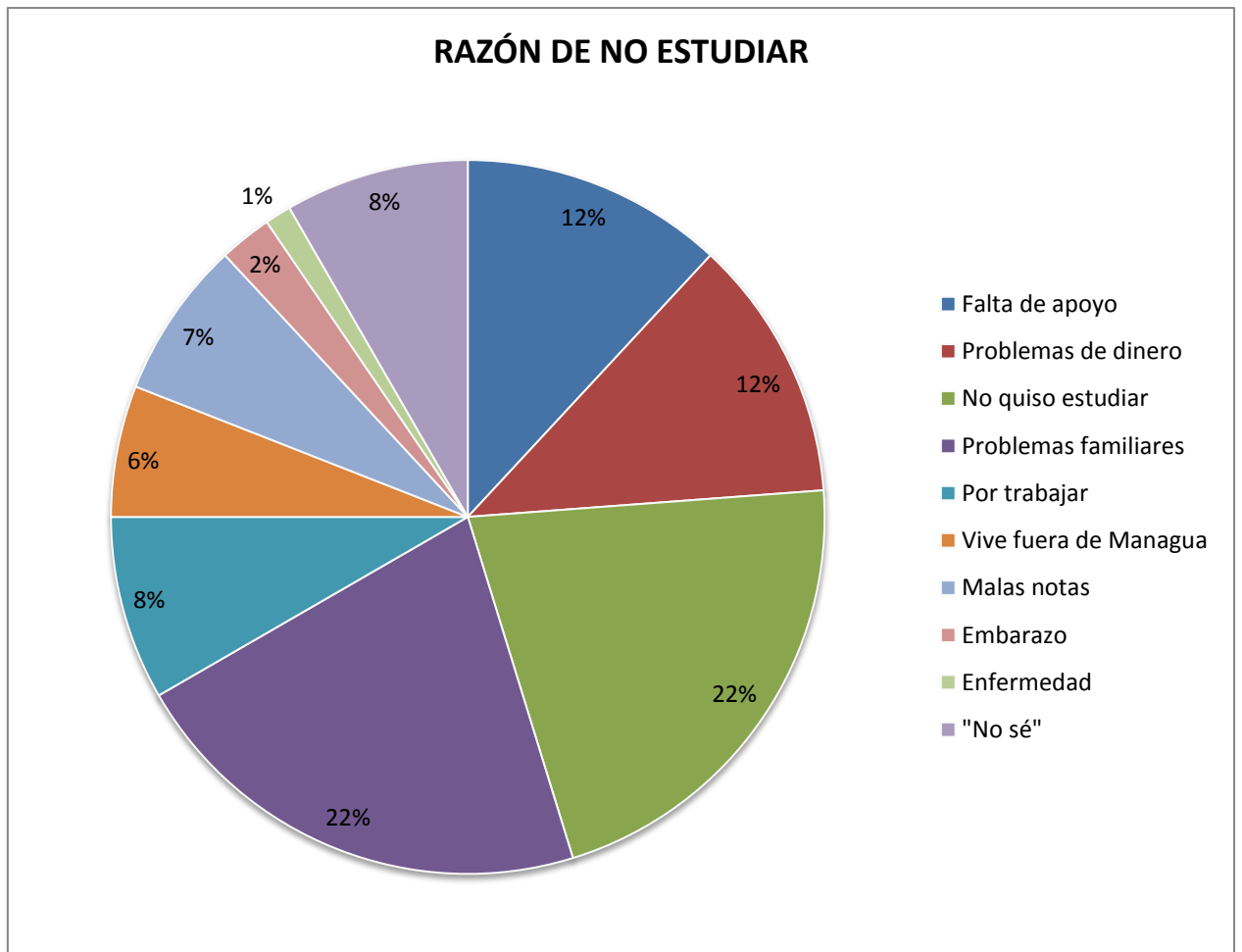
FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICO N°9: NÚMERO DE AÑOS PERDIDOS EN LA ESCUELA



FUENTE: Encuestas. Adolescentes del Colegio Miguel de Cervantes

**GRÁFICO Nº 10:
RAZÓN QUE EXPRESARON ADOLESCENTES AL DEJAR DE ESTUDIAR**



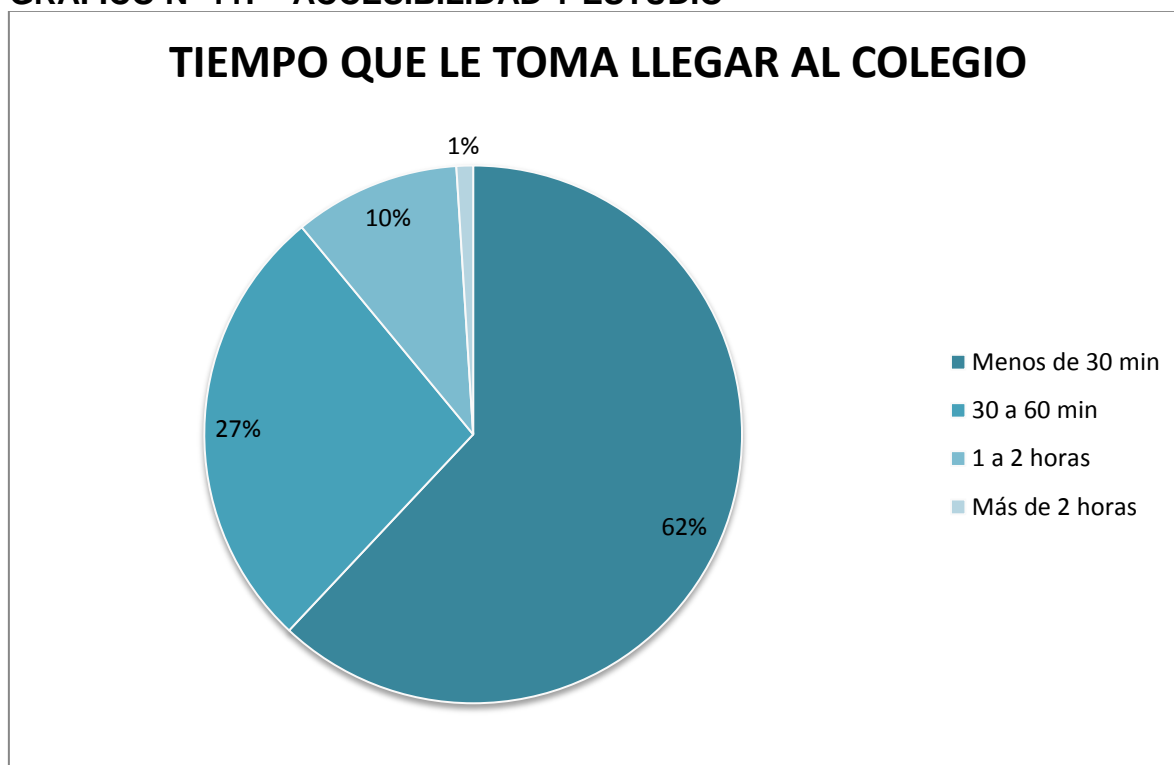
FUENTE: Encuesta de adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

CUADRO Nº 2: NIVEL DE ESTUDIO Y EDAD

Nivel de estudio	Primer año		Segundo año		Tercer año		Cuarto año		Quinto año		Total	
	Nu m	%	Nu m	%	Nu m	%	Nu m	%	Nu m	%	Nu m	%
14 a 15 años	33	16.5	29	14.5	12	6	2	1	2	1	78	39
16 a 17 años	34	17	10	5	16	8	12	6	10	5	82	41
18 a 19 años	0	0	7	3.5	8	4	19	9.5	6	3	40	20
total	67	33.5	46	23	36	18	33	16	18	9%	200	100
Activos sexualmente	27	34	13	16	14	18	16	20	10	12	81	100

Fuente: Adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes.

GRÁFICO Nº 11: ACCESIBILIDAD Y ESTUDIO

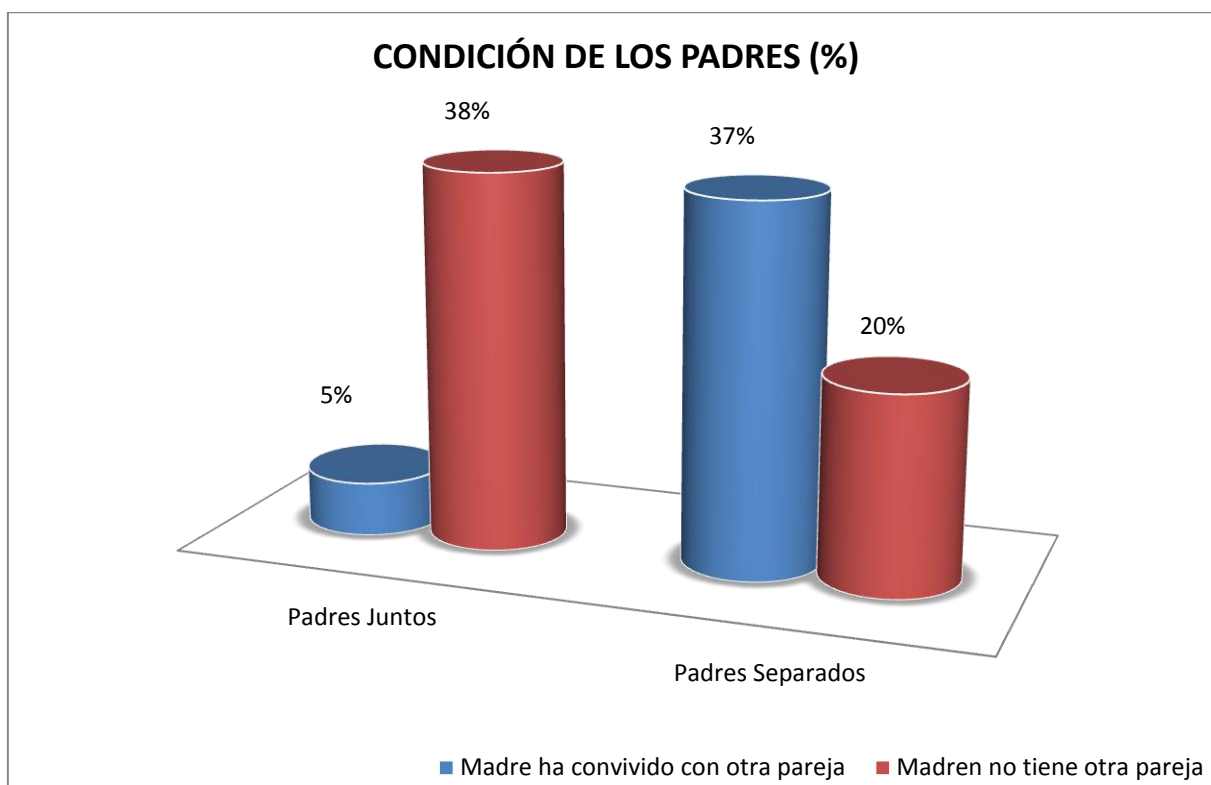


FUENTE: Entrevistas realizadas a estudiantes adolescentes. Colegio Miguel Cervantes:

CUADRO Nº 3: BARRIOS DE PROCEDENCIA

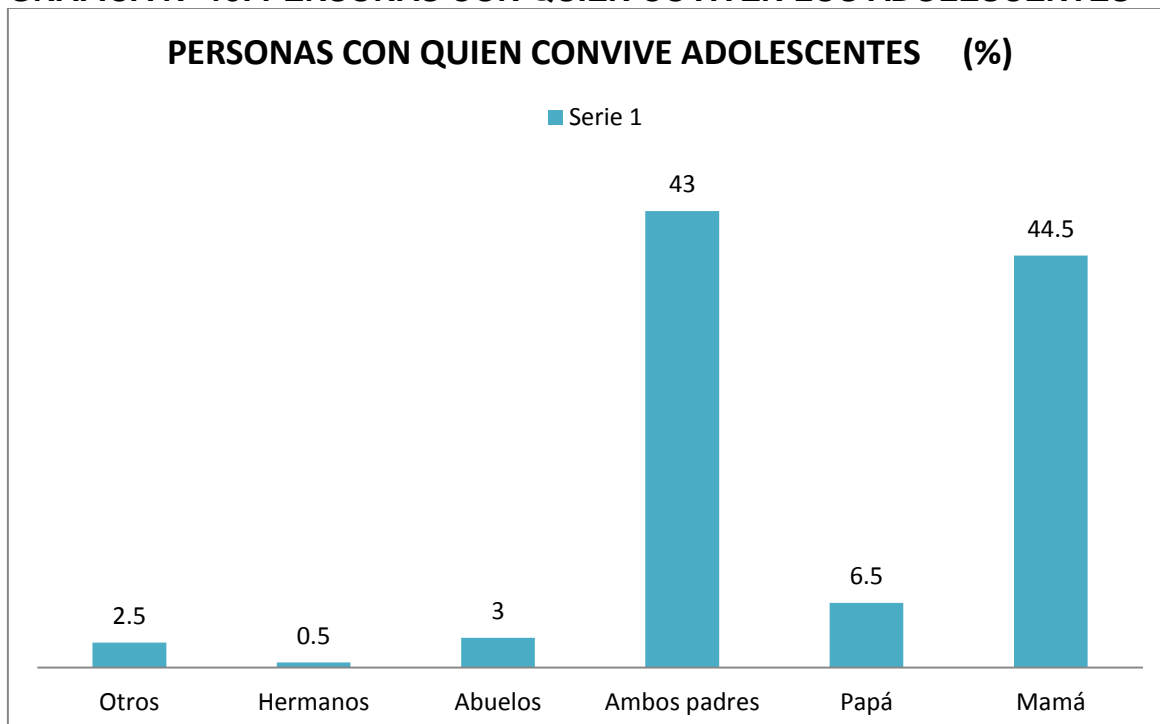
BARRIOS	Frecuencia	Porcentajes	ValidPercent
San Judas, Lomas de, Pilar	52	26.0	26.0
Clemente Guido	3	1.5	1.5
Rural	5	2.5	2.5
Loma Linda	15	7.5	7.5
Monte Tabor	3	1.5	1.5
Andres Castro	12	6.0	6.0
Camilo Ortega	19	9.5	9.5
René Cisneros	3	1.5	1.5
Pablo VI	3	1.5	1.5
Tierra Prometida	11	5.5	5.5
ciudad Sandino	2	1.0	1.0
Memorial Sandino	4	2.0	2.0
JonatanGlez	4	2.0	2.0
Primavera	1	.5	.5
Enrique Smith	1	.5	.5
Rubenia	1	.5	.5
J Dimitro	1	.5	.5
Mons Lezcano	1	.5	.5
Batahola	5	2.5	2.5
Altagracia	4	2.0	2.0
Independencia	3	1.5	1.5
La Esperanza	2	1.0	1.0
M de C	1	.5	.5
Rene Cisneros	1	.5	.5
EdgardMunguía	42	21	.21
Otros			
Total	200	100.0	100.0

GRÁFICA Nº 12: CONDICIÓN DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES



Fuente: Total de adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes

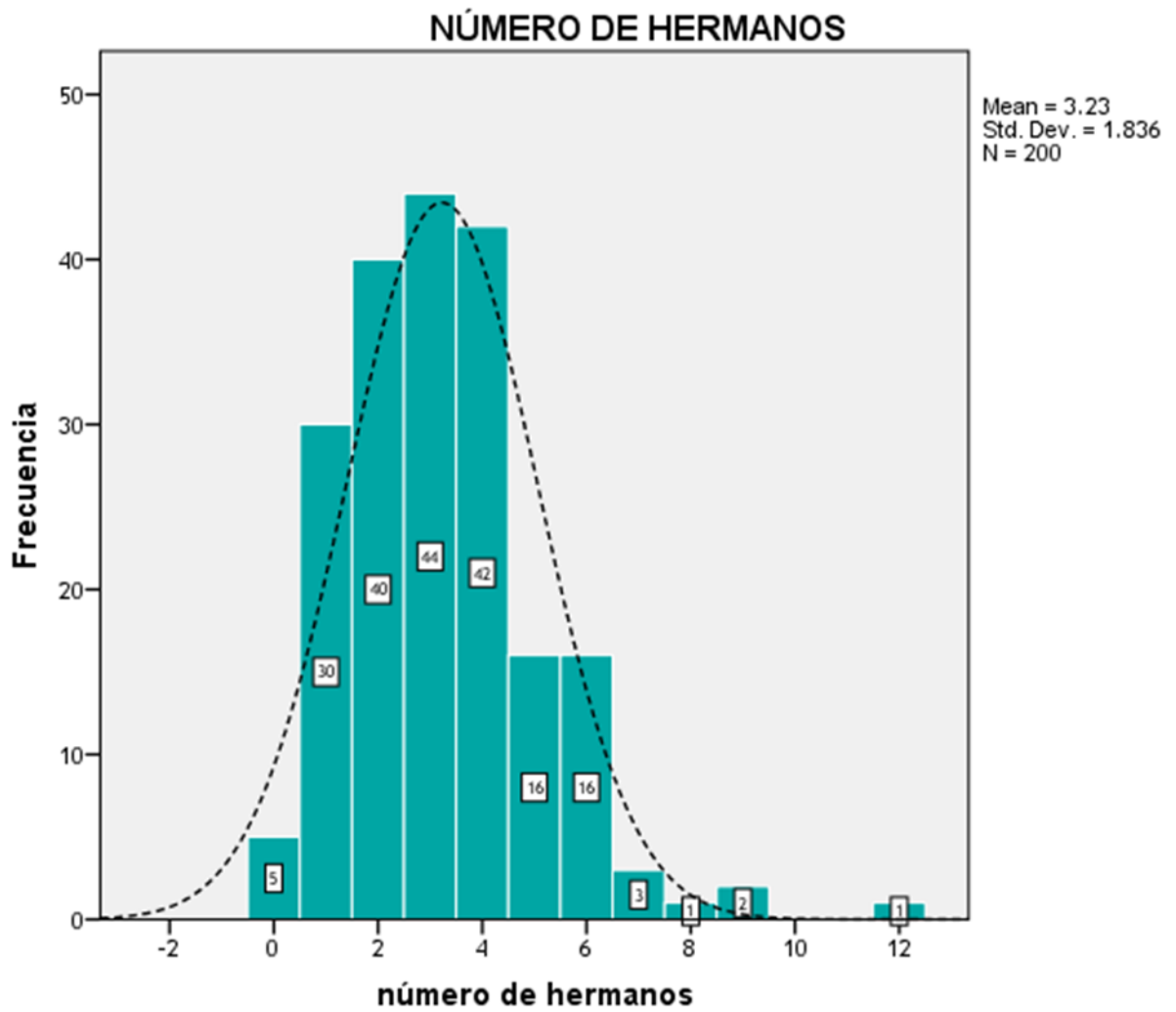
GRÁFICA Nº 13: PERSONAS CON QUIEN COVIVEN LOS ADOLESCENTES



FUENTE: Total de adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes

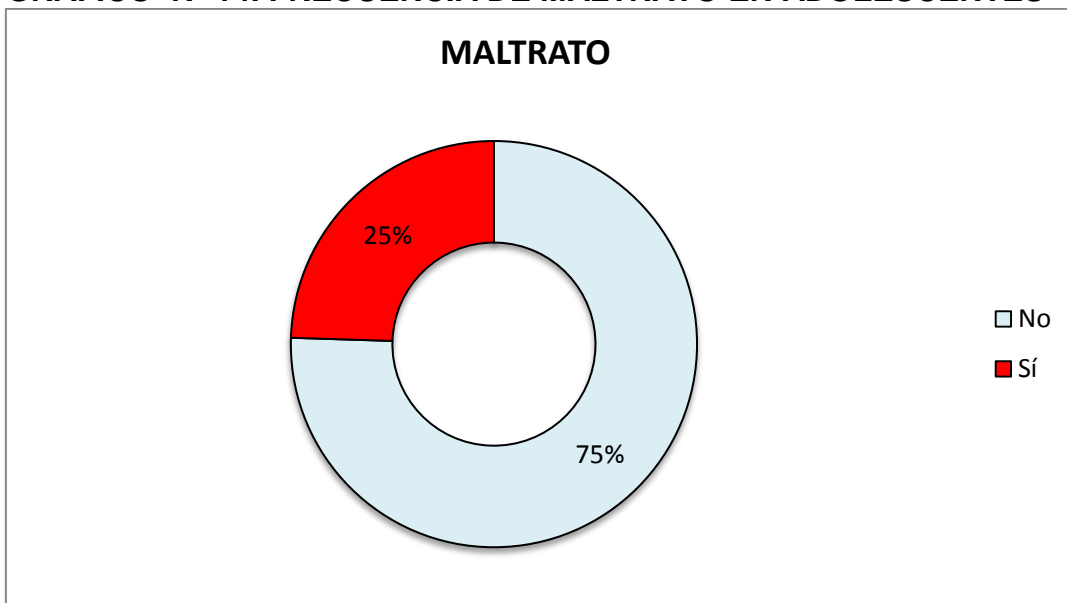
**GRÁFICO Nº13
ENCUESTADOS**

NÚMERO DE HERMANOS EN ADOLESCENTES



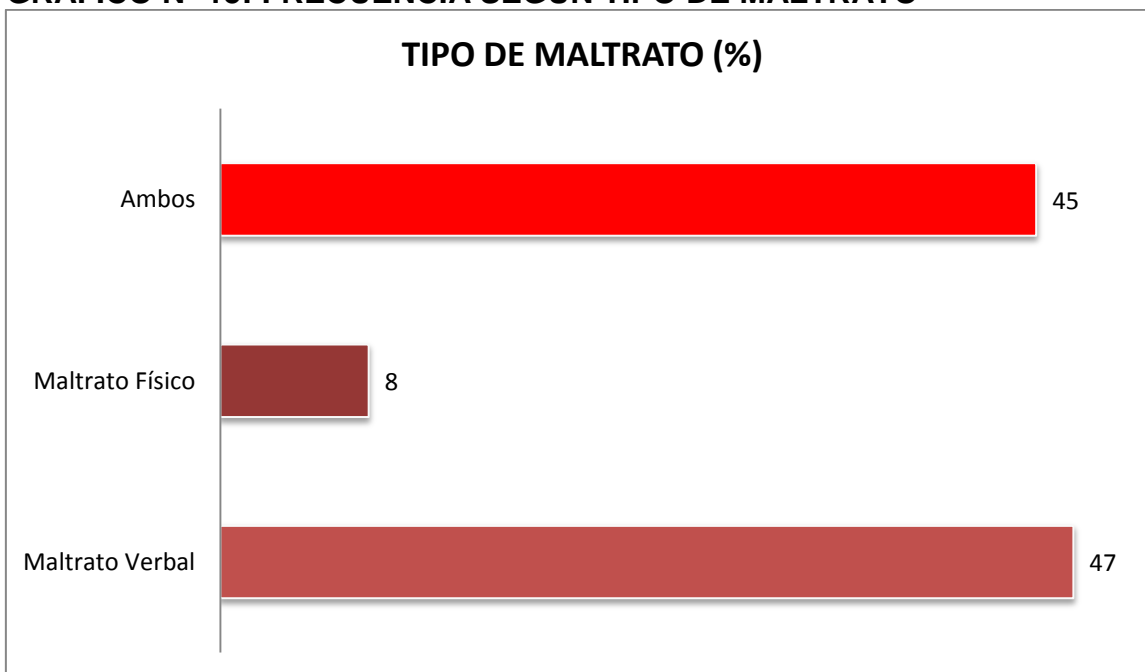
FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICO Nº 14. FRECUENCIA DE MALTRATO EN ADOLESCENTES



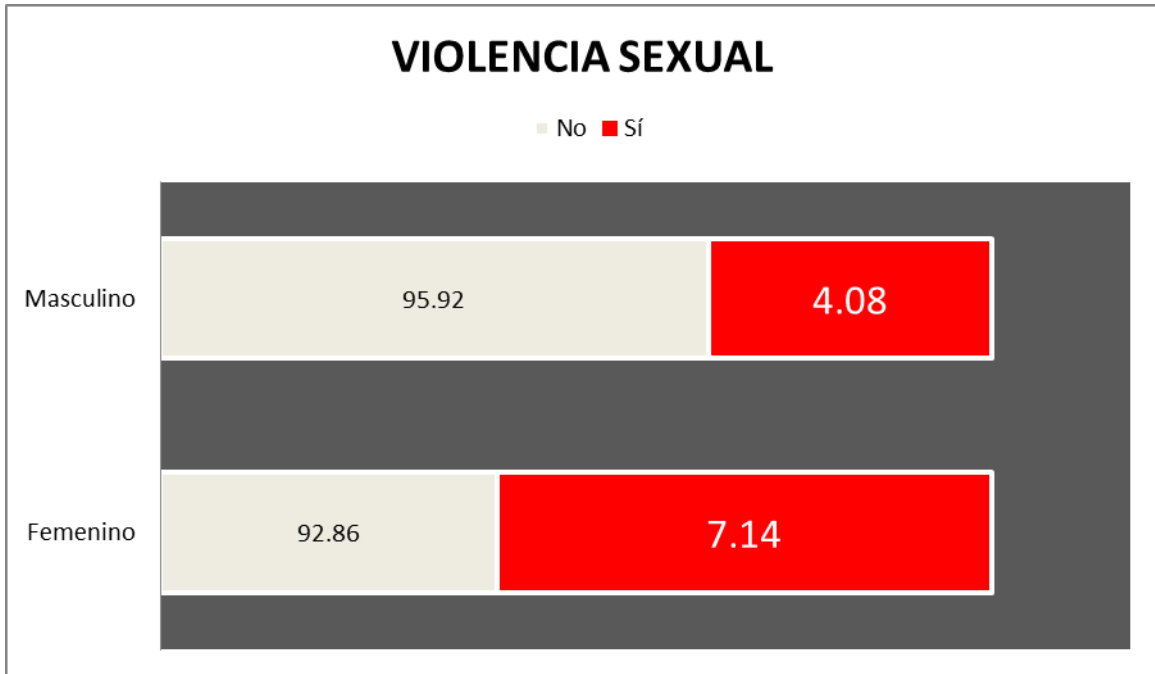
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A ADOLESCENTES. CMD.C.

GRÁFICO Nº 15: FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE MALTRATO



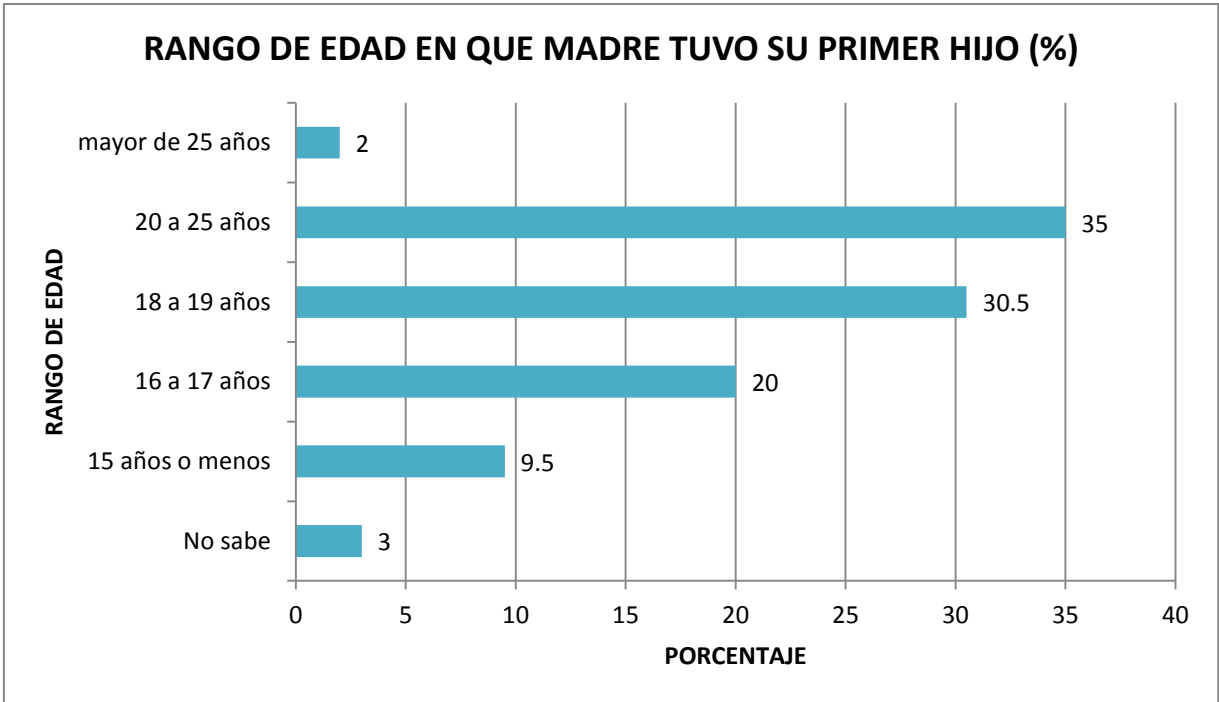
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A ADOLESCENTES. CMD.C.

GRÁFICO Nº 16: ADOLESCENTES Y VIOLENCIA SEXUAL



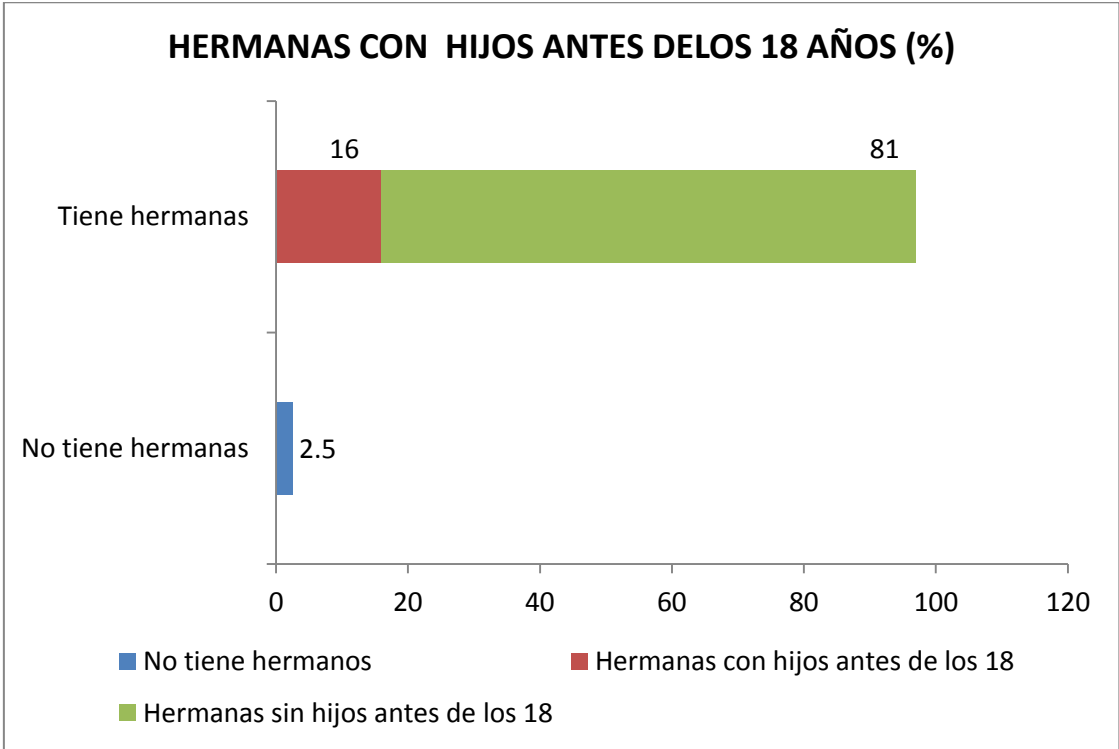
FUENTE: Encuesta realizada a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes.

GRÁFICO Nº17: EDAD MATERNA EN QUE TUVO SU PRIMER HIJO



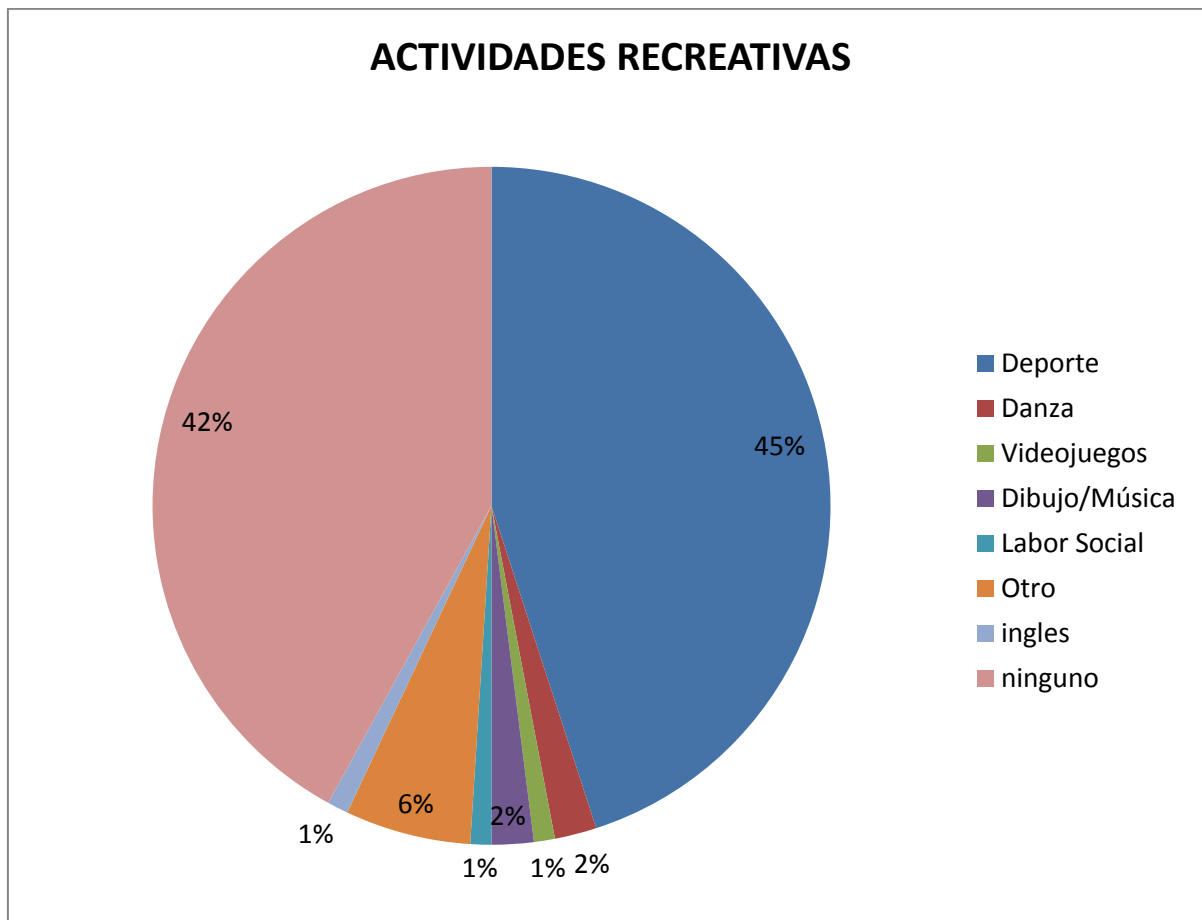
FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICA Nº 18: FRECUENCIA DE ADOLESCENTES Y HERMANAS CON EMBARAZOS PRECOCES



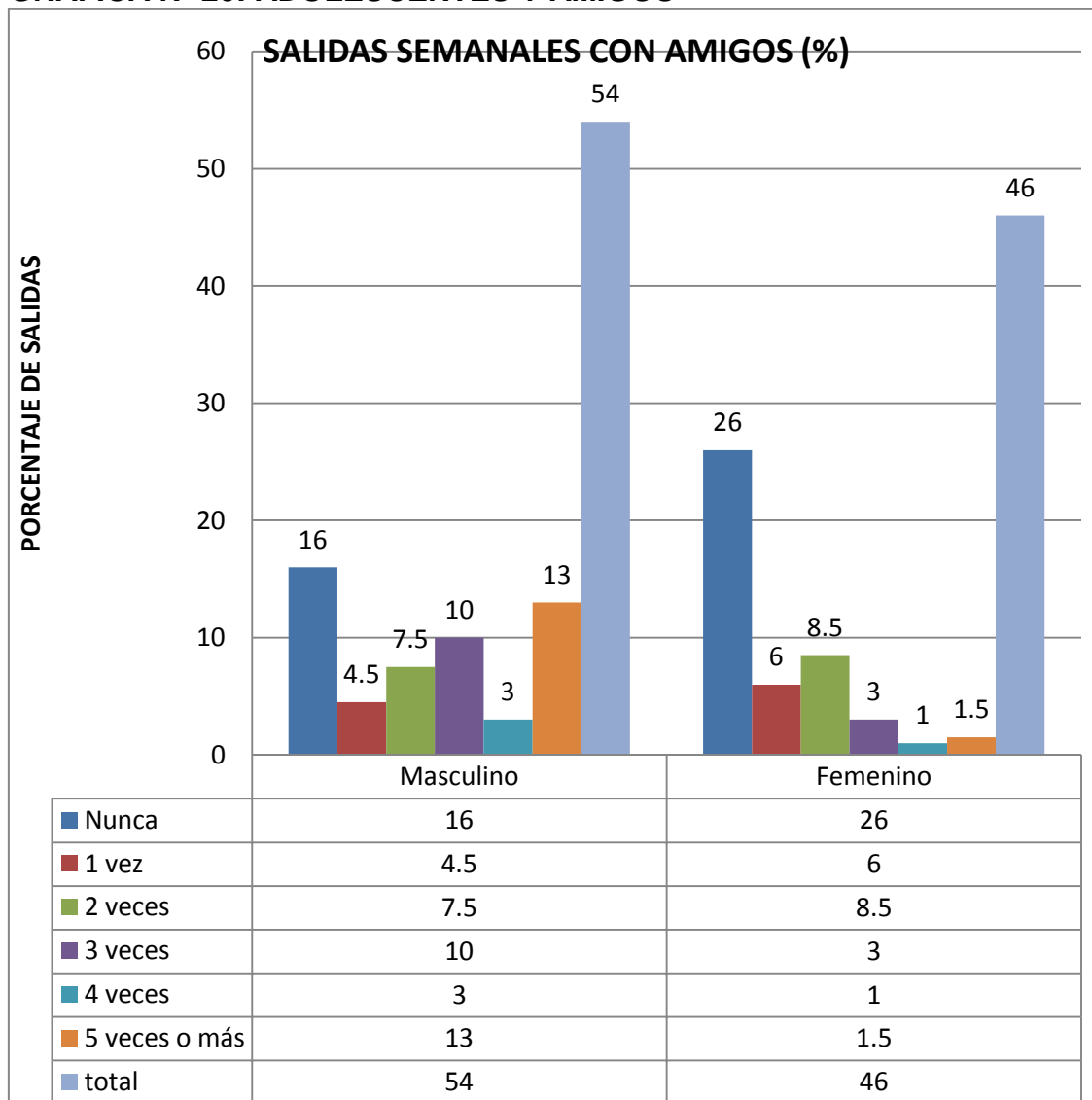
FUENTE: Encuestas realizada a adolescentes. ColegioMiguel de Cervantes

GRÁFICO Nº 19: ACTIVIDADES RECREATIVAS DE ADOLESCENTES



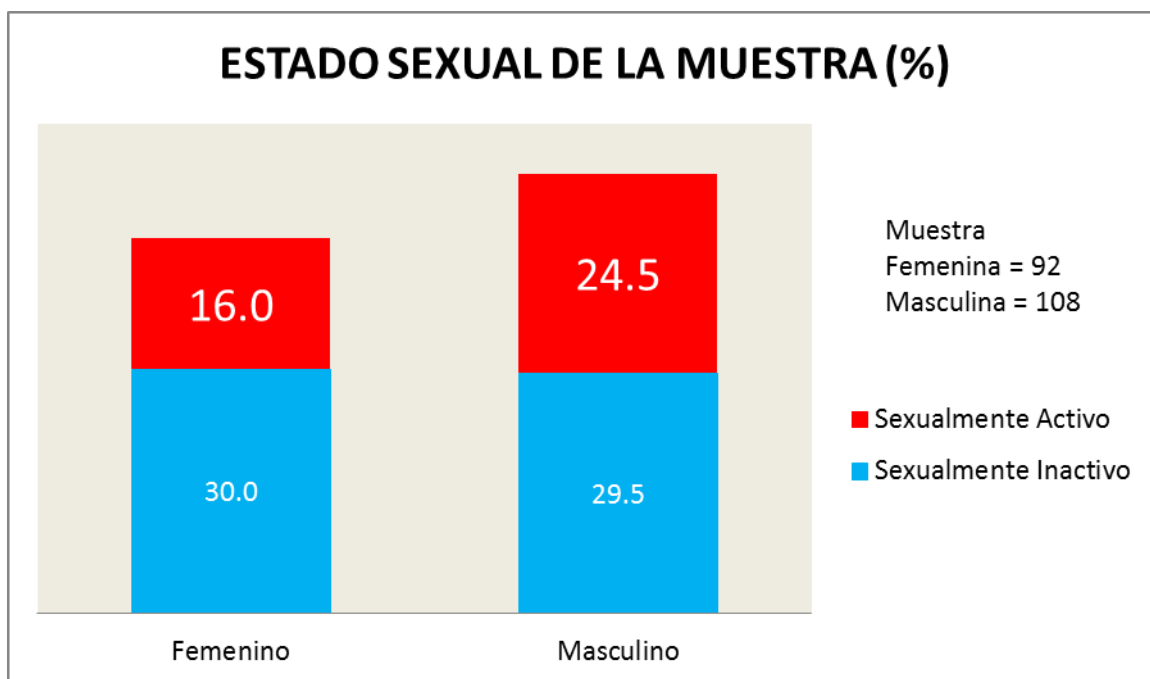
Fuente: Total de adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICA Nº 20: ADOLESCENTES Y AMIGOS



Fuente: Adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICO Nº 21: ADOLESCENTES ACTIVOS SEXUALMENTE



Fuente: Adolescentes encuestados. Colegio MDC

GRÁFICO Nº 22: ADOLESCENTES QUE INICIARON RELACIONES SEXUALES

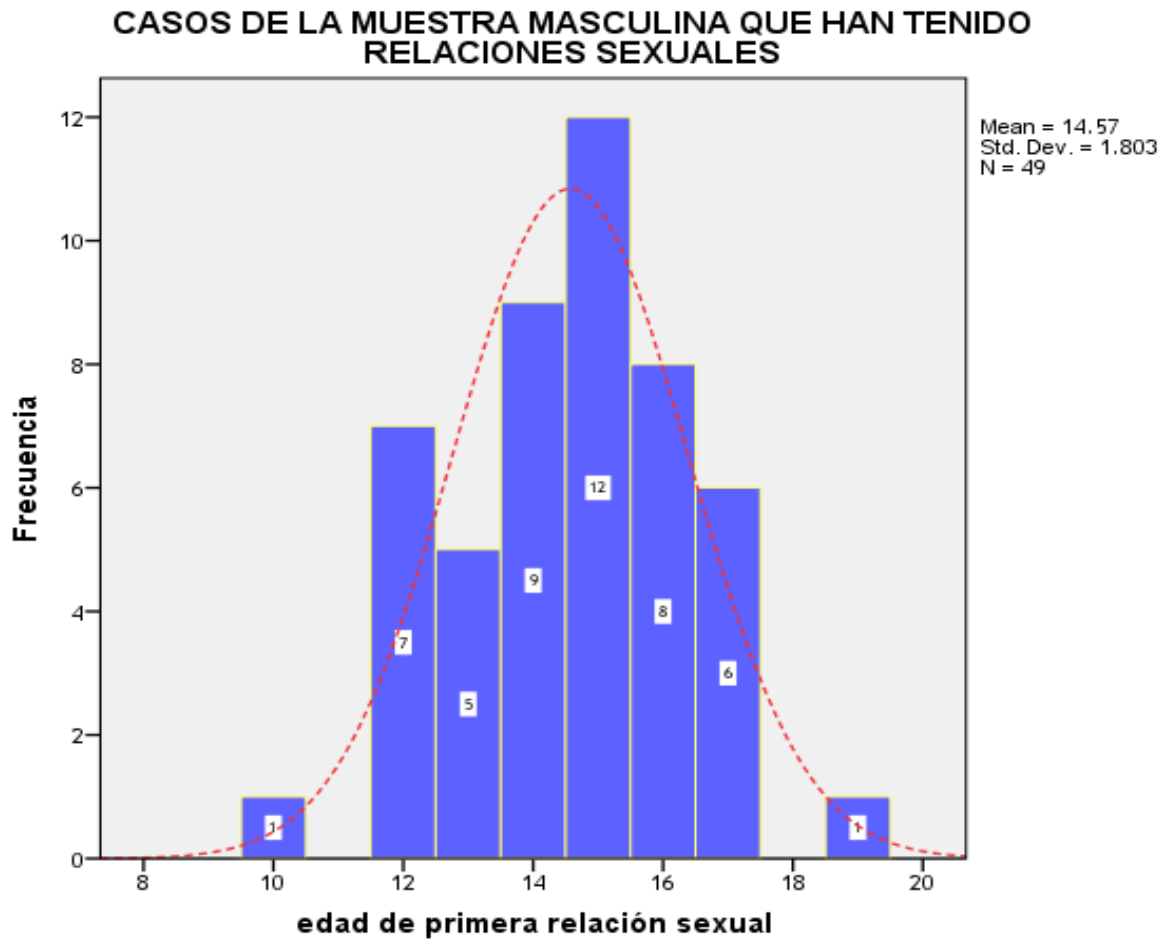
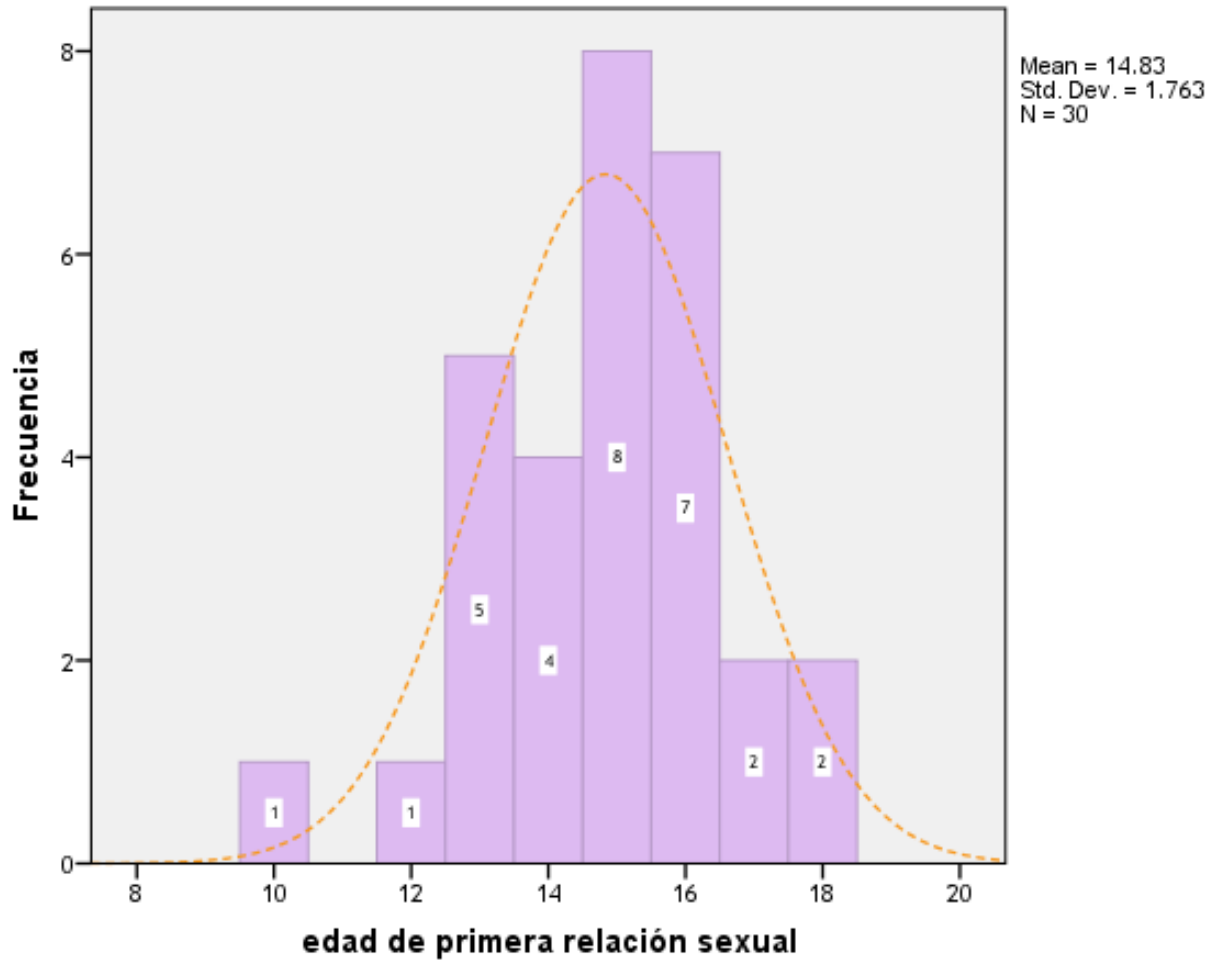


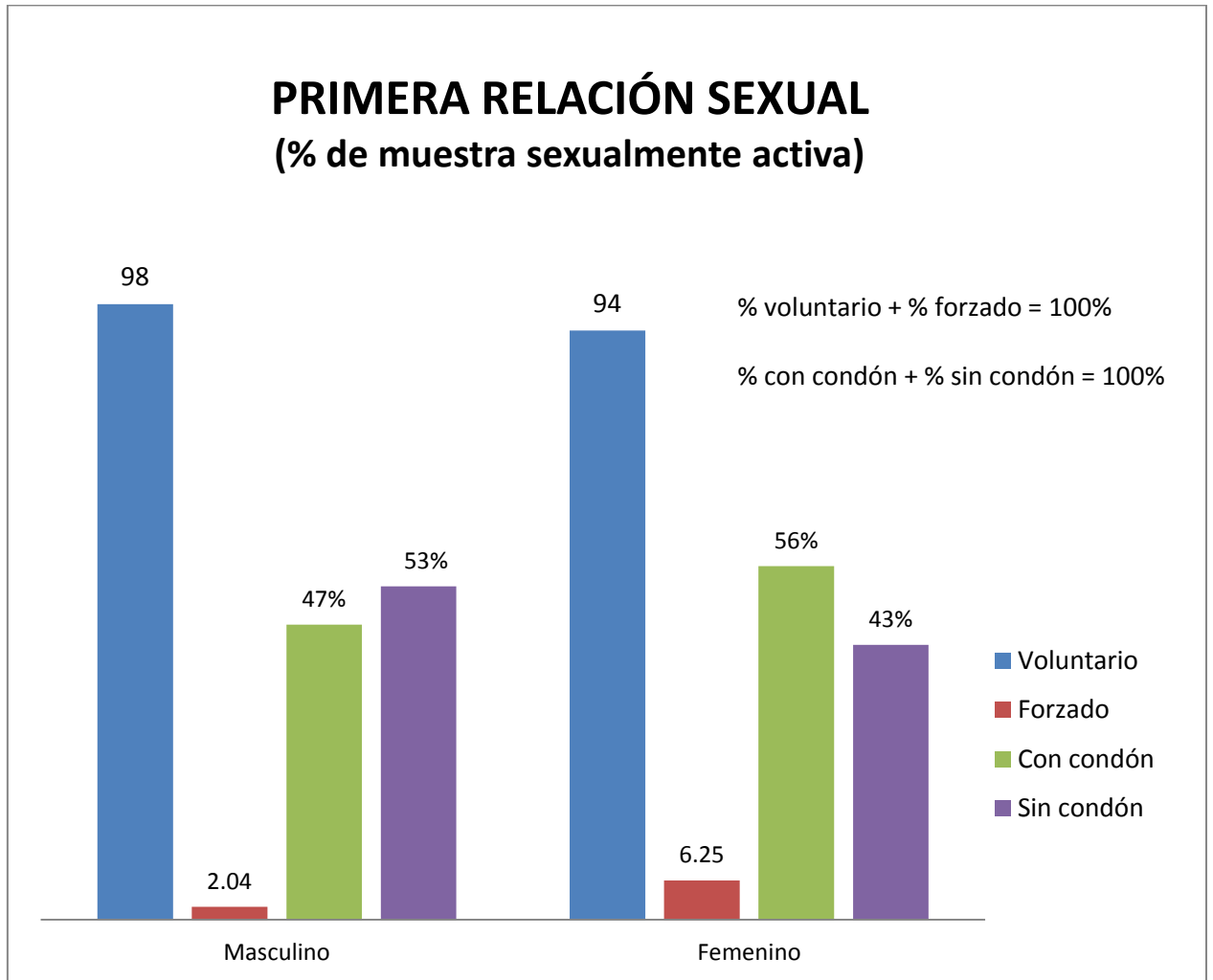
GRAFICO Nº 23

EDAD DE INICIO DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN LA MUJER

CASOS DE MUESTRA FEMENINA QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

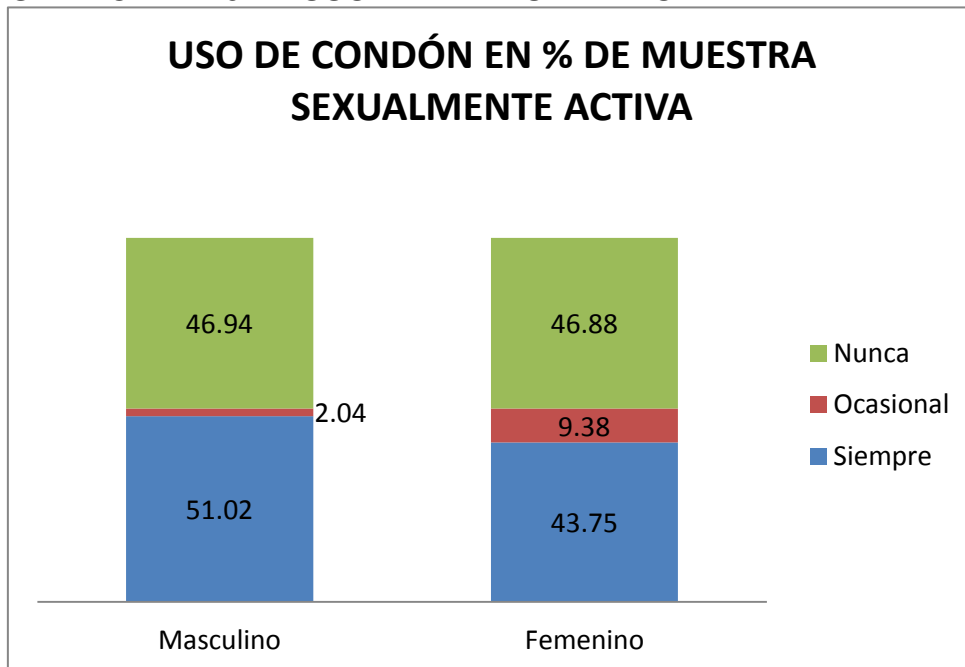


GRÁFICA Nº 24: CARACTERÍSTICAS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



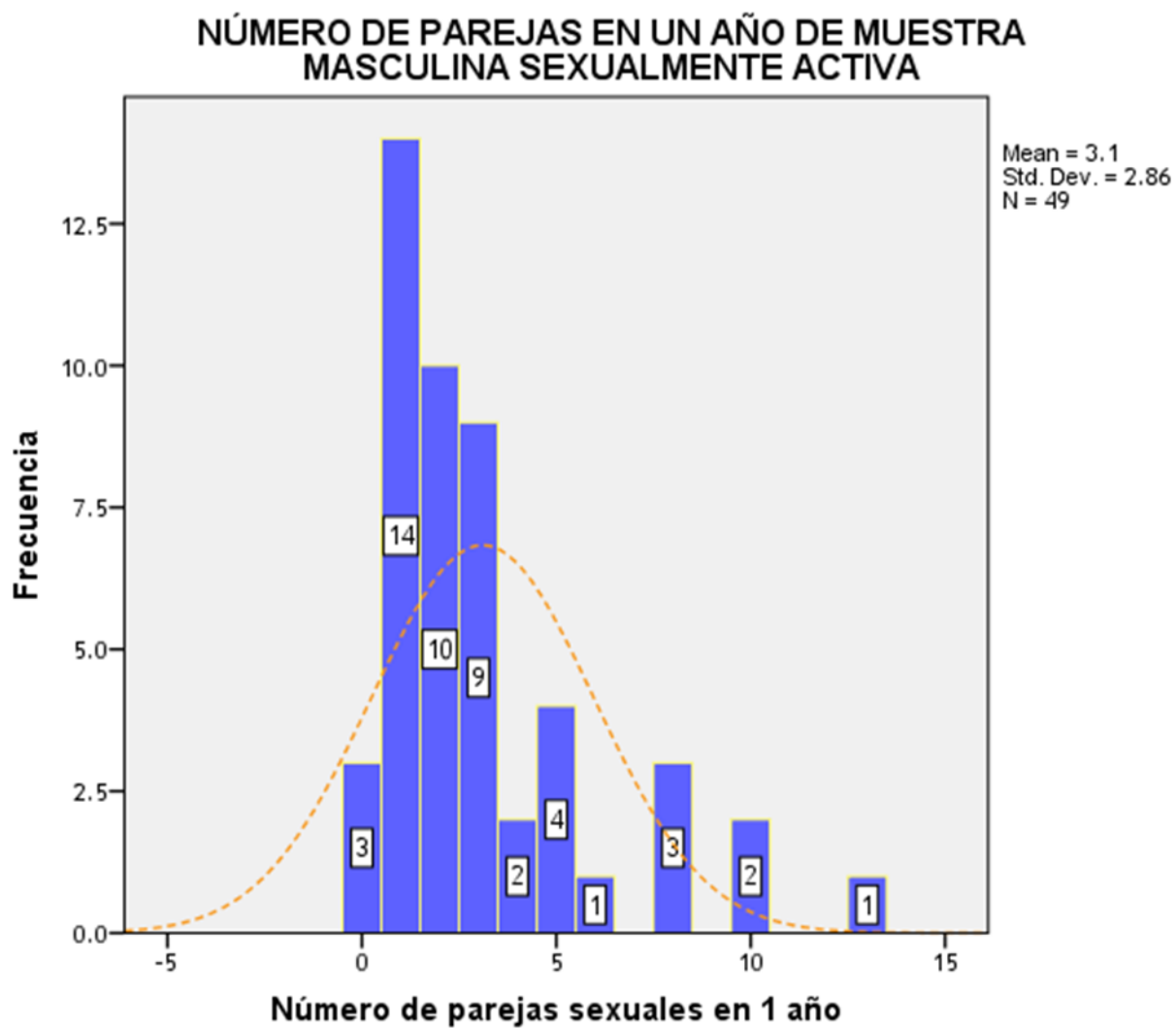
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADA A ADOLESCENTES. COLEGIO M DE C

GRÁFICA Nº 25: USO RUTINARIO DEL CONDÓN



FUENTE: Encuesta realizada a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

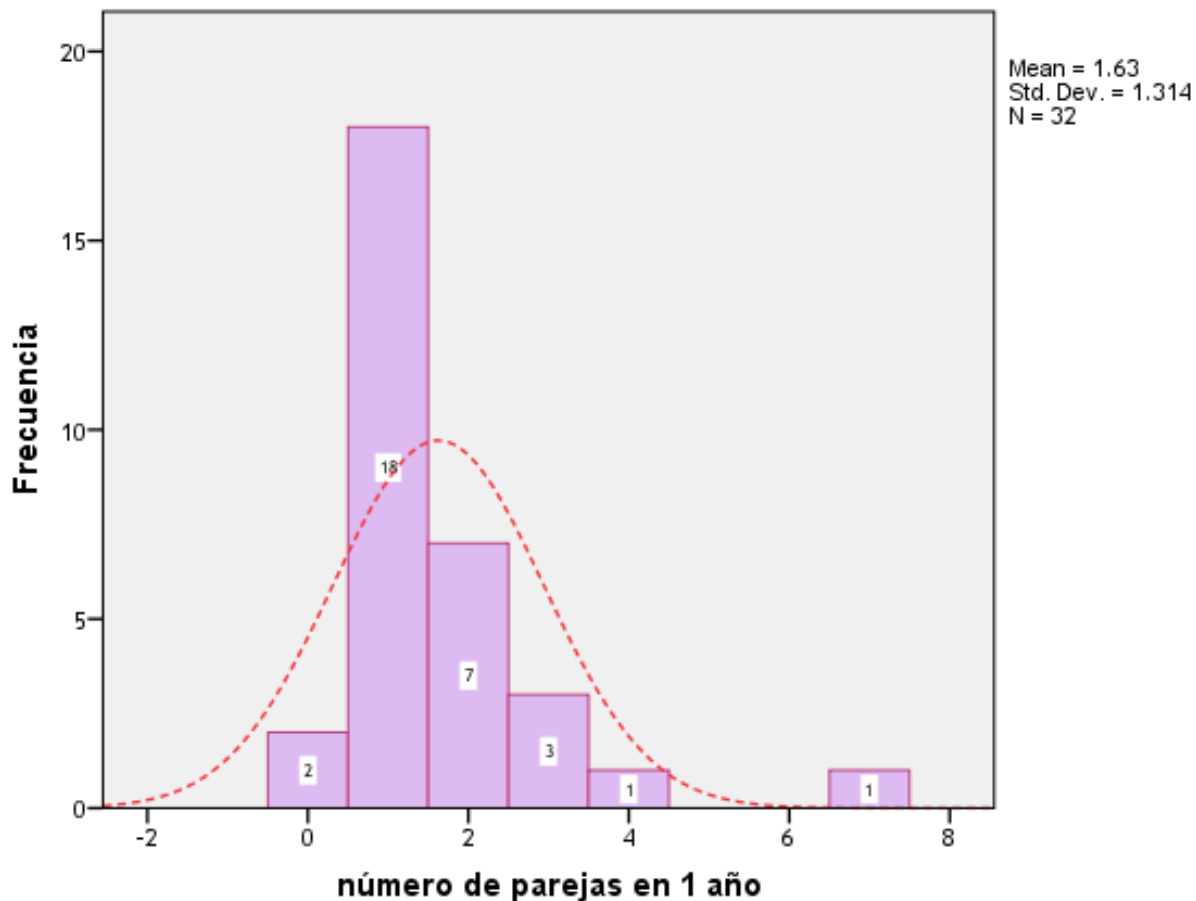
GRÁFICO Nº 26.



FUENTE: Adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes.

GRÁFICA Nº 27:

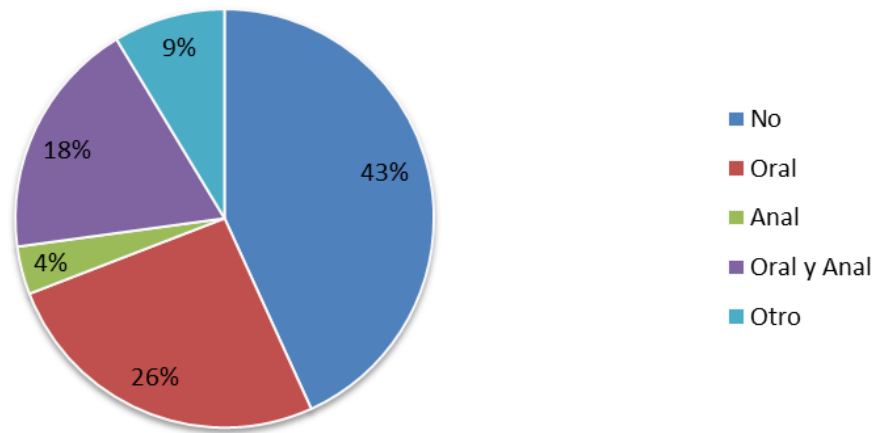
NÚMERO DE PAREJAS EN UNA AÑO DE MUESTRA FEMENINA SEXUALMENTE ACTIVA



FUENTE: Adolescentes encuestados, Colegio Miguel de Cervantes.

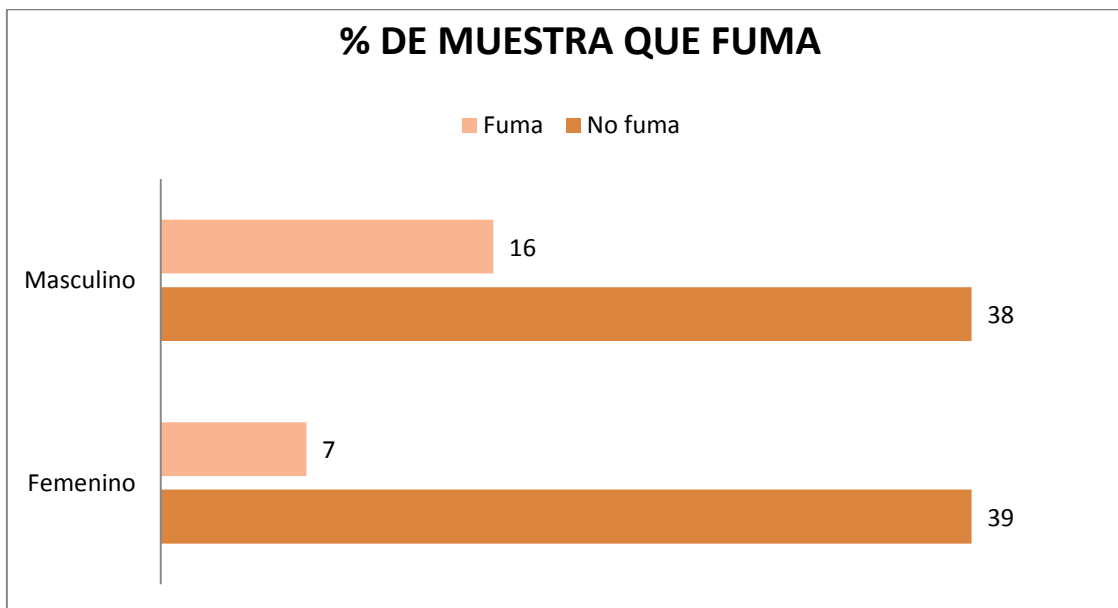
GRÁFICO Nº 28: ADOLESCENTES Y OTRAS PRÁCTICAS SEXUALES

OTRAS FORMAS DE RELACIONES SEXUALES



FUENTE: Adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes.

CUADRO Nº 29: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE FUMAN Y NO FUMAN



Fuente: Adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes

CUADRO 4: CONSUMO DE CIGARROS Y SEXO

Número de cigarros consumidos por semana		Masculino			Femenino		
		#	% total	% según sexo	#	% total	% según sexo
No Fuman		76	38	70	78	39	85
Cigarros por día	1 a 2	11	5.5	10	8	4	9
	3 a 4	7	3.5	7	5	2.5	5
	5 a 9	5	2.5	5	1	0.5	1
	10 a más	9	4.5	8	0	0	0
Total		32	16	30	14	7	15
		108	54	100	92	46	100

FUENTE; Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

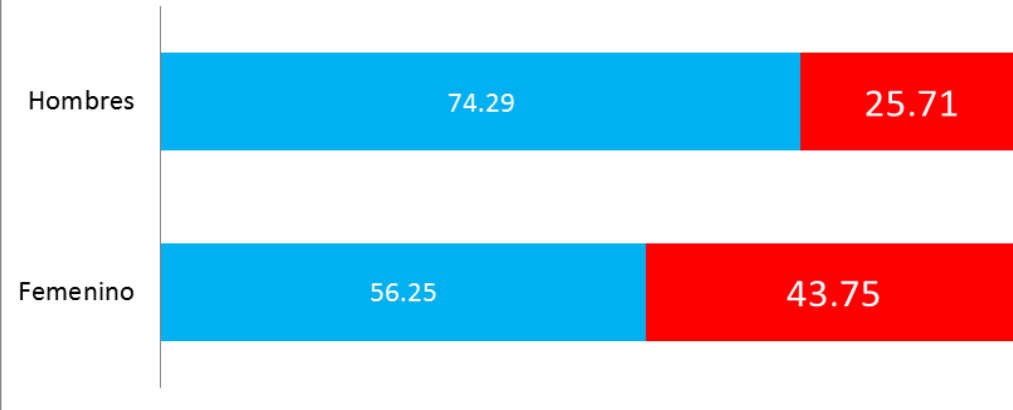
CUADRO N°:5 CONSUMO DE ALCOHOL MARIHUANA

	Masculino			Femenino			% TOTAL
	número	% de total	% según sexo	número	% del total	% según sexo	
No consumen	73	36	67.5	70	35	76	71
Consumen marihuana	28	14	26	7	3.5	8	17.5
Consumen licor	23	11.5	21	21	10.5	23	22
Fuma solo marihuana	12	6	11	1	0.5	1	6.5
Toma solo licor	7	3	6.5	15	7.5	16	10.5
Consumen Ambas	16	8	15	6	3	7	18
Total de consumidores	35	18	32.5	22	11	24	29
TOTAL	108	54	100	92	46	100	

GRÁFICO N° 30: ADOLESCENTES QUE ACEPTARON DROGA O LICOR

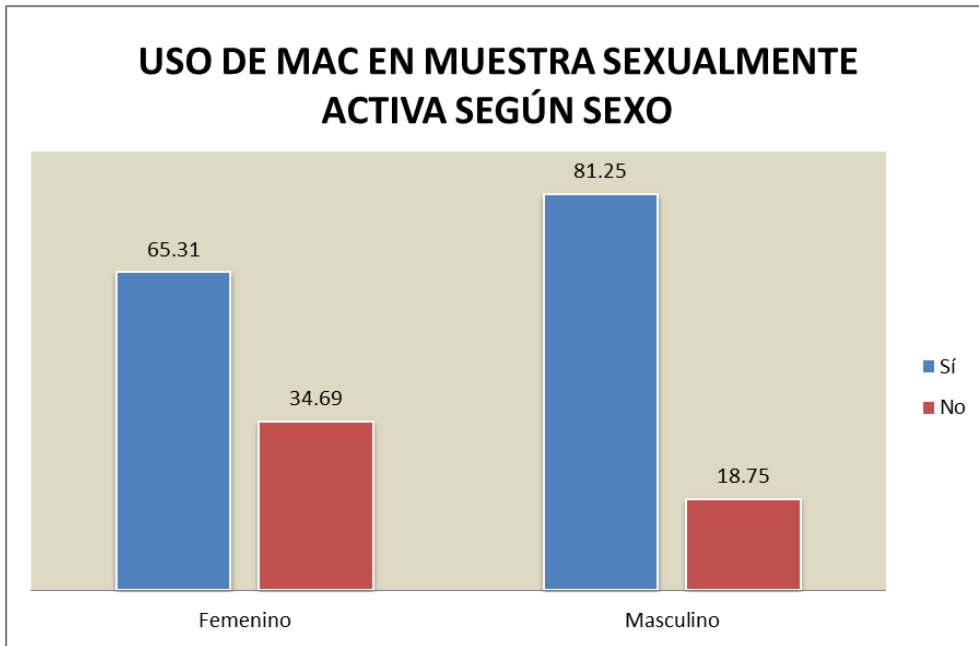
% DE MUESTRA QUE ACEPTÓ LICOR O DROGAS OFRECIDAS

■ No aceptó ■ Aceptó



FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

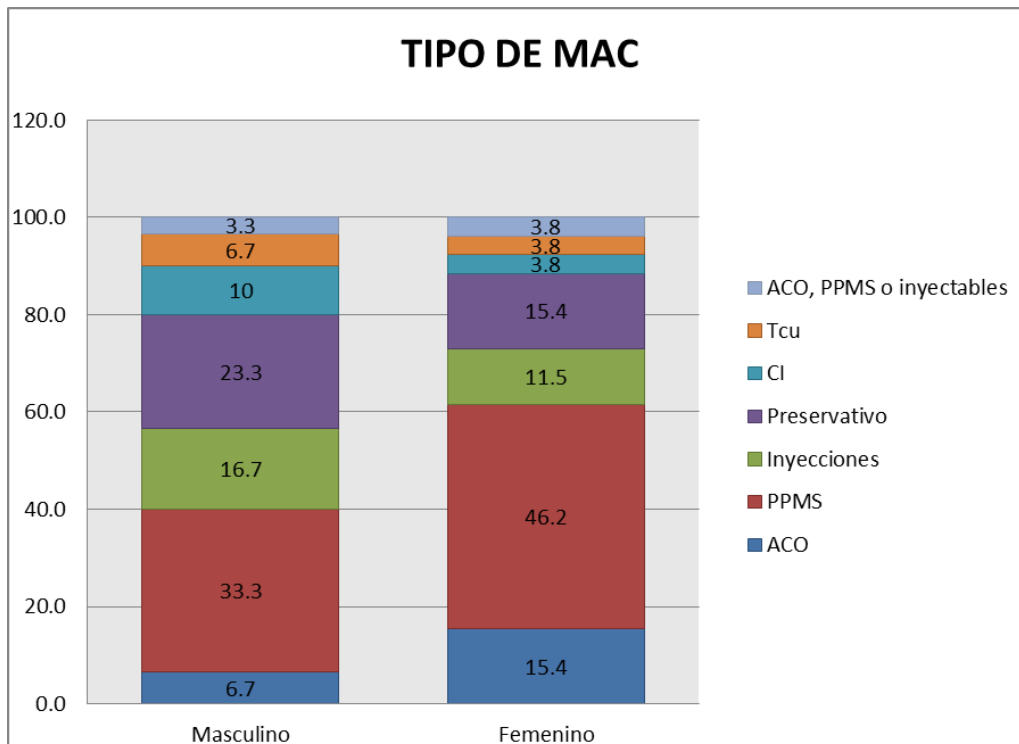
PORCENTAJE Nº 31: TOTAL DE ADOLESCENTES CON MAC



Fuente:

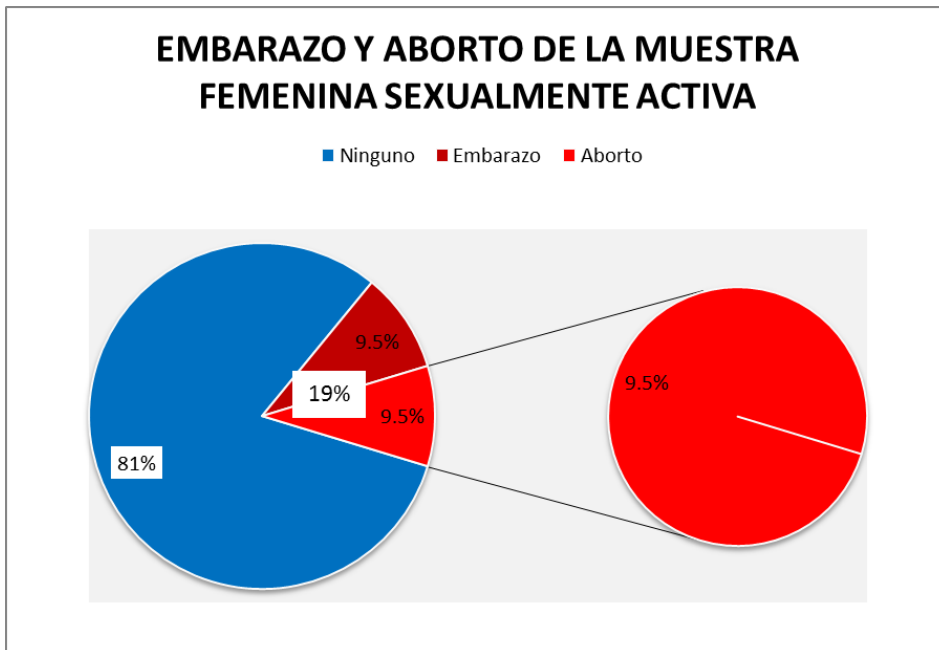
Encuesta realizada adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICO 32: ADOLESCENTES SEGÚN MAC UTILIZADO



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes – Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICA 33: EMBARAZO Y ABORTO EN MUJERES CON CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO



FUENTE: Encuesta realizada a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

GRÁFICA Nº34 ITS EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO



FUENTE: Encuestas realizadas a adolescentes. Colegio Miguel de Cervantes

6-ASOCIACIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO POR SEXO

Nº conductas de riesgo	Ninguna		Una a Dos		Tres a Cuatro		Cinco a Seis		TOTAL DE LA MUESTRA		C de R POR SEXO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
MASCULINO	43	40%	12	11%	29	27%	24	22%	108	100%	65	56.5%
FEMENINO	42	45.5%	23	25%	18	20%	9	10%	92	100%	50	43.5%
TOTAL	85	42.5%	35	17.5%	47	23.5%	33	16.5%	200	100%	115	100%

FUENTE; Adolescentes encuestados. Colegio Miguel de Cervantes

CUADRO Nº 7:

FACTORES DETERMINANTES DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

CONDUCTAS	Actividad sexual precoz			Consumo de Licor			Consumo de marihuana		
	OR	p	IC 95%	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%
Adolescente que trabaja y estudia	2.02	0.02	1.03-3.95	2.50	0.01	1.22-5.20	1.50	>0.05	0.75-3.48
Rendimiento deserción escolar	3.16	0.01	1.75-5.69	1.20	>0.05	0.65-2.36	1.65	>0.05	0.82-3.40
Padres separados	1.96	0.02	1.19-3.14	1.42	>0.05	0.71-2.84	1.34	>0.05	0.65-2.90
Actividades deportivas	1.54	0.05	0.98-2.79	1.23	>0.05	0.65-2.53	2.98	0.01	1.30-6.91
Amigos	2.58	0,01	1,40-4,68	2.24	0.01	1.04-44.81	3.50	0.01	1.45-8.46
Sexo masculino	1.84	<0,05	1.03-3.28	0.91	>0.05	0.55-1.79	4.25	0.01	2.76-10.23
Fumar	7	0.01	3.73-14.7	5.71	0.01	3.52-9.27	6.36	0.01	4.06-9.07
Maltrato	0.97	>0.05	0.52-1.85	1.98	0.05	0.98-3.96	3.02	0.01	1.41-6.46
Nivel de escolaridad sup	1.89	0.05	0.99-3.44	3.62	0.01	1.78-7.38	1.65	>0.05	0.79-3.44