



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública

**DETERMINANTES PSICOSOCIALES EN LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DE MANAGUA, AÑO 2013.**

Autora:

Maricela del Carmen Larios Cruz

Tutor:

Luis Carballo Palma. MD, MSc.

Managua, Nicaragua. Agosto, 2015

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Opinión del Tutor.....	iii
Resumen.....	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V. OBJETIVOS.....	10
VI. HIPÓTESIS.....	11
VII. MARCO DE REFERENCIA.....	12
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	32
IX. RESULTADOS.....	38
X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	55
XI. CONCLUSIONES	65
XII. RECOMENDACIONES.....	67
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS	72

Dedicatoria

A

Dios por ser mi creador... mi fortaleza en la debilidad, mi compañía en la soledad y mi luz en la oscuridad y por haberme profetizado la bendición de estudiar mi maestría.

Mi hijo por ser mi mayor inspiración para continuar y ser mejor cada día, porque ha sido mi motor para la búsqueda continua de un futuro mejor.

Mi madre por darme la vida, acompañarme en los momentos más difíciles y por el apoyo brindado cada día que estudié la maestría, por ser la persona que está dispuesta a sacrificarse por mí en todo momento.

A mi amiga incondicional Auxiliadora Castillo por motivarme a estudiar esta maestría, acompañarme en los momentos difíciles y enseñarme a confiar en Dios, a través de la oración.

Ex Rector Francisco Guzmán por haberme otorgado la beca de estudios para esta maestría, que sin duda cuando toqué su puerta, no dudó ni un momento en facilitarme las condiciones para que culminara mis estudios.

Mi padre (Q.E.P.D) por motivarme cada día a superarme, a hacer las cosas diferente y romper con los esquemas, por enseñarme el valor de la responsabilidad, el trabajo y la tenacidad para cumplir con mis metas.

Agradecimiento

A

Dr. Luis Carballo Palma por apoyarme en todo momento, brindarme asistencia técnica y acompañamiento en este proceso, por tener la paciencia y comprensión, por las horas dedicadas para que esta tesis se concretizara y principalmente por el gran aprendizaje adquirido a través de sus tutorías que me permitirán mejorar mi desempeño como profesional en el campo de la salud pública.

Dr. Miguel Orozco por insistirme a finalizar mi tesis y apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida, por ser un gran amigo, maestro y jefe.

Opinión del Tutor

En tiempos de transición demográfica plena, proceso que culmina con el envejecimiento de la población, y que pasa por el 'bono demográfico', el tema de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva en población adolescente no puede estar en un segundo plano. De cómo sea hoy el comportamiento, los hábitos y costumbres de la población que en el futuro tendrá un rol eminentemente proveedor en el seno de sus familias y comunidades dependerá los niveles de bienestar que toda la población tenga. El tema sigue siendo pertinente y oportuno por las características de la sociedad nicaragüense, en que a pesar de las evidencias de mejoría en materia de control de natalidad, acceso a servicios para atención de personas con ITS, la reducción del embarazo en adolescentes y la contención del VIH aún son metas en la agenda pública.

Felicitaciones a la autora, al reconocer el aporte que con su estudio hace al acervo de conocimientos de los adolescentes y jóvenes de Managua, perímetro en el que se concentra una cuarta parte de esta población del país y cuyas características documentan en buena medida las de los segmentos urbanos de estos grupos.

Msc. Luis Adolfo Carballo Palma
Docente Investigador
CIES – UNAN Managua

Resumen

El presente estudio aborda los principales determinantes psicosociales que inciden en la salud sexual y reproductiva de 1,908 adolescentes entre 15-18 años de 18 barrios de Managua. Los objetivos del estudio realizar una caracterización sociodemográfica de la población adolescente estudiada, identificar los principales determinantes que influyen en su salud sexual y reproductiva y determinar categorías de adolescentes según los determinantes psicosociales contribuyendo a la identificación de niveles de vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva.

Es un estudio observacional, analítico, de corte transversal, en relación al universo el estudio se realizó utilizando la tabla de datos -elaborada para fines evaluativos- del Proyecto CERCA. Se entrevistó a 1,908 adolescente, que al momento de la entrevista tenían entre 15-18 años de 18 barrios de Managua.

El haber tenido una madre o hermana que tuvo su primer hijo a esta misma edad no es predictor del inicio de relaciones sexuales a los 15 años o antes. Los principales determinantes que pueden afectar la salud sexual y reproductiva de la población de estudio son: inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, rezago educativo de más de cinco años, abandono de los estudios, número de parejas sexuales, presión para tener relaciones sexuales, no usa algún método anticonceptivo o su uso no es frecuente. Estos factores de riesgo conllevan a un embarazo no deseado o a la presencia de ITS y el VIH.

Palabras claves: determinantes, salud sexual y reproductiva, adolescentes, inicio de relaciones sexuales.

I. INTRODUCCIÓN

La situación de la población adolescente es sumamente compleja, existen condiciones que ubican a este grupo poblacional en condiciones de vulnerabilidad. Muchos adolescentes viven esta etapa en situaciones que no favorecen su desarrollo integral y por ende se ven vulnerados sus derechos humanos.

El desarrollo integral de las y los adolescentes se ve afectado por las condiciones de pobreza, la violencia sexual e intrafamiliar, abandono de la escuela para ingresar al mercado laboral, inicio temprano de su vida sexual, el consumo de alcohol y otras drogas que pueden incidir en embarazos no deseados, presencia de ITS.

Las condiciones económicas, las relaciones familiares, la existencia de redes de apoyo familiar y social, las oportunidades de educación son algunos determinantes que inciden en la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Sin embargo, se considera importante integrar factores psicosociales como la autoestima, el género, la sexualidad como determinantes individuales que influyen en la toma de decisiones sobre su sexualidad, sus metas y proyectos de vida.

En el país se han dado grandes avances en materia legislativa y normativa que aborda las necesidades de la población adolescente, esto ha favorecido que exista un reconocimiento de sus derechos humanos y principalmente de sus derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, existen aún barreras que afectan la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional.

En este contexto se considera pertinente la realización de este estudio que permite identificar cuáles son los principales determinantes psicosociales que inciden en la salud sexual y reproductiva de 1,884 adolescentes de 18 barrios de Managua, donde se llevó a cabo el estudio, siendo la población de estudio un grupo de adolescentes de barrios donde existen condiciones de pobreza y son limitadas las oportunidades de desarrollo.

Los barrios seleccionados fueron: Jonathan González, Grenada, Julio Buitrago, Héroes y Mártires de Ayapal, Mártires de Pantasma, Acahualinca, Pantasma, Pablo Úbeda, 22 de Enero, Nora Astorga y Rafael Ríos, estos fueron tomados como barrio de control y se entrevistó a adolescentes de 8 barrios denominados "barrios de intervención: Salomón Moreno, Enrique Lorente, La Esperanza, Villa Roma, Hialeah y Macaraly.

Con este estudio se evidencia qué condiciones están afectando la calidad de vida de la población adolescente en términos de salud sexual y reproductiva y a partir de ahí autoridades de salud, educación, protección social pueden desarrollar acciones conjuntas para incidir en mejores oportunidades de desarrollo para este grupo poblacional que les permita reducir las brechas existentes en salud sexual y reproductiva a la salud sexual y reproductiva enmarcada desde el punto de vista de desarrollo humano. Se espera que organizaciones de sociedad civil que están trabajando en estos 18 barrios puedan incluir en sus iniciativas y programas acciones orientadas a fortalecer o crear habilidades para la vida para que este grupo poblacional pueda vivir su sexualidad de manera responsable y sana.

II. ANTECEDENTES

La población adolescente y joven es una prioridad a nivel mundial (UNFPA, 2010). En América Latina y el Caribe hay más de 100 millones de adolescentes entre 10 y 18 años de edad. La generación actual es la más grande que se haya registrado en la historia de la humanidad. Las condiciones en las que las personas adolescentes toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas (Instituto Guttmacher, 2008).

Actualmente 15 millones de adolescentes viven en pobreza extrema (con menos de \$1 al día). La brecha entre los sectores de la población de altos ingresos y la de bajos ingresos en los centros urbanos afecta cada vez más las vidas de los adolescentes, esto significa que las condiciones socioeconómicas entre la población adolescente incide en su salud sexual y reproductiva. El consumo de tabaco, alcohol y drogas, los traumatismos, los problemas de salud mental, el embarazo en adolescentes, las ITS, el VIH y la violencia, son problema que afectan a la población adolescente. (OMS, 2014).

En 2012 había un total de 63 millones de adolescentes sin escolarizar en todo el mundo. (UNESCO, 2014). Cada año se producen en el mundo 7,3 millones de partos de niñas y adolescentes de hasta 18 años, de los cuales 2 millones corresponden a niñas menores de 15 años, una cifra que, de mantenerse la tendencia actual, llegará a 3 millones en 2030. (UNFPA, 2015). Casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes. Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años¹.

¹ UNFPA (2010). Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes. Recuperado de: http://www.unfpa.org/mx/ssr_adolescentes.php#. México.

En América Latina y el Caribe se han logrado avances significativos en varios aspectos de la SSR. (CELADE/CEPAL,2011), sin embargo, persisten barreras socioculturales, institucionales y de políticas para su abordaje integral. La salud sexual y reproductiva está relacionada con diferentes esferas de la vida del ser humano.

Existen progresos en cuanto a la creación de legislación, políticas, programas e institucionalidad pública para atender los problemas de salud, esto se refleja en altos indicadores de prevalencia anticonceptiva en un 75% para la región, sin embargo en la mayoría de los países de la región el acceso a los servicios de salud para la población adolescente es aún inadecuado. En cuanto al vínculo sobre adolescencia y salud sexual y reproductiva se reconoce que la información y el acceso a la SSR es aún insuficiente entre la población adolescente y es diferente según los sectores sociales.

Se identifica que mejorar la salud sexual y reproductiva de la población adolescente es una preocupación importante debido a los cambios en la región: transición demográfica, globalización, cambios ambientales y nuevas tecnologías de comunicación.

La violencia de género afecta preponderantemente a las mujeres jóvenes. Las mujeres jóvenes tienen de 4 a 5 veces más riesgo que las mujeres adultas de ser víctimas de una agresión sexual. En algunos estudios, se recoge cómo entre el 5 y el 40% de las jóvenes con edades de 10 a 19 años reportan haber sido abusadas en algún momento de sus vidas.

Esto refleja que el porcentaje de embarazos son de tres a cinco veces más altos entre adolescentes de escasos recursos que entre adolescentes que cuentan con recursos económicos.

En Nicaragua la población adolescente enfrenta las mismas problemáticas que el resto de la región, un gran porcentaje vive en condiciones de pobreza, según la Encuesta Nicaraguense de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 2009) el 37% de adolescentes y jóvenes que viven en pobreza severa son del Pacífico, mientras que el 63% son de la Costa Caribe Nicaragüense, Norte central y Sur del país.

Según ENDESA 2011-2012 el 42% de los adolescentes hombres y el 44% de las mujeres no están estudiando, lo que implica que su potencial de desarrollo y superación de la pobreza está seriamente limitado.

La edad mediana de inicio de relaciones sexuales de las mujeres de 15-49 años es de 16.8, la primera unión es a los 17.4 y el primer nacimiento es a los 18.8.(ENDESA 2011-2012). Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto (28,1 %) de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primer hijo antes de los 18 años, una cifra sólo superada por países del África Subsahariana.(ONU, 2014).

Según ENDESA 2011-2012 el indicador 'porcentaje de mujeres actualmente embarazadas de 15-49 años' fue de 4.8%, el porcentaje de adolescentes de 15-19 años que alguna vez han estado embarazadas fue de 24.4%, menor en comparación a los datos de ENDESA 2006-2007 con el 25.9%.

En cuanto al indicador porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez, se identificó que el 18.3% ya son madres, el 5% están esperando su primer hijo, el 1.1% ya tuvo embarazo, pero no nacido vivo, el 24.4% alguna vez estuvo embarazada.

En relación a la salud sexual y reproductiva un estudio realizado por UNFPA, 2013, identificó que el 8% de adolescentes de 10-14 años ya había tenido relaciones sexuales y el 77% en edad de 15-19 años. Según diferencias de sexo, las mujeres presentan una edad promedio de 16 años, mientras que la edad promedio de los hombres fue de 14 años. El estudio evidencia que en la RAAS y RAAN se encuentran las mayores proporciones de adolescentes mujeres en los grupos de edad de 15-19 años con antecedentes de relaciones sexuales, en comparación con otros territorios.

Las adolescentes más pobres también tienen más probabilidades de casarse a temprana edad; de hecho las tasas de matrimonio precoz entre estas niñas son alrededor de tres veces más altas que entre las adolescentes de las familias del quintil más rico. Las niñas

que se casan a temprana edad también están más expuestas a quedar atrapadas en el ciclo negativo de embarazos y de altos niveles de desnutrición infantil².

El estudio realizado por UNFPA-Nicaragua en 43 municipios del país encontró que 3 de cada 10 mujeres de 10 a 24 años de edad habían estado embarazadas al menos una vez en su vida y cerca de la mitad (47%) de las adolescentes y jóvenes que habían iniciado su vida sexual al momento de la encuesta ya habían tenido un embarazo. En el estudio se evidenció que el 13% de adolescentes mujeres sexualmente activas habían estado embarazadas, el 32% entre 15-19 años y un 55% entre 20-24 años.

En la misma encuesta se reveló que las principales causas del embarazo son: la falta de información y educación en la familia y la escuela, la influencia de los medios de comunicación, la falta de claridad en sus prioridades de vida, produciendo de esta consecuencias como deserción escolar, el desempleo, la muerte por un aborto realizado en condiciones inseguras, todo ello agravado por la irresponsabilidad paterna.

Un aspecto fundamental de la situación de salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes es el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. En el estudio realizado por el Proyecto CERCA Nicaragua(2011) encontró que el 54.2% de mujeres y el 43.4% de hombres estaban usando algún método anticonceptivo moderno, el 21.9% de adolescentes mujeres y el 16.7% habían visitado un proveedor para obtener información sobre temas de sexualidad.

En el estudio se evidencia que los aspectos religiosos y culturales constituyen una limitante para el desarrollo de las intervenciones en el trabajo con adolescentes y la comunidad, así también se identificó que aunque hay disponibilidad de atención a la población adolescente desde las unidades de salud, el modelo de salud no favorece la captación de este grupo de población.

² CEPAL/UNFPA (2007). Fecundidad Adolescente en Nicaragua: Tendencias, Rasgos Emergentes y Orientaciones de Política. Serie de Población y Desarrollo.

III. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se realizó con el propósito de aportar información actualizada y basada en evidencias sobre los diferentes factores o determinantes psicosociales que inciden en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes de 18 barrios de Managua, donde se llevó a cabo el estudio. Es importante destacar que cada vez se hace más imperante un abordaje integral a la población adolescente, teniendo en cuenta su contexto social y familiar, de tal manera que las intervenciones con esta población sean más efectivas, logrando incidir para tener cambios de comportamiento y adopten estilos de vida saludable.

Abordar los determinantes psicosociales de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, significa hablar de factores protectores (contar con una familia, tener acceso a la educación, retrasar el inicio de relaciones sexuales, valorarse positivamente, creer en sí mismos), pero también es abordar de factores de riesgo (inicio temprano de las relaciones sexuales, consumo de licor, tener múltiples parejas sexuales, no usar métodos anticonceptivos, vivir violencia, entre otros).

A partir de este estudio se pretende que el MINSA como instancia rectora de la salud pueda definir y reorientar sus acciones de promoción, prevención y atención desde un enfoque de derechos humanos, tomando en cuenta los determinantes psicosociales que inciden en la SSR de la población adolescente. Así mismo se espera que el MINED a través del Departamento de Consejería Escolar pueda promover acciones para generar cambios de actitudes y comportamientos en las y los adolescentes a partir del trabajo con referentes afectivos y adolescentes más allá de procesos informativos como charlas y ferias educativas.

De igual manera este estudio aporta información valiosa para que la familia pueda asumir un rol más beligerante para abordar los temas vinculados a la salud sexual y reproductiva desde una visión menos adultista. Así mismo se espera que las organizaciones de sociedad civil que tienen presencia en estos barrios donde se llevó a cabo el estudio,

puedan definir o reorientar sus estrategias de intervención para trabajar con adolescentes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento general:

¿Cuáles son las características vinculadas a los determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua durante el año 2013?

Planteamiento específico:

¿Cuáles son las características socio demográficas de la población adolescente encuestada de 18 barrios de Managua?

¿Cuáles son los determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes de 18 barrios de Managua?

¿Cuáles son las categorías de adolescentes según los determinantes psicosociales que contribuyan a la identificación de niveles de vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar las características vinculadas a los determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua durante el año 2013.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población adolescente estudiada de los 18 barrios de Managua.
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.
3. Determinar categorías de adolescentes según los determinantes psicosociales contribuyendo a la identificación de niveles de vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva.

VI. HIPÓTESIS

El estudio plantea el siguiente juego de hipótesis estadísticas:

Hipótesis nula: Entre adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, la probabilidad de que la primera relación sexual haya ocurrido antes de los 15 años, es igual entre quienes tienen acceso a los servicios de salud como entre quienes no tienen acceso a servicios de salud.

Hipótesis alterna: Entre adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, la probabilidad de que la primera relación sexual haya ocurrido antes de los 15 años, es diferente entre quienes tienen acceso a los servicios de salud y los que no tienen acceso a servicios de salud.

Estadísticamente:

H_0 : Probabilidad que Primera Relación Sexual ocurra antes de los 15 años entre quienes tienen acceso a servicios de salud = Probabilidad que Primera Relación Sexual ocurra antes de los 15 años entre quienes no tienen acceso a servicios de salud.

H_1 : Probabilidad que Primera Relación Sexual ocurra antes de los 15 años entre quienes tienen acceso a servicios de salud \neq Probabilidad que Primera Relación Sexual ocurra antes de los 15 años entre quienes no tienen acceso a servicios de salud.

VII. MARCO DE REFERENCIA

Antecedentes del concepto de determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Para aunar esfuerzos en pos de mejorar la salud de la población, en marzo de 2005 fue creada la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) por el Dr. J. W. Lee, Director General que fue de la OMS, para ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades.

Dicha Comisión reconoce que la salud es una meta social y una responsabilidad que concierne a toda la sociedad y que cada vez es mayor la evidencia de que mejorar la coordinación y el liderazgo para hacer frente a las dimensiones sociales de la salud en todos los procesos de elaboración de políticas públicas es posible y que redundará en una mejor salud y un mayor acceso a la atención en salud. Se identifica que cuando se actúa sobre las causas sociales de la mala salud, los gobiernos podrán alcanzar los objetivos de desarrollo, reducir las inequidades en materia de salud, promover la salud de la población, y crear y sostener sociedades económicamente viables.

La CDSS apoya resueltamente que los gobiernos y el sector público desempeñen una función central en esas intervenciones, pero reconoce también la necesidad de que intervengan y presten apoyo las instituciones y organismos de ámbito mundial, las autoridades nacionales y locales, la sociedad civil, las comunidades de investigación y académicas, y el sector privado.

En los últimos quince años la literatura ha desarrollado modelos para mostrar los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales afectan el estado de salud de la población. Estos modelos explican los vínculos entre los diferentes tipos de determinantes sociales, dichos modelos son particularmente importantes en el análisis de las inequidades en salud, pues las desigualdades en las condiciones de vida de los individuos se traducen en desigualdades en su estado de salud.

En la segunda reunión de la Comisión sobre Los Determinantes sociales de la salud se consideraron como modelos influyentes los propuestos por: Dahlgren y Whitehead (1991); Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead 2001), Mackenbach (1994); Marmot y Wilkinson (1999)⁶. A continuación se describirán brevemente los rasgos distintos de cada uno.

Dahlgren y Whitehead: influencias en capas

Dahlgren y el modelo frecuentemente citado de Whitehead explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas nacionales de salud. Según ellos los individuos están dotados de factores de riesgo como: la edad, el sexo y genéticos que sin duda, influyen en su potencial para la salud final, también influyen las conductas personales y estilos de vida.

Las personas con una situación económica desfavorable tienden a exhibir una mayor prevalencia de factores de comportamiento, como el tabaquismo y la mala alimentación. También se enfrentan a mayores barreras financieras a la elección de un estilo de vida saludable. Las influencias sociales influyen en los comportamientos personales ya sea de forma positiva o negativa. Indicadores de la organización de la comunidad registra un menor número de redes y sistemas de apoyo disponibles a las personas hacia la escala social, agravada por las condiciones prevalecientes en el área de alta marginación, que tienen un menor número de servicios sociales y servicios para la comunidad actividad y débiles medidas de seguridad.

También hacen mención a otros factores relacionados con el trabajo, los suministros de alimentos y el acceso a las instalaciones y servicios esenciales. Consideran que las pobres condiciones de vivienda, la exposición a un trabajo más peligroso, condiciones estresantes y los más pobres el acceso a los servicios crean riesgos diferenciales para las personas socialmente desfavorecidos. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad en su conjunto, así como la situación económica del país y condiciones del mercado laboral, tienen una influencia en todos los aspectos antes mencionado. El nivel de vida alcanzado en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de un individuo de la vivienda, el trabajo social e interacciones, así como los hábitos de comer y beber. Del mismo modo, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes dominantes en las comunidades de minorías étnicas pueden influir en su estándar de vida y posición socioeconómica.

Diderichsen et al: La estratificación social y la enfermedad de la producción.

Diderichsen y 1998 Hallqvist el modelo fue adaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead (2001). Este modelo hace hincapié en cómo los contextos sociales crean la estratificación social y asignan a las personas a diferentes posiciones sociales, lo que determina su estado de salud.

A través de este modelo se muestra como 1) los mecanismos involucrados son los motores centrales de la sociedad que generan y distribuyen el poder, la riqueza y el riesgo, por ejemplo: el sistema educativo, las políticas laborales, las normas de género y las instituciones políticas. La estratificación social, a su vez engendra la diferencia de la exposición a condiciones perjudiciales para la salud, 2) y la vulnerabilidad diferencial, 3) así como consecuencias diferenciales de la enfermedad para los grupos más y menos aventajados, que se muestra como mecanismo y 4) las consecuencias sociales se refiere al impacto que un evento de salud determinado puede tener en una persona o las circunstancias socioeconómicas de la familia. Este modelo incluye una discusión de los puntos de entrada para la acción política.

Mackenbach et al: Selección y la relación de causalidad

El modelo de Mackenbach hace hincapié en los mecanismos por los que las desigualdades en salud se generan. La selección frente a la causalidad. El número «1» marca los procesos de selección representados por un efecto de los problemas de salud en la edad adulta, sobre la situación socioeconómica de adultos, y por un efecto de la salud en la infancia tanto en la posición socioeconómica y problemas de salud en la edad adulta. El número «2», este mecanismo causal está representado por los tres grupos de factores de riesgo que son intermediarios entre la posición socioeconómica y los problemas de salud (estilo de vida factores estructurales/factores ambientales y psicosociales relacionados con el estrés). Infancia, medio ambiente, factores culturales y los factores psicológicos se incluyen en el modelo, que reconocen su contribución a las desigualdades en salud a través de la selección y la relación de causalidad.

El modelo holístico de Laframboise-Lalonde

Entre todos los modelos de determinantes de la salud que se han propuesto en las últimas décadas, el más difundido y aceptado es el modelo holístico de Laframboise^{7, 8}, más conocido por ser posteriormente utilizado por Lalonde en Canadá, que clasifica los determinantes de la salud en cuatro grandes grupos o campos: 1) la biología humana, 2) el medio ambiente, 3) los hábitos o estilos de vida y 4) la organización de los servicios de salud.

En este modelo de determinantes, la biología humana engloba todos los aspectos que influyen en la salud, que tienen su origen la propia persona y dependen de la estructura biológica y de la constitución orgánica. Para Laframboise, este determinante incluía la dotación genética de las personas, el crecimiento, desarrollo y el envejecimiento.

Aunque en 1973, cuando Laframboise propuso su modelo, no se conocía la secuencia del genoma humano, Laframboise expresaba que la influencia de la biología humana en distintos procesos es innumerable, siendo causa de todo tipo de morbilidad y mortalidad. El medio ambiente incluye todos aquellos factores externos al cuerpo humano y sobre

los cuales la persona tiene poco o ningún control (contaminación química de las aguas y del aire, ruido, campos electromagnéticos, contaminantes biológicos, etc., así como también factores psicosociales y socioculturales nocivos).

El tercer determinante lo constituyen los hábitos de salud o estilo de vida. Representa el conjunto de decisiones que toma la persona con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto grado de control. Según diversos autores, éste sería el determinante con una mayor influencia sobre la salud, y comprendería: la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, etc. El cuarto determinante es la organización de la asistencia en salud, que consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios.

La propuesta de Álvarez y colaboradores para Cuba

Según Adolfo Álvarez y colaboradores, la producción social de la salud y por ende, su determinación, es una resultante del sistema social que se vive, de la ideología que impera y de la cultura dominante por lo que cada país tiene una caracterización muy particular de sus propios determinantes, algunos comunes para muchos y en otro muy particular para cada caso. En el caso concreto de Cuba, la salud se produce socialmente de manera participativa como resultante del accionar de toda una sociedad comprometida, incluida y cohesionada, logrando indicadores de salud que para muchos son inexplicables, señalando que al desaparecer las condiciones actuales que las favorecen o privilegian, desaparecerán esos resultados ¹. En el modelo propuesto para Cuba por parte de estos investigadores se destacan como premisas clave de los resultados de salud que hoy tiene el país, la voluntad política y acción intersectorial ¹⁰

Wilkinson y Marmot y su aporte desde las políticas públicas

Wilkinson y Marmot describen las partes más importantes de un nuevo conocimiento que se refiere a las áreas de las políticas públicas. Los diez temas que se tratan incluyen la importancia para toda la vida de los determinantes de salud desde la primera infancia, y los efectos de la pobreza, las drogas, las condiciones de trabajo, el desempleo, el apoyo social, los alimentos adecuados y las políticas de transportes. Se refieren además a los diferentes estratos sociales en la salud, seguido por una explicación de cómo las influencias psicológicas y sociales afectan salud física y la longevidad. En cada caso, la atención se centra en el papel que las políticas públicas pueden desempeñar en la configuración del entorno social, de manera que conduzcan a una mejor salud: la atención se centra en el comportamiento y factores tales, como: la calidad de la crianza de los hijos, la nutrición, ejercicio del abuso, la adicción, así como el desempleo, la pobreza y la experiencia de trabajo.

El modelo de la Comisión de Determinantes Sociales

La Comisión de los Determinantes de Salud plantea que los determinantes estructurales son aquellos que generan la estratificación social. Estos incluyen los factores tradicionales de ingreso y educación. Hoy también es vital reconocer género, etnicidad y sexualidad como la estratificación social. Un punto central, en opinión de los autores de este artículo, es el aspecto de cohesión social relacionado con el apoyo social. Por otra parte, los determinantes intermedios fluyen de la configuración de estar debajo de la estratificación social y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud que compone las condiciones. Se incluye en la categoría de determinantes intermedio: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud. Sistematiza los aspectos tratados por los diferentes modelos.

En la bibliografía consultada los determinantes sociales de salud a los que se hace más referencia son: la situación económica, las redes de apoyo social, el empleo y condiciones

de trabajo, el entorno psicosocial y demográfico, los estilos de vida, el género y la exclusión social. Los autores coinciden en que se debe actuar sobre los determinantes, para de este modo reducir las inequidades sanitarias existentes. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades en salud entre los países y dentro de cada país.

Cuando se toma en consideración lo planteado en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, del 21 de enero de 2012, una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud. Se ha demostrado la eficacia de una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas. El planteamiento de la "salud en todas las políticas", junto con la cooperación y las actividades intersectoriales, ofrece un enfoque prometedor para reforzar la rendición de cuentas de otros sectores en materia de salud, así como para promocionar la equidad sanitaria y una sociedad más integrada y productiva.

Determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adolescente al grupo de 10 a 19 años. Su inicio está marcado por la pubertad o comienzo de la maduración sexual a nivel biológico y finaliza con la independencia económica y social propia de la edad adulta. De igual manera considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 ó 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

Para que el o la adolescente asimile estos cambios es importante la comunicación desde la familia y la escuela. Las y los adolescentes se enfrentan a conflictos en los diferentes entornos que se desenvuelven a nivel individual, nivel familiar, escolar y social y por eso es importante entender las dimensiones de la conflictividad conceptualizadas por Jhoan

Galtuin en el triángulo de la conflictividad, conceptualizadas por tres vértices: situaciones, actitudes y comportamientos.

Gran proporción de adolescentes latinoamericanos vive con un solo progenitor, generalmente sólo con su madre. De acuerdo con los hallazgos de un estudio realizado en nueve países del Caribe angloparlante, solo el 48% de los adolescentes vivía con ambos padres (OMS/OPS, 2000) y 17% vive solo o con otros adolescentes. Esto implica que una gran proporción de adolescentes se encuentra en una situación social desventajosa para su desarrollo.

Para considerar de nuevo el concepto de la adolescencia se reconoce que es una etapa de grandes cambios físicos, psicológicos y profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales, en la que se destacan algunos cambios de orden sexual que se manifiestan en comportamientos, afectos y pensamientos, como el aumento de la curiosidad por temas sexuales, el deseo sexual y las sensaciones especiales que los acompañan. Según la Organización Mundial de la Salud (s. f.) la adolescencia, después de la infancia, es la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial. (Martin y Reyes, 2003, p.1).

Una de las dimensiones del ser humano que suele verse afectada durante la adolescencia es la sexualidad, que no se experimenta de forma adecuada debido a los mitos y prejuicios sociales. La vivencia de la sexualidad en esta etapa, está determinada principalmente por factores sociales que inciden de manera inadecuada en la vivencia de la misma.

La sexualidad involucra ideas, prácticas, sentimientos, emociones, fantasías, erotismo y la interacción afectiva con otras personas y el reconocimiento social. El ejercicio de una sexualidad plena, basada en el bienestar, forma parte de una visión integral del desarrollo humano. Si bien es cierto que a partir de la epidemia del VIH se incrementó la información y difusión de temas de sexualidad entre las adolescentes mujeres y hombres, ha predominado en general un enfoque basado en los riesgos que genera la sexualidad.

Esta visión del peligro de las prácticas sexuales, que infunde temores entre las y los adolescentes, limita el desarrollo de su identidad.

En este sentido se considera importante abordar el tema de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes desde el enfoque de determinantes sociales, que desde hace cuatro décadas, ha ocupado un importante rol en las agendas de salud de la mayoría de los países desarrollados desde 1973. Se han realizado diferentes publicaciones sobre este tema, una gran mayoría de las mismas se han realizado de países desarrollados, que ha adaptado estos modelos para explicar la situación de salud de sus poblaciones.

La relación entre los determinantes biológicos y los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva es una relación compleja. Las políticas de inclusión social de las y los adolescentes deben de resaltar el efecto que tienen los determinantes sociales en la vida de la población adolescente, en este sentido se debe tomar en cuenta que la etapa de la adolescencia es un periodo de transición de la infancia hacia la adultez, es una etapa de cambios biopsicosociales, es un proceso dinámico que abarca un periodo de la vida, en el que los cambios vinculados al crecimiento y al desarrollo, se caracterizan principalmente por la autoafirmación, la búsqueda de independencia y formación de la identidad.

De igual manera los derechos reproductivos se construyen en contextos culturales diversos donde las percepciones, tradiciones, normas sociales y religiosas influyen de manera determinante en su ejercicio. Todavía se considera, en distintos lugares de la región, que las expresiones sexuales de los adolescentes deben ser vigiladas por sus padres, con lo que se propicia que muchos adultos no reconozcan la titularidad de derechos a los adolescentes de ambos sexos. Particularmente en el campo de los servicios de salud, los proveedores asumen posiciones adulto céntricas que ponen en riesgo el ejercicio de la autonomía de la persona adolescente, de ambos sexos, para la toma de decisiones sobre su sexualidad y reproducción.

En este sentido es importante identificar el concepto de salud sexual y reproductiva entendida como "...la capacidad de disfrutar de actividades sexuales y reproductivas

reguladas a partir de una ética personal y social. Así como, la ausencia de factores psicológicos como elementos afectivos (temor, vergüenza, culpabilidad) o cognitivos (creencias infundadas, mitos, prejuicios) que inhiban el bienestar sexual o perturben las relaciones sexuales y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan u obstaculicen la actividad sexual y reproductiva”.

De ahí se reconocen los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva que son aquellos aspectos que tienen que ver con la sexualidad y género, considerándose uno de los mayores determinantes de la salud. Las evidencias han demostrado que las necesidades de las mujeres difieren a lo largo de su ciclo vital y de allí la importancia de este enfoque para prevenir la acumulación de riesgos para la salud y dar a las niñas y mujeres una atención a su salud apropiada que requieren acceso a los recursos: ingresos, empleo, educación, seguridad libre de la violencia doméstica. Afectan los resultados de la salud de las mujeres, diversidad, la discriminación y marginalización de grupos étnicos minoritarios afecta el acceso a los recursos y por lo tanto perpetúa los gradientes sociales³.

Algunos determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva reconocidos son el género, la educación, la religión, el lenguaje, la cultura. En la mayoría de los países en el mundo, existe un marco normativo y jurídico para el acceso a adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR, sin embargo, las dificultades geográficas y económicas y el limitado de los conocimientos de las y los adolescentes impide un acceso real a estos servicios.

En la región de América Latina una parte importante de los niños, niñas y adolescentes de la región crece en contextos profundamente marcados por la violencia estructural de las sociedades en que viven, limitando de esta manera sus oportunidades de desarrollo,

3 Fundación ESAR (2007). Inclusión Social y Determinantes Sociales de la Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de: <http://www.fundacionesar.org/Inclusion-Social-y-Determinantes.html>. Colombia.

esta situación dificulta la construcción de redes sociales que posibilite espacios de recreación e interacción con sus coetáneos.

En relación al acceso a la educación formal se identifica que existen brechas en los distintos niveles educativos, dejando a una gran proporción de adolescentes fuera del sistema educativo formal. En efecto, en América Latina hay 2.9 millones de niños, niñas y adolescentes que presentan ingreso tardío a la educación primaria, la han abandonado o se encuentran excluidos totalmente de la educación primaria o media (UNICEF, 2012).

De igual manera se identifica como otra problemática que afecta a la población adolescente es el rezago educativo, es un concepto frecuentemente utilizado en documentos y discursos gubernamentales, así como en la investigación sobre el tema de la educación (Muñoz y Suárez, 1996, en Suárez, 2001). Existen varias concepciones de este término y de realizar su medición. Sin embargo, no cabe duda de que alude a una condición de retraso que enfrenta un segmento de la población con respecto a otro. En todos los casos, el concepto de rezago, se refiere a una condición de desigualdad, a una situación de falta de justicia, en términos de distribución de servicios y oportunidades educativas.

El rezago educativo es la condición en la que se encuentra una persona mayor de 15 años cuando no ha concluido su enseñanza básica. Esta condición afecta en mayor medida a las mujeres y a las poblaciones marginadas, es decir, se puede encontrar en los estratos económicos más débiles.

Uno de los determinantes que se destacan es la pobreza, estudios realizados en América Latina y el Caribe identifican que la salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ve influenciada por las desigualdades sociales que tienen como origen la pobreza, donde se producen diferencias socioeconómicas que inciden en las inequidades de género, etnia y edad. En este sentido es importante entender que la población adolescente es un grupo heterogéneo, con profundas desigualdades y con espacios diversos de toma de decisiones. La gran mayoría sobrevive en la pobreza. Entre todos los adolescentes, mujeres y varones, existe un común denominador que es la llamada

desigualdad por generación, es decir, aquella falta de poder de que son objeto por la edad en la que se encuentran, situación que fortalece su exclusión social.

Por tanto, no es posible separar la salud sexual y reproductiva de la población adolescentes mujeres y varones, de sus condiciones de vida, la cultura local y las oportunidades de desarrollo que se les brinda. Las intervenciones implementadas para el logro de mejores niveles de derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes tienen que facilitar la transformación de los entornos de vida entre los que se encuentra las condiciones de pobreza y exclusión social donde los adolescentes de ambos sexos hacen sus elecciones en materia de sexualidad y reproducción.

Teniendo en cuenta, que la salud sexual de los adolescentes y jóvenes constituye un elemento básico para el avance social, económico y político de un país debe ser abordado por diversas disciplinas. Si bien es cierto, el inicio de la actividad sexual precoz y sin protección suele presentar consecuencias a corto plazo, estas conductas se ven reflejadas en la vida adulta, afectando el desarrollo físico, psicológico y social. (Martin y Reyes, 2003).

Las decisiones que cada adolescente tome con respecto a su sexualidad y las condiciones en salud sexual y reproductiva no son sólo debido a factores individuales, influyen diversos factores como los sociales que permitirá a la persona adolescente decidir sobre una conducta u otra, que puede tener una consecuencia positiva o negativa, en la toma de decisiones de los mismos sobre su SSR, influye su nivel educativo, si trabajan o no, la situación económica de sus referentes afectivos, vivir en una zona urbana o rural, ser hombre o mujer, el acceso o no a la atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos para ellos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc.

Durante estas dos décadas, las políticas relativas a sexualidad adolescente y los derechos sexuales y reproductivos de esta población han estado cruzados por el debate en torno a los derechos, el grado de autonomía que se les reconoce y al papel del Estado en ello. Ha habido un lento avance en estos campos, con grandes desacuerdos entre

gobierno y oposición de derecha cruzados transversalmente por posturas disidentes en ambos campos, así como una gran demanda desde la sociedad civil expresada en variadas encuestas de opinión en el mismo período.

Se puede hipotetizar que estas políticas serían las que llevaron a la baja de las tasas de fecundidad, toda vez que el mejor anticonceptivo en la adolescencia es la escolaridad, según se ha señalado antes. Ello pese a la demora en el reconocimiento al derecho a educación sexual.

Ha habido avances en el orden de género, con el reconocimiento de derechos a las mujeres, acceso a recursos públicos y puestos de alta dirección a nivel gubernamental, gran incremento en la escolaridad, y mayor participación en el mercado laboral, que han dado, en alguna medida, mayores recursos a las mujeres para gestionar su vulnerabilidad de género. Sin embargo, se ha identificado que la categoría de género tiene gran relevancia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes es central desde el punto de vista psicológico, desde la subjetividad y las relaciones interpersonales.

El proceso de estructuración de la identidad de género es complejo puesto que en él intervienen factores psíquicos y sociales por los cuales la persona se construye a sí mismo, pero no como un acto deliberado, libre y consciente, sino a través de un poder inscrito en el cuerpo, con esquemas de percepción e inclinaciones que inducen a formas de ser específicas. La identidad de género, su reconocimiento y su ejercicio no son un efecto de la llamada “toma de conciencia”, pues resultan de la inscripción de las estructuras sociales en los cuerpos.

El género influye en el nivel de salud de las personas, dado que las necesidades incluyendo las necesidades en salud, son influenciadas por las relaciones desiguales de poder que existen entre hombres y mujeres. La categoría género permite explorar y comprender cómo se construyen los espacios simbólicos diferenciados para varones y mujeres.

En el campo de la salud, el género influye en la situación de salud de las mujeres de muchas maneras, por ejemplo: exposición y vulnerabilidad, naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, maneras en que los síntomas son percibidos, acceso a los servicios de salud, posibilidades de seguir los tratamientos indicados; consecuencias sociales y de salud a largo plazo. Además, son las mujeres quienes tradicionalmente se han ocupado del cuidado y atención de la salud en sus familias y comunidades, muchas veces dejando de lado sus propias necesidades. Es en ese sentido, por ejemplo, que la mortalidad materna puede acaecer o incrementarse por aspectos negativos asociados al género.

El género influye significativamente sobre los niveles de salud de las poblaciones, por ejemplo, en la prevención del VIH, dado que las prácticas sexuales de hombres y mujeres de todas las edades y razas/etnias están altamente determinadas por el poder de género.

Según la Organización de Estados Americanos (OEA) las normas culturales y sociales de género son determinantes que restringen el acceso a la información básica a los jóvenes. Las adolescentes mujeres tienen un rol desigual y pasivo al momento de tomar decisiones sobre su SSR, tienen menos autonomía y están expuestas a coerción sexual. Del mismo modo, las expectativas tradicionales en relación con la masculinidad también llevan a menudo a comportamientos que aumentan el riesgo de contraer la infección por el VIH en los jóvenes y los adolescentes varones. Por otra parte, los factores relacionados con la atracción y la orientación sexual también influyen su salud sexual y reproductiva.

Según el Instituto Guttmacher (2008) la salud sexual y reproductiva integra aspectos subjetivos. En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva los principales riesgos de esta población son: a) 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 y la exposición a una infección de transmisión sexual(ITS) incluyendo el VIH.

Las desigualdades de género impiden que las adolescentes mujeres construyan su identidad centrada en la maternidad, pensar en el cuidado de los otros y más que pensar en sí misma. En la cultura occidental la fecundidad es una condición valorada por la

cultura y muchos adolescentes de ambos sexos buscan tener hijos como una forma de ascender en la escala social. En los varones se genera una lucha constante por demostrar a los demás y a sí mismo que no se es vulnerable como una mujer, sino que se es intrépido, llegando a prácticas osadas que, muchas veces, comprometen el bienestar personal y su vida.

Los embarazos no planificados o no deseados durante la adolescencia, exponen a las mujeres a mayores condiciones de vulnerabilidad y de riesgo, existen factores estructurales de orden socioeconómico y cultural que inciden de manera precisa en los comportamientos individuales de las mujeres. Los factores de vulnerabilidad que inciden sobre los riesgos están orientados a condiciones sociales de género. Las adolescentes embarazadas tienen menor acceso a recursos materiales y económicos, por tanto, se ve limitada su calidad de vida y por tanto, viven en mayores condiciones de pobreza que el resto de adolescentes que no están embarazadas.

El manejo de las inquietudes sexuales de los adolescentes y la prevención de riesgo de embarazo no deseado, constituyen importantes preocupaciones que frecuentemente los padres de estas jóvenes no saben cómo enfrentar y expresan sus expectativas en recibir ayuda y orientación de los servicios de salud, especialmente en lo referente a la prevención del embarazo no deseado (Luengo, Zepeda, Millán y Herreros 2010:54). La disponibilidad de recursos anticonceptivos para esta población ha estado restringida, sea por disponibilidad o por decisión de la autoridad municipal. Un ejemplo de ello ha sido el largo debate sobre métodos de emergencia (píldora del día después).

Según una sistematización realizada por OIJ, UNFPA y Family Care International sobre los Consejos de Adolescentes para la Prevención de Embarazos no planificados (Madrid, 2012). Explica que la sexualidad es un tema de preocupación social que se vincula con las prácticas sexuales, la maternidad adolescente, la explotación y el trabajo sexual.

La relación entre el sexo y la pobreza se ve reflejada también en la violencia hacia las mujeres y las niñas. Algunos de sus efectos se traducen en embarazos no deseados, aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH que al combinarse

con la falta de acceso a servicios de consejería y salud contribuyen a las altas tasas de mortalidad entre las mujeres pobres en esta etapa de su vida.

Según el estudio “La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina” realizado por la CEPAL y CELADE (2011), en relación a la vivencia de la sexualidad aproximadamente el 50% de adolescentes en la región menores a 17 años son sexualmente activos, de estos el 50% de las mujeres entre 15 a 24 años, en algunos países de Centroamérica, ha iniciado las relaciones sexuales a los 15 años de edad, el porcentaje es mayor en las zonas rurales y con menor educación entre la población joven. Muchas mujeres adolescentes inician su vida sexual bajo presión (9,7%) y no tienen relaciones sexuales satisfactorias (18,5%).

La pobreza, las políticas y la legislación son condiciones que pueden causar problemas para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, así como el no reconocimiento de los derechos humanos, de la salud sexual y reproductiva, que pueden disminuir la capacidad de elegir de una forma libre e informada acerca de la sexualidad. De hecho, adolescentes y jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una temprana edad, quedar embarazadas y tener más hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades de generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza.

En general, se puede decir que adolescentes y jóvenes, al contar con servicios amigables relaciones significativas con padres, madres, educadores, pares y redes de apoyo social, logran desarrollar factores protectores frente a, por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual, uso de sustancias psicoactivas, y manifestaciones de violencia.

En el campo de la SSR existen algunos factores que actúan como determinantes de las decisiones que cada adolescente toma frente a su sexualidad y de los resultados de diversas condiciones en SSR. La familia, amigos y los adultos con quienes se relacionan las personas jóvenes y la presencia de redes de apoyo social son factores que influyen significativamente en el desarrollo de adolescentes y jóvenes. Cuando la persona adolescente tiene la posibilidad de mantener viva la confianza y de conversar con sus

familias, el proceso de toma de decisiones tendrá mayores referentes, más allá de la información que circule entre su grupo de pares, y así puede convertirse en un factor protector.

De igual manera los medios de comunicación masiva ejercen una gran influencia sobre las y los adolescentes, dichos medios influyen sobre las normas sociales y culturales en relación a la sexualidad y los roles de género, así como en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La sociedad y la cultura moldean de gran manera cómo las personas aprenden y expresan su sexualidad y la forma como toman decisiones con relación a aspectos de su actividad y conducta sexual, roles de género, actitudes, creencias y valores. La sociedad y la cultura crean modelos que se exponen ante los jóvenes y los presionan para que adopten las maneras de ser hombres y mujeres que socialmente están legitimadas.

Para el análisis de la vulnerabilidad y riesgos durante la adolescencia, es importante comprender el significado que adquiere la sexualidad y las conductas asociadas a la búsqueda de identidad y espacios de intimidad. La búsqueda de intimidad sexual entre las y los adolescentes es una búsqueda que va más allá del goce y la conquista. La sexualidad es un componente esencial de la construcción de espacios propios, de autonomía, de avance en el paso a la etapa de la adultez.

La búsqueda y nuevas experiencias en torno al cuerpo y la sexualidad se dan de manera paralela a la vivencia con los amigos, amigas y compañeros de clase. Se reconoce que la experiencia más importante en la sexualidad de las y los adolescentes es cumplir con el rito de la iniciación en los hombres, es quizás el mandato social más determinante sobre el comportamiento sexual de los hombres, en una sociedad marcada por el patriarcado, para reforzar su masculinidad y poder y control frente a las mujeres, esto evidencia que el inicio de la sexualidad no sólo tiene que ver con el deseo, sino con la incorporación al mundo adulto.

Es importante destacar que tanto adolescentes mujeres como hombres sienten que inician a incorporarse a la vida adulta sin pedir autorización de sus padres, madres, abuelos u otros tutores, existe una necesidad imperante de tener autonomía. Es importante destacar que el inicio de la sexualidad de las y los adolescentes es generalmente con una pareja de la misma generación y condición social. En los hombres con una mujer de su misma edad, en las mujeres con un hombre algo mayor que ella, o cada vez más con uno de su edad. Las relaciones de pareja entre adolescentes se originan en el entorno más cercano: en la comunidad, en la escuela y por último en fiestas o discoteque. La búsqueda de identidad y el inicio en la sexualidad requieren de espacios de intimidad.

En esta etapa las y los adolescentes se apropian de su sexualidad y en alguna medida son conscientes que intimar sexualmente puede ocasionar un embarazo, algunas adolescentes lo desean, e incluso lo buscan, de cierta manera identifican vulnerabilidades y riesgos. En este sentido se identifica que el inicio de la vida sexual está marcado por la inexperiencia, la improvisación y el alto nivel de riesgo al que se exponen.

Para algunos adolescentes el asumir comportamientos de protección frente a su sexualidad les ubica en mayor riesgo de contraer una ITS, VIH o que la adolescente quede embarazada, existe aún una percepción negativa hacia el uso del condón, como el método de barrera más eficaz para evitar las situaciones anteriores, esta percepción les ubica en mayor vulnerabilidad a vivenciar su sexualidad de manera sana, responsable y placentera. Los mitos más comunes ante el uso del preservativo es que no es seguro en su totalidad, no se disfruta igual de la relación sexual, esta descalificación hace que muchos adolescentes recurran al uso de métodos tradicionales que no son para nada efectivos.

Estudios realizados evidencian que el uso del condón está marcado en las relaciones estables de las y los adolescentes por la confianza del uno con el otro. Esta es la barrera más importante en cuanto a la aceptación del uso del preservativo de un modo más generalizado. El resultado de no usar preservativos, ni otro método anticonceptivo es el

embarazo no deseado, esto tiene un grave impacto en los proyectos de las y los adolescentes, que los obliga a ser madres y padres a temprana edad, sin tener la edad biológica y mental para asumir la tensión que implica asumir las responsabilidades familiares y los grados crecientes de independencia.

El embarazo y la aparición de un hijo es un hecho que desordena sus vidas. Esta constatación reafirma los hallazgos de la literatura sobre el impacto del embarazo en los/as estudiantes adolescentes (Olavarría, Palma, Molina y da Silva 2008). Esta situación es persistente en el tiempo. En síntesis, el sentido que adquiere para las/os adolescentes la sexualidad, la búsqueda de identidad, la creación de espacios de intimidad, así como la experiencia de la sexualidad activa hacen parte de los órdenes sociales de género –de la división sexual del trabajo; ellas responsables de la reproducción, la maternidad y la crianza por sobre sus proyectos personales, distribución inequitativa de los recursos, ingresos, escolaridad en que están insertas/os y, en consecuencia, de las vulnerabilidades ante las que tienen que reaccionar; ojalá con recursos para gestionarlas y controlarlas.

Según el artículo Diferencias de Género en Factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile, identificó que los factores socioeconómicos son determinantes significativos del inicio de relaciones sexuales en la adolescencia, en el mismo evidencia que estudios realizados en Estados Unidos identificaron que los jóvenes que viven en familias monoparentales (usualmente con el padre ausente) presentan mayor riesgo de iniciar su vida sexual a temprana edad. Asimismo un estudio realizado en Perú indicó que las adolescentes que no residen con su madre biológica corren mayor riesgo de iniciación sexual y maternidad temprana. De igual manera un estudio realizado en Chile encontró que las características estructurales, ambientales o individuales, tales como la religiosidad, han demostrado ser factores que postergan las relaciones sexuales antes del matrimonio.

Las mujeres embarazadas tienen más acceso a un establecimiento escolar cuando residen en zonas urbanas que en zonas rurales. En este análisis sobre el género,

generalmente son los varones son excluidos y a la vez se excluyen del ámbito de la salud sexual y reproductiva y esto obedece a que las ideas y creencias culturales que afirman una imagen corporal de fuerza y menos vulnerabilidad, esta creencia trae como consecuencia que a pesar de padecer dolencias y/o enfermedades los varones se muestren, en términos generales, menos propensos a acudir a los servicios de salud o a cuidar de su salud y de la de otros. Asimismo, persisten los prejuicios de género que impiden a muchos varones acudir a revisiones periódicas para prevenir enfermedades. Es más, valores, comportamientos y actitudes masculinos se han constituido en un factor de vulnerabilidad importante, siendo considerada la masculinidad un importante factor de riesgo a la salud exponiendo a los hombres a problemas de salud evitables.

Incorporar en el análisis del género la salud sexual y reproductiva implica abordar el tema de la autonomía y empoderamiento y por tanto las decisiones que hombres y mujeres tomen en el ámbito de la sexualidad y la reproducción implica relacionarlo con las relaciones de género, con otros determinantes como la pobreza.

De igual manera la construcción de la identidad es una de las principales “tareas” durante la adolescencia y en ella la sexualidad ocupa un lugar central. La salud sexual ha sido definida como la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad e involucra la identidad sexual, la identidad de género, el erotismo y el vínculo afectivo que se establece con los demás. La identidad se vincula con la percepción de sí mismo en un medio socio-cultural determinado, la identificación con el sexo y el distanciamiento con el otro, lo que va determinando tanto la identidad sexual como la identidad de género.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio siguiendo un diseño observacional, analítico, de corte transversal.

Área de estudio

El estudio fue realizado en 18 barrios de Managua.

Universo y Muestra

El estudio se realizó utilizando la tabla de datos elaborada para fines evaluativos del Proyecto 'Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad' más comúnmente conocido como Proyecto CERCA⁴ ejecutado por el consorcio entre el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) de la UNAN Managua y el Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS). La tabla de datos incluye un total de 3,090 registros de hombres y mujeres con edad comprendida entre 13 y 18 años.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión: Adolescentes de 15 a 18 años registrados en la base de datos

Fuentes de información

Fuentes secundarias

- Se utilizó la tabla de datos diseñada con fines evaluativos del Proyecto CERCA en el año 2013.
- Fueron revisados documentos del Proyecto CERCA, alusivos a la implementación de las actividades y evaluaciones realizadas.
- Revisión de material alusivo a salud sexual salud reproductiva de adolescentes, en los sitios de internet de la OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, CELADE/CEPAL.

Técnicas e Instrumentos

⁴ CERCA: por sus siglas en inglés 'Community-Embedded Reproductive health Care for Adolescents'

El diseño del instrumento para la entrevista se revisó y validó en el marco del Proyecto CERCA. Contiene 59 preguntas enfocadas a los siguientes aspectos: 1) Datos generales, 2) Autoestima, 3) Percepción de género, 4) Conocimientos y búsqueda de información sobre la sexualidad, 5) Comunicación sobre la sexualidad, 6) Acceso y uso de los servicios de salud y 7) Relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos.

Variable dependiente

Para el presente estudio se considera como variable dependiente la edad a la primera relación sexual.

Variables independientes

Las variables independientes se agrupan en las que son propias de las características socio demográfico, características psicológicas, acceso a servicios de salud y el acceso a información sobre la sexualidad.

Características socio demográficas

Sexo

Edad

Nivel de escolaridad

Inserción escolar

Convivencia con la madre y padre

Religión

Importancia de la religión

No de hijos e hijas de la madre

Edad del primer hijo o hija

Hermano o hermana que tuvo su primer hijo antes de los 18 años

Tiene novio o novia

Condiciones de la vivienda

Características psicológicas

Autoestima

Percepción de una vida feliz
Sentimiento de orgullo de sí mismo
Percepción de ser buena persona
Reconocimiento de cualidades
Percepción de fracaso personal

Percepción de género:

Oportunidades de estudio para hombres y mujeres
Autoridad en la toma de decisiones familiares
Compartir las tareas del hogar
Rol de la maternidad en las mujeres
Espacios de libertad para hombres y mujeres

Conocimientos y búsqueda de información sobre sexualidad:

Manejo de información sobre temas de sexualidad
Búsqueda de información sobre sexualidad
Necesidad de mayor información sobre sexualidad

Comunicación sobre sexualidad:

Habilidad para hablar sobre temas de sexualidad con amigos, referentes afectivos y otros.

Acceso a Servicios de salud:

Conocimiento sobre servicios de salud
Visitas a las unidades de salud
Razones por las cuales no se visita las unidades de salud
Reconocimiento de proveedores de salud

Procesamiento y análisis de los datos

En Epi Info versión 3.5.4 de julio del 2012, se realizaron las diferentes distribuciones de frecuencias y tablas de contingencia con sus respectivos intervalos de confianza y

pruebas de asociación estadística, principalmente el chi cuadrado. También se utilizó este software para la obtención del análisis de correlación y el modelo de regresión logística.

En el análisis de los datos se empleó el análisis descriptivo en base a distribución de frecuencias, asimismo se hizo un análisis bivariado a partir de variable dependiente. Con el análisis multivariado se realiza el control de variables confusoras al obtener el aporte cuantitativo con su respectivo nivel de validez estadística de cada una de las variables independientes.

Para el análisis de los datos se identificaron los principales determinantes sociales que influyen en la SSR de las y los adolescentes, esta información se comparó de manera amplia con los hallazgos del proceso de revisión documental, a esto se le conoce como triangulación de la información, donde se combina datos cualitativos y cuantitativos que garanticen la objetividad de los datos y disminuyen los sesgos.

En el estudio se empleó el Modelo de Regresión Logística que sirve para predecir una medida en función de otra medida (o varias). Donde 'Y' es la variable dependiente: predicha o explicada y 'X' es la variable independiente, predictora o explicativa. La regresión logística es usada extensamente en las ciencias médicas y sociales en las que la variable 'Y' es de tipo dicotómica, en este caso: entre quienes ya han tenido relaciones sexuales, la primera relación sexual la tuvo antes de los 15 años? Siendo las opciones de respuesta 'Sí' o 'No'. Permite modelar la probabilidad de que ocurra un evento, sin el riesgo de que esta sea negativa o sea superior al 1, dado que es una regresión intrínsecamente no lineal porque la varianza –de una variable dicotómica– no es constante.

El análisis de regresión logística se enmarca en el conjunto de Modelos Lineales Generalizados (GLM por sus siglas en inglés) que usa como función de enlace la función logit. Las probabilidades que describen el posible resultado de un único ensayo se modelan, como una función de variables explicativas, utilizando una función logística:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots b_kX_k$$

Para realizar la regresión logística fue utilizado el procedimiento 'Introducir', que permite interacción entre el software y el investigador, en el que se fue depurando, según el nivel de significancia estadística, el pseudo R2 y el ajuste del modelo, las variables aplicadas al mismo. Los procedimientos 'automáticos' (forward o backward) no son recomendables dado que no incorporan la norma jerárquica y eliminan del modelo los términos que no son estadísticamente significativos, y así reducen la posibilidad de hacer ajustes para el control de variables confusoras.

Calidad de los datos. Se contó con la totalidad de los datos de las 10 variables incluidas en el modelo, no se perdió ningún registro.

La variable dependiente –Edad a la Primera Relación Sexual– fue categorizada en dos opciones: '15 años o antes' a la que el software asignó el código 0 y 'Más de 15' a la que se asignó 1.

Todas las variables independientes fueron tratadas como categóricas –a excepción de la edad, el software automáticamente, mediante el uso de variables dummy, controla el efecto de multicolinealidad, asignado a cada categoría de una variable independiente el código 1, y a las restantes el código 0.

Fueron 'probados' 9 modelos diferentes antes de aceptar el que mejor explicara el evento de interés, atendiendo los mejores valores de los estadísticos como el R², X², valor de p del modelo, test de Hosmer y Lemeshow y los más altos porcentajes de coincidencia entre los valores observados y los valores esperados según la tabla de contingencia generada en base a los supuestos del modelo.

Trabajo de campo

Se solicitó al CIES-UNAN autorización para utilizar base de datos del Proyecto CERCA del proceso de evaluación realizado en el año 2013.

Consideraciones éticas

Derechos de autor: Se solicitó autorización al CIES-UNAN para utilizar la información de la base de datos del estudio con adolescentes que se realizó en el marco del Proyecto CERCA. La autora del presente estudio se apega a la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos de la República de Nicaragua.

IX. RESULTADOS

A continuación se detallan los resultados del estudio que incluye un análisis univariado, bivariado y multivariado.

Análisis Univariado:

Características sociodemográficas de la población estudiada.

De 1,908 adolescentes estudiados, el 52.9% (1,010) son mujeres y el 47.10% (898) son hombres (*Cuadro No.1a*). La distribución por edad es bastante homogénea con cierta tendencia a ser mayor la proporción de quienes tienen menos edad. La edad promedio es 16.4 años, con una desviación estándar de 1.1 años, la edad mínima es de 15 y la máxima de 18 años, la mediana es 16.9 y la moda 15 años. El 26.9% (514) tienen 15 años cumplidos y los que tienen 18 años cumplidos representan el 22.7% (433) (*Cuadro No.1a*).

En relación al acceso educativo el 79.6% (1,518) de los adolescentes están actualmente dentro del sistema educativo formal (*Cuadro No.1a*), de estos el 63.4% (962) tienen al menos un año de rezago escolar, al relacionar el año en el que están con la edad considerando la normativa educativa del país (*Cuadro No.1a*).

Del total que presenta rezago escolar (962), en el 40.3%(612) es de 1 a 2 años, en el 18.4% (280) es de 3 a 4 años y en el 4.6% (70) es de 5 años o más. (*Cuadro No.1a*). La proporción de hombres con rezago escolar supera en 8 puntos porcentuales a la proporción de mujeres con rezago escolar (67.4% vs 59.6%). (*Cuadro No.1a*).

Según nivel educativo alcanzado, el 83.4%(1,591) tienen estudios secundarios. En relación a si trabajan o no, se encontró que del total de adolescentes entrevistados el 83.6% (1,596) actualmente no trabaja. (*Cuadro No.1a*). Según sexo el 55.8%(891) mujeres y el 44.1%(703) hombres.

En relación al tiempo de convivencia con referentes afectivos primarios, se encontró que del total de adolescentes estudiados el 82.5% (1,574) tiene 3 años de vivir con su madre, el 12.9%(246), no vive con su madre. (*Cuadro No.1a*). En cuanto al tiempo de vivir con el

padre el 47.7%(911) han vivido con su padre en los últimos 3 años, mientras que el 45.5%(869), no ha vivido con su padre. (*Cuadro No.1b*). El 43.7%(833) ha vivido todo el tiempo con ambos referentes afectivos, el 34%(649) ha vivido todo el tiempo con la mamá. En todos los grupos de edad el 9.3%(178) expresaron vivir todo el tiempo con ninguno de los referentes afectivos primarios.

El 71.7%(1,363) de adolescentes practica alguna religión, según sexo el 54.8%(748) son mujeres y el 45.1%(615) son hombres. Del total de adolescentes entrevistados el 41.1%(785) profesa la religión evangélica, el 28.6%(545) no practica alguna religión y el 28%(534) practica la religión católica. En relación a la importancia de la religión para el grupo de adolescentes estudiados, el 63.7% (1,216) considera que la religión es importante, el 31.1%(593) lo considera importante, sólo un 7.1%(137) consideran que no es importante en sus vidas. (*Cuadro No.1b*).

En relación a la información sobre salud reproductiva, se identificó que del total de las madres de la población adolescente estudiada, en promedio habían tenido de 2 a 3 hijos el 52.2%(997), el 35.2%(672) de 4 a 6 hijos, el 7.1%(137) de 7 a 10 hijos y el 4%(78) 1 hijo y el 1.2%(24) 10 hijos a más. (*Cuadro No.1c*).

En relación a la edad que sus madres tuvieron su primer hijo el 37.1%(707) tenía más de 18 años, el 32.2%(615) en el rango de 15 y 18 años. (*Cuadro No. 1c*).

En el estudio se indagó si el grupo de adolescentes estudiados tenían algún hermano o hermana que había tenido un hijo e hija antes de los 18 años y se identificó que sólo el 23.2%(443) tenía un hermano o hermana antes de los 18 años. (*Cuadro No. 1c*). El 57.7%(256) fueron mujeres y el 42.2%(187) fueron hombres.

El 52.7%(1,005) expresó no tener novio o novia y el 47.3%(903) dijo que sí. (*Cuadro No.1c*). En cuanto al tiempo en meses de tener pareja se encontró que del total de adolescentes que expresó tener una relación de noviazgo (903) el 27.9%(252) tenían 24 meses o más, el 46.6%(421) tenía entre 1 a 11 meses de noviazgo.

Percepción sobre autoestima y género

En el índice de autoestima se identifica que más del 80% de adolescentes perciben que tienen una vida feliz, se sienten orgullosos de sí mismos, consideran que son una buena persona, reconocen que tienen cualidades y no se consideran personas fracasadas, este dato evidencia que en general las y los adolescentes entrevistados presentan una adecuada autoestima, siendo un elemento fundamental que se vincula con la autoaceptación, autorespeto y autovalía.

En relación a la percepción de género se encontró que las y los adolescentes tienen una valoración adecuada sobre el enfoque de equidad de género.

Conocimientos y búsqueda de información sobre la sexualidad.

En este acápite se hicieron una serie de preguntas a las y los adolescentes para explorar el nivel de conocimientos vinculados a la sexualidad. En relación a la pregunta *consideras que manejas suficiente información suficiente en el tema de la sexualidad, protección, embarazo, infecciones de transmisión sexual*, se encontró que el 68%(1,299) de las y los entrevistados consideran que manejan suficiente información sobre temas de SSR, mientras que el 23.8%(455) no maneja información sobre SSR. (Cuadro No. 1f).

En relación a la pregunta *¿durante el último año cuántas veces has buscado información sobre el tema de sexualidad en folletos, libros del colegio, diccionarios, enciclopedias, internet, libro?*, se encontró que el 69.1%(1,319) de las y los adolescentes habían buscado información sobre sexualidad. Con respecto a la frecuencia de consulta se identificó que el 31.7%(605) de adolescentes había consultado de 2 a 3 veces, el 29.5%(562) consultó más de 3 veces, un 8%(152) sólo consultó 1 vez y el 30.3%(579) ninguna vez había consultado.

En relación a la pregunta *¿Dónde buscas información sobre el tema de sexualidad, protección, embarazo, infecciones de transmisión sexual, etc...?*, la mayoría busca información en internet (884), folletos (588), libros de colegio (384), libros (372), otros: amigos, campañas, capacitaciones, centros de salud, charlas, escuela, familia, medios masivos de comunicación, proveedores (203). (Cuadro No.51). Los temas de interés para

tener mayor información son: métodos anticonceptivos (planificación familiar), embarazo, ITS, VIH, aborto, tipos de violencia, tipos de cáncer, diversidad sexual y sexualidad.

Comunicación sobre sexualidad.

En este acápite se integraron seis preguntas orientadas a explorar con quiénes se comunican las y los adolescentes para abordar temas relacionados a la sexualidad.

En la pregunta en general *cómo te sentís cuando se habla del tema de la sexualidad* el 53.1%(1,014) no tiene problemas para hablar de su sexualidad, el 26.8%(512) solamente le gusta hablarlo con algunas personas específicas y un 20.0%(382) prefiere no hablarlo con nadie. (Cuadro No. 1f). Según sexo, el 29.3%(296) de las mujeres prefieren hablarlo con personas específicas mientras que en los hombres sólo el 24.1%(216).

En la pregunta *¿Actualmente sentís que puedes hablar con tus padres sobre tu sexualidad?*, el 52.0%(993) sienten que puede hablar con sus padres sobre su sexualidad, un 39.6%(756) dice que no y un 8.2%(158) a veces. (Cuadro No. 1f).

En relación a la pregunta *¿Actualmente sentís que puedes hablar con tu pareja/novio/novia sobre tu sexualidad?* el 51.6%(985) expresó no tener pareja, mientras que un 34.4%(656) expresó que sí puede hablar de estos temas con su pareja y un 10.7%(204) no puede hablar de estos temas y el 3.2%(61) a veces. (Cuadro No. 1g).

En la pregunta *¿Actualmente sentís que puedes hablar con tus amigos/amigas sobre tu sexualidad?*, el 72.3%(1,380) de adolescentes expresaron que pueden hablar con sus amigos/amigas sobre su sexualidad, un 27.7%(528) dijo que no (Cuadro No. 1g).

En la pregunta *¿Aparte de tus padres, pareja/novio/novia y amigos has hablado ya con otra persona sobre tu sexualidad?* se identificó que el 54.2%(1,035) expresó que no, mientras que el 45.8%(873) expresó que sí pueden hablar con otras personas. Se identificó que con quienes más les gustaría hablar son con familiares, un hermano mayor, un proveedor de salud, un maestro. (Cuadro No. 1g). Se indagó con las y los adolescentes *¿Con quién te gustaría comunicarte más sobre tu sexualidad?*, en su mayoría les gustaría

hablar de sexualidad con familiares se incluye a la madre, padre, hermanos, abuelos, tíos, amigos, maestros, religiosos y parejas.

Servicios de salud

En cuanto a acceso a servicios de salud se definió tres categorías: adolescentes con acceso a servicios de salud se refiere a los que conocen alguna unidad o establecimiento de salud, pero además lo han visitado para atender algún problema de salud, adolescentes con limitado acceso a servicios de salud, son quienes conocen la unidad de salud y ningún acceso, se refiere a los que no conocen algún servicio de salud.

El 51.3%(978) de las y los entrevistados expresaron no conocer una clínica o centro de salud para consultar, mientras que un 48.7%(930) dijo que sí. Según sexo son las mujeres que expresaron conocer una clínica o un centro de salud con el 58.6%(929). Según grupos de edad las y los adolescentes de 15 años son los que más desconocen con el 31.3%(306).

Se les preguntó si el último año habían visitado alguna clínica o centro de salud para consultar sobre tu sexualidad, el 51.3%(978) desconocen la existencia de una clínica o centro de salud, el 21.8%(415) no ha visitado alguna clínica y sólo un 27%(515) sí han visitado alguna clínica.

En relación a conocer algún proveedor de salud donde podían pedir información sobre temas relacionados a la sexualidad, el 60.8%(1,160) no conoce algún proveedor de salud donde pueda pedir información sobre su sexualidad, mientras que un 39.2%(748) sí conoce. Los proveedores que más conocen son personal médico, enfermeras, promotores de salud, parteras y ginecólogos.

En relación al acceso a información sobre sexualidad, se encontró que del total de adolescentes (1,908) el 57.3%(1,093) tienen un manejo adecuado de la información, el 34.1%(651) tienen limitado acceso a información, el 8.6%(164) no tienen conocimiento alguno.

En relación a la variable acceso a servicios de salud, el 33.7%(720) no tiene acceso a servicios de salud, el 33.8%(645) tiene un acceso adecuado a servicios de salud y el 28.5%(543) tiene un acceso limitado. (*Cuadro 1g*).

En relación acceso a servicios de salud según sexo, se encontró que del grupo de hombres el 41.6%(374) no tiene ningún acceso y en las mujeres fue el 34.3%(346), en acceso limitado el 29.8%(268) fue en hombres y el 27.2%(275) son mujeres.

Del total de adolescentes el 40.1%(766) han tenido relaciones sexuales. Del total que tuvieron relaciones sexuales (766) el 23.7%(452) tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes, mientras que el 16.5%(314) no. (*Cuadro No.1g*).

Del total de adolescentes que manifestaron haber tenido relaciones sexuales (766) el 21%(401) ha tenido una pareja sexual, el 7.7%(147) dos parejas sexuales, el 6.9%(131) de 3 a 4 parejas y el 4.6%(87). Se preguntó si habían tenido relaciones sexuales sin estar enamorado, el 16.1%(308) dijo que sí, mientras que el 24%(458) dijo que no. (*Cuadro No.1g*).

Del total de adolescentes que había tenido RS (766) el 35.1%(670) no ha tenido presión para tener relaciones sexuales, mientras que el 5%(96) sí manifestó sentir presión a tener RS. (*Cuadro No.1h*). El 26.2%(499) no había usado algún MAC, mientras que el 14%(267) sí había usado. En relación al uso del condón en las últimas tres veces que tuvo relaciones sexuales, se encontró que el 16.5%(314) de las y los adolescentes no lo habían usado, el 9.5%(181) en las últimas tres veces, el 8.2%(156) sólo una vez y 6%(115) dos veces de las tres últimas relaciones sexuales. (*Cuadro No.1h*).

Del total de adolescentes que han tenido RS (769) el 11.8%(225) expresó haber estado embarazada. (*Cuadro No.1h*).

Análisis bivariado

En cuanto a la variable sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, se encontró que del total de adolescentes entre 15-18 años, la proporción de hombres es mayor que las mujeres. En cuanto al inicio de su vida sexual, el 27.9% de adolescentes de 16 años había tenido su primera relación sexual antes de los 15 años o antes. *(Cuadro No. 2a)*.

Del total de adolescentes hombres, el 56.6% había tenido su primera relación sexual a los 15 años o antes. Del total de mujeres el mayor porcentaje son del grupo de 18 años con el 56.4%. En todos los grupos de edad se encontró que el 43.4% tuvo su primera relación a los 15 años o más. Porcentualmente son los hombres que inician su vida sexual antes de los 15 años o más con el 13%. *(Cuadro 2a)*.

El inicio de relaciones sexuales es mayor en hombres que en mujeres, este comportamiento es generalmente más común en los hombres, dado que se vinculan factores como la presión de los amigos, el hecho de reafirmar su masculinidad y la necesidad de explorar nuevas situaciones.

Según sexo y acceso a la educación formal, se encontró que del total de adolescentes entrevistados el 82.3% son hombres y el 77.1% son mujeres, de estos el 88.9% corresponden al grupo de 15 años, el 84.2% al grupo de 16 años, el 74.9% al grupo de 17 años y el 68.4% al grupo de 18 años. Del grupo de hombres el 64.8% había tenido su primera relación sexual a los 15 años o antes, en el grupo de mujeres fue el 35.2%. *(Cuadro 2a)*.

En relación a la variable rezago escolar, edad e inicio de la primera relación sexual a los 15 años o antes, se encontró que del total de adolescentes con rezago escolar, el 34% son hombres y el 30.4% son mujeres. De este grupo el 25.4% tuvo su primera relación a los 15 años o antes.

Del grupo de adolescentes con rezago escolar de 5 años o más, se encontró que el 4.1% son hombres y el 3.3% son mujeres, el mayor rezago se concentra en el grupo de adolescentes de 17 años con el 24.8% y el 14.8% de 18 años. Del total de adolescentes el 19.7% había tenido su primera relación a los 15 años o más. *(Cuadro No. 2b)*.

Del grupo que no estudia se encontró que el 17.7% son hombres y el 22.9% son mujeres. De estos el mayor porcentaje de adolescentes se concentra en el grupo de 17 años con el 25.1% y con 31.6% en el grupo de 18 años. En este grupo se encontró que el 35.2% de adolescentes había tenido su primera relación sexual a los 15 años o más. (*Cuadro No. 2b*).

Se encontró que quienes iniciaron vida sexual a temprana edad, es principalmente el grupo que actualmente no estudia. (*Cuadro No. 2b*). Este dato evidencia que la escolaridad es un factor que incide en la toma de decisiones sobre la sexualidad.

Del grupo que no presenta rezago escolar se encontró que el 26.8% son hombres y el 31.2% son mujeres. De estos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de adolescentes de 15 y 16 años con el 37% y 37.9%. El 19.7% había tenido su primera relación sexual a los 15 años o antes.

Del total de adolescentes hombres (898) sólo el 21.5% trabaja, mientras que del total de mujeres (1,010) sólo trabaja el 11.8%. De este grupo el 22.3% había tenido su primera RS a los 15 años o antes. Se encontró que en el grupo que no trabajan el 77.7% había tenido su primera relación a esa edad, el porcentaje es mucho mayor en comparación con el grupo que sí trabaja.

Un hallazgo importante es que del total de adolescentes de ambos sexos que han vivido los últimos 3 años con la madre, el 76.1% había tenido su primera relación sexual a los 15 años o más, del total que no ha vivido con ella fue el 17.7% y de los que han vivido menos tiempo se encontró que sólo el 2.4% había tenido su primera experiencia sexual a esa edad.

En relación a la variable vive con su padre se encontró que el 49.2% de los hombres ha vivido los últimos 3 años, mientras que las mujeres fue el 46.4%, en el grupo que no vivió con él, el 44% son hombres y el 46.9% son mujeres, es igual el porcentaje para hombres y mujeres que ha vivido con su papá entre 1 a 3 años con el 4.1% y en el grupo de menos de 1 año con el 2.7% para hombres y el 2.6% para mujeres.

El mayor porcentaje de adolescentes se concentra en las y los adolescentes que han vivido con su papá los últimos 3 años y en el grupo que no ha vivido con él con más del 43%. En ambos grupos se identificó que el 40% del total de adolescentes que han vivido con su papá los últimos 3 años habían tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o más y el 52.7% en el grupo que no ha vivido con su papá. *(Cuadro No. 2b)*.

En relación a la variable tiempo de convivencia con ambos referentes afectivos, se encontró que del total de hombres (898) el 44.9% vive todo el tiempo con ambos referentes, el 35.3% sólo con la mamá, el 3.7% todo el tiempo sólo con el papá y el 7.7% todo el tiempo con ninguno. En relación a las mujeres se encontró que el 42.6% ha vivido todo el tiempo con ambos referentes, el 32.9% todo el tiempo sólo con la mamá y el 10.8% todo el tiempo con ninguno. En relación a los grupos de edad, es similar el porcentaje entre 15 y 17 años, con más del 40%, mientras que en el grupo de 18 años con el 39.5%. *(Cuadro No. 2d)*.

Del total de adolescentes que ha vivido todo el tiempo con ambos referentes afectivos se encontró que el 36.3% había tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o más, similar es el porcentaje en el grupo de adolescentes que han vivido todo el tiempo sólo con la mamá con el 35.2% y el 14.4% todo el tiempo con ninguno. *(Cuadro No. 2d)*.

Con respecto a la variable religión, sexo, edad e inicio de la primera relación sexual se encontró que del total de adolescentes hombres (898) el 39.6% practican la religión evangélica, el 26.3% religión católica, el 31.5% ninguna y el 2.6% otra religión. Con respecto al inicio de relaciones sexuales a los 15 años o antes se encontró que el mayor porcentaje fue identificado en el grupo que no practica ninguna con el 38.7%, seguido del grupo que practica la religión evangélica con el 35.8%, asimismo se encontró que profesa la religión católica que el 23.9% había tenido su primera experiencia a los 15 años. *(Cuadro No.2d)*.

Del total de adolescentes hombres (898) el 60.1% considera importante la religión en su vida, mientras que en las mujeres (1,010) fue el 66.9%, de estos el 52% había tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. En el grupo que no considera la religión

importante, el 39.9% fueron hombres y el 33.1% fueron mujeres. De este grupo el 48% había tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o más.

En relación al total de mujeres (1,010) el 47.8% de adolescentes expresó que la madre había tenido de 2 a 3 hijos, el 37.9% de 4 a 6 hijos, el 8% de 7 a 9 hijos, el 5% 1 y el 1.2% de 10 a más hijos e hijas. Del total de adolescentes que su madre había tenido 2 a 3 hijos el 50.4% había tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o más, en el grupo de adolescentes que expresó que su madre había tenido de 4 a 6 hijos el 36.3% había tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o antes, el 9.5% en el grupo que la madre había tenido de 7 a 9 hijos y el 2.4% en el grupo que la madre había tenido 1 hijo. (*Cuadro No.2d*).

En cuanto a la edad de la madre al nacimiento del primer hijo, edad de las y los adolescentes e inicio de relaciones sexuales, se encontró que en el grupo adolescentes que expresó que su madre tuvo su primer hijo cuando tenía menos de 15 años, el 2.6% fueron hombres y el 3.7% fueron mujeres, de estos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 17 años con 3.6% y el grupo de 18 años con el 3.9%. Del total de adolescentes el 4.6% tuvo su primera *experiencia sexual a los 15 años o más*. (*Cuadro No.2e*).

En el grupo de adolescentes que la madre tuvo su primer hijo o hija cuando tenía más de 18 años, el 34.9% fueron hombres y el 39% fueron mujeres, de estos según grupos de edad el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 41.1%, de este total el 32.5% expresaron tener su primera relación sexual a los 15 años o antes. En el grupo que expresó no saber a qué edad su madre tuvo su primer hijo, el 35.6% fueron hombres, el 20.3% fueron mujeres, donde el 20.4% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o más. (*Cuadro 2e*).

En relación a la variable hermano o hermana con primer hijo antes de los 18 años, se encontró el 20.8% en hombres y el 25.3%** fue en mujeres, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 25.9%. Del total de adolescentes que respondieron sí el 31.2% expresó tener su primera experiencia a los 15 años o antes. Del total de adolescentes que expresó que no había tenido hermano o hermana con primer

hijo antes de los 18 años, el 75.8% fueron en hombres y el 70.6% fueron mujeres, de este grupo el 65.8% expresó haber tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o antes.

En cuanto a la variable madre o hermana con primer hijo o hija antes de los 18 años, se encontró que sólo el 42.4% de adolescentes hombres cumplía con esta condición y el 55.3% de las mujeres, según grupos de edad, más del 47% se concentra en el grupo de 15-17 años y el 51.7% en el grupo de 18 años. Del total de adolescentes que cumplían con esta condición, el 62.8% manifestó haber tenido su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. *(Cuadro No.2f)*.

Del grupo de adolescentes que expresó tener novio, novia o pareja, se encontró que el 44.3% son hombres y el 50% son mujeres, según grupos de edad, de este total el 62.8% manifestó tener su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. En el grupo que expresó no tener novio, novia o pareja, fue el 37.2%. *(Cuadro No.2f)*.

En relación a la variable cuenta con suficiente información sobre sexualidad, edad e inicio de la primera relación sexual se encontró que del total de adolescentes que sí cuenta con información suficiente sobre sexualidad el 66% son hombres y el 69.9% son mujeres, de este grupo el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 74.4% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años con el 61.5%. Del total de adolescentes el 69% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. *(Cuadro No.2k)*

Del total de adolescentes que respondió que no cuentan con suficiente información sobre sexualidad el 26.4% fueron hombres y el 21.6% fueron mujeres, de estos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 15 años con el 29% y el menor porcentaje en el grupo de 18 años con el 18.7%, del total de adolescentes el 22.6% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. *(Cuadro No.2k)*.

En relación a la variable confianza para hablar sobre la sexualidad, del total que expresó que no hay problema para hablar sobre el tema, el 55.7% son hombres y el 50.9% son mujeres, de estos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 59.4% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años con el 48.8%. Del total de adolescentes que respondió a esta pregunta el 52.7% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años

o antes. Del total que respondió prefiere no hablar de eso, el 20.3% son hombres y el 21.6% fueron mujeres, de este grupo el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 15 años con el 23.3% y el menor porcentaje en el grupo de 17.1%, del total de adolescentes el 19.7% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes.

Del grupo de adolescentes que respondió solamente con algunas personas habla sobre temas de sexualidad, el 24.1% son hombres y el 29.3% son mujeres. De estos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 17 años con el 28.4% y el menor porcentaje en el grupo de 18 años con el 23.6%. Del total el 27.7% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. (Cuadro No.2k).

En la pregunta *Puede hablar con sus padres sobre sexualidad*, se encontró que el 61.2% de los hombres puede hablar con sus padres, mientras que las mujeres fue el 59.6%, de este grupo el 52.7% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. Del grupo de adolescentes que no puede hablar sobre sexualidad con sus padres se encontró que el 38.8% fueron hombres y el 40.4% fueron mujeres, del total el 47.3% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. (Cuadro No.2k).

Del total de adolescentes que sí *Puede hablar con su pareja sobre sexualidad*, el 37.5% fueron hombres y el 37.8% fueron mujeres, del total el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 48.7% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años. Del total el 58.8% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. Del grupo que no puede hablar con su pareja el 8.5% fueron hombres y el 12.7% fueron mujeres, del total el 10.2% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes.

Del grupo de adolescentes que no aplica para esta variable, se encontró que el 54% son hombres y el 49.5% son mujeres, el 31% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. (Cuadro No.2k).

En relación a la variable *Puede hablar con sus amigos sobre sexualidad*, se encontró que el 74.4% son hombres y el 70.5% mujeres, de estos el 68.4% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. En el grupo que no puede hablar con sus amigos sobre

sexualidad el 25.6% son hombres y el 29.5% son mujeres, del total el 31.6% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes.

Con respecto a la variable *Puede hablar con otras personas sobre sexualidad*, el 45.8% fueron hombres y el 45.7% son hombres, del total el 44.9% tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. Del total que no puede hablar con otras personas sobre sexualidad, el 54.2% son hombres y el 54.3% son mujeres, del total que respondieron no, el 55.1% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. (Cuadro No. 21).

En cuanto al acceso a información sobre sexualidad, el 59.4% de los hombres tenía un acceso adecuado a la información, mientras que en las mujeres fue el 55.4%, de estos el mayor porcentaje en el grupo de 15 años con el 62.1% y el menor porcentaje en el grupo de 18 años con el 49%. Del total de adolescentes el 46.7% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes.

Del porcentaje de adolescentes con acceso limitado a información el 32.6% fueron hombres y el 35.4% fueron mujeres, de estos el 37.2% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. El grupo de adolescentes que no tenía algún tipo de información el 8% fueron hombres y el 9.1% fueron mujeres, de estos el 16.2% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes.

Con respecto al acceso a servicios de salud, se encontró que del total que tenían acceso adecuado a servicios de salud, el 28.5% fueron hombres y el 38.5% fueron mujeres, de estos el mayor porcentaje se concentró en el grupo de 18 años y el menor porcentaje en el grupo de 15 años. Del total el 42% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. (Cuadro No.21).

En el grupo con limitado acceso a servicios de salud se encontró que el 29.8% son hombres y el 27.2% fueron mujeres, de estos el 25.2% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. En relación al grupo que no ha tenido ningún acceso a servicios de salud, el 41.6% fueron hombres y el 34.3% fueron mujeres, de estos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 15 años con el 44.4% y el menor porcentaje en el grupo de

18 años con el 31.2%. De estos el 32.7% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. *(Cuadro No.2l)*.

Del total de adolescentes entrevistados que tuvo relaciones sexuales el 43.4% fueron hombres y el 37.2% fueron mujeres, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 59.6% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años con el 21.6%. Del total que no ha tenido relaciones sexuales el 56.6% fueron hombres y el 62.8% fueron mujeres, del total el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 15 años con el 78.4% y el menor porcentaje en el grupo de 16 años con el 66.3%. *(Cuadro No.2l)*.

Del total de adolescentes se encontró que el 56.6% de hombres no han tenido parejas sexuales y el 62.8% fueron mujeres. Del grupo de adolescentes que expresó tener una pareja sexual el 14% fueron hombres y el 27.2% fueron mujeres, de estos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 27.5% y el 26.1% en el grupo de 17 años, el menor porcentaje se encuentra en el grupo de 15 años con el 14.4%. Del total de adolescentes que expresaron tener RS con una sola pareja, el 43.4% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes.

Del grupo de adolescentes que ha tenido 2 parejas sexuales, el 9.1% fueron hombres y el 6.4% fueron mujeres, de estos el 11.2% son adolescentes de 17 años, el 10.9% adolescentes de 18 años, el 6.6% adolescentes son del grupo de 16 años y el 2.9% adolescentes de 15 años. Del total de adolescentes el 19% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes.

Del total de adolescentes que respondió tener de 3 a 4 parejas sexuales, el 11.2% son hombres y el 3% son mujeres. El mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 10.9% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años con el 3.3%. De este grupo el 21.2% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. Del grupo que ha tenido más de 5 parejas sexuales, se encontró que el 9% son hombres y el 0.6% son las mujeres. De este grupo el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 10.4% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años con el 1%, de este grupo el 16.4% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. *(Cuadro No.2m)*.

En cuanto a la variable ha tenido relaciones sexuales sin estar enamorado o enamorada, edad e inicio de vida sexual antes de los 15 años o antes, se encontró que el 26.5% fueron hombres y el 6.9% son mujeres, según rangos de edad, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 24.9% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años con el 7.4%. Del total que respondieron el 47.6% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes.

Del total de adolescentes que respondieron no, el 16.9% fueron hombres y el 30.3% fueron mujeres, de estos el 34.6% fueron adolescentes de 18 años y el 14.2% en el grupo de 15 años. Del total de adolescentes el 52.4% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. *(Cuadro No.2m).*

Con respecto a sentir presión para tener relaciones sexuales, se encontró que del total que respondieron sí a esta pregunta, el 6% fueron hombres y el 4.2% fueron mujeres, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 6.7% y el menor porcentaje en el grupo de 15 años con el 3.7%. *(Cuadro No.2m).*

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, según edad e inicio de la primera relación sexual a los 15 años o antes, se encontró que en el grupo de adolescentes que actualmente usa el 10.1% son hombres y el 17.4% son mujeres. De estos el 21.5% corresponden al grupo de 18 años, el 19.4% al grupo de 17 años, el 9.3% el grupo de 16 años y el 7.2% el grupo de 15 años, del total de adolescentes el 34.3% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes. *(Cuadro No.2n).*

En el grupo que respondió que no usa MAC, el 33.3% fueron hombres y el 19.8% fueron mujeres, el mayor porcentaje corresponde al grupo de 18 años con el 38.1%, 29.7% en el grupo de 17 años, el 24.5% en el grupo de 16 años y 14.4% en el grupo de 15 años. Del total de adolescentes el 65.7% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o antes.

Con respecto al uso del condón en las últimas 3 veces que tuvo relaciones sexuales se encontró que del total de adolescentes que lo usó las últimas 3 veces el 11.7% fueron hombres y el 7.5% fueron mujeres, de estos el 14.8% fueron adolescentes de 18 años, 11.8% adolescentes de 17 años, 8% adolescentes de 16 años y 4.3% adolescentes de

15 años, siendo el 21.9% del total de adolescentes que inició su primera experiencia sexual a los 15 años o antes.

Del total de adolescentes que expresaron que ninguna vez han usado condón, el 14% fueron hombres, el 18.6% fueron mujeres, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 18 años con el 23.6%, el 21.3% en el grupo de 17 años, el 13.4% con el grupo de 16 años, el 8.9% con el grupo de 15 años. (*Cuadro No.2n*).

En cuanto a ocurrencia del embarazo entre adolescentes, se encontró que del total que dijo que sí ha estado embarazada o ha dejado embarazada a una mujer, el 4.6% fueron hombres y el 18.2% fueron mujeres, de estos el 20.8% corresponden al grupo de 18 años, el 16.6% al grupo de 17 años, el 7.4% al grupo de 16 años y el 3.9% al grupo de 15 años. Del total el 30.5% inició su primera experiencia sexual a los 15 años o antes. (*Cuadro No.2n*).

Análisis multivariado

Se ha realizado la estimación de la probabilidad de que la primera relación sexual haya ocurrido a los 15 años o antes entre aquellos adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, mediante la aplicación de modelo de regresión logística con significado estadístico ($X^2= 69.32$; 12 gl y $p<0.00$), que con las variables incluidas brinda más de 10% de la explicación de dicho fenómeno ($R^2=0.124$) con un nivel de ajuste, según el test de Hosmer y Lemeshow de 0.301 ($X^2=9.52$; 8 gl), corroborado con la similitud existente en la tabla de contingencia entre los valores observados y los valores estimados (73.9%).

Entre quienes ya han tenido relaciones sexuales, la probabilidad de que los varones hayan tenido la primera relación sexual a los 15 años o antes es 54.3% mayor que entre las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales ($p<0.05$).

A partir de los 15 años de edad, por cada año que se gane en edad la probabilidad de que hayan tenido la primera relación sexual a los 15 años o antes se reduce en 54.3%, así, en los que tienen 18 años cumplidos y ya han tenido relaciones sexuales, la probabilidad de que la primera relación sexual haya ocurrido a los 15 años o antes es 1.6 veces inferior a la de los que tienen 15 años. ($p<0.00$).

Entre quienes no tienen rezago escolar la probabilidad de que la primera relación sexual la hayan tenido a los 15 años o antes es 45.5% más baja comparada con la de los que sí tienen rezago escolar y ya han tenido relaciones sexuales. ($p < 0.05$), sin embargo, a pesar que $p < 0.05$, el intervalo para OR está comprendido entre [0.397-1.015], con lo cual este dato debe ser utilizado con cautela.

La probabilidad de que la primera relación sexual haya ocurrido a los 15 años o antes es 51.0% mayor entre quienes consideran la religión como algo no importante en comparación con los que sí la consideran importante. ($p < 0.00$).

Quienes tienen acceso a servicios de salud la probabilidad de que hayan tenido la primer relación sexual a los 15 años o antes es 35.0% más alta que entre los que tuvieron la primer relación sexual después de los 15 años. ($p < 0.05$). (Cuadro DSD).

X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el estudio se evidencia que la mayoría de adolescentes se encontraba en el sistema educativo formal, sin embargo, un porcentaje significativo se encontraba fuera del sistema educativo. Según la literatura a partir de los 12 años las y los adolescentes pueden abandonar la escuela y esta característica se intensifica a medida que avanza la edad.

Del total de adolescentes entrevistados el 50% presentaba rezago educativo. Esto significa que es alta la proporción de adolescentes que cursan un grado académico que no corresponde a su edad cronológica. Según la literatura el rezago escolar afecta principalmente a las mujeres, sin embargo, en el estudio se evidencia que son los hombres quienes presentan mayor rezago. Generalmente el rezago escolar o educativo está asociado a condiciones de pobreza, exclusión social, reprobación en su rendimiento académico, deserción escolar, sistemas educativos que no cuentan con estrategias de retención escolar.

Estas condicionantes vinculadas, probablemente sean parte de este resultado encontrado, dado que la población estudiada proviene de barrios considerados de alta peligrosidad, con niveles de pobreza, además son adolescentes que posiblemente no cuentan con suficiente seguimiento de sus familiares que fomenten la motivación y la importancia del estudio, porque posiblemente prioricen sus necesidades económicas.

En la literatura el rezago escolar se presenta con mayor frecuencia en las poblaciones rurales, llama la atención que en el estudio son adolescentes del casco urbano quienes muestran este porcentaje tan alto, tomando en cuenta que a nivel nacional existe una Política de Gratuidad en la Educación, se ha dado prioridad a la educación primaria y secundaria como parte de compromisos de país para garantizar educación para todos y todas y de calidad y se ha promovido de manera fehaciente una educación inclusiva desde el Plan Estratégico Nacional de Educación 2012-2016. Vale destacar los esfuerzos que las escuelas estén llevando a cabo para implementar estrategias efectivas que impidan el fracaso y repitencia escolar, asimismo, se debe analizar hasta qué punto los

referentes familiares del adolescente están asumiendo un rol importante en la educación de sus hijos e hijas, o toda la responsabilidad recae en el sistema educativo.

Se identifica que la proporción de adolescentes que trabaja es bajo, es un factor que generalmente afecta la continuidad de estudios a nivel universitario que permita a las y los adolescentes finalizar una carrera profesional y lograr insertarse al ámbito laboral de manera formal, en este sentido se identificó que son las mujeres quienes trabajan desde los 18 años, y esta situación puede deberse a sus necesidades económicas familiares, donde deben asumir un rol de adultos y proveedores a temprana edad, tomando en cuenta que proceden de familias de escasos recursos, aunque este aspecto no fue valorado en el estudio.

En el análisis de los determinantes de la salud sexual y reproductiva es importante destacar que el grupo de adolescentes tiene necesidades especiales, se debe reconocer que ya tienen vida sexual activa, que requieren, necesitan y tienen derecho a recibir información sobre sexualidad, la sexualidad es una dimensión del ser humano que no debe ser entendida sólo desde el punto de vista de la reproducción, sino del autoconocimiento, la comunicación en la pareja, la satisfacción el placer y la responsabilidad.

Se identifica en el estudio como factor proximal las redes de apoyo: la familia, la religión, los amigos como parte del entorno comunitario, sin embargo, se puede inferir que posiblemente la familia, aunque es una red de apoyo importante, sólo está cumpliendo con la función económica como es la de proveer alimentación, vestimenta y educación.

La familia debe además cumplir con la función afectiva, orientada a satisfacer las necesidades emocionales y establecer relaciones armoniosas basadas en el respeto, la comunicación que promueva la confianza, fortalezcan la autoestima y un sentimiento de realización personal, debe asumir una función socializadora y educativa orientada a promover valores, adoptar normas culturales que promuevan una convivencia sana entre sus miembros, además de garantizar espacios de recreación como parte del desarrollo integral.

Es importante que destacar que a nivel familiar, aunque no se indagó sobre situaciones de violencia sexual e intrafamiliar es posible que ocurra en la mayoría de los hogares de la población estudiada. A nivel de la estructura familiar se pueden identificar prácticas de socialización que no facilitan el seguimiento o supervisión a sus hijos e hijas, posiblemente por la búsqueda de la sobrevivencia económica.

La literatura plantea que no siempre los padres o madres asumen una comunicación abierta en relación a temas sobre sexualidad, por vergüenza, mitos y prejuicios sobre la sexualidad, a esto se suma si los referentes primarios tienen bajo nivel educativo y no son comunicativos con sus hijos e hijas. Esto favorece de gran manera que la información que reciban las y los adolescentes sea de sus coetáneos, aunque no sea la más adecuada o en última instancia del uso de las tecnologías de información como el internet.

En el estudio se identificó que la mayoría de adolescentes tenían más de tres años de vivir con su mamá, menos de la mitad había vivido con el padre y con ambos referentes afectivos. Este resultado evidencia la realidad de las familias en Nicaragua, dado que en su mayoría las y los adolescentes conviven más tiempo con la madre, como la principal proveedora del hogar a nivel económico y afectivo.

El dato de convivir con ambos referentes afectivos se identifica como factor protector para evitar situaciones de riesgo, como el inicio temprano de las relaciones sexuales, pero en los resultados se encontró que del total que han vivido tres años con la madre (1,574), el 76.1% había tenido su primera relación sexual a los 15 años o antes, en relación al total de adolescentes que ha convivido todo el tiempo con ambos referentes (833) el 36.1% había tenido su primera relación a los 15 años o antes, para este estudio la convivencia con la madre o el padre, no es representa un factor protector para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la población de estudio.

Con respecto a la autoestima se encontró que en general las y los adolescentes tienen buen concepto de sí mismo, perciben tener una vida feliz, reconocen tener cualidades y se sienten orgullosos de sí mismo. En el análisis de autoestima se definió tres categorías para construir un índice de autoestima, adolescentes que estaban en desacuerdo con 3 a 4 aseveraciones presentaban una autoestima inadecuada.

Los resultados identifican que en general la población de estudio se valora positivamente, estos aspectos valorados positivamente pueden influir en la capacidad de la toma de decisiones asertivas sobre el ejercicio de su sexualidad, aunque no son determinantes al momento de negociar el uso del condón, o tener una sola pareja, como se encontró en el estudio, la evidencia ha demostrado que las actitudes no son determinantes en la conducta sexual de la población adolescente, porque confluyen otros factores como la familia, la presión social, el entorno educativo, el acceso a información, entre otros.

En general se encontró que existe una adecuada percepción de género entre las y los adolescentes, reconociendo que tanto hombres como mujeres deben tener las mismas responsabilidades y derechos. En el estudio *Actitudes positivas hacia la igualdad de género contribuyen a una vida sexual sana y feliz de adolescentes en Bolivia y Ecuador*(CERCA), se encontró que las actitudes sobre género están asociada a la capacidad de hablar sobre temas de sexualidad con su pareja, tienen la opinión de mantener una relación sexual sin necesidad de tener relaciones sexuales.

En el análisis de la religión como determinante social importante en las decisiones sobre SSR, funciona como una red de apoyo importante y se considera un factor protector en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva. En el estudio se encontró que el 71.4%(1,363) de adolescentes pertenece a alguna religión, de estos el 63.7%(1,216) considera importante la religión en sus vidas, del total de adolescentes que tuvieron RS a los 15 años o antes (452) el 52% corresponde al grupo que sí consideraban la religión importante en sus vidas y el 48% no consideraban importante la religión en sus vidas. El resultado refleja que la religión no es determinante al momento de tomar decisiones relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

La religión es un importante agente de socialización desde el punto de vista sociológico y antropológico, en la mayoría de las culturas del mundo, en el campo de la sexualidad, generalmente no tiene sus efectos positivos en la sexualidad de las y los adolescentes, generalmente las religiones occidentales comparten dogmas similares en cuanto a la postergación de las relaciones sexuales, control de la natalidad y el uso de métodos anticonceptivos, no es determinante en las decisiones que toman las y los adolescentes

sobre el ejercicio de su sexualidad, porque confluyen otros factores como la disponibilidad de servicios de información, atención, factores socioculturales como la visión sobre la adolescencia, el adultocentrismo, el machismo, la influencia de los medios de comunicación y de las tecnologías de información.

La literatura identifica que entre más temprana edad las adolescentes tengan relaciones sexuales, se exponen a embarazos no deseados y tanto a hombres como mujeres los expone a contraer alguna ITS y el VIH.

Durante esta etapa la búsqueda de identidad y de reconocimiento social, favorece la relación con sus pares o coetáneos, se vuelve relevante la opinión de las y los amigos, principalmente en los temas sobre sexualidad, es muy común que exista presión social para tener una pareja o para tener sus primeras experiencias sexuales, es una etapa donde la vivencia de la sexualidad marca de gran manera esta etapa de descubrimiento y experimentación sobre la sexualidad.

Aunque es una etapa de transición de la infancia a la adultez, la persona adolescente no cuenta con la suficiente madurez sexual y psicológica para tomar decisiones responsables sobre el ejercicio de su sexualidad y es ahí donde se requieren intervenciones efectivas para reducir las conductas de riesgo orientadas principalmente a la salud sexual y reproductiva.

Aunque la población estudiada tiene conocimientos sobre temas de sexualidad no necesariamente se puede medir el nivel de conocimiento, y no siempre el conocimiento va acorde a las actitudes y conductas, principalmente en lo que respecta a la vivencia de la sexualidad.

Las expectativas de género son un aspecto fundamental para el análisis del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes, en el estudio se identificó que del total de adolescentes que expresaron haber tenido relaciones sexuales (766) el 43.4% fueron hombres y el 37.2% son mujeres, el mayor porcentaje fueron adolescentes de 17 y 18 años. Las diferencias porcentuales de las mujeres con respecto a los hombres es del

6.2%. Sigue siendo mayor el porcentaje de hombres que inician a temprana edad las relaciones sexuales.

En el análisis de los resultados se identificaron otros factores contextuales o distales a nivel comunitario en la población estudiada, el hecho de proceder de barrios del sector urbano, con características de marginalidad, hacinamiento, limitado acceso a servicios de salud les ubica en mayores condiciones de vulnerabilidad.

En relación a antecedentes familiares sobre salud reproductiva en el estudio se abordaron las variables como número de hijos que ha tenido la madre, edad del primer nacimiento del primer hijo, hermano o hermana con primer hijo antes de tener 18 años, madre o hermana con ambas condiciones, esta correlación de variables puede corroborar la hipótesis que existe relación para iniciar relaciones sexuales si la madre o la hermana han tenido su primer hijo antes de los 18 años.

En el estudio el 52.3%(997) de adolescentes expresó que su madre había tenido de 2 a 3 hijos y el 35.3%(673) de 4 a 6 hijos. La edad de la madre al primer nacimiento de su hijo, corresponde a más de 18 años con el 37.1%(707) y el 32.3%(616) de 15 a 18 años. Este dato se compara con los resultados de la ENDESA 2011-2012 donde plantea que el primer nacimiento es a los 18.8 en mujeres. Sin embargo, se identificó que no existe una relación causal entre estos antecedentes reproductivos con la ocurrencia del embarazo en adolescentes.

En relación a la ocurrencia del embarazo en adolescentes, se encontró que el 11.8%(225) de las y los adolescentes estuvieron expuestos a un embarazo a temprana edad, el 4.6% fueron hombres y el 18.2% fueron mujeres, de estos el 20.8% corresponden al grupo de 18 años, el 16.6% al grupo de 17 años, el 7.4% al grupo de 16 años y el 3.9% al grupo de 15 años. Se presenta como limitante el no contar con información para el caso de las mujeres, si viven en unión de hecho estable.

Esta información se corresponde con datos registrados por UNICEF en América Latina, donde una tercera parte de embarazos corresponde a adolescentes menores de 18 años y un 20% de ellos en niñas menores de 15 años.

Según la literatura sociodemográfica demuestra que la fecundidad adolescente, al igual que la fecundidad global, está determinada tanto por factores individuales (psicosociales, socioculturales, socioeconómicos), interpersonales (hogar y relación con sus pares) y contextuales (comunidad y política social). El embarazo en adolescente es un fenómeno multicausal, donde influyen las percepciones, las actitudes y conducta.

En relación a los factores proximales se destacan factores intrapersonales, como el conocimiento limitado de la fisiología reproductiva, aunque la población estudiada tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, es posible que sea limitado y sesgado con respecto a su uso y eficacia, a esto se suma que generalmente las y los adolescentes mantengan creencias erróneas que en la primera relación sexual no quedan embarazadas o que el hombre eyacula fuera de la mujer, no va a quedar embarazada, existe una percepción de invulnerabilidad que a ellos o a ellas no les puede ocurrir.

Desde el punto de vista de género muchas veces las adolescentes asumen de manera romántica ser madre y lo asocian con la experiencia de estar enamorada, las expectativas de la maternidad o paternidad son diferentes para adolescentes y hombres. Culturalmente en los procesos de socialización a las mujeres desde niñas, se les enseña como mandato social la maternidad y existen representaciones sociales que promueven esta etapa como lo único a lo que puede aspirar la mujer, el ideal de ser madres.

En el estudio se identificó que el 34.1% de adolescentes tiene limitado acceso a información sobre sexualidad y el 8.6% no tiene algún acceso, el 28.5% de adolescentes tiene un limitado acceso a servicios de salud y el 37.7% no tiene ningún acceso.

Es importante comprender que las y los adolescentes presentan grandes necesidades de servicios de atención preventiva, consejería, detección temprana de conductas de riesgo, así como educación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, la evidencia demuestra que son este grupo poblacional quienes tienen menos probabilidades de utilizar los servicios de salud. Diversos estudios realizados a nivel mundial demuestran que tan sólo un porcentaje mínimo de adolescentes han tenido una consulta de chequeo durante el último año.

Esta realidad refleja la importancia de la población adolescente y su vulnerabilidad social produce en los servicios de salud la necesidad de abrir espacios de intervención preventivas y de atención de calidad, contemplando sus necesidades desde una perspectiva de género y derechos humanos, con el propósito de reducir la mortalidad y enfermedades como los accidentes, violencia, problemas relacionados con el embarazo y las enfermedades prevenibles, así como reducir la carga de morbilidad en la edad adulta. En este sentido se reconoce que la salud sexual y reproductiva está determinada por factores que van más allá de los servicios de salud, tales como el estilo y proyecto de vida, el comportamiento, la autonomía, el empoderamiento y las condiciones económicas.

Como hallazgo importante del estudio se encontró que el acceso a servicios de salud está asociado con el inicio de relaciones sexuales a temprana edad(15 años). En el análisis de resultados en relación al acceso a servicios de salud se definieron tres niveles: acceso adecuado, acceso limitado y ningún acceso. Se encontró que el porcentaje de adolescentes con adecuado acceso a servicios de salud(33.8%) son el grupo de adolescentes que conoce la unidad o establecimiento de salud y además la ha visitado alguna vez, el porcentaje de adolescentes con limitado acceso a servicios de salud(28.5%) son aquellos adolescentes que tienen conocimientos sobre servicios de salud, sin embargo, no lo han visitado, el grupo de adolescentes que no tienen acceso a servicios de salud es del 37.7%.

Entre las principales razones por las cuales no acuden a un centro de salud se encontró que por falta de privacidad, horario no apropiado, no se sienten en confianza, consideran que los servicios no son amigables, no es necesario acudir y mucho tiempo de espera, estos son algunas de las barreras que enfrenta la población adolescente para acceder a los servicios de salud.

En el estudio casi la mitad ya tenía relaciones sexuales al momento de la entrevista, de estos el 23.7% había tenido su primera relación sexual a los 15 años o antes y el 16.5% después de los 15 años, el 28.7% había tenido de 1 a 4 parejas sexuales, sólo un 14% del total de adolescentes que tenían relaciones sexuales manifestó usar algún método anticonceptivo y sólo el 9.5% había usado el condón en las últimas tres relaciones

sexuales y un 16.5% ni una vez lo había usado, un 5%(96) de adolescentes se sintió presionado o presionada a tener relaciones sexuales, como expresión de la violencia sexual.

Según UNFPA (2010), aproximadamente cerca de 90% de los jóvenes en América Latina y el Caribe reportan conocer al menos un método anticonceptivo, pero entre el 48% y 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos, y entre aquellos que sí lo utilizaron, aproximadamente 40% de ellos no lo hacía regularmente.

El uso de métodos anticonceptivos modernos es bajo entre los adolescentes de 15 a 19 años, siendo la necesidad insatisfecha de 38% en Centroamérica. Esto está relacionado con las políticas y legislación vigentes que en algunos países son una barrera para el acceso a los servicios de SSR.

Los datos de ENDESA 2011/12, reportan que solamente el 42% de los adolescentes hombres de 15 a 18 años ha utilizado el preservativo en sus relaciones sexuales y que solo el 15% de las mujeres lo ha utilizado; la inyección anticonceptiva es la principal forma de protección de las mujeres aunque solo el 25% la utiliza. El segundo método más utilizado por los adolescentes hombres es el coito interruptus, mientras las mujeres adolescentes utilizan la píldora anticonceptiva y en tercer lugar el coito interruptus.

El estudio realizado por UNFPA-Nicaragua identificó que el 78% de mujeres de 10-24 años de edad, ya habían iniciado su vida sexual y había tenido su primer embarazo, usaba MAC, sin embargo, el uso de MAC es mucho menor entre las adolescentes que ya tienen relaciones sexuales, pero no han estado embarazadas: en esta situación se ubica el 10% de las de 15 a 16 años y el 25% de 17 a 19 años. En relación al uso del condón en la primera relación sexual, sólo lo hicieron 3 de cada 10 personas encuestadas de 15 a 24 años que habían iniciado su vida sexual. Se destaca mayor uso del condón en el grupo de varones de 15-16 años con un 37%.

En el análisis de vulnerabilidad de la población estudiada se identificaron categorías de adolescentes con diferentes niveles de vulnerabilidad: alta, media y baja, este índice de vulnerabilidad baja o alta, determina el embarazo a temprana edad y la prevalencia de

ITS y el VIH en el grupo de estudio, que tienen un impacto importante en la calidad de vida de la población adolescente y en sus proyectos de vida.

Las características de la población adolescente con alta vulnerabilidad son adolescentes que se encuentran fuera del sistema educativo, tienen entre 3 a 4 años de rezago educativo, actualmente tienen pareja, han iniciado vida sexual, no usan métodos anticonceptivos. En el grupo de adolescentes con bajo nivel de vulnerabilidad son adolescentes actualmente estudiando, con rezago de 1 a 2 años escolares, tienen acceso a información sobre sexualidad, a servicios de salud, no han tenido relaciones sexuales a los 15 años.

XI. CONCLUSIONES

1. Con respecto a las características sociodemográficas de la población estudiada se encontró que en su mayoría se encuentran en el sistema educativo formal, cursando estudios de secundaria, sin embargo, presentan un alto nivel de rezago educativo. La mayoría no trabajan, profesan algún tipo de religión y menos de la mitad han convivido con ambos referentes afectivos los últimos tres años.
2. Con respecto a la salud sexual y reproductiva se encontró que casi la mitad tenía pareja, de este grupo podían comunicarse hablar con su pareja sobre temas de sexualidad. Del total de adolescentes casi la mitad había tenido su primera relación sexual a los 15 años o antes, según grupos de edad, el grupo de 16 años fueron quienes iniciaron su primera relación sexual. La población estudiada no difiere de la población general.

En relación al acceso a información sobre sexualidad y el acceso y servicios de salud para adolescentes son limitados tomando en cuenta el contexto social en que se desenvuelven las y los adolescentes y el comportamiento sexual que se evidenció en el estudio.

Los principales determinantes que puedan afectar la salud sexual y reproductiva de la población de estudio son: inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, rezago educativo de más de cinco años, abandono de los estudios, número de parejas sexuales, presión para tener relaciones sexuales, no usa algún método anticonceptivo o su uso no es frecuente. Estos factores de riesgo conllevan a un embarazo no deseado o a la presencia de ITS y el VIH en la población adolescente.

En el estudio se concluye que los mejores predictores para el inicio de relaciones sexuales entre adolescentes es el sexo, la edad, el rezago escolar, la importancia de la religión y el acceso a servicios de salud adecuados.

3. En el estudio se evidencia que las categorías de vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva, se identifican adolescentes con rezago escolar de 3 a más de cinco años, adolescentes que han iniciado su primera relación antes de los 15 años, no usan métodos anticonceptivos, han tenido de 2 a más parejas sexuales y no tienen acceso a servicios de salud o es limitado.

4. Con los datos disponibles para el estudio se concluye que entre adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, la probabilidad de que la primera relación sexual haya ocurrido antes de los 15 años es diferente entre quienes tienen acceso a servicios de salud comparado con quienes no tienen acceso.

XII. RECOMENDACIONES

A instancias gubernamentales y no gubernamentales del sector social:

1. Socializar los resultados del estudio como generador de debate sobre las características de la población adolescente y su nivel de vulnerabilidad en relación a la salud sexual y reproductiva, en particular en lo relacionado al rezago escolar y el acceso a servicios de salud.

A instancias del sector educativas formadoras de recursos para el sector salud.

2. Promover la realización de estudios similares en otras zonas del país y contribuir a complementar el conocimiento basado en evidencias, acerca de las características de adolescentes y su grado de vulnerabilidad para la salud sexual y reproductiva.
3. Promover con las autoridades de salud que los sistemas de información nacionales elaboren informes de manera regular sobre la salud sexual y reproductiva de la población adolescente a partir de los determinantes sociales.
4. Fortalecer la capacidad de los proveedores de la atención primaria de salud a través de planes de formación continua sobre la atención integral a las y los adolescentes.
5. Para otros estudios de esta naturaleza es importante integrar en los instrumentos preguntas que permitan conocer el nivel económico de la población de estudio con preguntas sobre hacinamiento, ingreso familiar, número de personas trabajando. Asimismo se recomienda estructurar preguntas sobre edad de embarazo como una variable discreta y no como intervalo, incluir pregunta sobre el condón como método anticonceptivo y abordar preguntas sobre violencia sexual e intrafamiliar, como parte fundamental en el análisis de la salud sexual y reproductiva, es necesario integrar la variable edad de inicio de relaciones sexuales que se aproxime a la establecida en la ENDESA.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aranguren, José Olavarría y Molina Gutiérrez, Rodrigo. (2012). Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas. POLIS-Revista Latinoamericana.
2. CEPAL-UNFPA (2007). Fecundidad Adolescente en Nicaragua: Tendencias, Rasgos Emergentes y Orientaciones de Política. Serie de Población y Desarrollo.
3. CELADE, CEPAL (2011). La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994. Santiago de Chile.
4. CEPAL, UNICEF (2013). América Latina a 25 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Documento de Proyecto.
5. CERCA(2010). Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Documento de referencia 2010-2014. Nicaragua.
6. CERCA(2010). Estrategias de Incidencia Política Basada en Evidencia Generada por CERCA. Documento de Incidencia. 2010-2014.
7. CERCA(2014). Report on translation of policy research in policy measures. Incidencia Política Proyecto CERCA. Disponible en: http://southgroup.nl/Incidencia%20Politica%20Final_Espanol.pdf [Acceso el 29 de febrero del 2015].
8. De Meyer, Sara, Jaruseviciene Lina, Decat Peter, Zaborskis Apolinaras. Presentado por Marcia Ibarra(2013). Actitudes Positivas hacia igualdad de género contribuyen a una vida sexual sana y feliz de adolescentes en Bolivia y Ecuador. Seminario Iberoamericano de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Cuba.
9. Family Care International-UNFPA. (2012) Diagnóstico de Políticas y Programas para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
10. Guttmatcher Instituto (2008). Asegurar un mañana saludable en Centroamérica. Proteger la salud sexual y reproductiva de hoy. 2008.
11. OIJ, UNFPA, Family Care International (2012). Participar para Prevenir. Sistematización de la Experiencia de los Consejos de Adolescentes para la Prevención de Embarazos no Planificados. Madrid, España.
12. Orozco Miguel, Ibarra, Marcia (2013). Determinantes sociales y la salud sexual y reproductiva en Managua, Nicaragua 2011-2013. Seminario Iberoamericano de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Cuba.
13. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2011: La Adolescencia una Época de Oportunidades.

14. UNFPA- Nicaragua (2011). Proyecto Voz Joven. Línea de Base en 43 municipios de Nicaragua. 2011.
15. UNFPA-Nicaragua (2013). Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en 43 municipios de Nicaragua. Así andamos adolescentes y jóvenes. Programa Voz Joven.
16. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2009. Normas sociales de iniciación sexual entre adolescentes y relaciones de género. [Acceso el 20 de enero 2015]. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100015&script=sci_arttext&tlng=es.
17. Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile. Artículos. [Acceso el 20 de enero del 2015]. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/24spa00498.pdf>.
18. Hechos sobre Adolescencia en América Latina y el Caribe. [Acceso el 10 de septiembre del 2014]. http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP%281%29.pdf.
19. Organización de los Estados Americanos. Salud Sexual y Reproductiva. http://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp.
20. Secretaría del Gobierno Morelos (2005). Embarazo en adolescentes. Datos estadísticos elaborados por el Consejo Estatal de Población. [Acceso el 10 de septiembre del 2014]. http://www.coespomor.gob.mx/investigacion_poblacion/embarazo_adolescentes/embarazo_adolescente_abril_2014.pdf.
21. Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos. (2005) [Acceso el 09 de septiembre del 2014]
22. http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/pobreza_derechos.pdf.
23. UNFPA-México (2010). Salud Sexual y Reproductiva. [Acceso el 09 de septiembre del 2014]. <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>.
24. Organización de Estados Americanos (2015). Salud Sexual y Reproductiva. [Acceso el 10 de septiembre 2014]. http://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp
25. UNFPA-México (2010). Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y jóvenes. [Acceso el 15 de septiembre 2015]. http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php#

26. Diario La Prensa (2010). La epidemia del Tabaco. Entrevista al Dr. Francisco Landeros. Director Ejecutivo ICAD. [Acceso el 12 de septiembre del 2014]. <http://www.laprensa.com.ni/2010/08/29/revista/36094-tabaquismo-nicaragua>.
27. El Nuevo Diario (2010). Alcoholismo, una enfermedad que avanza en silencio. [Acceso el 20 de agosto del 2014]. <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2010/10/31/especiales/134106>.
28. INIDE-MINSA (2012). Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2011-2012. Informe preliminar. [Acceso el 12 de septiembre del 2014]. http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/Informepreliminar.pdf.
29. Sollar, Orielle(2007). Los determinantes sociales de la salud y la formulación de políticas públicas.pp.
30. OMS/OPS. Curso virtual Fundamentos de Determinantes Sociales de la Salud. Campus virtual de Salud Pública.
31. OPS(2005). Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Versión preliminar.
32. OPS/OMS. Unidad 1. Determinantes sociales en salud: valores, enfoques y perspectivas.
33. Murray, J. Nancy, Zabin Laurie S, et,al. Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de las relaciones sexuales en adolescents escolares urbanos en Chile. No. de especial de 1988.
34. Castillo Venerio, Marcelina(2007). Cambios en la fecundidad adolescente. Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de políticas.
35. Fundación Puntos de Encuentro. Revista La Boletina. País de niñas madres. Edición 91. Nicaragua.
36. OMS. Boletín de la OMS. Embarazos en la adolescencia: un problema culturalmente complejo. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es>. [Acceso el 20 de enero 2015].
37. OPS/OMS(2010). Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Washington, D.C.
38. Proyecto de Intervención CA2. Rezago educativo, generalidades y específico. Disponible en: <http://proyectodeintervencion-ca2.wikispaces.com/Rezago+educativo,+generalidades+y+espec%C3%ADfico>

39. CODENI(2015). Observatorio sobre derechos de niñez y adolescencia. Estadísticas sobre niñez y adolescencia. Embarazo en adolescentes. Disponible en: <http://www.codeni.org.ni/dev/proteccion-especial/embarazos-en-adolescentes/embarazos-en-adolescentes/>
40. Revista Scielo(2012). Estudio sobre prevalencia sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n1/v65n1a04.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información

ENCUESTA

Nombre y apellido del entrevistador(a):	Fecha de la entrevista: DD MM YY
Firma del entrevistador(a):	Barrio:
Sexo del entrevistador(a): H----- M-----	Nombre y apellido del supervisor y firma:

Introducción y consentimiento informado: Buenos días (tardes), mi nombre es... y trabajo para el Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS). Estamos visitando la comunidad para aplicar una encuesta sobre el estado de salud de los y las adolescentes. Tus respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los y las adolescentes en Nicaragua. La información que nos proporciones será estrictamente confidencial y solamente será utilizada para fines del presente estudio.

La encuesta tomará 30 minutos. Te gustaría participar? Sí o No.

Fecha de nacimiento del adolescente: 	Iniciales de los nombres y apellidos del adolescente:
--	---

Por favor, marca con una "X" la respuesta.

DATOS GENERALES		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 001	¿Cuál es tu sexo?	Mujer Hombre
P 002	¿En qué año naciste?
P 003	¿Actualmente trabajas?	Si No
P 004	¿Actualmente vas al colegio?	Si No
P 005	¿Cuál es el último grado que pasaste o aprobaste?	<input type="checkbox"/> Primaria, cuál? Secundaria, cuál? Universidad, cual? Técnico Programa alfabetización No sé Ninguno
P 006	¿Los últimos tres años, cuánto tiempo viviste junto con tu mamá?	No viví con mi mamá Viví 1 año o menos con mi mamá Viví entre 1 y 3 años con mi mamá Viví los 3 años con mi mamá

P 007	¿Los últimos tres años, cuánto tiempo viviste junto con tu papá?	No viví con mi papá Viví 1 año o menos con mi papá Viví entre 1 y 3 años con mi papá Viví los 3 años con mi papá
P 008	¿De qué material es la mayor parte del piso de tu casa?	Tierra Cemento o firme Mosaico madera u otros recubrimientos
P 009	¿Cuántos cuartos tiene tu casa (sin contar baños, pasillos y cocina)?
P 010	¿Tu casa tiene agua potable?	Si No No sé
P 011	¿Tu casa tiene servicios de alcantarillado (aguas negras)?	Si No No sé
P 012	¿A que religión perteneces?	Católica Evangélica <input type="checkbox"/> Otra, indica:
		Ninguna => SALTA A P014

P 013	¿Qué importancia tiene la religión en tu vida?	Muy importante Importante No tan importante No importante Nada importante No sé
P 014	¿Cuántos hijos tiene tu mamá? (incluyendote a ti)
P 015	¿A qué edad tu mamá tuvo su primer hijo/a?	Menos de 15 años Entre 15 y 18 años Más de 18 años No sé
P 016	¿Tienes algún hermano/hermana que tuvo un hijo antes de sus 18 años?	Si No No tengo hermanos No sé
P 017	¿Tienes una pareja / novio / novia en este momento?	No Si, desde hace cuanto? Indica:
AUTOESTIMA		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
	Indica si estás de acuerdo con lo siguiente:	

P 018	¿En general, piensas que tienes una vida feliz?	Totalmente de acuerdo Bastante de acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Bastante en desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 019	¿Piensas que puedes estar orgulloso/a de vos mismo/a?	Totalmente de acuerdo Bastante de acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Bastante en desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 020	¿Piensas que sos una buena persona?	Totalmente de acuerdo Bastante de acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Bastante en desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 021	¿Piensas que tienes algunas cualidades?	Totalmente de acuerdo Bastante de acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Bastante en desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 022	¿En general, sientes que sos una persona fracasada?	Totalmente de acuerdo Bastante de acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Bastante en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

PERCEPCIÓN DE GÉNERO		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
	Indica si estás de acuerdo con lo siguiente:	
P 023	Decir groserías es peor para una muchacha que para un muchacho.	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 024	En la familia, los muchachos deben ser más motivados que las muchachas para ir a la escuela.	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 025	En general, el papá debería tener más autoridad que la mamá en la toma de decisiones familiares.	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 026	El papá debería compartir el trabajo del hogar en actividades como el lavado de platos y de la ropa.	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
P 027	Las muchachas deberían preocuparse más por convertirse en buenas esposas y madres que en desear una carrera profesional o comercial.	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

P 028	Las muchachas deberían tener las mismas libertades que los muchachos.	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
-------	---	--

CONOCIMIENTOS Y BUSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD

No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 029	¿Consideras que manejas información suficiente en el tema de sexualidad, protección, embarazo, infecciones de transmisión sexual, etc...?	Si No No sé
P 030	¿Durante el ultimo año, cuantas veces has buscado información sobre el tema de sexualidad en folletos, libros de colegio, diccionarios, enciclopedias, internet y libros?	Ninguna vez => SALTA A P032
		1 vez 2 veces 3 veces Más de 3 veces No sé

P 031	¿Dónde buscas información sobre el tema de sexualidad, protección, embarazo, infecciones de transmisión sexual, etc...? (puedes anotar mas de una opción)	Folletos Libros de colegio Diccionario Enciclopedia Internet Libros <input type="checkbox"/> Otro, indica: En ninguna parte
-------	---	--

P 032	¿Puedes nombrar 3 temas relacionados con tu sexualidad de los cuales te gustaría actualmente recibir más información?
-------	---	-------------------------

COMUNICACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD

No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 033	¿ En general, cómo te sentís cuando se habla sobre el tema de sexualidad?	No tengo problemas para hablar sobre sexualidad Solamente me gusta hablarlo con algunas personas específicas Prefiero no hablarlo
P 034	¿Actualmente, sentís que puedes hablar con tus padres sobre tu sexualidad?	Si No A veces
P 035	¿Actualmente, sentís que puedes hablar con tu pareja/novio/novia sobre tu sexualidad?	No tengo pareja/novio/novia Si No A veces
P 036	¿Actualmente, sentís que puedes hablar con tus amigos/amigas sobre tu sexualidad?	Si No A veces

P 037	¿ Aparte de tus padres, pareja/novio/novia y amigos has hablado ya con otra persona sobre tu sexualidad? (puedes anotar mas de una opción)	No Si, con un hermano/a mayor Si, con otro miembro de mi familia Si, con un líder religioso Si, con un proveedor de salud <input type="checkbox"/> Si, otro, indica:
P 038	¿Con quién te gustaría comunicarte más sobre tu sexualidad? (puedes anotar más de una opción)	Mi mamá Mi papá Un/a profesor/a Personal de salud Mi pareja/novio/novia Mi mejor amigo/a Amigas/amigos Un líder religioso <input type="checkbox"/> Otro, indica: Nadie

SERVICIOS DE SALUD

No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 039	¿Conoces una clínica o centro de salud donde puedes consultar sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Si, indica: No => SALTA A P042
P 040	¿El último año has visitado alguna clínica o centro de salud para consultar sobre tu sexualidad?	Si => SALTA A P042 No

P 041	¿Según vos, cuáles son las tres razones por las cuales no visitas un centro de salud?	No sé dónde es el centro de salud (medico) El centro de salud es lejos No tengo dinero para acudir al centro de salud El horario de atención no es apropiado No me gusta esperar mucho El centro de salud no es amigables para los jóvenes No tengo confianza en el personal de salud En el centro de salud falta privacidad No me parece necesario de consultar sobre sexualidad Mi familia no me deja consultar en estos centros <input type="checkbox"/> Otro, indica:
P 042	¿Conoces algún proveedor de salud donde puedes pedir información sobre tu sexualidad? (puedes anotar más de una opción)	No => SALTA A P044 Si, un medico Si, una enfermera Si, un/a farmacéutico/a Si, una partera <input type="checkbox"/> Si, otro, indica:
P 043	¿El último año has visitado algún proveedor de salud para pedir información sobre tu sexualidad?	Si No

Hasta aquí la parte llenada por el ENCUESTADOR, favor indíquele al adolescente que de aquí en adelante el deberá de terminar de llenar la encuesta por razones de confidencialidad.

P 044	¿Ya tuviste relaciones sexuales (penetración)?	Si
		No
<p>EN CASO QUE <u>TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'SI'</u>, CONTINUE LLENANDO EL CUESTIONARIO</p>		
<p>EN CASO QUE <u>TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'NO'</u>, HAS LLEGADO AL FIN DE LA ENCUESTA</p> <p style="text-align: center;">Gracias por tu valiosa colaboración!</p>		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 045	¿ Que edad tenías cuando tuviste relación sexual (penetración) por primera vez?
P 046	¿Con cuantas personas diferentes has tenido relaciones sexuales en toda tu vida?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Más de 5
P 047	¿Has tenido relaciones sexuales con una persona sin estar enamorada/o?	Si No

P 048	¿Sentiste presión para tener relaciones sexuales porque muchas personas de tu edad ya las tienen?	Si No No sé
P 049	¿Cuando fue LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales?	Esta semana La semana pasada Hace dos semanas Hace tres semanas Hace un mes Hace tres meses o mas No sé
P 050	¿ LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales, por qué fue? (puedes anotar mas de una opción)	Yo tomé la iniciativa Mi pareja tomo la iniciativa Ambos tomamos la iniciativa Sucedió en el momento Estaba curiosa/o (tenia curiosidad) <input type="checkbox"/> Otro, indica: No sé
P 051	¿Cómo te sentiste LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales?	Fue una experiencia especial No fue una experiencia especial Fue una experiencia mala No sé <input type="checkbox"/> Otra, indica:

P 052	¿ ALGUNA VEZ vos (o tu pareja) han usado uno de los siguientes métodos? (puedes anotar mas de una opción)	No Si, la píldora Si, condones Si, T de cobre Si, implante Si, inyecciones Si, pastillas del día siguiente No sé
P 053	¿En LAS ULTIMAS TRES VECES que tuviste relaciones sexuales cuantas veces vos o tu pareja han usado el condón?	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces No sé
P 054	¿ EN ESTE MOMENTO andas un condón?	Si No
P 055	¿ ACTUALMENTE vos (o tu pareja) están usando uno de los siguientes métodos? (puedes anotar mas de una opción)	Si, la píldora Si, T de cobre Si, implante Si, inyecciones No No sé No tengo pareja en este momento
P 056	PARA MUCHACHAS: ¿Tu estas embarazada ahora o has estado embarazada alguna vez?	No => FIN!

		Si, ahora estoy embarazada Si, antes estuve embarazada
	PARA MUCHACHOS: ¿Ya has embarazado a alguien?	No => FIN! No sé
		Si, ahora mi pareja está embarazada Si, antes he embarazado a una chica
P 057	¿Cuántos años tenías cuando estabas embarazada o cuando has embarazado alguien?	Menos de 15 años Entre 15 y 18 años Más de 18 años
P 058	¿En este caso, tu (o tu pareja) has practicado algún aborto?	Si No No sé
P 059	¿Con que frecuencia tomas licor?	Nunca he tomado licor Una vez al mes Cada quince días Semanalmente Más que tres veces en la semana

Gracias por tu valiosa colaboración!

Anexo 2. Tabla No. 1. Número de adolescentes seleccionados según barrio

No	Barrio	Frecuencia	Porcentaje
1	22 de Enero	71	3.7%
2	Acahualinca	96	5.0%
3	Enrique Lorente	151	7.9%
4	Grenada	131	6.9%
5	Héroes y Mártires de Ayapal	107	5.6%
6	Hialeah III	90	4.7%
7	Isabel Urbina	68	3.6%
8	Jonathan González	172	9.0%
9	Julio Buitrago	101	5.3%
10	La Esperanza	126	6.6%
11	Macaraly	82	4.3%
12	Mártires de Pantasma	109	5.7%
13	Nora Astorga	32	1.7%
14	Pablo Úbeda	88	4.6%
15	Rafael Ríos	29	1.5%
16	Salomón Moreno	178	9.3%
17	Sur Villa Venezuela	184	9.6%
18	Villa Roma	93	4.9%
	Total	1,908	100.0%

Anexo 3. Tabla No. 2. Población de adolescente según barrio

No	Distrito	Barrio	Población (1,500-5,000)		Nivel de pobreza		Centro de Salud
			2005	2013	Pobres	Extremadamente pobres	
1	2	Achualinca	4,098	4,297	49.3	15.0	F. Morazán
2	2	J. Buitrago Norte y Sur	3,703	3,883	47.5	18.2	S. Flores
3	2	Alfredo Silva	1,614	1,692	34.8	29.5	F. Morazán
4	2	Rafael Ríos	1,499	1,572	46.3	24.4	F. Morazán
5	3	Andrés Castro	3,342	3,504	49.4	19.6	Altagracia
6	3	B. Calderón (El Prado)	3,005	3,151	48.4	18.0	Altagracia
7	3	Jonathan González	2,967	3,111	45.0	16.4	Altagracia
8	3	La Esperanza I y II	2,716	2,848	40.8	21.7	E. Lang
9	3	Hialeah III Etapa	2,629	2,757	45.0	18.8	E. Lang
10	3	H y M de Ayapal	2,041	2,140	42.8	19.2	Altagracia
11	3	SF. de Asís (El Rifle)	1,960	2,055	40.3	25.7	E. Lang
12	3	Pantanal (D3)	1,922	2,015	37.8	27.8	Altagracia
13	3	J. González IV Etapa	1,682	1,764	40.2	20.5	Altagracia
14	3	Villa Roma	1,621	1,700	50.0	15.2	E. Lang
15	3	Arges Sequeira	1,524	1,598	40.2	26.2	E. Lang
16	3	Nora Astorga	1,630	1,709	34.0	15.0	E. Lang
17	4	Las Torres	4,400	4,614	34.8	29.3	Fco. Buitrago
18	4	Quintanina (B. V.)	3,631	3,807	38.6	28.4	Fco. Buitrago
19	4	Barrio Barricada	2,466	2,586	45.4	19.0	Fco. Buitrago
20	5	Cuba Libre	2,985	3,130	48.8	15.4	C. Rugama
21	5	Enrique Lorente	2,790	2,926	46.6	16.8	C. Rugama
22	5	Mártires de Pantasma	2,779	2,914	46.9	17.6	P. Altamirano
23	5	Grenada	2,604	2,731	45.0	18.3	P. Altamirano
24	5	Vistas Al Xolotlán	2,275	2,386	39.5	29.9	P. Altamirano
25	5	Shick # 1 (Macaraly)	2,176	2,282	46.3	18.9	C. Rugama
26	5	R. Polanco (Open # 1)	2,126	2,229	45.2	17.9	C. Rugama
27	5	S. Moreno (Open # 2)	2,102	2,204	42.1	22.1	C. Rugama
28	5	Sur Villa Venezuela	2,040	2,139	46.2	19.4	V. Venezuela
29	5	Pablo Úbeda	1,882	1,973	49.7	13.9	P. Altamirano
30	5	22 de Enero	1,727	1,811	42.7	22.2	P. Altamirano
31	5	Bariloche	1,689	1,771	48.3	17.1	C. Rugama
32	5	Aquí Nicaragua	1,655	1,735	43.8	26.5	C. Rugama
33	5	Isabel Urbina	2,039	2,138	26.0	23.0	C. Rugama
34	6	La Primavera (C. S.)	4,327	4,537	49.2	19.6	S. Ferrufino
35	6	La Primavera (Chorizo)	3,097	3,247	39.8	22.0	S. Ferrufino
		Total	86,743	90,958			

Fuente: Elaboración propia con datos de INIDE. Managua en Cifras. Página 4. Cuadro 1. Marzo del 2008. INIDE. Estimaciones y Proyecciones de Población, revisión 2007. Cuadro Anexo 3.1. Página. 97.

Anexo 5: Selección de barrios por centros de salud

No	Distrito	Barrio	Población (1,500-5,000)		Nivel de pobreza		Centro de Salud
			2005	2013	Pobres	Extremada mente pobres	
1	5	22 de Enero	1,727	1,811	42.7	22.2	Pedro Altamirano
2	2	Acahualinca	4,098	4,297	49.3	15.0	Francisco Morazán
3	5	Enrique Lorente	2,790	2,926	46.6	16.8	Carlos Rugama
4	5	Grenada	2,604	2,731	45.0	18.3	Pedro Altamirano
5	3	HyM de Ayapal	2,041	2,140	42.8	19.2	Altagracia
6	3	Hialeah III Etapa	2,629	2,757	45.0	18.8	Edgard Lang
7	5	Isabel Urbina	2,039	2,138	26.3	23.2	Carlos Rugama
8	3	J. González IV Etapa	1,682	1,764	40.2	20.5	Altagracia
9	2	J. Buitrago Norte y Sur	3,703	3,883	47.5	18.2	Sócrates Flores
10	3	La Esperanza I y II	2,716	2,848	40.8	21.7	Edgard Lang
11	5	Mártires de Pantasma	2,779	2,914	46.9	17.6	Pedro Altamirano
12	3	Nora Astorga	1,630	1,709	33.9	15.2	Edgard Lang
13	5	Pablo Úbeda	1,882	1,973	49.7	13.9	Pedro Altamirano
14	2	Rafael Ríos	1,499	1,572	46.3	24.4	Francisco Morazán
15	5	S. Moreno (Open # 2)	2,102	2,204	42.1	22.1	Carlos Rugama
16	5	Shick # 1 (Macaraly)	2,176	2,282	46.3	18.9	Carlos Rugama
17	5	Sur V. Venezuela	2,040	2,139	46.2	19.4	Villa Venezuela
18	3	Villa Roma	1,621	1,700	50.0	15.2	Edgard Lang

Anexo 4. Tabla No. 3. Aspectos tratados por los diferentes modelos de la determinación de la salud.

Principales factores determinantes de la salud de la población y sus diferenciales	Modelos de Determinantes Sociales de la Salud. Autores y años						
	Laframboise 1974	Dahlgren y Whitehead. 1991	Diderichsen et al. 1998	Mackenbach et al	Wilkinson y Marmot 2003	Comisión de Determinantes Sociales 2005	Adolfo Álvarez y colaboradores
Contexto político y			X				X
Situación		X		X		X	X
Redes de apoyo		X			X	XX	X
Educación			X			X	X
Empleo y		X	X		X	X	X
Entorno	X			X	X		X
Entorno físico							X
Estilos de vida	X	X		X		X	X
Desarrollo sano				X	X		X
Biología humana	X	X					X
Sistema y	X	X					X
Género		X	X			X	X
Cultura				X			X
Estrés		X		X			X
Exclusión social		X	X		X	X	
Desempleo					X		X
Adicción					X		X
Alimento y		X			X	X	X
Transportación					X		X
Vivienda		X					X
Residuales							X
Energía							X
Industria							X
Urbanización							X
Agua							X
Radiación							X
Nutrición y salud		X					X

Anexo 5. Tabla de Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
1. Identificar las características sociodemográficas de la población adolescente encuestada de 18 barrios de Managua.	Edad informada	Número de años cumplidos expresados al momento de la entrevista.	Edad referida al momento de la entrevista.	Nominal 1 2 3 4	1= 15 años 2= 16 años 3= 17 años 4= 18 años
	Sexo	Se identifica si es hombre o mujer.	Sexo identificado al momento de la entrevista.	Nominal: M H	M: Masculino F: Femenino
	Estudia	Se refiere a que si la persona está inserta en el sistema de educación formal.	Estudia o no al momento de la entrevista	Nominal: 1 2	1= Sí 2= No
	Escolaridad alcanzada	Nivel académico en el que se encuentran las y los adolescentes, según número de años de estudio formal aprobados.	Último grado aprobado al momento de la entrevista.	Ordinal: 1 2 3 4 5 6	1= Ninguna 2= Primaria de 1 a 3 3= Primaria de 4 a 6 4= Secundaria 1 a 2 5= Secundaria 3 a 5 6= Universidad

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
1. Identificar las características sociodemográficas de la población adolescente encuestada de 18 barrios de Managua.	Rezago escolar	Número de años –si lo hubiese– de diferencia entre el nivel de escolaridad óptimo para la edad con el nivel de escolaridad observado.	Relación entre la edad cronológica y el nivel de escolaridad que le corresponde según la currícula escolar establecida en el país.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= 1 a 2 años 2= 3 a 4 años 3= 5 o más años 4= Sin rezago 5= No estudia
	Trabaja	Desempeño de alguna actividad económica para garantizar su subsistencia y perciben remuneración económica.	Trabajan o no en el sector formal o informal.	Nominal: 1 2	1=Sí trabaja 2= No trabaja
	Tiempo de vivir con su mamá en los últimos tres años	En los últimos 3 años, cuánto tiempo ha vivido con el referente materno.	Refieren que viven o no con la madre durante un periodo de tiempo.	Intervalo: 1 2 3 4	1=Viví los 3 años. 2=Viví entre 1 y 3 años. 3=Viví un año o menos. 4=No viví del todo.
	Tiempo de vivir con su papá en los últimos tres años	En los últimos 3 años, cuánto tiempo ha vivido con el referente paterno.	Refieren que viven o no con el padre durante un periodo de tiempo.	Intervalo: 1 2 3 4	1=Viví los 3 años. 2=Viví entre 1 y 3 años. 3=Viví un año o menos. 4=No viví del todo.

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
1. Identificar las características sociodemográficas de la población adolescente encuestada de 18 barrios de Managua.	Tiempo de convivencia con referentes primarios.	Presencia de uno o más referentes afectivos primarios o ambos en el hogar donde vive el adolescente durante determinado tiempo.	Refieren que viven o no con el padre o la madre durante un periodo de tiempo.	Intervalo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9	1= Todo el tiempo con ambos. 2= Todo el tiempo sólo con mamá. 3= Todo el tiempo sólo con papá. 4= Todo el tiempo con mamá y parte con papá. 5= Todo el tiempo con papá y parte con mamá 6= Parte del tiempo con ambos 7= Parte del tiempo sólo con mamá 8= Parte del tiempo sólo con papá 9= Todo el tiempo con ninguno
	Calidad de la vivienda	Se refiere a la estructura física de la vivienda.	Se define con categorías de las condiciones de la vivienda.	Nominal 1 2	1: Buena 2: Mala

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
1. Identificar las características sociodemográficas de la población adolescente encuestada de 18 barrios de Managua.	Religión	Profesan algún credo religioso.	Expresan que practican o no alguna religión al momento de la entrevista.	Nominal: 1 2 3 4	1= Evangélica 2= Católica 3= Otra 4= Ninguna
	Importancia de la religión	Significado de la religión en la vida de las y los adolescentes.	Valoración de importante o nada importante la religión en la vida de las y los adolescentes.	Nominal: 1 2	1= Sí 2= No
	Número de hijos de la madre.	Cantidad de hijos nacidos vivos de las madres de las y los adolescentes.	No de hijos e hijas de la madre.	Intervalo: 1 2 3 4 5	1=1 2= 2-3 3= 4-6 4= 7 a 9 5= 10 a más

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
1. Identificar las características sociodemográficas de la población adolescente encuestada de 18 barrios de Managua.	Edad de la madre al nacimiento del primer hijo.	Número de años cumplidos la madre cuando tuvo su primer hijo.	Años cumplidos de la madre al nacimiento del primer hijo.	Intervalo: 1 2 3 4	1= Menos de 15 años 2= 15 y 18 años 3=Más de 18 años 4=No sabe
	Hermana o hermano con primer hijo antes de tener 18 años.	Hermano o hermana del adolescente entrevistado que tuvo su primer hijo antes de tener 18 años	Edad referida al momento de la entrevista	Nominal: 1 2 3	1=Sí 2= No 3= No aplica
	Madre o hermana con primer hijo antes de tener 18 años.	Identificación de embarazos a temprana edad en el entorno familiar.	Adolescente que expresa que tanto la madre como un hermano/a tuvo su primer hijo antes de tener 18 años.	Nominal: 1 2	1= Sí 2= No
	Tiene novio/a o pareja	Situación en que se encuentra el o la adolescente en relación a la pareja al momento de la entrevista.	El/la adolescente expresa tener pareja al momento de la entrevista.	Nominal: 1 2	1=Sí 2= No

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Percepción de una vida feliz.	Se refiere a si la persona percibe de manera subjetiva que tiene una vida feliz.	Expresar acuerdo o desacuerdo en relación a percibir tener una vida feliz.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
	Percepción: Estoy orgulloso/a de mí mismo/a.	Se refiere que la persona reconoce o no sentirse orgulloso de sí mismo.	Expresar acuerdo o desacuerdo en relación a sentirse orgulloso de sí mismo	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18	Percepción: 'Soy una buena persona.'	Se percibe como una persona buena al momento de la entrevista.	Expresar acuerdo o desacuerdo en relación a sentirse orgulloso de sí mismo.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
barrios de Managua.	Percepción: 'Tengo cualidades.'	Reconocimiento de cualidades.	Expresa acuerdo o desacuerdo en relación a percibirse con cualidades al momento de la entrevista.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Percepción: 'Sou un fracasado/a.'	Se identifica como una persona no exitosa en su vida al momento de la entrevista.	Expresa acuerdo o desacuerdo en relación a percibirse con cualidades al momento de la entrevista.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
	En la familia, los muchachos deben ser más motivados que las muchachas para ir a la escuela.	Percepción de que los hombres tienen derecho a la educación y es a ellos que se debe priorizar en la familia.	Expresa acuerdo o desacuerdo con la aseveración que son los hombres quienes deben estudiar.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	En general, el papá debería tener más autoridad que la mamá en la toma de decisiones familiares.	Percepción que son los hombres quienes deben tener mayor autoridad en la familia.	Expresa de acuerdo o desacuerdo de que el padre debe tener más autoridad en la familia.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
	El papá debería compartir el trabajo del hogar en actividades como el lavado de platos y de la ropa.	Percepción que las responsabilidades en el hogar deberían ser compartidas entre los padres y las madres.	Expresa estar de acuerdo o en desacuerdo que las responsabilidades deben ser compartidas entre el padre y la madre.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Las muchachas deberían preocuparse más por convertirse en buenas esposas y madres que en desear una carrera profesional o comercial.	Percepción que son las mujeres quienes deben asumir responsabilidades en el ámbito familiar y no en el ámbito público.	Expresa estar de acuerdo o en desacuerdo que las mujeres deben asumir un rol sólo en el ámbito familiar.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
	Las muchachas deberían tener las mismas libertades que los muchachos.	Percepción que las mujeres y hombres tienen las mismas libertades.	Expresa estar de acuerdo o en desacuerdo que las mujeres y hombres tienen las mismas libertades.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1= Totalmente de acuerdo 2= Bastante de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= Bastante en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
	Cuenta con información suficiente sobre sexualidad	Manejo suficiente de información sobre sexualidad.	Expresa sí o no maneja suficiente información sobre sexualidad.	Nominal: 1 2 3	1= Sí 2= No 3= No sabe

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Confianza para hablar sobre sexualidad	Facilidad de abordar estos temas frente a otras personas.	Responde sí tiene o no problemas para abordar temas sobre sexualidad.	Nominal: 1 2 3	1= No hay problema 2=Prefiere no hablarlo 3=Solamente con algunas personas
	Confianza con los padres para hablar de sexualidad	Facilidad de abordar estos temas frente con su padre o madre.	Responde sí o no puede hablar con sus padres sobre sexualidad.	Nominal: 1 2	1= Sí 2=No
	Confianza con la pareja para hablar de sexualidad	Facilidad de abordar estos temas con la pareja.	Responde sí o no para hablar con su pareja sobre sexualidad.	Nominal: 1 2 3	1= Sí 2=No 3= No aplica.
	Confianza con las y los amigos para hablar de sexualidad	Facilidad de abordar estos temas con los amigos.	Responde sí o no para hablar con los amigos sobre sexualidad.	Nominal: 1 2	1= Sí 2=No
	Hablar de sexualidad con otras personas	Reconocimiento de otras personas para abordar temas sobre sexualidad.	Responde sí o no para hablar con otras personas sobre sexualidad.	Nominal: 1 2	1= Sí 2=No

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Acceso a información sobre sexualidad.	Índice que relaciona el estar o no en el sistema educativo formal, la autovaloración de disponer de información suficiente sobre sexualidad y el número de veces que en el último año buscó información sobre sexualidad.	Número de veces que ha buscado información sobre temas de sexualidad	Ordinal: 1 2 3	1= Adecuado: combinación de estar en el sistema educativo, con disponer información suficiente y haber buscado al menos una vez información 2= Limitado: combinación de estar en el sistema educativo, con disponer de información y que no ha realizado búsqueda de información en el último año 3= Ninguno: Combinación de no estar en el sistema educativo, no disponer de información suficiente, indistintamente si realizó búsqueda de información durante el último año.

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Acceso a servicios de salud	<p>Disponibilidad de servicios de salud para abordar temas de sexualidad</p> <p>Visita alguna clínica o centro de salud para abordar temas de sexualidad en el último año.</p> <p>Barreras que limitan la accesibilidad y la utilización de servicios de salud</p>	<p>Identifica alguna clínica o centro de salud para consultar sobre temas de sexualidad.</p> <p>Razones por las cuales no visita un centro de salud</p>	<p>Ordinal:</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>1= Adecuado: Combinación de conocer alguna clínica de atención en salud sexual o reproductiva, haber visitado en el último año esa clínica y conocer de algún proveedor comunitario de servicios de promoción y prevención.</p> <p>2= Limitado: combinación de conocer clínica y no conocer proveedor de promoción y prevención y viceversa.</p> <p>3= Ninguno: combinación de no conocer clínica ni proveedor de promoción y prevención.</p>
	Inicio de vida sexual.	Primera experiencia sexual	Ha tenido o no relaciones sexuales con penetración.	<p>Nominal:</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>1= Sí</p> <p>2= No</p>

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Primera relación sexual a los 15 años o antes	Edad que tuvo su primera experiencia sexual.	Número de años cumplidos cuando inició a tener relaciones sexuales.	Nominal: 1 2 3	1= Sí, primera relación sexual fue a los 15 años o antes. 2=No, primera relación sexual fue después de los 15 años. 3=No aplica, no ha tenido relaciones sexuales.
	Número de parejas sexuales	Se refiere a tener relaciones sexuales con más de una pareja.	Número de parejas sexuales al momento de la entrevista.	Ordinal: 1 2 3 4 5	1=0 2=1 3=2 4=3 a 4 5=5 o más
	Relaciones sexuales sin estar enamorado	Se refiere a identificar las razones que inducen a tener relaciones sexuales.	Responde sí o no ha tenido relaciones sexuales sin tener algún afecto al momento de la entrevista.	Nominal 1 2 3	1= Sí 2= No 3= No aplica

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Presión para tener relaciones sexuales	Influencia de las y los amigos para iniciar las relaciones sexuales.	Al momento de la entrevista refieren sí o no han sido presionados para tener RS	Nominal: 1 2 3	1=Sí 2= No 3= No aplica
	Usa actualmente MAC	Uso actual de MAC en las RS	Refieren usar actualmente algún MAC.	Nominal: 1 2 3	1= Sí 2= No 3=No aplica
	Uso consistente del condón	Identificación del uso consistente del condón en las relaciones sexuales.	Frecuencia de uso de condón en las últimas 3 veces que tuvo RS	Ordinal 1 2 3 4 5	1= En las tres veces 2=En dos veces 3=Sólo una vez 4= Ninguna vez 5=No aplica

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicador metodológico	Escala	Valor
2. Identificar los principales determinantes psicosociales que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 18 barrios de Managua.	Mujeres adolescentes han estado embarazada	Identificación de relaciones sexuales sin protección.	Reconocieron estar o no embarazadas al momento de la entrevista	Nominal: 1 2 3	1= Sí 2= No 3= No aplica

Cuadros de frecuencia

Cuadro 1.a. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Edad informada			
15 años	514	26.9	25.0 - 29.0
16 años	486	25.5	23.5 - 27.5
17 años	475	24.9	23.0 - 26.9
18 años	433	22.7	20.8 - 24.7
Sexo			
Masculino	898	47.1	44.8 - 49.3
Femenino	1,010	52.9	50.7 - 55.2
Estudia			
Sí	1,518	79.6	77.7 - 81.3
No	390	20.4	18.7 - 22.3
Escolaridad alcanzada			
Ninguna	2	0.1	0.0 - 0.4
Primaria 1 a 3	18	0.9	0.6 - 1.5
Primaria 4 a 6	202	10.6	9.3 - 12.1
Secundaria 1 a 2	581	30.5	28.4 - 32.6
Secundaria 3 a 5	1,010	52.9	50.7 - 55.2
Universitaria	95	5.0	4.1 - 6.1
Rezago escolar			
1 a 2 años	612	32.1	30.0 - 34.2
3 a 4 años	280	14.7	13.1 - 16.4
5 o más años	70	3.7	2.9 - 4.6
Sin rezago	556	29.1	27.1 - 31.2
No estudia	390	20.4	18.7 - 22.3
Trabaja			
Sí	312	16.4	14.7 - 18.1
No	1,596	83.6	81.9 - 85.3
Tiempo de vivir con su mamá en los últimos tres años			
3 años	1,574	82.5	80.7 - 84.2
Entre 1 y 3 años	55	2.9	2.2 - 3.8
1 año o menos	33	1.7	1.2 - 2.4
No ha vivido con ella	246	12.9	11.4 - 14.5
Total	1,908	100.0	

Cuadro 1.b. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Tiempo de vivir con su papá en los últimos tres años			
3 años	911	47.7	45.5 - 50.0
Entre 1 y 3 años	78	4.1	3.3 - 5.1
1 año o menos	50	2.6	2.0 - 3.5
No ha vivido con él	869	45.5	43.3 - 47.8
Tiempo de vivir con sus referentes primarios			
Todo el tiempo con ambos	833	43.7	41.4 - 45.9
Todo el tiempo sólo con mamá	649	34.0	31.9 - 36.2
Todo el tiempo sólo con papá	65	3.4	2.7 - 4.3
Todo el tiempo con mamá y parte con papá	92	4.8	3.9 - 5.9
Todo el tiempo con papá y parte con mamá	13	0.7	0.4 - 1.2
Parte del tiempo con ambos	33	1.7	1.2 - 2.4
Parte del tiempo sólo con mamá	42	2.2	1.6 - 3.0
Parte del tiempo sólo con papá	3	0.2	0.0 - 0.5
Todo el tiempo con ninguno	178	9.3	8.1 - 10.7
Calidad de la vivienda			
Buena	1,395	73.1	71.1 - 75.1
Mala	513	26.9	24.9 - 28.9
Religión a la que pertenece			
Evangélica	785	41.1	38.9 - 43.4
Católica	534	28.0	26.0 - 30.1
Otra	44	2.3	1.7 - 3.1
Ninguna	545	28.6	26.6 - 30.7
Importancia de la religión			
Sí	1,216	63.7	61.5 - 65.9
No	692	36.3	34.1 - 38.5
Total	1,908	100.0	

Cuadro 1.c. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Número de hijos que ha tenido la mamá			
1	78	4.1	3.3 - 5.1
2 a 3	997	52.3	50.0 - 54.5
4 a 6	673	35.3	33.1 - 37.5
7 a 9	137	7.2	6.1 - 8.5
10 ó más	23	1.2	0.8 - 1.8
Edad de la mamá al nacimiento del primer hijo			
Menos de 15	60	3.1	2.4 - 4.1
15 a 18	616	32.3	30.2 - 34.4
Más de 18	707	37.1	34.9 - 39.3
No sabe	525	27.5	25.5 - 29.6
Hermana o hermano con primer hijo antes de tener 18 años			
Sí	443	23.2	21.4 - 25.2
No	1,394	73.1	71.0 - 75.0
No aplica	71	3.7	2.9 - 4.7
Madre o hermana con primer hijo antes de tener 18 años			
Sí	940	49.3	47.0 - 51.5
No	968	50.7	48.5 - 53.0
Tiene novio/a o pareja			
Sí	903	47.3	45.1 - 49.6
No	1,005	52.7	50.4 - 54.9
Percepción: 'Tengo una vida feliz'			
Totalmente de acuerdo	754	39.5	37.3 - 41.8
De acuerdo	755	39.6	37.4 - 41.8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	278	14.6	13.0 - 16.3
En desacuerdo	83	4.4	3.5 - 5.4
Totalmente en desacuerdo	38	2.0	1.4 - 2.8
Total	1,908	100.0	

Cuadro 1.d. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Percepción: 'Estoy orgulloso/a de mí mismo/a'			
Totalmente de acuerdo	852	44.7	42.4 - 46.9
De acuerdo	828	43.4	41.2 - 45.7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	149	7.8	6.7 - 9.1
En desacuerdo	59	3.1	2.4 - 4.0
Totalmente en desacuerdo	20	1.0	0.7 - 1.6
Percepción: 'Soy una buena persona'			
Totalmente de acuerdo	732	38.4	36.2 - 40.6
De acuerdo	876	45.9	43.7 - 48.2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	234	12.3	10.8 - 13.8
En desacuerdo	46	2.4	1.8 - 3.2
Totalmente en desacuerdo	20	1.0	0.7 - 1.6
Percepción: 'Tengo cualidades'			
Totalmente de acuerdo	647	33.9	47.7 - 52.3
De acuerdo	954	50.0	8.8 - 11.6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	193	10.1	3.2 - 5.0
En desacuerdo	76	4.0	1.4 - 2.8
Totalmente en desacuerdo	38	2.0	0.0 - 0.0
Percepción: 'Soy un/a fracasado/a'			
Totalmente de acuerdo	35	1.8	1.3 - 2.6
De acuerdo	87	4.6	3.7 - 5.6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	163	8.5	7.3 - 9.9
En desacuerdo	721	37.8	35.6 - 40.0
Totalmente en desacuerdo	902	47.3	45.0 - 49.5
Total	1,908	100.0	

Cuadro 1.e. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Percepción: 'Los muchachos deben ser más motivados que las muchachas para ir a la escuela'			
Totalmente de acuerdo	202	10.6	9.3 - 12.1
De acuerdo	492	25.8	23.8 - 27.8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0.0	0.0 - 0.0
En desacuerdo	923	48.4	46.1 - 50.6
Totalmente en desacuerdo	291	15.3	13.7 - 17.0
Percepción: 'el papá debería tener más autoridad que la mamá en la toma de decisiones familiares'			
Totalmente de acuerdo	189	9.9	8.6 - 11.4
De acuerdo	284	14.9	13.3 - 16.6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0.0	0.0 - 0.0
En desacuerdo	1,069	56.0	53.8 - 58.3
Totalmente en desacuerdo	366	19.2	17.5 - 21.0
Percepción: 'el papá debería participar en los quehaceres del hogar'			
Totalmente de acuerdo	602	31.6	29.5 - 33.7
De acuerdo	1,054	55.2	53.0 - 57.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0.0	0.0 - 0.0
En desacuerdo	192	10.1	8.8 - 11.5
Totalmente en desacuerdo	60	3.1	2.4 - 4.1
Total	1,908	100.0	

Cuadro 1.f. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Percepción: 'las muchachas deberían preocuparse por convertirse en buenas esposas y madres que en una carrera profesional'			
Totalmente de acuerdo	183	9.6	8.3 - 11.0
De acuerdo	335	17.6	15.9 - 19.4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0.0	0.0 - 0.0
En desacuerdo	1,021	53.5	51.2 - 55.8
Totalmente en desacuerdo	369	19.3	17.6 - 21.2
Percepción: 'las muchachas deberían tener las mismas libertades que los muchachos'			
Totalmente de acuerdo	597	31.3	29.2 - 33.4
De acuerdo	751	39.4	37.2 - 41.6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0.0	0.0 - 0.0
En desacuerdo	408	21.4	19.6 - 23.3
Totalmente en desacuerdo	152	8.0	6.8 - 9.3
Cuenta con información suficiente sobre sexualidad			
Sí	1,299	68.1	65.9 - 70.2
No	455	23.8	22.0 - 25.8
No sabe	154	8.1	6.9 - 9.4
Confianza para hablar sobre la sexualidad			
No hay problema	1,014	53.1	50.9 - 55.4
Prefiere no hablar sobre eso	382	20.0	18.3 - 21.9
Solamente con algunas personas	512	26.8	24.9 - 28.9
Puede hablar con sus padres sobre sexualidad			
Sí	1,152	60.4	58.1 - 62.6
No	756	39.6	37.4 - 41.9
Total	1,908	100.0	

Cuadro 1.g. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Puede hablar con su pareja sobre sexualidad			
Sí	719	37.7	35.5 - 39.9
No	204	10.7	9.4 - 12.2
No aplica	985	51.6	49.4 - 53.9
Puede hablar con amigos sobre sexualidad			
Sí	1,380	72.3	70.2 - 74.3
No	528	27.7	25.7 - 29.8
Puede hablar con otras personas sobre sexualidad			
Sí	873	45.8	43.5 - 48.0
No	1,035	54.2	52.0 - 56.5
Acceso a información sobre sexualidad			
Adecuado	1,093	57.3	55.0 - 59.5
Limitado	651	34.1	32.0 - 36.3
Ninguno	164	8.6	7.4 - 10.0
Acceso a servicios de salud			
Adecuado	645	33.8	31.7 - 36.0
Limitado	543	28.5	26.5 - 30.6
Ninguno	720	37.7	35.6 - 40.0
Ha tenido relaciones sexuales			
Sí	766	40.1	37.9 - 42.4
No	1,142	59.9	57.6 - 62.1
Primera relación sexual fue a los 15 años o antes			
Sí	452	23.7	21.8 - 25.7
No	314	16.5	14.8 - 18.2
No aplica	1,142	59.9	57.6 - 62.1
Número de parejas sexuales			
0	1,142	59.9	57.6 - 62.1
1	401	21.0	19.2 - 22.9
2	147	7.7	6.6 - 9.0
3 a 4	131	6.9	5.8 - 8.1
5 o más	87	4.6	3.7 - 5.6
Ha tenido relaciones sexuales sin estar enamorado/a			
Sí	308	16.1	14.5 - 17.9
No	458	24.0	22.1 - 26.0
No aplica	1,142	59.9	57.6 - 62.1
Total	1,908	100.0	

Cuadro 1.h. Distribución de frecuencias de los participantes según características seleccionadas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Sintió presión para tener relaciones sexuales			
Sí	96	5.0	4.1 - 6.1
No	670	35.1	33.0 - 37.3
No aplica	1,142	59.9	57.6 - 62.1
Actualmente usa Método Anticonceptivo			
Sí	267	14.0	12.5 - 15.7
No	499	26.2	24.2 - 28.2
No aplica	1,142	59.9	57.6 - 62.1
Uso de condón en las últimas 3 veces que tuvo relaciones sexuales			
En las tres veces	181	9.5	8.2 - 10.9
En dos veces	115	6.0	5.0 - 7.2
Sólo una vez	156	8.2	7.0 - 9.5
Ninguna vez	314	16.5	14.8 - 18.2
No aplica	1,142	59.9	57.6 - 62.1
Ocurrencia de embarazo			
Sí	225	11.8	10.4 - 13.3
No	541	28.4	26.4 - 30.4
No aplica	1,142	59.9	57.6 - 62.1
Total	1,908	100.0	

Cuadros de análisis bivariado

Cuadro 2.a. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Edad informada									
15 años	28.3	25.7					23.5	1.6	35.3**
16 años	25.6	25.3					27.9	12.1	28.2
17 años	25.1	24.8					24.6	38.9	21.2
18 años	21.0	24.2					24.1	47.5	15.3
Sexo									
Masculino			49.4	47.3	47.4	43.6	56.6	42.7	44.5**
Femenino			50.6	52.7	52.6	56.4	43.4	57.3	55.5
Estudia									
Sí	82.3	77.1**	88.9	84.2	74.9	68.4**	64.8	62.7	90.0**
No	17.7	22.9	11.1	15.8	25.1	31.6	35.2	37.3	10.0
Escolaridad alcanzada									
Ninguna	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2**	0.4	0.0	0.0
Primaria 1 a 3	1.0	0.9	1.8	0.0	1.1	0.9	1.5	0.0	1.0
Primaria 4 a 6	10.8	10.4	16.1	10.3	9.1	6.0	14.4	7.3	10.0
Secundaria 1 a 2	33.2	28.0	43.8	29.2	22.7	24.5	37.2	25.8	29.1
Secundaria 3 a 5	51.0	54.7	38.3	59.7	59.6	55.4	44.2	58.6	54.8
Universitaria	4.0	5.8	0.0	0.8	7.4	12.9	2.2	8.3	5.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/ $p < 0.05$ | **/ $p < 0.01$

Cuadro 2.b. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Rezago escolar									
1 a 2 años	34.0	30.4**	37.9	29.6	31.6	28.4**	25.4	28.7	35.6**
3 a 4 años	17.4	12.3	11.7	15.2	13.3	19.2	15.7	12.1	15.0
5 o más años	4.1	3.3	2.3	1.4	5.3	6.0	4.0	2.9	3.8
Sin rezago	26.8	31.2	37.0	37.9	24.8	14.8	19.7	19.1	35.6
No estudia	17.7	22.9	11.1	15.8	25.1	31.6	35.2	37.3	10.0
Trabaja									
Sí	21.5	11.8**	11.1	15.4	16.6	23.3**	22.3	20.1	13.0**
No	78.5	88.2	88.9	84.6	83.4	76.7	77.7	79.9	87.0
Vive con su mamá los últimos 3 años									
Los 3 años	85.2	80.1*	85.8	85.8	81.1	76.4**	76.1	72.0	87.9**
Entre 1 y 3 años	2.0	3.7	1.8	1.9	4.8	3.2	3.8	5.4	1.8
Menos de 1 año	1.2	2.2	1.8	1.4	1.1	2.8	2.4	4.1	0.8
No vivió con ella	11.6	14.1	10.7	10.9	13.1	17.6	17.7	18.5	9.5
Vive con su papá los últimos 3 años									
Los 3 años	49.2	46.4	49.4	49.2	47.6	44.3	40.0	41.1	52.6**
Entre 1 y 3 años	4.1	4.1	3.5	3.7	5.1	4.2	4.9	3.8	3.9
Menos de 1 año	2.7	2.6	2.5	3.3	2.5	2.1	2.4	4.1	2.3
No vivió con él	44.0	46.9	44.6	43.8	44.8	49.4	52.7	51.0	41.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/ $p < 0.05$ | **/ $p < 0.01$

Cuadro 2.c. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Vive									
Todo tiempo ambos	44.9	42.6*	45.1	46.1	43.4	39.5	36.3	36.3	48.6**
Todo tiempo sólo mamá	35.3	32.9	35.6	34.6	32.4	33.3	35.2	32.5	34.0
Todo tiempo sólo papá	3.7	3.2	3.7	2.7	2.9	4.4	3.1	4.5	3.2
Todo tiempo mamá parte papá	5.0	4.7	5.1	5.1	5.3	3.7	4.6	3.2	5.3
Todo tiempo papá parte mamá	0.7	0.7	0.6	0.4	1.3	0.5	0.7	0.3	0.8
Parte tiempo con ambos	1.6	1.9	0.8	1.6	2.3	2.3	2.4	4.8	0.6
Parte tiempo sólo mamá	1.0	3.3	2.1	1.2	2.3	3.2	3.1	4.5	1.2
Parte tiempo sólo papá	0.2	0.1	0.2	0.2	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2
Todo tiempo ninguno	7.7	10.8	6.8	8.0	10.1	12.9	14.4	14.0	6.0
Calidad de la vivienda									
Buena	76.1	70.5**	70.2	73.0	76.6	72.7	74.8	74.5	72.1
Mala	23.9	29.5	29.8	27.0	23.4	27.3	25.2	25.5	27.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/p<0.05 | **/p<0.01

Cuadro 2.d. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Religión									
Evangélica	39.6	42.5*	40.9	41.8	37.1	45.3**	35.8	36.6	44.5**
Católica	26.3	29.5	31.7	24.3	31.4	24.0	23.9	30.3	29.0
Otra	2.6	2.1	2.1	2.1	2.3	2.8	1.5	1.9	2.7
Ninguna	31.5	25.9	25.3	31.9	29.3	27.9	38.7	31.2	23.8
Importancia de la religión									
Sí	60.1	66.9**	64.6	61.7	63.2	65.6	52.0	62.7	68.7**
No	39.9	33.1	35.4	38.3	36.8	34.4	48.0	37.3	31.3
Número de hijos que ha tenido la mamá									
1	3.0	5.0**	4.7	3.7	4.8	3.0	2.4	3.2	5.0
2 a 3	57.2	47.8	53.7	53.7	51.4	49.9	50.4	50.3	53.5
4 a 6	32.3	37.9	35.4	35.6	34.7	35.3	36.3	37.3	34.3
7 a 9	6.2	8.0	5.1	6.2	7.4	10.6	9.5	7.3	6.2
10 ó más	1.2	1.2	1.2	0.8	1.7	1.2	1.3	1.9	1.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/ $p < 0.05$ | **/ $p < 0.01$

Cuadro 2.e. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Edad de la mamá al nacimiento del primer hijo									
Menos de 15	2.6	3.7**	2.1	3.1	3.6	3.9	4.6	5.1	2.0**
15 a 18	26.9	37.0	32.9	31.3	32.4	32.6	42.5	32.5	28.2
Más de 18	34.9	39.0	34.0	36.0	37.7	41.1	32.5	36.6	39.0
No sabe	35.6	20.3	30.9	29.6	26.3	22.4	20.4	25.8	30.8
Hermana o hermano con primer hijo antes de tener 18 años									
Sí	20.8	25.3**	22.0	22.0	23.4	25.9	31.2	22.3	20.3**
No	75.8	70.6	72.8	74.1	73.3	72.1	65.9	75.8	75.1
No aplica	3.3	4.1	5.3	3.9	3.4	2.1	2.9	1.9	4.6
Madre o hermana con primer hijo antes de tener 18 años									
Sí	42.4	55.3**	48.1	47.7	49.9	51.7	62.8	50.0	43.7**
No	57.6	44.7	51.9	52.3	50.1	48.3	37.2	50.0	56.3
Tiene novio/a o pareja									
Sí	44.3	50.0	34.4	45.7	55.6	55.4**	68.6	70.7	32.5**
No	55.7	50.0	65.6	54.3	44.4	44.6	31.4	29.3	67.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*p<0.05 | **p<0.01

Cuadro 2.f. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Percepción: 'Tengo una vida feliz'									
Totalmente de acuerdo	39.4	39.6	40.7	40.5	40.4	36.0	36.5	33.4	42.4**
De acuerdo	41.6	37.7	40.7	39.3	38.5	39.7	37.4	39.5	40.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13.7	15.3	12.5	15.0	13.5	17.8	17.7	19.1	12.1
En desacuerdo	3.8	4.9	4.5	3.5	5.1	4.4	5.8	4.8	3.7
Totalmente en desacuerdo	1.4	2.5	1.8	1.6	2.5	2.1	2.7	3.2	1.4
Percepción: 'Estoy orgulloso de mí mismo'									
Totalmente de acuerdo	43.5	45.6	44.2	48.4	45.5	40.2	38.7	40.8	48.1**
De acuerdo	45.2	41.8	43.0	40.7	43.8	46.4	41.8	45.9	43.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7.1	8.4	8.4	7.6	5.9	9.5	11.5	9.9	5.8
En desacuerdo	3.3	2.9	2.9	2.3	3.8	3.5	5.8	2.9	2.1
Totalmente en desacuerdo	0.8	1.3	1.6	1.0	1.1	0.5	2.2	0.6	0.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*p<0.05 | **p<0.01

Cuadro 2.g. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Percepción: 'Soy una buena persona'									
Totalmente de acuerdo	37.0	39.6**	37.0	40.1	40.6	35.6	36.3	37.6	39.4*
De acuerdo	44.3	47.3	44.2	42.8	47.2	50.1	44.7	50.6	45.1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13.5	11.2	14.4	12.8	10.1	11.5	13.1	9.9	12.6
En desacuerdo	3.5	1.5	3.5	2.9	1.7	1.4	3.8	1.3	2.2
Totalmente en desacuerdo	1.8	0.4	1.0	1.4	0.4	1.4	2.2	0.6	0.7
Percepción: 'Tengo cualidades'									
Totalmente de acuerdo	34.2	33.7**	31.3	32.7	36.4	35.6	35.4	33.1	33.5
De acuerdo	47.7	52.1	49.8	52.3	47.8	50.1	47.1	51.6	50.7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10.0	10.2	12.8	8.2	9.7	9.5	10.0	9.9	10.2
En desacuerdo	5.0	3.1	3.9	4.9	4.6	2.3	4.0	3.5	4.1
Totalmente en desacuerdo	3.1	1.0	2.1	1.9	36.4	2.5	3.5	33.1	1.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/ $p < 0.05$ | **/ $p < 0.01$

Cuadro 2.h. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Percepción: 'Soy un/a fracasado/a'									
Totalmente de acuerdo	1.2	2.4	2.3	1.6	2.1	1.2	2.2	0.3	2.1
De acuerdo	5.2	4.0	4.3	4.5	4.0	5.5	4.2	5.7	4.4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8.9	8.2	8.9	5.8	8.2	11.5	9.1	9.2	8.1
En desacuerdo	36.7	38.7	39.9	38.3	36.2	36.5	38.5	35.7	38.1
Totalmente en desacuerdo	47.9	46.7	44.6	49.8	49.5	45.3	46.0	49.0	47.3
Percepción: 'Los muchachos deben ser más motivados que las muchachas para ir a la escuela'									
Totalmente de acuerdo	12.1	9.2**	10.5	9.5	10.9	11.5	11.1	9.2	10.8
De acuerdo	29.3	22.7	22.8	27.4	25.9	27.5	26.3	29.6	24.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
En desacuerdo	44.5	51.8	47.5	50.8	47.8	47.3	48.9	47.8	48.3
Totalmente en desacuerdo	14.0	16.3	19.3	12.3	15.4	13.6	48.9	47.8	48.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/ $p < 0.05$ | **/ $p < 0.01$

Cuadro 2.i. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Percepción: 'el papá debería tener más autoridad que la mamá en la toma de decisiones familiares'									
Totalmente de acuerdo	12.7	7.4**	8.2	10.7	9.7	11.3	10.2	9.2	10.0
De acuerdo	16.5	13.5	15.8	15.8	13.3	14.5	17.5	14.0	14.1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
En desacuerdo	52.4	59.2	52.5	57.0	57.7	57.3	55.8	58.0	55.6
Totalmente en desacuerdo	18.4	19.9	23.5	16.5	19.4	16.9	16.6	18.8	20.3
Percepción: 'el papá debería participar en los quehaceres del hogar'									
Totalmente de acuerdo	30.8	32.2	32.7	32.5	33.1	27.5	26.8	27.4	34.6*
De acuerdo	55.0	55.4	52.1	56.4	54.1	58.9	57.5	59.2	53.2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
En desacuerdo	10.6	9.6	11.3	8.8	9.5	10.6	12.8	9.9	9.0
Totalmente en desacuerdo	3.6	2.8	3.9	2.3	3.4	3.0	2.9	3.5	3.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/ $p < 0.05$ | **/ $p < 0.01$

Cuadro 2.j. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Percepción: 'las muchachas deberían preocuparse por convertirse en buenas esposas y madres que en una carrera profesional'									
Totalmente de acuerdo	12.2	7.2**	10.3	10.3	8.8	8.8**	8.6	9.6	10.0*
De acuerdo	21.8	13.8	22.4	13.4	14.3	20.1	22.8	14.3	16.4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
En desacuerdo	48.8	57.7	47.1	57.6	56.8	52.9	51.1	57.6	53.3
Totalmente en desacuerdo	17.1	21.3	20.2	18.7	20.0	18.2	8.6	18.5	20.3
Percepción: 'las muchachas deberían tener las mismas libertades que los muchachos'									
Totalmente de acuerdo	32.3	30.4	31.5	29.6	33.9	30.0	28.3	31.5	32.4*
De acuerdo	38.8	39.9	37.4	41.2	37.3	42.0	37.6	42.4	39.2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
En desacuerdo	20.4	22.3	21.4	21.8	21.3	21.0	27.0	20.4	19.4
Totalmente en desacuerdo	8.6	7.4	9.7	7.4	7.6	6.9	7.1	5.7	8.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/p<0.05 | **/p<0.01

Cuadro 2.k. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Cuenta con información suficiente sobre sexualidad									
Sí	66.0	69.9*	61.5	69.8	67.8	74.4	69.0	71.3	66.8
No	26.4	21.6	29.0	23.0	23.8	18.7	22.6	20.7	25.2
No sabe	7.6	8.5	9.5	7.2	8.4	6.9	8.4	8.0	8.0
Confianza para hablar sobre la sexualidad									
No hay problema	55.7	50.9*	48.8	52.1	53.3	59.4*	52.7	56.1	52.5*
Prefiere no hablar sobre eso	20.3	19.8	23.3	20.8	18.3	17.1	19.7	17.2	20.9
Solamente con algunas	24.1	29.3	27.8	27.2	28.4	23.6	27.7	26.8	26.5
Puede hablar con sus padres sobre sexualidad									
Sí	61.2	59.6	60.1	60.3	59.6	61.7	52.7	62.4	62.9**
No	38.8	40.4	39.9	39.7	40.4	38.3	47.3	37.6	37.1
Puede hablar con su pareja sobre sexualidad									
Sí	37.5	37.8**	25.1	32.9	46.1	48.7**	58.8	62.4	22.5**
No	8.5	12.7	10.9	13.8	10.7	6.9	10.2	8.3	11.6
No aplica	54.0	49.5	64.0	53.3	43.2	44.3	31.0	29.3	65.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/p<0.05 | **/p<0.01

Cuadro 2.I. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Puede hablar con amigos sobre sexualidad									
Sí	74.4	70.5	70.4	72.6	72.0	74.6	68.4	72.3	73.9
No	25.6	29.5	29.6	27.4	28.0	25.4	31.6	27.7	26.1
Puede hablar con otras personas sobre sexualidad									
Sí	45.8	45.7	41.8	47.5	46.9	47.1	44.9	54.5	43.7**
No	54.2	54.3	58.2	52.5	53.1	52.9	55.1	45.5	56.3
Acceso a información sobre sexualidad									
Adecuado	59.4	55.4	62.1	61.1	55.8	49.0**	46.7	47.8	64.1**
Limitado	32.6	35.4	32.3	32.9	33.1	38.8	37.2	39.5	31.4
Ninguno	8.0	9.1	5.6	6.0	11.2	12.2	16.2	12.7	4.5
Acceso a servicios de salud									
Adecuado	28.5	38.5**	26.3	31.3	37.5	41.6**	42.0	46.5	27.1**
Limitado	29.8	27.2	29.4	31.3	25.7	27.3	25.2	24.5	30.8
Ninguno	41.6	34.3	44.4	37.4	36.8	31.2	32.7	29.0	42.1
Ha tenido relaciones sexuales									
Sí	43.4	37.2**	21.6	33.7	49.1	59.6**	100.0	100.0	0.0**
No	56.6	62.8	78.4	66.3	50.9	40.4	0.0	0.0	100.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*p<0.05 | **p<0.01

Cuadro 2.m. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Primera relación sexual fue a los 15 años o antes									
Sí	28.5	19.4**	20.6	25.9	23.4	25.2**			
No	14.9	17.8	1.0	7.8	25.7	34.4			
No aplica	56.6	62.8	78.4	66.3	50.9	40.4			
Número de parejas sexuales									
0	56.6	62.8**	78.4	66.3	50.9	40.4**	0.0	0.0	100.0**
1	14.0	27.2	14.4	17.3	26.1	27.5	43.4	65.3	0.0
2	9.1	6.4	2.9	6.6	11.2	10.9	19.0	19.4	0.0
3 a 4	11.2	3.0	3.3	6.8	7.2	10.9	21.2	11.1	0.0
5 o más	9.0	0.6	1.0	3.1	4.6	10.4	16.4	4.1	0.0
Ha tenido relaciones sexuales sin estar enamorado/a									
Sí	26.5	6.9**	7.4	14.8	18.9	24.9**	47.6	29.6	0.0**
No	16.9	30.3	14.2	18.9	30.1	34.6	52.4	70.4	0.0
No aplica	56.6	62.8	78.4	66.3	50.9	40.4	0.0	0.0	100.0
Sintió presión para tener relaciones sexuales									
Sí	6.0	4.2*	3.7	4.9	5.1	6.7**	13.7	10.8	0.0**
No	37.4	33.1	17.9	28.8	44.0	52.9	86.3	89.2	0.0
No aplica	56.6	62.8	78.4	66.3	50.9	40.4	0.0	0.0	100.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*/p<0.05 | **/p<0.01

Cuadro 2.n. Distribución porcentual de los participantes por sexo, edad y exposición a la primera relación sexual a los 15 años o antes, según características seleccionadas.

Característica	Sexo		Edad				1era Relación sexual a los 15 o antes		
	Masc.	Fem.	15	16	17	18	Sí	No	NA
Actualmente usa Método Anticonceptivo									
Sí	10.1	17.4**	7.2	9.3	19.4	21.5**	34.3	35.7	0.0**
No	33.3	19.8	14.4	24.5	29.7	38.1	65.7	64.3	0.0
No aplica	56.6	62.8	78.4	66.3	50.9	40.4	0.0	0.0	100.0
Uso de condón en las últimas 3 veces que tuvo relaciones sexuales									
En las tres veces	11.7	7.5**	4.3	8.0	11.8	14.8**	21.9	26.1	0.0**
En dos veces	8.0	4.3	2.9	5.1	7.2	9.5	14.6	15.6	0.0
Sólo una vez	9.7	6.8	5.4	7.2	8.8	11.8	20.4	20.4	0.0
Ninguna vez	14.0	18.6	8.9	13.4	21.3	23.6	43.1	37.9	0.0
No aplica	56.6	62.8	78.4	66.3	50.9	40.4	0.0	0.0	100.0
Ocurrencia de embarazo									
Sí	4.6	18.2**	3.9	7.4	16.6	20.8**	30.5	27.7	0.0**
No	38.9	19.0	17.7	26.3	32.4	38.8	69.5	72.3	0.0
No aplica	56.6	62.8	78.4	66.3	50.9	40.4	0.0	0.0	100.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	898	1,010	514	486	475	433	452	314	1,142

*p<0.05 | **p<0.01

Cuadro 3. Análisis Multivariado sobre la Probabilidad de que –entre quienes ya han tenido sexo– la primera relación sexual haya ocurrido a los 15 años o antes. (n=766).

Variables	Coefi- cien- tes	Error Están- dar	Coefi- ciente de Wald	gl	p	OR	IC ₉₅ para OR	
							Límite Inferior	Límite Superior
Sexo (hombre)	0.436	0.181	5.793	1	0.016	1.547	1.084	2.206
Edad	-0.543	0.082	43.578	1	0.000	0.581	0.494	0.682
Rezago escolar (no)	-0.455	0.240	3.600	1	0.048	0.635	0.397	1.015
Vive parcial o totalmente con ambos (no)	0.244	0.173	1.996	1	0.158	1.276	0.910	1.790
Calidad de la vivienda (no)	-0.156	0.199	0.613	1	0.433	0.856	0.579	1.264
Importancia de la religión (no)	0.510	0.172	8.817	1	0.003	1.666	1.190	2.334
Madreo hermana tuvieron hijo antes de los 18 (no)	-0.154	0.175	0.774	1	0.379	0.858	0.609	1.208
Percepción de género (desfavorable)	-0.005	0.230	0.000	1	0.984	0.995	0.634	1.564
Acceso a información sobre sexualidad (sí)	-0.176	0.180	0.961	1	0.327	0.838	0.589	1.193
Acceso a servicios de salud adecuado (sí)	0.350	0.176	3.940	1	0.047	1.418	1.004	2.003
Constante	7.664	1.383	30.706	1	0.000	2129.272		