

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Monografía para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía



TEMA:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESCOLARES ADOLESCENTES DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE UN COLEGIO PRIVADO Y UN COLEGIO PUBLICO. MANAGUA-NICARAGUA FEBRERO DEL 2015 A ABRIL 2016”.

AUTOR:

- Michael Alexander Rivas Pineda

TUTOR:

- Charles Wallace Boudier
M.D. –MSc. Salud Pública

Managua, Nicaragua

Mayo 2017

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINAS</u>
I. INTRODUCCION	1-4
II. ANTECEDENTES	5-11
III. JUSTIFICACION	12-14
IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	15
V. OBJETIVOS	16
VI. MARCO TEORICO	17-30
VII. HIPOTESIS	31
VIII. METODOLOGIA	32-37
IX. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	38-48
X. ANÁLISIS DE RESULTADOS	49-59
XI. CONCLUSIONES	60-61
XII. RECOMENDACIONES	62
XIII. BIBLIOGRAFÍA	63-65
XIV. ANEXOS	66
Tablas	
Gráficos	
Instrumentos	
Operacionalización de Variables	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a quien ha estado conmigo durante toda mi vida, apoyándome en todo momento fácil o difícil, quien además ha sido la principal fuente de ánimo para poder culminar mi carrera y formarme personal y profesionalmente. Mi madre: **Alice Marie Pineda Whitaker**

También a mi padre y hermanos quienes me han apoyado en casi todo lo que hago, y por creer en mí desde un principio.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a **Dios** por permitirme vivir y por cada bendición que me ha regalado. A mi tutor el **Dr. Charles Wallace Budier** por guiarme en cada parte de este trabajo. Agradezco también a mi madre la **Msc. Alice Marie Pineda Whitaker** por su apoyo incondicional y explicaciones durante la realización de este trabajo.

A mi papá **Carlos José Rivas Serrano**, por apoyarme en cada etapa de este proceso, ayudando de todas las formas posibles.

A **Tamara Mena González** por estar siempre dispuesta para poner su hombro cuando necesitaba uno, por creer en mí todo el tiempo y luchar junto a mí hasta lograr culminar mis estudios

Agradezco a **cada uno de los docentes de la Facultad de Medicina** por los conocimientos que me transmitieron durante los años de mi carrera, a los que siempre creyeron en mí, y a los que nunca lo hicieron, porque de una forma u otra me animaron a culminar mi carrera. A la **Dra. María Ángeles Estrada** por haberme motivado a realizar y finalizar la tesis.

También agradezco a mis compañeros de clase durante toda esta travesía por acompañarme en momentos difíciles y también por ayudarme compartiendo conocimientos.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Salud Sexual y Reproductiva que tienen los escolares adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria, comparando un colegio privado de enseñanza religiosa con uno público de enseñanza laica. El tipo de estudio utilizado es de: Conocimientos, Actitudes y Practicas (CAP). El universo lo constituyeron todos los alumnos de 4to y 5to año de dos colegios en estudio, un total de 650 alumnos, de los cuales 300 son del colegio religioso privado y 350 del colegio público, para el cálculo de la muestra se utilizó el paquete estadístico Epi-Info 2000 con un 95% de confianza y un 5% de error, quedando una muestra de 152.

Los principales resultados encontrados fueron: uno de cada cuatro alumnos tienen un nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva muy bueno. Los varones tuvieron un mayor porcentaje de mejor dominio que las mujeres. El colegio público superó al colegio privado en nivel de conocimiento, ya que conocen las ITS y cómo prevenirla, conocen los métodos anticonceptivos y saben dónde encontrarlos, conocen como se transmite el VIH/SIDA, sin embargo un poco menos de la mitad de los alumnos presentó un conocimiento deficiente en la prevención del mismo.

En relación al aborto como alternativa para el adolescente embarazada, el colegio privado tuvo un 73.7% (56) de actitud desfavorable y un 81.6% (62) en el colegio público. En relación al sexo las mujeres hicieron una valoración desfavorable hasta en un 79.5% (62) y los hombres en un 75.7 % (56).

Existe una actitud favorable al uso del condón porque protege contra las ITS, y el VIH/SIDA. Las actitudes desfavorables se presentaron con relación al aborto, y el abandono del estudio de las muchachas para prepararse para ser mejores madres. El colegio público obtuvo un mayor porcentaje. Los adolescentes se ven envueltos en diferentes prácticas de riesgo que pueden llevarlos a consecuencias graves para la salud; entre estas se encuentran: alcoholismo, tabaquismo, relaciones sexuales prematuras y relaciones sexuales con personas poco conocidas, el no uso de condón en las relaciones sexuales. La mayoría de la información obtenida por los adolescentes sobre el tema se consigue por su cuenta. Pocos alumnos han recibido capacitación, la mayoría de ellos proceden del colegio privado. A pesar de esto, gran cantidad de escolares ha buscado información en diferentes medios, entre ellos: Internet, familia, colegio, televisión y amigos, lo que indica que tienen interés en conocer más sobre el tema, lo que constituye una ventana de oportunidad para abordar científicamente la temática desde la educación formal. Se concluye que aunque el nivel de conocimiento de los alumnos en general es muy bueno, su actitud y la práctica de riesgo no se ha modificado sensiblemente.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos Actitudes Practicas Adolescentes Salud Sexual y Reproductiva

I. INTRODUCCION:

El tema de la Salud Sexual y Reproductiva, así definido, tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994, donde se usó por primera vez. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Hubo de recorrer un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud Sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”.

Por otro lado, la Salud Sexual queda definida por la W.A.S. (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener

relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho”.

La salud sexual y reproductiva es el tema de mucho interés que ha venido impartándose en los últimos años como una materia en crecimiento para todo aquel que tenga acceso a la educación en su comunidad y alrededores. Se trata de algo tan indispensable hoy en día, tanto como para compararse con la técnica correcta del lavado de manos o la limpieza bucal, ya que su importancia radica no solamente en la prevención de enfermedades en las personas que tienen vida sexual activa, sino también en la reducción de la incidencia de embarazos no deseados y a su vez del aborto en todas sus manifestaciones.

Una de las razones más importantes de centrarse en la juventud, es que “la gente joven, entre 10 y 24 años, compone una cuarta parte de la población del mundo. Hay más de 1.7 billones de gente joven entre las edades de 10 a 24 años, el 86 por ciento viven en los países menos desarrollados”. (*Boyd A.2000*).

El cincuenta por ciento de las nuevas infecciones de VIH alrededor del mundo se presentan entre la gente joven menores de 25 años. La OMS reporta que la tasa más alta de infecciones de transmisión sexual se presenta entre los jóvenes de 20 a 24 años, seguida por edades entre los 15 y 19 años. El sesenta y dos por ciento de jóvenes infectados son mujeres jóvenes. Contribuyendo al alto riesgo de la infección de VIH en muchachas y mujeres jóvenes incluye, pero no se limita por la falta de habilidades para negociar seguridad (posponer sexo o sexo seguro), miedo de violencia doméstica o aislamiento, pérdida de apoyo económico o estudio y falta de acceso a cuidados de salud reproductiva. Los muchachos jóvenes, no son inmunes a una prevalencia más alta de la infección de VIH.

La infección de VIH es más alta en hombres jóvenes en países más desarrollados, por ejemplo en Europa del Este. (*OMS 2003*).

Con relación al embarazo no deseado, más del 40% de chicas adolescentes en el mundo en desarrollo dará a luz antes de los 20 años; muchos de estos embarazos no son planeados. Partos tan anticipados pueden tener consecuencias de salud negativas para una chica joven, haciéndola dos o cuatro veces más susceptible de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo o de buscar un aborto inseguro. Cada año, la inhabilidad de garantizar servicios de anticoncepción y/o confidencialidad, cobra la vida de miles de adolescentes y las priva mucho más de su salud reproductiva general. Negar estos servicios básicos y/o confidencialidad puede significar literalmente la muerte de una chica adolescente o causar daño severo y permanente. (*Cook R. Dickens B. 2001*)

Los adolescentes y adultos jóvenes enfrentan una amplia variedad de retos en salud reproductiva, sin embargo, históricamente los servicios de salud han omitido servicios para esta población. La evidencia de los problemas que ellos enfrentan, tales como embarazos tempranos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, abuso sexual y discriminación basada en género, ha inducido a los gobiernos, agencias internacionales, fundaciones y organizaciones privadas a emprender e iniciar acciones diseñadas a ayudar a los adolescentes. (*CATALYST Consortium Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. 2002 Washington D.C.*)

La ENDESA 2006/2007 ha puesto en claro el descenso experimentado por la fecundidad, que se refleja en una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos en promedio por mujer, pero al visualizar el aporte que hace cada grupo de mujeres a

la fecundidad total, el grupo de las adolescentes incrementó su aporte a la fecundidad global en casi dos puntos porcentuales.

II. ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Bogotá Colombia 2007, sobre el significado de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en adolescentes, se encontró que existen diferencias en los significados que tienen los varones y las mujeres sobre la sexualidad, la forma en que los construyen y los agentes que contribuyen a su conformación. Estos hallazgos suponen articulaciones distintas en relación con los riesgos en salud sexual y reproductiva. La construcción cultural que se hace de la diferencia sexual –el género– marca los significados que se dan a la sexualidad en los grupos estudiados y establece formas de interactuar con su entorno social. Las mujeres relacionan la sexualidad con el ejercicio reproductivo y la viven como una experiencia negativa. Para los varones existe la posibilidad positiva y placentera de la sexualidad, enmarcada en un contexto que los impulsa a tener relaciones sexuales como forma de sustentar su masculinidad. (*Pacheco C, Guevara E. Enríquez C, Nieto M. 2007*).

Otro estudio realizado en una escuela de secundaria en Guadalajara México sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes en el 2011 los resultados indican que: la fuente de información sobre educación sexual más importante es la escuela. El 84.5% de los alumnos estudiados conocen por lo menos un método anticonceptivo, y el condón es el más conocido (73.3%). El 84% de los adolescentes saben cómo se previenen las enfermedades de transmisión sexual. Sólo 46 (7.2%) han iniciado actividad sexual, de los que 100% de los varones utilizaron método anticonceptivo mientras que sólo 63.3% de las mujeres lo hicieron. Es necesario crear o fortalecer programas informativos de salud sexual para adolescentes, no sólo en las escuelas, sino en los medios de comunicación. (*Ayala 2011*).

Estudio realizado en América Latina y el Caribe sobre la salud y desarrollo de los adolescentes y jóvenes 2003, refleja un desafío.

Entre sus resultados se destaca lo siguiente: los adolescentes y jóvenes representan 30% de la población de las Américas. Su salud es clave para el progreso social, económico y político de la Región. Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades no figuran en la agenda pública ni política y los gobiernos no consideran prioritario invertir en ellos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone un nuevo marco conceptual centrado en el desarrollo humano y en la promoción de la salud dentro del contexto de la familia, la comunidad y el desarrollo social, político y económico. El gran desafío de los próximos años será utilizar este marco para implantar programas integrales, recolectar información desagregada, mejorar el acceso a los servicios, el ambiente donde viven adolescentes y jóvenes, el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, así como apoyar la transición a la edad adulta, con una amplia participación juvenil y coordinación interinstitucional e intersectorial. (*Maddaleno M, Morello P, Infante F 2003*).

Un estudio de prevalencia del patrón de comportamiento de riesgo en estudiantes adolescentes realizado en el 2010 en Santa Marta Colombia refleja que 36,1 mostró el estándar de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva, Se relacionaron con el PCRSSR el consumo de una sustancia ilegal (OR=11,4), el consumo de alcohol (OR=2,5), el ser estudiante de educación media vocacional (OR=1,7) y el pertenecer al estrato socioeconómico medio o alto (1,4). Aproximadamente uno de cada tres estudiantes adolescentes presenta alto riesgo de ser infectado por el VIH o de sufrir un embarazo no planificado. (*Mesa M. Barella J. Cabeño M. 2004*).

Un estudio realizado en Cuba sobre Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres 2006 concluye: las infecciones de transmisión sexual y el VIH, la violencia intrafamiliar y el aborto como resultado de un embarazo no deseado son temas prioritarios en el campo de la salud sexual y reproductiva en Cuba.

La importancia de estos temas radica no solo en el valor que se le concede en las políticas de salud sexual del país, sino que los esfuerzos dirigidos a minimizar la incidencia, prevalencia o consecuencias de estos en la vida de las mujeres, no siempre se expresa en una reducción efectiva en las estadísticas de salud. La perspectiva de género posibilita ampliar el análisis en cuanto a la morbilidad femenina por estas causas y así organizar estrategias que permitan un acercamiento a los indicadores de salud deseados en materia de salud sexual. *(Alfonso A 2006).*

Se hizo otro estudio en Cuba sobre percepción de los adolescentes en relación al inicio de relaciones sexuales, el embarazo y el aborto. Este estudio concluye que el 72.9% de varones y el 90.3% de mujeres consideran que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando la pareja lo desea y se conocen bien. Un 67.7% de varones y un 78.4% de mujeres advierten riesgos de embarazo y a su vez complicaciones de la salud relacionados al embarazo. El 63.3% de varones y el 78.1% de mujeres perciben el aborto como un riesgo para la salud. Existen diferencias significativas en el momento de iniciar las relaciones sexuales, los riesgos de un embarazo temprano y del aborto. *(Calero J, Santana F 2001).*

En un estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del de un municipio del departamento de Cundinamarca, Colombia. Dentro de los principales resultados se encontró: que existe un alto riesgo de embarazos no deseados por la falta de información, además porque el método anticonceptivo más utilizado es

el del ritmo, aunque él más conocido es el preservativo. La enfermedad de transmisión sexual más conocida es el VIH/SIDA, que según los o las encuestadas se puede adquirir al tener relaciones sexuales sin condón; solo la mitad de la población tiene algún conocimiento sobre los derechos sexuales y ley 100 de 1993 o Ley de Seguridad Social en Salud, por lo tanto se ha dificultado el ejercicio de sus derechos a partir de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se les debe prestar con altos niveles de calidad y oportunidad. (*Fernando g. González 2001*).

Un estudio realizado en estudiantes universitarios sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud sexual y reproductiva, reflejó que: La percepción de los conocimientos fueron consideradas como buenas, pero los conocimientos concretos fueron escasos. 66,7 por ciento manifestó haber tenido relaciones sexuales que iniciaron entre los 17-18 años; 48 por ciento de los encuestados usó preservativo; hubo consumo de sustancias en 13 por ciento y 1 por ciento había tenido enfermedades de transmisión sexual. El perfil del comportamiento sexual es amplio y ambiguo, por lo que se deben fomentar factores protectores e intervenir en los comportamientos de riesgo a través de diferentes estrategias de educación y prevención que orienten hacia una sexualidad responsable y satisfactoria. Tanto en el conocimiento (81.9%) como en el uso de los métodos de planificación familiar (MPF) sobresalió el condón. Existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA. A pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de los MPF y de los medios para prevenir las ETS/VIH-SIDA, estos continúan desinformados y asumen conductas de riesgo. El estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de los MPF y esto se refleja en sus prácticas y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con los (as) jóvenes y sus padres. (*Ruiz A. Sternberg, Latorre C. Beltrán J y col. Universidad del Rosario, Argentina, 2005*).

Un estudio realizado en Cuba 2007, demuestra el conocimiento insuficiente, la presencia de actitudes y prácticas inadecuadas sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes. Se evidencia la necesidad de realizar un estudio de intervención con el objetivo de elevar la calidad de vida de la comunidad universitaria.

La mayoría de los adolescentes se percibió con un nivel adecuado de conocimiento. Los hombres se consideraron con mayor conocimiento y presentaron prácticas sexuales de mayor riesgo, resultados altamente significativos. La información sobre sexualidad la adquirieron principalmente de padres, amigos y personal sanitario. Una tercera parte tenía vida sexual activa con edad promedio de inicio a los 17 años. El número de parejas sexuales fue mayor en hombres que en mujeres. Los alumnos procedentes del área urbana iniciaron su vida sexual a edades más tempranas en comparación con los del área rural. El anticonceptivo de mayor uso fue el preservativo. Un bajo porcentaje manifestó que el médico había indicado el método anticonceptivo. El conocimiento no es la única herramienta que garantiza prácticas sexuales saludables en los adolescentes, lo que denota que las estrategias encaminadas a cambiar comportamientos no deben limitarse a proporcionar información. (*Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay 2007*).

En un estudio realizado en Managua Nicaragua por (*Egger M; Ferrie J; Goter A y col. 1994*) en 4 escuelas de secundaria, Conocimientos, actitudes y Prácticas acerca del SIDA en escuelas de secundaria de Managua. El 86% de los sujetos sabía que el SIDA era una enfermedad de transmisión sexual, pero fue mucho menor el porcentaje que conocía otras vías de transmisión y medidas preventivas eficaces. El empleo de condones fue mencionado como medida preventiva por 41% de los estudiantes, pero el porcentaje entre los varones fue significativamente mayor que entre las mujeres (55% -33% respectivamente,). Del total de los

encuestados, 64% (90% de los varones, 50% de las mujeres) informaron que habían tenido relaciones sexuales. El 60% de los entrevistados estaba “muy preocupado” por el SIDA, pero solo 23% consideraban que corrían riesgo de contraer la enfermedad. Entre los estudiantes sexualmente activos, 29% (38% de los varones y solo 7% de las mujeres, $P = 0,001$) señalaron que se había modificado su comportamiento sexual a causa del SIDA. Indicó que los conocimientos acerca de la transmisión y la prevención del SIDA de los estudiantes de escuelas secundarias de Managua eran insuficientes, especialmente entre las mujeres, lo que señala la necesidad de la educación sanitaria, que incluya intervenciones específicamente dirigidas a las jóvenes. (Managua, Nicaragua, 1994 por Egger M; Ferrie J; Goter A. y col.)

Se realizó otro estudio en Managua, Nicaragua sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en adolescentes embarazadas y métodos anticonceptivos en Managua, Nicaragua. Entre los resultados se destaca la disociación que existe entre el conocimiento y la práctica. La mayoría de las adolescentes embarazadas no conocían los métodos anticonceptivos, no tienen suficiente información sobre la forma de usarlos, y tampoco había disponibilidad. Hacían recomendaciones para abordar la temática a través de la capacitación. (Centro de Salud Francisco Morazán en Managua, Nicaragua, 2013 por Cruz W; Castillo P.)

Otro estudio realizado en Rivas Urbaite-Las Pilas Isla de Ometepe Nicaragua sobre conocimientos y actitudes sobre sexualidad, anticoncepción y responsabilidad compartida. Madres adolescentes en la comunidad Indígena Nahuatl Urbaite, Las Pilas. Los resultados indicaron lo siguiente: La población adolescente se enfrenta a situaciones complejas con respecto a su salud sexual y reproductiva: barreras culturales, presión social de pares, inequidad de género, discriminación, violencia, falta espacios seguros, confidenciales y con personal especializado –entre otras– son limitantes de una adecuada formación y atención

en salud sexual, reproductivo-afectiva en esta población de países en desarrollo y minorías étnicas. Según los hallazgos encontrados, se proponen estrategias dirigidas a la promoción de la investigación cualitativa de campo, priorizando los aspectos relacionados con las metas de vida de las y los adolescentes, así como la preservación a las raíces para las nuevas generaciones. (*Paizano M; Ruano L. 2014*).

Otro estudio realizado en Somoto Madriz, Nicaragua sobre Actitudes y Prácticas empleadas por adolescentes relacionados al uso de anticonceptivo y embarazo, mostró como principales resultados del estudio que el 50% de los adolescentes presenta un nivel satisfactorio de conocimientos sobre la temática. De los varones el 60% y 39% de las mujeres ya son activos sexualmente. Existe confusión sobre el uso del anticonceptivo de emergencia “Píldora del día Siguiente” y desconocimiento del doble efecto en el uso del preservativo. La falta de poner en práctica el uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) y la confusión del uso adecuado de anticonceptivos expone al grupo objeto de estudio, al aumento de embarazos durante la adolescencia y arriesga su salud sexual y calidad de vida. (*Plank A. 2013*).

Conocimientos sobre el VIH/sida

En una muestra representativa de más de 1500 estudiantes con edades entre 14 y 21 años, Ordoñana et al. (1995) estudiaron el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH, formas de transmisión y medidas de prevención. Una gran mayoría (80 %) pensaba que el agente causante del sida era una bacteria. Más de un tercio desconocía la posibilidad de ser seropositivo y no estar enfermo, y más de la mitad pensaban que a una persona infectada se le reconoce por su aspecto. Respecto a las formas de transmisión, casi una tercera parte (32,2 %) veía riesgo por convivir con un afectado, y una gran mayoría (94 %) opinaba que recibir una

transfusión de sangre implicaba un alto riesgo de infección. El 23 % pensaba lo mismo de los besos.

Un estudio realizado en Tunja, Colombia con 1515 adolescentes, de 8° a 11° grado, el rango de edad estuvo entre 12 y 18 años, ya que, aunque el ciclo de la adolescencia se define entre los 13 y 18 años, se consideró pertinente incluir 15 estudiantes que estaban a punto de cumplir los 13 años y entrar a la adolescencia. Se encontraron prevalencias globales de consumo de cigarrillo del 47,8 %; de 72,6 % para bebidas con contenido alcohólico y 48,6 % de escolares y adolescentes que han llegado al menos una vez en la vida hasta el estado de embriaguez. Si se tiene que más de las dos terceras partes de la población estudiada, han tenido la oportunidad de consumir cigarrillo, bebidas alcohólicas u otra sustancia psicoactiva. (*Fred G. Manrique, Juan M. Ospina y Juan C. García-Ubaque., 2009*)

III. JUSTIFICACION

El Tema de la Salud Sexual y Reproductiva está presente en todos los planes de desarrollo de los países, por el impacto que este juega con el inicio temprana de la vida sexual activa en los adolescentes, que a su vez conlleva a los embarazos precoces y por ende a la mortalidad materna. Si no hay una intervención adecuada y oportuna, éstos pueden ser los resultados trágicos.

De cada 100 adolescentes que ya son madres o están embarazadas, 85 no tienen educación y son del quintil más pobre, esto refleja cómo el nivel educativo incide de manera directa en la tasa específica de fecundidad de las adolescentes. Las mayores tasas de fecundidad caracterizan a los sectores más pobres, originando, entonces, un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente. Estos segmentos están expuestos a procesos de exclusión prematura del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo, sin opciones de progresión ocupacional.

De acuerdo con el Estado de la Población Mundial 2013, América Latina y el Caribe es la única región con tendencias crecientes de embarazo en mujeres adolescentes. Este informe también indicó que América Latina y el Caribe es la única región en la que los nacimientos de niñas menores de 15 años aumentaron, y se espera que estos partos aumenten ligeramente hasta 2030. En la región, Nicaragua tiene las tasas más altas de adolescentes embarazadas. (UNFPA, 2013).

El inicio temprano de la actividad sexual, la falta de información y la inaccesibilidad a medios anticonceptivos, expone a las adolescentes a un embarazo precoz.

En el caso de las que se encuentran dentro del sistema educativo formal, la información que se recibe es insuficiente, sobre todo en calidad. En el caso de las adolescentes que se encuentran fuera del sistema educativo la situación es más crítica ya que los programas existentes no cuentan con la cobertura suficiente, ni se atiende de forma sistemática las necesidades de información de esta población.

“Nicaragua es el primer país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde el país centroamericano tiene una tasa de 109 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edades entre 15 a 19 años”. (UNFPA 2014). En Nicaragua la Mortalidad Materna sigue siendo un problema de salud pública el cual representa un gran reto dentro del sector salud, para el 2005 y 2006 las tasas de Mortalidad Materna fue 86.5 y 89.6 x 100,000 nacidos vivos respectivamente. De esto la Mortalidad Materna en Adolescente representó para el 2004 el 30.2 %, en el 2005 el 17.6% y para el 2006 el 16.8%. (MINSa 2007).

Esta monografía tiene como propósito identificar el nivel de Conocimiento que tienen los adolescentes en torno a la Salud Sexual y Reproductiva, definir las actitudes frente a ella y las Prácticas de Riesgo que tienen. Los resultados aportarán elementos para la definición de las estrategias de intervención oportuna y adecuada de la comunidad educativa (dirección, maestros, padres de familia y alumnos), a fin de mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes que están en los colegios abarcados en este estudio. Los beneficiarios directos de estos resultados son: 1. colegios participantes (Dirección, maestros, padres de familia y alumnos), ya que les brindara información para la toma de decisiones en relación a la temática, capacitación y orientación necesaria para su abordaje. 2. sociedad civil en su conjunto.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la situación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes escolares de cuarto y quinto año de secundaria en dos colegios un colegio privado y uno público, Managua -Nicaragua Febrero 2015-Abril del 2016?

¿Cuáles son las características socio-demográficas de los adolescentes escolares en estudio?

¿Qué nivel de conocimientos poseen los adolescentes escolares sobre SSR?

¿Cuáles son las actitudes que tienen los adolescentes escolares frente a la SSR?

¿Qué prácticas de Riesgo en SSR presentan los adolescentes escolares que participan en este estudio?

¿Cuáles son las fuentes de información sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes escolares que participan en este estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Salud Sexual y Reproductiva en escolares adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de un colegio privado y uno público. Managua-Nicaragua. Enero 2015 a Abril del 2016.

Objetivos Específicos:

1. Señalar las características socio-demográficas de los escolares adolescentes en estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos que poseen los escolares adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.
3. Identificar la actitud que tienen los escolares adolescentes frente a la salud sexual y reproductiva.
4. Describir la práctica de riesgo en Salud Sexual y Reproductiva de los escolares adolescentes.
5. Determinar la fuente de información de los escolares adolescentes.

VI. MARCO TEORICO:

Salud Sexual y Reproductiva

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

(Masarrasa G. SF) Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

La salud sexual y reproductiva así definida, tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Hubo que recorrer un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995. El camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.
(Declaración de Derechos Humanos 1948)

(Madrid, España por Lucía Mazarrasa Alveas, 2014).

Derechos sexuales y reproductivos

No todos los adolescentes tienen acceso a educación de calidad, atención de la salud, protección y participación. Una evaluación precisa de su situación actual es el primer paso para realizar un seguimiento de sus derechos y garantizar que se cumplan. Desafortunadamente, sigue habiendo una escasez de datos desglosados y amplios, que son esenciales para el seguimiento de los progresos, especialmente en los países en desarrollo.

Los sistemas nacionales e internacionales de información sobre la infancia se centran principalmente en los primeros años, cuando son mayores las amenazas para la salud, y la asistencia a la escuela resulta más fácil de evaluar. A pesar que un mayor hincapié en la protección integral del niño ha producido algunos indicadores clave sobre cuestiones que afectan a los adolescentes –como el trabajo infantil, el matrimonio infantil, la mutilación o ablación genital femenina y la violencia y la discapacidad– la posibilidad de obtener una información más amplia y mejor sigue siendo considerable.

Salud

Los adolescentes de todo el mundo están generalmente más sanos hoy que en el pasado. Gracias en parte a las inversiones en la infancia temprana y media, quienes llegan a su segunda década ya han pasado por los años de mayor riesgo de mortalidad. Los accidentes representan más de una tercera parte de las muertes de adolescentes: en 2004, casi 400.000 adolescentes murieron a causa de lesiones no intencionales. Muchas se podrían evitar mediante la mejora de la seguridad vial, especialmente en las zonas donde la rápida urbanización coincide con una gran población adolescente. Los varones son con mayor frecuencia las víctimas de accidentes de tráfico, y también quienes tienen más posibilidades de sufrir lesiones o de morir debido a la violencia, ya sea al azar u organizada.

En parte, la vulnerabilidad de los adolescentes se debe a su propensión natural a asumir riesgos y poner a prueba los límites de un comportamiento socialmente aceptable. En su intento de establecer una identidad autónoma, podrían experimentar con el tabaco, el alcohol y otras sustancias o comportamientos de riesgo que son causa de lesiones o problemas de salud a largo plazo. (*Unicef, estado mundial de la infancia, 2011*).

La salud de adolescentes (10 a 19 años de edad) y de jóvenes (15 a 24 años de edad) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos, en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí lo hacen en años posteriores.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. Actualmente disponemos de amplia información y experiencia sobre la estructuración de planes, programas y servicios para justificar la inversión en este grupo etario. Si bien el objetivo de esta inversión es contribuir al bienestar de los jóvenes en general, hay que recordar que no se puede considerar a la “juventud” como una categoría homogénea. La población joven es un conjunto heterogéneo y diverso, con múltiples identidades de género, cultura, etnia, estatus social y económico, vida urbana y rural, las cuales merecen ser exploradas.

Al igual que se habla de “juventudes” en todas sus variantes, no hay que limitarse a tratar a adolescentes y jóvenes cuando ya exhiben comportamientos indeseados; se debe trabajar dentro de un contexto más amplio de promoción de salud y desarrollo humano. El desarrollo se define como un proceso continuo a través del cual satisfacen sus necesidades y desarrollan competencias, habilidades y redes sociales. (*Magdaleno M. Morello P. 2003*).

Adolescencia

La adolescencia es una etapa especialmente relevante en la vida de los seres humanos, es una etapa de muchos cambios. Recordamos muy especialmente cosas importantes que nos sucedieron en la adolescencia: cuando descubrimos la sexualidad, cuando nos dimos cuenta que nuestro cuerpo cambiaba con la maduración sexual, los cambios corporales que nos hacían parecer más a los adultos, los primeros amores, las grandes amistades, las rivalidades amorosas, los conflictos a veces muy intensos con los adultos, las emociones encontradas, los brotes de rebeldía o de inconformidad, nuestras ganas de hacer cambiar todas las cosas del mundo, nuestros sueños, ideales, nuestra admiración a figuras públicas, artistas y políticos, las confesiones íntimas entre amigos y amigas, las fidelidades e infidelidades de nuestros amigos y amigas, las promesas de amor eterno, las alegrías de las fiestas y actividades en grupos, las tristezas de las despedidas de nuestros grupos escolares. Es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta. Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta.

La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año. La OMS define la *adolescencia* como la etapa comprendida entre los 10 y 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la *adolescencia temprana*, de los 10 y 11 hasta los 14 o 15 años, y la *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto y, por motivos de análisis, puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19). Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

Se estima que entre 1960 y 1990, el número de adolescentes de 10 a 19 años de edad aumentó 138% en la Región. Datos de la Comisión Económica para América Latina (Cepal) estiman que en 1999, la población de 10 a 19 años representaba

21% de la población total de la Región, siendo la distribución homogénea por sexo.

Por otra parte, se estima que en el año 2000, 80% de la población joven (10 a 24 años) vive en áreas urbanas. El deterioro de las condiciones de vida de la población ha afectado en mayor medida los hogares donde existen niños y adolescentes tanto en áreas urbanas como rurales. Se estima que la pobreza en el año 2000 alcanza 56% de los niños y adolescentes de 0 a 19 años de edad en América Latina. (*Magdaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. 2003*).

Educación

La educación secundaria es fundamental para el desarrollo y el bienestar del adolescente. La educación genera muchos beneficios a largo plazo, especialmente para las adolescentes, y contribuye a que contraigan matrimonio más tarde, a que sus tasas de fecundidad sean más bajas y a una reducción de la violencia doméstica, así como a una menor mortalidad en la infancia y una mejora en la nutrición infantil. En la mayoría de las regiones del mundo, las tasas de asistencia de las niñas son inferiores a las de los niños. Al mismo tiempo, en casi todos los países desarrollados y en América Latina y el Caribe, así como Asia oriental y el Pacífico, las niñas superan a los niños en el rendimiento escolar. Los adolescentes de los grupos marginados no reciben instrucción secundaria incluso cuando este tipo de educación está disponible.

El nivel de educación de la juventud de Latinoamérica y El Caribe (LAC) ha experimentado una mejora dramática en las últimas décadas. En 1970, 26% de la Población de más de 15 años de edad era analfabeta; se estima que sólo 12% lo es en el año 2000. Los porcentajes de analfabetismo en jóvenes de 15 a 19 años

de la Región fluctúan entre 12.4 a 0% con un promedio de 2.3% para la Región. Además, jóvenes de esta generación están completando más años de educación que sus padres. (*Maddaleno M Morello P 2003*).

Protección

En el hogar, la escuela y la comunidad se producen actos de violencia –física, sexual o psicológica– perpetrados tanto por sus compañeros como por adultos. Los adolescentes con discapacidad, los que viven en las calles, los que están en conflicto con la ley y los niños refugiados y desplazados, son especialmente vulnerables. La falta de datos fiables menoscaba una comprensión profunda del alcance en que los adolescentes son víctimas de la violencia, el abuso, la explotación, el abandono y la discriminación.

Esta información es difícil de obtener debido a que muchos tipos de riesgos para la protección se producen en entornos clandestinos y fuera de la ley, y el número de implicados que están dispuestos o pueden informar sobre estas cuestiones es escaso. (*Unicef 2011*).

Conocimientos

Investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales. Se ha reportado que 30% de personas reconocidas como portadores de VIH+ en el grupo de edad de 20-29 años se contaminó durante su adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA el cual puede durar entre dos y once años. (*María E. Dávila, Antonieta Z. Tagliaferro, Et al 2008*)

Actitudes

La mayoría de los adolescentes, en una cierta etapa de sus vidas, desafiarán abiertamente los consejos y jerarquía de sus padres, así como de otras figuras de autoridad. Algunos chicos, necesitarán de una asistencia terapéutica, para poder encontrar las raíces que los hacen mantener una actitud hostil con el resto del mundo, pero en la mayoría de los casos, bastará con que los padres sepan amoldarse a los nuevos tiempos, anticipándose a los cambios cuando su hijo todavía es un niño, o bien cambiando radicalmente su actitud cuando estos ya comienzan a exhibir un comportamiento muy diferente al habitual.

La clave para enfrentarse a este tipo de adolescentes rebeldes, será evitar la confrontación, ser paciente, y reconocer que usted ya tiene un hijo adolescente.

El punto más importante para recordar, es que la mayoría de los adolescentes finalmente atravesarán esta fase y volverán a ser personas racionales y sensatas en su forma de actuar. La principal razón de las actitudes de rebeldía que muestran muchos adolescentes, es por el hecho de que estos chicos necesitan demostrar que ya han dejado la niñez y que nada es para ellos como antes, con lo que creen que encontrarán así su lugar en el mundo adulto, un espacio dónde piensan que se encuentra la mejor parte de las cosas. Pero como niños que aún son, los adolescentes no podrán conocer los límites de su comportamiento sin primero explorar los bordes. Nadie nace con un sentido natural de lo correcto y lo incorrecto, sino que aprendemos mediante el ensayo y el error, a medida que maduramos. En consecuencia, la mayoría de los adolescentes solo necesitarán de esta etapa de sus vidas para aprender todas las lecciones que la misma les enseñará, y encontrar así su lugar y comportamiento adecuado.

Si, por otra parte, el adolescente está demostrando un comportamiento peligroso para sí mismos o para los demás, entonces sí será necesario tomar una cierta

clase de acción, pero, en lo posible, no de confrontación. La paciencia con los adolescentes tal vez sea algo difícil de conseguir, pero sin dudas es vital. Al igual que el perdón. Los padres necesitan ser firmes pero justos con los adolescentes rebeldes. La clave es tratarlos como adultos, pero a la vez protegerlos como cuando eran niños, y estar allí cuando ellos necesiten de nosotros. Los adolescentes están en una edad en donde el mundo ya no les parece ser tan grande como antes, y de hecho algunas personas que en algún momento les resultaron modelos o ídolos, hoy en día pueden resultarles absolutamente pequeña e insignificante. Con respecto a los padres, los adolescentes tampoco responderán a sus amenazas de la misma manera en que podían llegar a hacerlo cuando eran niños pequeños. Y es justamente en relación a esto que la mayoría de los padres suelen a menudo complicarse en el trato con su hijo adolescente. Estamos hablando, sobre todo, de su lentitud para responder al nuevo contexto, sin admitir que los mecanismos utilizados en el pasado pueden ya no funcionar más.

Prácticas: Las relaciones sexuales en la adolescencia

Según el último informe sobre la epidemia del SIDA, casi la mitad de las nuevas infecciones se dan en jóvenes entre los 15 y los 24 años. (ONUSIDA 2002).

Para poder realizar intervenciones preventivas y correctivas eficaces, es preciso conocer las variables que originan y mantienen las conductas de riesgo de los adolescentes.

En este artículo se revisan las investigaciones sobre conductas sexuales en la adolescencia y se analizan los modelos teóricos más relevantes que explican las conductas de protección ante situaciones de riesgo relacionadas con el sida. Las aportaciones teóricas de estos modelos han de reflejarse en la adecuación de los

programas preventivos, que deben incidir en las variables de peso en los comportamientos de salud. (ONUSIDA, 2002).

La adolescencia es un período en el que se experimentan importantes cambios a nivel biológico, psicológico y social. Durante esta etapa suele aumentar el interés por el sexo y darse las primeras relaciones sexuales. Para que esta primera relación pueda considerarse saludable, debe cumplir algunos requisitos: a) anticipada, es decir, prevista con antelación; b) deseada por ambos miembros de la pareja; c) con protección ante riesgos de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual (ETS); y d) disfrutada, resultando gratificante para los dos (Mitchel y Wellings, 1998).

Estos autores pidieron a un grupo de jóvenes de 16 a 29 años que les relataran su primera experiencia sexual. Gran parte de ellos reconoció que su primera relación fue totalmente inesperada. En esta línea, (Loewenstein y Frustenberg (1991) hallaron que en una muestra de mil personas, el 65% no había previsto su primera relación sexual. Esta circunstancia, que se da también entre los adolescentes españoles (López, 1995), hace muy improbable la adopción de medidas protectoras. Edad de las primeras relaciones Como promedio, el primer contacto sexual suele darse en torno a los 16 años (Bimbela y Cruz, 1997; Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; INJUVE, 2000). Aunque las chicas alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero. Se ha encontrado promedios muy similares en mujeres y varones europeos, siendo en las primeras la edad media 17,3 años y 17,7 en los varones. (weinberg, Lottes y Aveline 1998).

Conductas sexuales en la adolescencia

a) Masturbación: tanto el auto estimulación, como la masturbación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes se

han observado tasas que llegan al 95 %, y cerca de la mitad se masturban con una frecuencia de una o más veces por semana. Dos tercios de los varones la practican frecuentemente, frente a tan sólo un tercio de las mujeres (*McCabe y Cummins, 1998; Weinberg, Lottes y Aveline, 1998*).

b) Sexo oral: los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna práctica de sexo oral, llegando al 76 % en los varones y al 66 % en las mujeres (Murphy et al., 1998). Otras investigaciones, sin embargo, muestran que las chicas practican el sexo oral con más frecuencia que los chicos (*Idem*).

c) Coito vaginal: entre el 68 y el 83 % de los jóvenes manifiestan haber mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal (McCabe y Cummins, 1998).

Número de parejas sexuales: Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos (Founilloux, 1999). La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Se da además la circunstancia de que los jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el preservativo. En nuestro país, los adolescentes entre 15 y 17 años sexualmente activos han tenido entre uno y dos compañeros sexuales como promedio (*INJUVE, 2000*).

Existe diferencia de género en cuanto a la promiscuidad sexual: los chicos suelen tener mayor variedad de parejas que las chicas, llegando en ocasiones a ser el doble (*Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; Rotheram-Borus, Marelich y Srinivasan, 1999*).

VIH/ SIDA

Más de dos millones de adolescentes viven con el VIH. Aunque el número total de muertes relacionadas con el VIH ha disminuido un 30% con respecto al nivel

máximo registrado en 2006, las estimaciones disponibles indican que las defunciones por VIH entre los adolescentes están creciendo. Ese aumento, registrado principalmente en la Región de África de la OMS, puede deberse a que, a pesar de ser mayor el número de niños con VIH que sobreviven y llegan a la adolescencia, no todos reciben entonces la atención y el apoyo que necesitan para mantenerse sanos y prevenir la transmisión. En el África subsahariana solo el 10% de los varones y el 15% de las mujeres de 15 a 24 años conocen su estado serológico. Una de las metas específicas del ODS relacionado con la salud (ODS 3) consiste en poner fin, de aquí a 2030, a las epidemias de sida, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas, hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. (OMS 2016).

Habida cuenta de su alta tasa de incidencia, para ello será necesario que los esfuerzos de control se centren en los adolescentes. Los jóvenes tienen que saber cómo protegerse y disponer de los medios para ello. Entre otras cosas, han de poder conseguir preservativos para evitar la transmisión del virus, y agujas y jeringuillas limpias en el caso de los consumidores de drogas inyectables. También se precisa un mayor acceso a pruebas de detección del VIH y asesoramiento sobre el tema, así como el establecimiento subsiguiente de vínculos más estrechos entre las personas que dan positivo en las pruebas de detección del VIH y los servicios de tratamiento del virus.

El preservativo es el método anticonceptivo más utilizado entre los jóvenes europeos. Según aumenta la edad su uso disminuye, pasando a emplear píldoras anticonceptivas. No obstante, el uso conjunto de ambos métodos se ha incrementado en la última década (Coleman 1999). En los Estados Unidos, la mitad de los adolescentes reconocen no haber empleado profiláctico en su última relación sexual, y un tercio ningún tipo de método anticonceptivo (Hocking, Turk y

Ellinger, 1999). La realidad en nuestro país se asemeja bastante a la de Norteamérica y resto de Europa.

Para que el adolescente adopte conductas de prevención del VIH, deben darse cinco elementos: a) que perciba el sida como una enfermedad grave, b) que esté realmente en riesgo o sea susceptible de adquirirlo, c) que conozca los mecanismos de prevención, d) que se encuentre motivado para ponerlos en práctica, y e) que cuente con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección. (*Páez, Ubillos, Pizarro y León 1994*).

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo. (*UNICEF 2007*).

Nicaragua evidencia un registro del 26% de embarazos en adolescentes del total de partos registrados. Se observa un incremento en números absolutos durante el período 2005-2013, pasando de 32,403 a 35,045 partos en adolescentes. (*MINSa 2013*).

Consumo de Alcohol

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera. Es una de las principales causas de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en

una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida. Fijar una edad mínima para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol. El consumo de drogas entre los jóvenes de 15 a 19 años también es preocupante. (OMS 2016).

“Los países de las Américas con el consumo per cápita más bajo son: El Salvador (3,2 litros por año), Guatemala (3,8), Honduras (4), Jamaica (4,9), Nicaragua (5) y Cuba (5,2). Sin embargo, según un reciente estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la OMS para las Américas, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, seguidos por Brasil, México y Cuba, tienen las tasas más altas de mortalidad por causas atribuibles al alcohol”. (OMS 2014).

VII. HIPOTESIS:

Un alto nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, mejora las actitudes de los jóvenes y reduce las prácticas de riesgo en su vida.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO:

Tipo de Estudio: Este estudio es un CAP Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

Área de Estudio: Se tomaron dos colegios con secundaria completa. Ubicados en el departamento de Managua. Un colegio privado religioso, que se caracteriza por presentar la fe, el amor y principios cristianos a sus alumnos; el otro colegio público cuya educación es laica.

Universo y Muestra el universo lo constituyeron todos los alumnos de 4to y 5to año de ambos colegios en estudio es un total de 650 alumnos, de los cuales 300 son del colegio religioso privado y 350 del colegio público.

Se utilizó el programa estadístico Stat Calc del paquete estadístico Epi-Info 7 a fin de definir el tamaño de la muestra a estudiar. En el programa se estableció la población de 650 alumnos, con una expectativa de frecuencia del 50%, un límite de confianza del 7% y el efecto de diseño de 1. Para esto se definieron 2 clústers: uno para el colegio público y uno para el colegio privado. El programa estableció para cada clúster 76 integrantes con un nivel de confianza del 95%, para una muestra total de 152.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas que fueron utilizados en este estudio son las siguientes:

1. La Encuesta cuyo instrumento es un cuestionario diseñado con preguntas cerradas, y que consta de 6 partes: a). Datos Generales, b). Preguntas de conocimientos, c). Preguntas de actitudes, d). Preguntas sobre prácticas. e) Preguntas que exploran la información recibida relacionada a la salud sexual y reproductiva.

El instrumento fue piloteado en dos colegios con características similares, para garantizar la validez y confiabilidad. Se hicieron ajustes pertinentes a la misma posterior al pilotaje. Después de este procedimiento se hicieron el tiraje del instrumento a ser utilizado por la muestra.

2. Grupos Focales. Se hicieron 2 grupos focales por colegio, uno con adolescentes mujeres y otro con adolescentes varones. Pues los adolescentes no piensan de la misma manera sobre esta temática y es bueno tener las opiniones distintas.

Estos grupos focales estaban conformados por los representantes de cada año (del 4to y 5to- Presidentes y vice presidentes), con 6 participantes por grupo focal. En estos grupos focales se analizaron 5 preguntas que vienen a reforzar las respuestas dadas por los adolescentes en la encuesta y a explicar el porqué de esas respuestas. (Ver anexo)

Procedimientos para la recolección de la información

Se programaron 6 días para la recolección de datos en ambos colegios. Cada año representa un estrato, por lo tanto tuvimos 2 estratos para recolectar información. Días 1 y 2 fue con cuarto año; días 3 y 4 fue con quinto año. El día 5 fue el grupo focal en el colegio privado y 6 el grupo focal en el colegio público.

Se reunieron los alumnos en una sola aula, se les explicó el objetivo del estudio, y se les pidió su apoyo en responder al cuestionario. Se le agradeció su colaboración. Se les entregó el cuestionario y el investigador les leyó pregunta por pregunta, luego los alumnos llenaron el cuestionario. Cuando el alumno finalizó su cuestionario y lo entregó al investigador, este revisó cada pregunta a fin de garantizar su llenado completo, las preguntas que quedaron sin responder se

aprovechó ese momento para preguntarle al encuestado por qué no respondió y lograr que lo complete.

El cuestionario tiene una parte con preguntas sobre prácticas sexuales, en donde el alumno responde según su criterio. No hubo presencia de docentes durante todo el proceso de recolección de datos. Al finalizar la encuesta se les agradeció a los alumnos y directores de cada colegio por su apoyo.

Procesamiento y Análisis de la información:

La ficha de recolección de datos brindaron los elementos necesarios para iniciar el análisis estadístico pertinente, según las variables. Se utilizó el paquete estadístico Epi-Info para digitar los datos recolectados y hacer la limpieza de los mismos para su posterior análisis.

Se realizaron tablas de frecuencia para cada variable. Se utilizaron gráficos para representar los datos: pasteles, y barras de manera Univariados y Multivariados, que describan en forma clara la interrelación de las variables. Se utilizó el procesador de texto Word, y Excel para el diseño de gráficos, además de Power Point para la presentación del informe final.

Se hizo un análisis comparativo de los resultados que se obtuvo por colegio, privado y público.

LAS VARIABLES:

Datos generales:

Las variables del estudio son:

Escolaridad

Edad

Sexo

Barrio

Tipo de colegio

Piso de vivienda

Numero de cuartos

Agua

Religión

¿Con quién vive?

Hermanos

Cultural

VARIABLES DE CONOCIMIENTO:

Métodos anticonceptivos

Prevención de ITS

Transmisión de ITS

Transmisión de VIH/SIDA

Prevención de VIH

VARIABLE DE PRÁCTICAS:

Relaciones sexuales

Edad primera relación sexual

Uso de condón

Consumo tabaco

Consumo alcohol

Variables de información

Utilidad de información

Fuentes de información

Participación en cursos

Análisis simple: se entrecruzaron todas las variables con tipo de colegio privado público, sexo femenino y masculino.

Conocimiento: Prevención sobre ITS, transmisión del VIH, Prevención del VIH, conoce métodos anticonceptivos, conoce alguna ITS, facilidad o no de conseguir condón todo esto cruzado con: tipo de colegio, sexo y año académico.

Actitudes favorables o desfavorables ante afirmaciones de salud sexual y reproductiva con tipo de colegio, sexo.

Prácticas de riesgo: primera relación sexual, uso de condón en las relaciones sexuales, tener relación sexual con desconocidos, tener relación sexual bajo efecto del alcohol, tabaco y drogas, con tipo de colegio, sexo y año académico:

Información: búsqueda de información con tipo de colegio, sexo y año.

Utilidad de información buscada con tipo de colegio, sexo y año académico.

Asistencia a curso de SSR con tipo de colegio, sexo y año académico.

Fuente de información con tipo de colegio, sexo, año académico.

Consideraciones Éticas

La información proporcionada por los sujetos del estudio se trató de forma confidencial y solamente será utilizada para los propósitos del presente estudio.

La participación de los alumnos fue completamente voluntaria y anónima. No se ofreció ningún beneficio para promover la participación.

Para valorar el conocimiento se hicieron 15 preguntas que se resume en 8 que son: métodos anticonceptivos, dónde encontrarlos, funcionamiento del ciclo menstrual, conocimiento de eyaculación, conocimiento de ITS y acciones

preventivas, transmisión del VIH y acciones preventivas. Los que respondieron correctamente entre 8-9 preguntas se considera que el conocimiento es muy bueno; si responde entre 5 y 7 preguntas se consideró un conocimiento bueno, y menos de 5 preguntas correctas, se consideró un conocimiento deficiente.

Para la valoración de las Actitudes se utilizó la Escala de Likert, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Las alternativas o puntos en las escalas son las siguientes: Totalmente de acuerdo (Implica una actitud muy favorable hacia el objeto), De acuerdo, Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo (valora desfavorablemente al objeto.) fue autoadministrada, ya que formó parte de la encuesta. Se les explicó a los adolescentes las alternativas de respuesta que deben definir por cada afirmación.

Para valorar la práctica de riesgo se formularon 19 preguntas, que se resumen en 7 acápites que se valoran: Inicio de relaciones sexuales, uso de condón en la primera relación sexual, relaciones sexuales bajo efecto de licor, relaciones sexuales bajo efecto de droga, relaciones sexuales con personas poco conocidos o acabados de conocer, consumo actual de alcohol y consumo actual de tabaco. El adolescente que respondió positivamente a más de 4 preguntas, se valoró la práctica de riesgo en elevado; si respondió positivamente entre 3-4 preguntas la práctica de riesgo se valoró en moderado; si las respuestas positiva alcanzaron menos de 3, se consideró que la práctica de riesgo es bajo.

IX. DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Características Socio-demográficas:

Se encuestaron un total de 152 adolescentes escolares.

El 50% (76) pertenecen al colegio público, y el 50% (76) al colegio privado. El 51.3% (78) son del quinto año, el 48.7 (74) del cuarto año. El 51.3% (78) tienen 16 años, seguidos por los de 15 años, con el 21%(32); los de 17 años con el 21.7% (33). Un 4% (6) de 18 años; y los de 19 años con un 2%(3). El 51.3% (78) de los encuestados son del sexo femenino y el 48.7% (74) del sexo masculino. El 53.3% (81) de los encuestados profesan la religión evangélica; un 26.3% (40) la religión católica; un 0.7% (1) la religión Testigo de Jehová; un 0.7%(1) Adventista y un 9.2% (14) tenían otra religión y 9.8% (15) no profesan ninguna religión. El 51.3% (78) tienen menos de 3 hermanos; un 27.6% (42) tienen 3 hermanos; el 13.8% (21) tienen 4 hermanos; y un 7.2% (11) tienen más de 4 hermanos.

(Ver Anexo Tabla No. 1)

El 49.3% (75) de los adolescentes encuestados pertenecen a algún grupo cultural, o de deporte, y un 50.7% (77) no pertenece a ningún grupo. El 44.1% (67) de los adolescentes viven con ambos padres; el 35.5 (54) viven con uno de los padres, el 18.4% (28) viven con familiares y un 2% (3) viven con otras personas.

(Ver Anexo tabla No. 1)

El 55.2% (84) de los encuestado tienen ladrillo o cerámica en el piso de la casa; un 38.2 (58) tiene piso de cemento; y un 6.6% (10) tienen piso de tierra. El 48% (73) viven en casa con más de tres cuartos; el 23.7% (36) con tres cuartos; el 24.3% (37) con dos cuartos y un 4% (6) con un cuarto.

El 98.7% (150) de los encuestados tienen agua potable en las viviendas; y un 73.79% (112) con alcantarilla.

(Ver Anexo tabla No. 1)

Conocimientos

El 25% (38) de los encuestados obtuvieron un nivel de conocimiento de muy bueno, un 64.5% (98) obtuvo un nivel de bueno y un 10.5% (16) de regular. El 29.7% (22) de los varones obtuvieron el nivel de muy bueno, y las mujeres un 20.5% (16). El colegio público obtuvo el 27.6% (21), el colegio privado un 22.4% (17), en relación al año académico el 32.4% (24) de los de 4to año, y el 5to año el 18% (14). Del total de alumnos con un grado de conocimiento regular, el sexo femenino obtuvo un 11.5% (9) frente a un 9.5% (7) del sexo masculino; en relación al tipo de colegio el 15.8% (12) de los encuestados del colegio público frente al 5.3% (4) del colegio privado, y según el año académico, 4to con 8.1% (6) y 5to con un 12.8% (10) respectivamente. (Ver Anexo tabla No. 2).

El 80.9% (123) demostró tener conocimiento sobre prevención de ITS, de los cuales el colegio privado el 82.9% (63) demostró tener conocimiento sobre la prevención de ITS, entre las acciones mencionadas por los encuestados para la prevención sobresalieron: Uso de condón en un 79.4% (58), seguido por la fidelidad mutua con un 17.8% (13), la abstinencia fue mencionado en un 21% (28.8), con tener relaciones sexuales con desconocidos en un 4.1% (3) y retrasar el inicio de las relaciones sexuales 1.4% (1). (Ver Anexo tabla No.2, gráfico No. 3)

En el colegio público, el 78.9% (60) demostró tener conocimiento sobre la prevención de ITS, entre las acciones mencionadas por los encuestados para la prevención sobresalieron: Uso de condón en un 67.6% (46), seguido por la fidelidad mutua con un 4.4% (3), la abstinencia fue mencionado en un 11.8% (8),

con tener relaciones sexuales con desconocidos en un 7.3% (5). (Ver anexo Gráfico 1, 2 y 3)

Otras respuestas fueron: no besar a infectados, no usar objetos babeados por infectados, usar anticonceptivos, encomendarse a Dios, no usar baños públicos, aseo, conocer el pasado de la pareja, no meterse con cualquiera, no usar ropa ajustada, usar PPMS, evitar relaciones sexuales con prostitutas, uso de pastillas, uso de inyecciones para prevenir.

El 90.1% (137) conocen como se transmite el VIH: El 92.2% (130) mencionaron las relaciones sexuales-anales-vaginales-orales sin protección; el 77.3% (109) mencionaron la transmisión sanguínea, usar agujas infectadas, corto punzantes infectadas y el 9.2% (13) mencionaron la Transmisión Vertical madre/hijo durante embarazo y lactancia. (Ver Anexo tabla No. 2)

El colegio privado tuvo una respuesta del 97.4% (74) y en el colegio público el 86.8% (66) mostraron un conocimiento como se transmite el VIH. El 92% (69) del privado y el 92.4% (61) del público, mencionaron las relaciones sexuales-anales-vaginales-orales sin protección; el 63.7% (47) del colegio privado y el 93.9% (62) del colegio público mencionaron la transmisión sanguínea, usar agujas infectadas, corto punzantes infectadas y el 5.3% (4) del colegio privado y el 13.6% (9) del colegio público mencionaron la Transmisión Vertical madre/hijo durante embarazo y lactancia. (Ver Anexo tabla No.2 y gráfico 3)

Otras acciones mencionadas como formas de transmisión del VIH fueron: besos profundos, contacto físico, sudoración, saliva, herencia, sentarse en baños públicos, piel, tocar objeto que toco gente infectada.

El 62.5% (95) tienen conocimientos para la Prevención del VIH. El 69.7% (85) mencionaron el uso correcto del condón en cada relación sexual, el 9.8% (12) mencionaron la abstinencia, el 6.6% (8) fidelidad mutua 24.6% (31). No recibir

sangre 3.3% (4) No prestar agujas 9.8% (12), no tener sexo con desconocidos 5.7% (7). Según el colegio privado el 67.1% (51) tienen conocimientos para la Prevención del VIH. El 67.6% (46) mencionaron el uso correcto del condón en cada relación sexual, el 11.8% (8) mencionan la abstinencia, 4.4% (3) mencionan la fidelidad, y un 1.5 (1) no recibir sangre, 5.9% (9) no prestar agujas. Según el colegio público el 57.9% (44) tienen conocimientos para la Prevención del VIH. El 72.2% (39) mencionaron el uso correcto del condón en cada relación sexual, el 7.4% (4) mencionan la abstinencia, 9.3% (5) mencionan la fidelidad, y un 5.6 (3) no recibir sangre, 14.8 % (8) no prestar agujas. (Ver Anexo tabla No. 2 Gráfico 3).

Otras acciones mencionadas para prevención del VIH son: usando anticonceptivos, higiene personal, , evitar gente infectada, chequeo médico, evitar tatuajes, usar PPMS, ser prevenido, no tener sexo a cada rato, no sentarse en el baño sin protección, vacunarse, revisar parejas antes del coito.

El 100% (152) conoce un método anticonceptivo, de los cuales el condón es el más mencionado 95.4% (145), las pastillas anticonceptivas en un 68.4% (104), las inyecciones en un 58.6% (89) las PPMS en un 45.4% (69) y la T de Cobre en un 28.9% (44). Actualmente un 68.3% (28) de los que han tenido relaciones sexuales utilizan el condón, un 29.3% (12) utilizan la PPMS y 9.7% (4) utilizan las pastillas anticonceptivas, Inyectable 7.3% (3). El 88.8% (135) saben dónde buscar los anticonceptivos, y un 12.2% (17) dicen que no saben. El 2.6% (4) conocen los días de infertilidad, y el 98.4% (148) no conoce. El 69.7% (106) conoce sobre la eyaculación. (Ver Anexo tabla No. 2)

El 96.1% (146) conoce algún ITS, de los cuales el 96% (146) mencionaron el VIH/SIDA; el 79.6% (121) mencionaron las gonorrea, herpes en un 75% (114), Sífilis 64.5% (98), flujo vaginal en un 36.8% (56), chancro en un 33.6% (51), condiloma en un 18.4% (28), tricomoniasis en un 4.6% (7), y clamidia en un 20.4% (31). (Ver Anexo tabla No. 2).

Actitudes:

Ante la afirmación” CON LA PRIMERA RELACION SEXUAL, PUEDE HABER EMBARAZO, hubo una actitud favorable de los adolescentes hasta en un 95.4% (145). De acuerdo al colegio, el privado tuvo un 96% (73) de actitud favorable y un 94.7% (72) en el colegio público. En relación al sexo las mujeres hicieron una valoración favorable hasta en un 96.2% (75) y los hombres en un 94.6% (70).

(Ver Anexo escala de Likert 1)

Ante la afirmación LAS MUCHACHAS DEBEN PREPARARSE PARA SER MADRES, EN VEZ DE SEGUIR ESTUDIANDO”,_hubo una actitud desfavorable de los adolescentes hasta en un 79.6% (121). De acuerdo al colegio en el privado hubo un 77.6% (59) de actitud desfavorable y un 81.6% (62) en el colegio público. En relación al sexo las mujeres hicieron una valoración desfavorable hasta en un 82% (64) y los hombres en un 77% (57).

(Ver Anexo escala de Likert 2, gráfico No. 5))

Ante la afirmación” EL CONDON PROTEGE CONTRA EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, hubo una actitud favorable de los Adolescentes hasta en un 88.2% (134).

De acuerdo al colegio, el privado tuvo un 84.2% (64) de actitud favorable y un 92.1% (70) en el colegio público. En relación al sexo las mujeres hicieron una valoración favorable hasta en un 87.2% (68) y los hombres en un 89.2% (66).

(Ver Anexo escala de Likert 3)

Ante la afirmación” EL USO DE CONDON HACE QUE LAS MUCHACHAS SEAN PERCIBIDAS COMO FACILES EN LAS RELACIONES SEXUALES, hubo una

actitud desfavorable de los adolescentes hasta en un 78.3% (119). De acuerdo al colegio, el privado tuvo un 80.2% (61) de actitud desfavorable y un 75% (57) en el colegio público. En relación al sexo las mujeres hicieron una valoración desfavorable hasta en un 76.9% (60) y los hombres en un 78.3% (58).

(Ver Anexo escala de Likert 4, gráfico No. 6)

Ante la afirmación": EL ABORTO ES UNA ALTERNATIVA PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PORQUE SE EVITA LA CARGA DE SER MADRE A TEMPRANA EDAD: hubo una actitud desfavorable de los adolescentes hasta en un 77.6% (118). De acuerdo al colegio, el privado tuvo un 73.7% (56) de actitud desfavorable y un 81.6% (62) en el colegio público. En relación al sexo las mujeres hicieron una valoración desfavorable hasta en un 79.5% (62) y los hombres en un 75.7 % (56).

(Ver Anexo escala de Likert 5, gráfico No. 7)

Prácticas de riesgo:

El 83.6% (127) de los encuestados presentaron prácticas de riesgo bajo, un 12.5% (19) con prácticas de riesgo moderado y un 3.9% (6) con riesgo elevado. Las prácticas de riesgo moderado y severo se concentró en el colegio privado con el 20.2% (15); en el 5to año con un 21.8% (17) y en el sexo masculino con el 25.7% (19). (Ver Anexo tabla No. 4)

El 27% (41) de los encuestados han tenido relaciones sexuales, de los cuales el 36.5%(27) son del sexo masculino y un 18%(14) del sexo femenino. El 31.6%(24) son del colegio privado, frente a un 22.4%(17) del colegio público. El 30.4% (24) son del 5to año, un 23% (17) son del 4to año.

El 2.4% (1), tuvieron su primera relación sexual antes de la adolescencia, el 12.2% (5) en la adolescencia temprana entre los 10 y los 13 años. El 75.6% (31) en la adolescencia mediana entre los 14 y los 16 años, un 4.9% (2) en la adolescencia tardía entre los 17 y 19 años, y un 4.9% (2) no respondieron a la pregunta. El 56.1% (23) tuvo relaciones por curiosidad, un 7.3% (3) por presión de su pareja, y un 34.2% (14) por otras razones, 2.4% (1) no respondió. Un 43.9% (18) uso condón en su primera relación sexual. Un 14.6% (6) ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de alcohol, y un 9.7% (4) bajo efecto de alguna droga. Un 39.1% (16) tuvo relaciones sexuales con una persona que acababa de conocer. (Ver Anexo tabla No. 4)

Según los grupos focales, la edad propicia para iniciar las relaciones sexuales debe ser entre los 16 y los 25 años. Hubo diferencias entre los tipos de colegio, pues en el colegio público plantea un rango bien amplio de edades desde 16 hasta los 25 mientras que en el privado va desde los 17 hasta los 21. Los varones plantean un rango desde los 18 hasta los 25, y opinan algunos que la edad no importa siempre que sean responsables y seguros de lo que se está haciendo. Las mujeres opinan que desde los 16 hasta los 21. Muchas mujeres plantean el matrimonio como requisito para esto, otros consideran que es la información suficiente.

Según los grupos focales acerca de la importancia que tiene el uso de anticonceptivos. Es importante porque se evita un embarazo no deseado, previene las ITS, Es muy importante para tener un control de planificación familiar. No hubo diferencias entre tipos de colegios, el privado y público opina igual, pero si hubo diferencias entre varones y mujeres. Las mujeres enfocan el uso de anticonceptivos en la prevención del embarazo, y aunque los varones piensan también en el embarazo, mencionan las infecciones de transmisión sexual.

¿Cuáles son los más utilizados por los adolescentes, y por qué? utilizan el condón, las PPMS, porque es más fácil de conseguir.

No hubo diferencias en colegios, público y privado opinan que el condón y las PPMS son las más utilizadas por su acceso. En relación al sexo, ambos grupos mencionan el condón y las PPMS. Las PPMS, es más fácil de conseguir, es un método de emergencia y está en todos lados, Le es muy fácil de usar y muy fácil de conseguir, es el más utilizado por su acceso en cualquier farmacia.

Un 63.8% (97) ha tomado licor en algún momento de su vida. Según la prevalencia por sexo el 66.7% (52) son del sexo femenino ha tomado licor, y el 60.8% (45) del sexo masculino. El 75% (57) pertenecen al colegio privado, frente a un 52.6% (40) del colegio público. El 60.8% (45) son del 4to año, y el del 5to año, un 66.7% (52). Un 2.1 (2) tomó su primer trago antes de entrar a la adolescencia antes de los 10 años. Un 44.3% (43) en la adolescencia temprana entre los 10-13 años, un 51.5% (50) en la adolescencia mediana entre los 14-16 años y un 2.1% (2) en la adolescencia tardía entre los 17 y 19 años. El 36.2% (55) de los adolescentes tienen padres que toman licor. Actualmente siguen tomando un 37.1% (36) de adolescentes. (Ver Anexo tabla No. 4, gráfico No. 10)

Un 38.8% (59) ha fumado en algún momento de su vida. Según la prevalencia de consumo de tabaco, el 37.2% (29) son del sexo femenino, frente a un 40.5%(30) del sexo masculino. El 46% (35) pertenecen al colegio privado, frente a un 31.2% (24) del colegio público. El 43.6% (34) son del 5to año, seguido por un 33.8% (25) del 4to año. El 3.4% (2) fumo su primer cigarrillo antes de la adolescencia antes de cumplir los 10 años. El 47.4% (28) en la adolescencia temprana entre los 10-13 años, el 45.8% (27) en la adolescencia mediana entre los 14-16 años, y un 3.4% (2) en la adolescencia tardía entre los de 17-19 años. Hay un 11.2% (17) de los

adolescentes cuyos padres también fuman. Actualmente siguen fumando el 35.6% (21) de adolescentes. (Ver Anexo tabla No. 4, gráfico No. 9)

Fuentes de información:

Del total de encuestados 94.1% (143) han buscado información sobre salud sexual y reproductiva de los cuales, el 55.3% (84) lo recibió del Internet, seguido por la familia en un 38.2% (58), y en el colegio en un 38.2% (58), el 27.6% (42) de la televisión, y un 25.7% (39) de amigos. Del total de adolescentes que buscaron información, el 69.23% (99) consideran que ha sido muy útil, un 24.5% (35) lo considera poco útil, y un 6.3% (9) considera que no ha sido útil. El 74.3% (55) del sexo femenino lo considera muy útil, frente al sexo masculino con un 63.8% (44), el 5to año lo considera muy útil en un 76.3% (58) el 4to año en un 61.2% (41). Colegio público en un 71.6% (48) lo considera muy útil frente al colegio privado con un 67.1% (51). (Ver Anexo tabla No. 5, gráfico No.13)

Un 23.6% (35) han asistido a algún curso de salud sobre Salud sexual y reproductiva. El 27.3% (21) de estos han sido del sexo femenino, frente a un 19.7% (14) del sexo masculino. El 24.7% (19) de los que recibieron estos cursos, son del 5to año, seguido los de 4to año con un 22.5% (16). En relación a los colegios, el privado presenta un 30.3% (23) que han asistido a algún curso y el público un 16.7% (12). (Ver Anexo tabla No. 5)

Los temas visto en estos cursos son: anticonceptivo, abstinencia, embarazo a edad temprana, prevención ITS, Sexualidad, uso del condón, noviazgo, planificación familiar, VIH/SIDA, el aborto, ciclo menstrual. Los temas de interés planteados por los adolescentes son: Aborto, el matrimonio, VIH/SIDA, uso

correcto del condón, embarazo en adolescentes, fertilidad, flujo vaginal, salud mental, sexo oral y uso de drogas.

Según causas del aumento de ITS y VIH entre adolescentes los grupos focales mencionaron: Las relaciones sin cuidado, Porque los jóvenes somos brutos creen que la vida es de relaciones sexuales, No se cuidan y son pendejos, Falta de educación sexual, Falta de información, No se cuidan los chavalos, promiscuidad trae problemas, relaciones sexuales, porque los adolescentes no se interesan por los riesgos y no controlan con quien tienen relaciones, no son precavidos y no hacen uso de protección, las relaciones sexuales a temprana edad, las infidelidades, el libertinaje sexual y el sexo desenfrenado .

Los efectos que traen a los adolescentes, una infección de ITS/VIH? Son: baja total de auto estima, y depresión. En relación a los colegios, los privados opinan que la baja de autoestima es el efecto mayor, mientras que en el público es la depresión. En relación al sexo, las dos opiniones corresponden a los varones, pues las mujeres no opinaron sobre este aspecto.

En relación a la transmisión de ITS/VIH SIDA, los grupos focales mencionaron: Se transmite a través de las relaciones sexuales, infección en la sangre, relaciones sexuales, por sangre, por relaciones sexuales y la causa es la falta de protección. Los grupos focales opinaron que la prevención de ITS/VIH se obtiene: Cuidándose, la mayor protección creo que contra el virus es el condón, no tener a alguien más que su pareja, se previene usando protección, creo que deben de tomar consciencia, no se debe tener relaciones sexuales si hay infección, dejar de llevar esa vida, se puede usar la abstinencia, uso de preservativos. Según tipo de colegio, tanto privado como público mencionaron la falta de protección en las relaciones sexuales como condición para la transmisión, y el uso de preservativos,

en especial el condón para la prevención. En el colegio privado muestra discriminación a los jóvenes, con frases como éstas: “Porque los jóvenes somos brutos creen que la vida es de relaciones sexuales”. “No se cuidan y son pendejos”. La promiscuidad y la infidelidad son mencionadas más por los adolescentes del colegio público.

Los grupos focales consideran que el acceso a la información es suficiente.

Lo obtiene del internet, colegio y de mi casa, creo que lo enseñan en el cole, pero es importante conversar con los padres sobre el VIH, bueno, lo recibimos en la casa y en el colegio, es suficiente lo obtengo del internet, colegio y de mi casa y la iglesia.

Necesitamos información sobre drogas y ed. Sexual, Necesito información sobre embarazo no deseado.

El colegio privado menciona la búsqueda de información y que los obtiene en el colegio y la casa. Plantean la necesidad de Información sobre drogas y educación Sexual. En relación al sexo, las muchachas tanto varones como mujeres recibieron información de Educación Sexual, en el colegio y en la casa, los varones. En relación a la necesidad de escuchar temáticas nuevos, las mujeres plantearon: Información sobre embarazo no deseado.

X. ANALISIS DE RESULTADOS:

Conocimientos:

Uno de cada cuatro de los encuestados obtuvo una calificación de muy bueno en los conocimientos. Los varones sobresalieron en relación a las mujeres. El colegio público en relación al privado. El método anticonceptivo más mencionado fue el condón, seguido por las pastillas, inyecciones, PPMS y T de cobre. La enfermedad de transmisión sexual más conocidos por los adolescentes es el VIH/ SIDA seguido por la gonorrea, el Herpes, sífilis y flujo vaginal. Hubo un conocimiento bueno relacionado a la prevención de las ITS. Mencionaron: uso del condón en más de la mitad de los casos, seguidos por la fidelidad mutua y la abstinencia. Hubo respuestas erróneas relacionados a la prevención en altos porcentajes como son: no besar a infectados, no usar objetos babeados por infectados, usar anticonceptivos, encomendarse a Dios, no usar baños públicos. Estos constituyen una gran puntuación, lo que indica que aún persisten conceptos errados y mitos frente a las ITS.

En relación al VIH y SIDA. El conocimiento sobre la transmisión fue muy bueno, mencionando la mayoría de alumnos: las relaciones sexuales sin protección como primer paso hacia la transmisión, más de la mitad de alumnos mencionaron la transmisión sanguínea, uso de agujas infectada, y la transmisión vertical durante embarazo, parto y lactancia. Hubieron respuestas consideradas erróneas que obtuvieron menos porcentajes: besos profundos, sudoración, saliva, herencia, sentarse en baños públicos, tocar objetos que tocaron infectados.

Los alumnos fallaron mucho en las respuestas de la prevención ante el VIH y SIDA un poco más de la mitad de la mitad mencionaron el uso correcto del condón, abstinencia y fidelidad mutua. Otras respuestas fueron: uso de anticonceptivos, higiene personal, usar PPMS, no tener sexo a cada rato, no sentarse en baño, vacunarse.

Aunque existe de forma general conocimientos adecuados sobre el VIH, principalmente sobre las vías por las que se transmite la enfermedad, es substancial reconocer que el mayor desconocimiento estuvo en la prevención, esto pudiera indicar una dirección en el trabajo de educación sexual. Este nivel de conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.

Todos los encuestados conocen un método anticonceptivo, de los cuales el condón fue el más mencionado, seguido por las pastillas anticonceptivas y las inyecciones en más de la mitad de las ocasiones, seguido de las PPMS y T de Cobre. Comparado con Endesa 2011/12, coincide con los hallazgos al mencionar 95.4% condón masculino, un 46.3% inyección un 44.5% PPMS, 36.3% píldora. La mayoría sabe dónde buscar anticonceptivos, sin embargo hay un 14% que dice que no sabe.

Más de la mitad de adolescentes conocen sobre el proceso de eyaculación. Solamente 4 conocen los días de infertilidad. Este desconocimiento conlleva a tener relaciones sexuales en cualquier momento, sin precaución alguna, y esto a su vez expone a un embarazo precoz, a una ITS, o al VIH y SIDA.

Actitudes:

La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general a un aspecto particular de esta.

La mayoría de los adolescentes, en una cierta etapa de sus vidas, desafiarán abiertamente los consejos y jerarquía de sus padres, así como de otras figuras de autoridad.

Ante la afirmación” CON LA PRIMERA RELACION SEXUAL, PUEDE HABER EMBARAZO, casi la totalidad de los encuestados presentaron una actitud favorable, indicando que hay posibilidad de que haya un embarazo en una primera relación sexual, y eso significa que tendría que usar protección. Hubo una actitud favorable común entre adolescentes de los distintos años académicos, sexo, y colegios. Vemos que en la práctica, menos de la mitad de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales usaron el condón en su primera relación sexual, y un poquito más de la mitad lo usaron en la última relación sexual.

Ante la afirmación LAS MUCHACHAS DEBEN PREPARARSE PARA SER MADRES, EN VEZ DE SEGUIR ESTUDIANDO”,_hubo una actitud desfavorable de en 3 de cada 4 adolescentes encuestados. Hubo una actitud común desfavorable en los distintos colegios, sexo y año académico. Esta actitud desfavorable indica que los adolescentes están a favor de la educación de la mujer, que tienen derecho a oportunidades para prepararse para mejorar las condiciones de vida de su familia y poder participar en la vida política y económica del país con igualdad de derechos.

Ante los retos y oportunidades en materia de empoderamiento económico de las mujeres, el pasado mes de enero, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, anunció la creación del primer Panel de Alto Nivel sobre el

Fortalecimiento de la Mujer, con el objetivo de movilizar acciones concretas para cerrar las persistentes brechas de género. Según Luisa Carvaljo ONU Mujer, entre 1990 y 2013, el mayor aumento de todas las regiones en la participación de las mujeres en la fuerza laboral se dio en América Latina y el Caribe, que pasó del 40% al 54%.

Si bien ha mejorado, la participación femenina en el mercado laboral, la participación de los hombres es de 80%. Sin embargo, el trabajo informal todavía es la norma en esta región, en donde el 59% de los empleos de las mujeres son informales y el trabajo doméstico, que generalmente es informal, no está protegido por la legislación laboral.

Ante la afirmación: “EL CONDON PROTEGE CONTRA EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL”, hubo una actitud favorable de los Adolescentes hasta en un 88%. Sin presentar diferencias en colegio privado o público, sexo femenino o masculino, o año académico.

Esta actitud indica que los adolescentes creen en la protección del condón y esto coincide con el conocimiento de la misma. Sin embargo, en la práctica, vemos lo contrario, no hacen uso del condón, por lo tanto no tienen presente el riesgo que esto representa al momento de la relación sexual.

Ante la afirmación: “EL USO DE CONDON HACE QUE LAS MUCHACHAS SEAN PERCIBIDAS COMO FACILES EN LAS RELACIONES SEXUALES”, hubo una actitud favorable de los adolescentes en más de la mitad, tanto en adolescentes del sexo femenino como masculino, y de colegio público y privado.

El hecho de que tengan una actitud favorable hacia esta afirmación significa que esto influye negativamente en la utilización del condón en las relaciones sexuales. Si las mujeres andan condón o solicitan a su pareja el uso del mismo, se perciben

como promiscuas, lo cual es uno de los principales mitos que existen sobre el uso del preservativo, ya que la selección de un método no afecta las conductas sexuales de los individuos. Esto es una de las razones que explica el uso del condón en la última relación sexual del adolescente.

Ante la afirmación “EL ABORTO ES UNA ALTERNATIVA PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PORQUE SE EVITA LA CARGA DE SER MADRE A TEMPRANA EDAD”. Hay una actitud desfavorable hacia el aborto. Esta actitud es la misma de los adolescentes en colegios privados o públicos, independiente del sexo o grado académico. Sin embargo el colegio público salió con mayor porcentaje.

En América Latina y el Caribe, cada año hay 1,2 millones de embarazos no planificados en adolescentes, 51% de los cuales ocurren en adolescentes no casadas. Según estudios, un tercio de las que no quieren quedar embarazadas en América Latina y el Caribe no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo. Estudios han demostrado que las madres adolescentes menores de 15 años son cuatro veces más vulnerables a la mortalidad materna y a un mayor riesgo de complicaciones como anemia, toxemia, hipertensión, placenta previa, y el nacimiento prematuro del bebé.

Cada año se produce 3 millones de aborto inseguro entre adolescentes entre 15-19 años, contribuyendo esto a la mortalidad materna y a problemas de salud maternal. (OMS 2014).

Esta actitud significa que se debe elaborar políticas de abordaje al adolescente que se traduce en retardar el inicio de las primeras relaciones sexuales, del uso de anticonceptivos y evitar los embarazos precoces.

PRACTICAS:

Edad de inicio de las relaciones sexuales

Uno de cada 4 adolescentes encuestado, ya había tenido relaciones sexuales, la mayoría de ellos a la edad de 14 años, sin embargo, el 75.6% (31) tuvo esta experiencia antes de cumplir los 16 años. Estos datos coinciden con la literatura revisada la cual plantea que en estudios realizados en poblaciones de estudiantes de la enseñanza media se ha visto que alrededor del 60% de los adolescentes varones refieren haber iniciado relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad y se comporta entre 15 y 16 años de edad promedio en el sexo femenino. Plantean como promedio, el primer contacto sexual suele darse en torno a los 16 años. (*Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; INJUVE, 2000*).

Por cada chica que tuvo relaciones sexuales hay 3 varones que han tenido relaciones sexuales. Aunque las chicas alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero. Las mujeres relacionan la sexualidad con el ejercicio reproductivo y la viven como una experiencia negativa. Para los varones existe la posibilidad positiva y placentera de la sexualidad, enmarcada en un contexto que los impulsa a tener relaciones sexuales como forma de sustentar su masculinidad. Los alumnos del 5to año son los que tienen mayor porcentaje en la actividad sexual. Más de la mitad de los alumnos que tuvieron relaciones sexuales lo hicieron por curiosidad. (*Pacheco C, Guevara E. Enríquez C, et al. 2007*).

Uso del condón en la primera relación sexual

La ENDESA 2011/12 revela que apenas en 42.1% de los casos la primera relación sexual estuvo acompañada por uso de anticonceptivos.

Este resultado es similar a los resultados de este estudio en donde un 44% de los adolescentes usaron el condón en su primera relación sexual. La utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, y conviene acelerar su promoción. Más de un millón de personas al día contrae una infección de transmisión sexual (ITS), y se estima que cada año se producen cerca de 80 millones de embarazos no deseados. Se ha demostrado que los preservativos tienen una eficacia del 98% en lo que respecta a la prevención de las ITS y el VIH. Además, los preservativos (tanto femeninos como masculinos) permiten evitar embarazos no deseados cuando se usan de forma correcta y consistente.

Los adolescentes que usan el condón en su primera relación sexual, lo hacen porque están claro de los riesgos sin su uso: una infección de transmisión sexual, contraer VIH, o un embarazo no deseado, y es probable que lo seguirá usando en todas las relaciones sexuales. Al contrario, los que no lo usan no están conscientes de los riesgos que esto trae, y por ende no lo usarán en ninguna relación sexual.

Se encontró un mayor uso entre los adolescentes del 5to año. Esto es congruente con cursos recibidos, pues a mayor grado más cursos, también aumenta la conciencia de los riesgos a mayor edad.

Un 17.5% (11) ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de alcohol, y de los cuales solamente el 40%(4) usaron condón, y un 7.9% (5) bajo efecto de alguna droga y del cual el 40%(3) usaron condón. Un 46% (29) tuvo relaciones sexuales con una persona que acababa de conocer, de los cuales solamente el 37.9%(11) uso el condón.

Es alta la frecuencia de adolescentes que inician su vida sexual activa a edades muy tempranas. La práctica del sexo protegido, aún no es sistemática, y los criterios subjetivos y la falta de costumbre dificultan el uso del preservativo lo cual se añade al riesgo a la salud del embarazo precoz si se trata del sexo femenino, y la frustración social que trae para la adolescente o la joven que generalmente se ve impedida de concluir su proyecto de vida.

Aunque existen algunos detractores del preservativo como medio eficaz de protección, fundamentalmente ligados a concepciones religiosas, está demostrado que es el mejor anticonceptivo en estas edades por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales, y además es la forma más eficaz de protección contra las ITS, entre ellas inclusive el VIH/SIDA. Sin embargo, no se le usa regularmente porque existen mitos y creencias en su contra, sobre todo, en adolescentes y jóvenes que se exponen a un mayor riesgo de infección por estas enfermedades. (*García R, Cortez P, Villa L. et al 2006*).

Consumo de alcohol y tabaco

Más de la mitad de los adolescentes encuestados habían tomado licor en algún momento de su vida, el sexo masculino tomó más que el femenino, más de la mitad de los que tomaron, pertenecen al colegio privado y la mayoría pertenece al 5to año.

Más de la mitad de los adolescentes tomaron el primer trago en la adolescencia mediana. Un poco menos de la mitad en la adolescencia temprana y una mínima cantidad en la adolescencia tardía. Sin embargo, algunos iniciaron antes de la adolescencia temprana en el consumo del licor, antes de los 10 años. *Membreño C. 2014*, hizo hincapié en que los ciudadanos que empiezan la ingesta antes de

los 15 años tienen mayores probabilidades de caer en consumo excesivo. Esto además nos indica que todo programa de prevención debe iniciarse antes de la adolescencia temprana. Uno de cada tres de los adolescentes que han tomado, tienen padres que también toman licor.

Actualmente siguen tomando uno de cada tres adolescentes de los cuales más de la mitad tienen padres que también toman. *Hernández D (2003)* dice que los hijos tienden a imitar los comportamientos el alcohol, que observan en su entorno próximo, fundamentalmente por parte de su padre, madre y hermanos mayores.

Se hizo una investigación de tipo experimental sobre “El Ambiente Familiar y el Consumo de Alcohol en los Adolescentes”, en el cual estudió 25 familias y determinó que se considera a la familia como una de las principales entidades sociales capaces de generar, mantener y corregir los hábitos de ingesta de alcohol de sus miembros adolescentes, concluyendo que el clima familiar se asocia al consumo del alcohol, por parte de los Adolescentes. (*Rojas 1992*).

Los resultados de esta investigación coinciden con el Informe Mundial de OMS sobre situación de salud y alcohol 2014. Las Américas y Europa tienen las proporciones más altas de adolescentes (15 a 19 años) que beben alcohol, con el 53% y el 70% respectivamente, que admiten ser consumidores actualmente. Las Américas tiene la prevalencia más alta de desórdenes por el uso de alcohol entre mujeres, con un estimado de 12,6% de niñas y mujeres afectadas por el consumo. Estos adolescentes podrían estar experimentando un alto riesgo psicosocial y daños en la salud física y mental como consecuencia del uso actual de alcohol y tabaco, dependiendo de sus características de empleo. El riesgo es mayor entre los que consumen alcohol (30%).

Una encuesta en alumnos de 12-18 años de edad demostró que 30% había fumado un cigarrillo en los 30 días previos a la encuesta, siendo similar el consumo en ambos sexos. (*Maddaleno M. Morello P. Infante-Espínola F. 2003*).

Estos resultados son similares a lo que encontramos en nuestro estudio un 38% de alumnos que han consumido.

Menos de la mitad de los adolescentes encuestados han fumado en algún momento de su vida. De esos sobresalen los varones, el 5to año y el colegio privado.

Poco menos de la mitad de los adolescentes fumó su primer cigarrillo en la adolescencia temprana. Casi la totalidad de adolescentes fumó su primer cigarrillo antes de cumplir los 16 años. Uno de cada diez adolescentes de los que fuman tienen padres que fuman. 36% de los adolescentes fuman actualmente.

Fuentes de información:

La mayoría de encuestados buscó información sobre salud sexual y reproductiva, de los cuales más de la mitad la buscó en Internet, seguido por familia, colegio, televisión y amigos. Uno de cada cinco adolescentes ha asistido a algún curso sobre Salud sexual y reproductiva. La mayoría del sexo femenino y del 5to año. En relación a los colegios, el privado presenta un 30.3% (23) que han asistido a algún curso y el público un 16.7% (12).

Del total de adolescentes que buscaron información, más de la mitad considera que la información encontrada ha sido muy útil, menos de la cuarta parte lo considero poco útil, y una mínima cantidad considera que no ha sido útil. Hay una cantidad considerable de los adolescentes que recibieron información, y que

consideran que esta ha sido poco útil o nada útil. Adicionalmente, las búsquedas en internet sin orientación alguna, pueden estar influenciando mucho la formación de criterios al respecto. Aunque es la fuente de información más utilizada por los adolescentes y jóvenes, existen páginas WEB con información no fidedigna sobre adolescentes. El costo para la obtención de información por este medio es gratuito en muchos casos (parques nacionales) y de muy bajo costo en los CYBER.

El Dr. Ruales OPS /OMS 2014, expresó que en la Región centroamericana y el caribe hay un amplio uso y la mayor cobertura de las tecnologías digitales. El 64% de la población en edades entre los 10-18 años tienen una computadora, el 77% usan Internet, el 68% tienen su propio teléfono móvil y el 62% utilizan videojuegos, lo que facilita orientar a la búsqueda de información a través de este medio.

La familia ocupó el segundo lugar de donde obtienen información. Sin embargo, esto fue en menos de la mitad de los casos. Significa que los padres no están teniendo la comunicación adecuada sobre el tema ya que esta se ve influida por mitos y creencias. Además el tema de la Sexualidad sigue siendo tabú en nuestra sociedad. Esta información obtenida de manera informal o formal, materializado en prácticas ayudaría a: retrasar el inicio temprano de las relaciones sexuales coitales sin protección, evitar embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA, infección por el Virus del Papiloma Humano.

Los temas visto en estos cursos fueron: anticonceptivo, abstinencia, embarazo a edad temprana, prevención ITS, Sexualidad, uso del condón, noviazgo, planificación familiar, VIH/SIDA, el aborto, ciclo menstrual. Los temas de interés planteados por los adolescentes son: Aborto, el matrimonio, VIH/SIDA, uso correcto del condón, embarazo en adolescentes, fertilidad, flujo vaginal, salud mental, sexo oral y uso de drogas. Los temas de necesidad planteados por los

dirigentes estudiantiles en los grupos focales coinciden con las respuestas de los adolescentes en la encuesta: Drogas, Educación sexual y Embarazo No Deseado.

XI. CONCLUSIONES

1. Los adolescentes encuestados son del 4to y 5to año, de colegio público y privado, del sexo femenino predominantemente y con promedio de edad de 16 años. Profesan la religión evangélica en su mayoría, tienen menos de 3 hermanos, viven con ambos padres. El piso de la vivienda en que viven es de cerámica o ladrillo, con agua potable intradomiciliar, y alcantarillado. La casa tiene más de tres cuartos.
2. El nivel de conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva es bueno. Conocen las ITS, y como prevenirla, los métodos anticonceptivos y donde encontrarlas, conocen como se transmite el VIH/SIDA. Un 37.5% no pudo responder como se puede prevenir el VIH/SIDA, dieron respuestas erradas de percepción.
3. Existe una actitud favorable de uso del condón con la primera relación sexual por el riesgo de embarazo y porque creen que el condón protege contra las ITS y VIH/SIDA. La actitud desfavorable se presentó en relación al aborto, el abandono del estudio de las muchachas, y el considerar fáciles a las muchachas que usan condón.
4. Los adolescentes están involucrados en una serie de prácticas de riesgo como son: inicio precoz de relaciones sexuales, el no uso de condón en cada relación sexual, consumo de alcohol con relaciones

sexuales, sexo con recién conocidos, alcoholismo y tabaquismo, que pueden llevarlos a consecuencias nocivas para su Salud.

5. Los adolescentes que viven con ambos padres tienen minimizados las prácticas de alcoholismo, tabaquismo y de iniciar la vida sexual en la adolescencia temprana o antes de esta.
6. Los adolescentes que consumen tabaco y alcohol, tienen padres y/o madres que también consumen tabaco y alcohol.
7. La información que el adolescente necesita sobre salud sexual y reproductiva, no está siendo suministrada de manera formal y organizada. Están buscando solos la información, y los están obteniendo de cualquier medio. Las principales fuentes de información fueron: Internet, la familia, el colegio, la televisión, y amigos.

XII. RECOMENDACIONES

A la dirección del colegio:

1. Elaborar un plan de capacitación dirigido a la comunidad escolar educativa de ambos colegios (Maestros, padres de familia y alumnos) con los temas de VIH/SIDA, alcoholismo, tabaquismo y otros temas que los adolescentes expresaron que necesitan conocer.
2. Organizar clubes de adolescentes para discutir Temas, compartir experiencias, apoyarse mutuamente y otras actividades propias de la juventud.
3. Promover de forma masiva las actividades socioculturales entre los adolescentes de los colegios.

Al MINSA:

4. Facilitar acceso sobre información a los adolescentes mediante enlaces a sitios confiables dentro de su página web.

A los padres de Familia:

5. Orientar apropiadamente sobre factores de riesgo relacionados con sexualidad temprana y consecuencias de embarazo en adolescentes.
6. Ser referentes para evitar prácticas como alcoholismo y tabaquismo.

XIII. BIBLIOGRAFIA

Alfonso A. (2006).

Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres

Ayala Ma. (2011).

Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara México.

Calero J., Santana F. (2001).

Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto.

Camacho A. (1988-1998).

Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el caribe. Revisión bibliográfica.

Campos A. Ceballo G., Herazo E. (2010).

Prevalencia del patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes.

CATALYST-CEDRA-PROFAMILIA (SF).

Salud sexual y reproductiva de adolescente: Manual de capacitación.

Colomer J, Grupo P (2005).

Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes.

Cruz W, Castillo P. (2013.)

Conocimientos, Actitudes y Prácticas en adolescentes embarazadas acerca de los métodos anticonceptivos. Centros de Salud, Francisco Morazán-Managua

Dicesare M. CEPAL-UNFPA (2014).

Fecundidad adolescente en los países desarrollados: Niveles, tendencias y políticas.

Egger M., Ferrie J., Gorter A, González S. Gutiérrez R., Paw J. Smith G. (1994).

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua.

FUNIDES (2016)

Embarazo adolescente en Nicaragua:

Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente

Nicaragua.

Gayet C. (2005).

Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en México:

Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas.

Hernández D. (2003)

La influencia del alcohol en la sociedad

2003

Maddaleno M, Morello P., Infante F. (2003).

Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el caribe:

Desafío para la próxima década.

Mesa M, Barella J, Cabeño M (2004).

Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro

entorno.

Ministerio de Educación de Nicaragua (2010).

Educación de la Sexualidad:

Guía básica de Consulta para Docentes.

Ministerio de Salud Nicaragua (2008).

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Ministerio de Salud de Nicaragua (2010)

Dirección de Estadística y Registro Médico

Mozarrasa L, Gil S. (SF).

Salud Sexual y Reproductiva.

World Health Organization. 2014.

Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health:

Adolescent pregnancy

Pacheco C, Rincón L, Guevara E, Enríquez C, Guerrero M, Nieto M. (2007).

Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá.

Pérez M, Soza M, Amaran J, Pinto Ma.del R, (2009).

Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud.

- Paizano M; Ruano L. (2014).
Conocimientos y actitudes sobre sexualidad, anticoncepción y responsabilidad compartida en las madres adolescentes de la comunidad Indígena, Nahuatl Urbate-Las Pilas. Isla de Ometepe, Rivas Nicaragua.
- PATH NICASALUD, USAID (2012).
*Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua:
Determinantes de riesgo y protección e indicadores para medir el abordaje.*
- Plank A. (2013).
Actitudes y Prácticas empleadas por adolescentes relacionados al uso de anticonceptivos y embarazo. Somoto Nicaragua.
- Rosabal E., Romero N, Gaquin K, Hernandez R (2015).
Conductas de Riesgo en los adolescentes.
- UNICEF (2007)
*Embarazo en Adolescentes
República Dominicana*
- UNFPA Save The Children (2009).
*Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva:
para adolescentes en Contexto*
- UNPFA (2012).
Hoja de Datos de Salud Sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes Nicaragüenses.
- UNPFA (2014)
Nicaragua, el país con más embarazos adolescentes en América Latina.

ANEXOS

TABLAS

CUADRO 1:

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LOS ADOLESCENTES.
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA. COLEGIOS DE MANAGUA. 2016

Adolescentes Encuestados..... 152		
VARIABLES	No.	%
<i>Tipo de colegio</i>		
Público	76	50
Privado	76	50
Total.....	152	100
<i>Grado escolar</i>		
Cuarto año	74	48.7
Quinto año	78	51.3
Total.....	152	100
<i>Edad</i>		
15 años	32	21
16 años	78	51.3
17 años	33	21.7
18 años	6	4
19 años	3	2
Total.....	152	100
<i>Sexo.</i>		
Femenino	78	51.3
Masculino	74	48.7
Total.....	152	100
<i>Religión</i>		
Evangélico	81	53.3
Católico	40	26.3
Adventista	1	0.7
Testigo de jehová	1	0.7
Otra	14	9.2
Ninguno	15	9.8
Total.....	152	100
<i>Con quien vive</i>		
Papa y Mama	67	44.1
Papa o mama	54	35.5
Otros familiares	28	18.4
Otras personas	3	2
Total.....	152	100

<i>Numero de Hermanos</i>		
< de 3	78	51.4
3	42	27.6
4	21	13.8
>De 4	11	7.2
Total.....	152	100
<i>Cuartos de la casa</i>		
Uno	6	4
Dos	37	24.3
Tres	36	23.7
Más de 3 cuartos	73	48
Total.....	152	100
<i>Material del piso</i>		
Cerámica	84	55.2
Cemento	58	38.2
Tierra	10	6.6
Total.....	152	100
<i>Agua potable en vivienda</i>		
Si	150	98.7
No	2	1.3
Total.....	152	100
<i>Alcantarilla en vivienda</i>		
Si	112	73.7
No	40	26.3
Total.....	152	100
<i>Pertenece a algún grupo cultural o deportistas</i>		
Si	75	49.3
No	77	50.7
Total.....	152	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

CUADRO 2:**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. COLEGIOS DE MANAGUA. 2016**

Adolescentes Encuestados..... 152		
VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
<i>Conoce Métodos Anticonceptivo</i>		
Si	152	100
No	0	0
Total.....	152	100
<i>Métodos que más Conocen</i>		
Condón	145	95.4
Pastillas A.	104	68.4
PPMS	69	45.4
Inyectable	89	58.6
T. de Cobre	44	28.9
<i>Métodos que usan</i>		
Condón	28	68.3
PPMS	12	29.3
Pastillas	4	9.7
Inyectable	3	7.3
<i>Conoce días de Infertilidad</i>		
Si	4	2.6
No	148	97.4
Total	152	100
<i>Conoce Eyaculación</i>		
Si	106	69.7
No	46	30.3
Total.....	152	100
<i>Sabe dónde buscar anticonceptivos</i>		
Si	17	11.2
No	152	100
Total.....		
<i>Conoce ITS</i>		
Si	146	96.1
No	6	3.9
Total	152	100

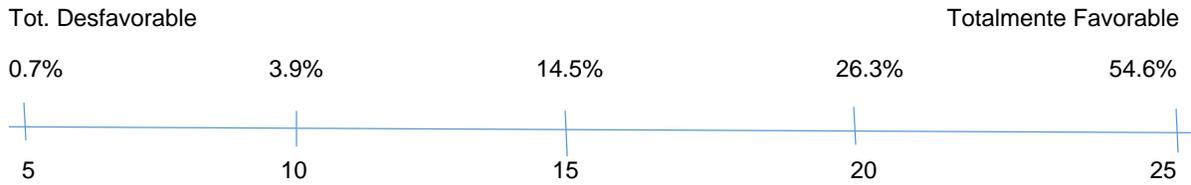
Adolescentes Encuestados..... 152		
VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
<i>ITS mas mencionados</i>		
VIH/SIDA	146	96
Gonorrea	121	79.6
Herpes	114	75
Sífilis	113	66.5
Flujo Vaginal	56	36.8
Chancro	51	33.6
Clamidia	31	20.4
Condiloma	28	18.4
Tricomoniasis	7	4.6
<i>Conocen prevención de ITS</i>		
Si	123	80.9
No	29	18.1
Total	152	100
<i>Conocen Transmisión de VIH</i>		
Si	137	90.1
No	12	7.9
Total	152	100
<i>Conoce Prevención de VIH</i>		
Si	95	62.5
No	57	37.5
Total	152	100
<i>Nivel de conocimientos sobre S.S.R.</i>		
Muy bueno	38	25
Bueno	98	64.5
Regular	16	10.5
Total	152	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

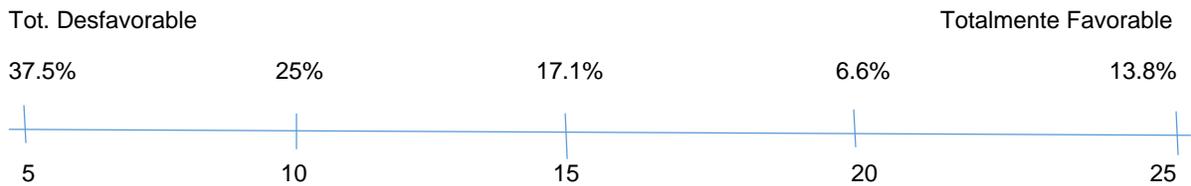
ACTITUDES

Afirmaciones	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Con la primera relación sexual puede haber embarazo.	1 (0.7%)	6 (3.9%)	22 (14.5%)	40 (26.3%)	83 (54.6%)
2. Las muchachas deben prepararse para ser madres, en vez de seguir estudiando.	57 (37.5%)	38 (25%)	26 (17.1%)	10 (6.6%)	21 (13.8%)
3. El condón protege contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual.	11 (7.2%)	7 (4.6%)	25 (16.4%)	69 (45.3%)	40 (26.3%)
4. El uso de condón hace que las muchachas sean percibidas como fáciles en las relaciones sexuales.	29 (19.2%)	31 (20.5%)	58 (38.4%)	23 (15.2%)	10 (6.6%)
5. El aborto es una alternativa para la adolescente embarazada, porque se evita la carga de ser madre a temprana edad	59 (38.8%)	23 (15.1%)	36 (23.7%)	23 (15.1%)	11 (7.2%)

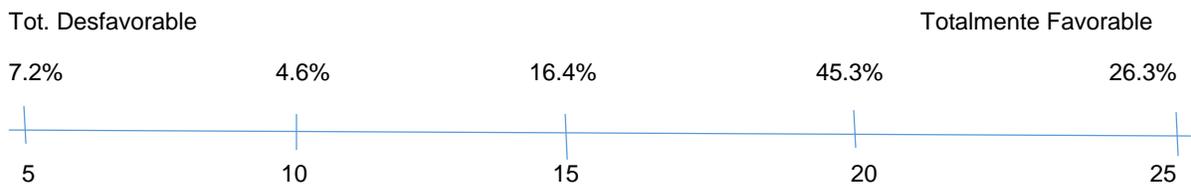
ESCALA DE LIKERT 1: CON LA PRIMERA RELACION SEXUAL, PUEDE HABER EMBARAZO.



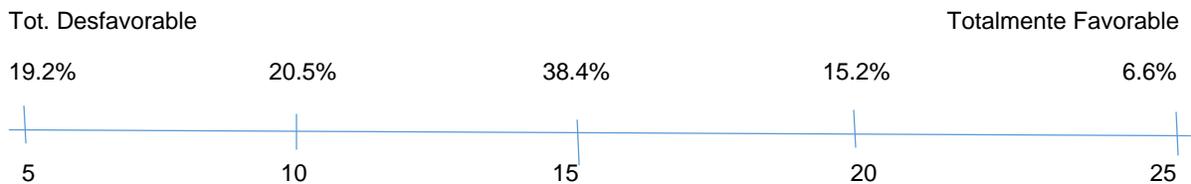
ESCALA DE LIKERT 2: LAS MUCHACHAS DEBEN PREPARARSE PARA SER MADRES, EN VEZ DE SEGUIR ESTUDIANDO.



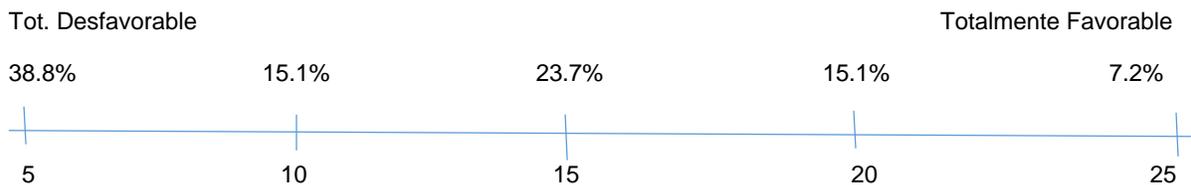
ESCALA DE LIKERT 3: EL CONDON PROTEGE CONTRA EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.



ESCALA DE LIKERT 4: EL USO DE CONDON HACE QUE LAS MUCHACHAS SEAN PERCIBIDAS COMO FACILES EN LAS RELACIONES SEXUALES.

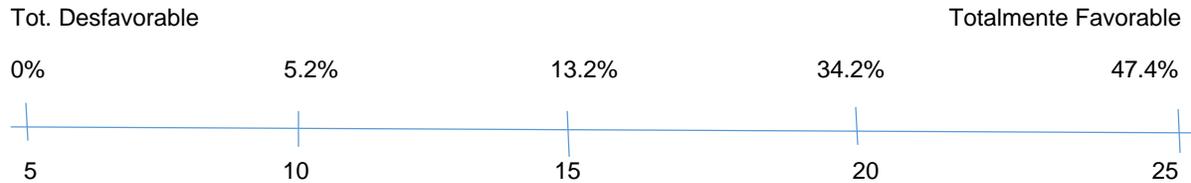


ESCALA DE LIKERT 5: EL ABORTO ES UNA ALTERNATIVA PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PORQUE SE EVITA LA CARGA DE SER MADRE A TEMPRANA EDAD.



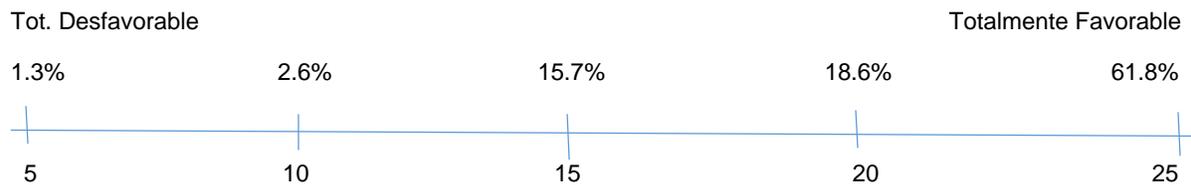
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PÚBLICO

ESCALA DE LIKERT 1: CON LA PRIMERA RELACION SEXUAL, PUEDE HABER EMBARAZO.



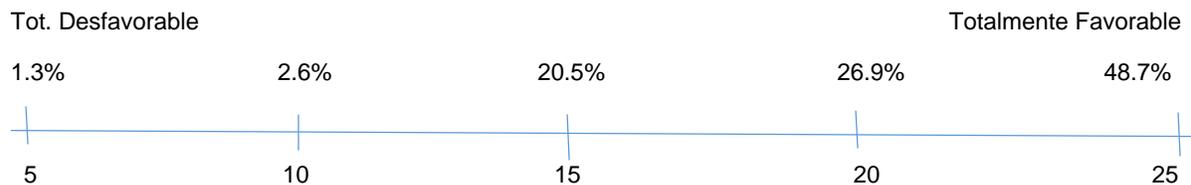
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PRIVADO

ESCALA DE LIKERT 1: CON LA PRIMERA RELACION SEXUAL, PUEDE HABER EMBARAZO.



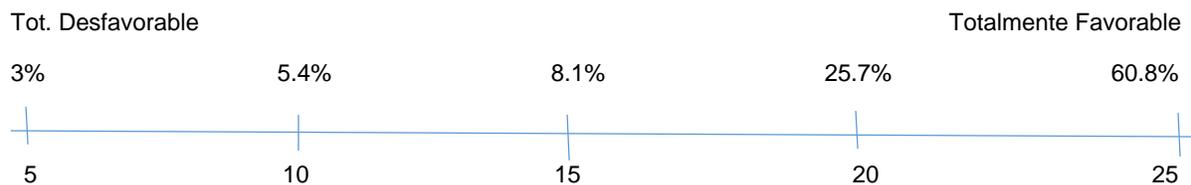
ACTITUDES SEGÚN SEXO FEMENINO

ESCALA DE LIKERT 1: CON LA PRIMERA RELACION SEXUAL, PUEDE HABER EMBARAZO.



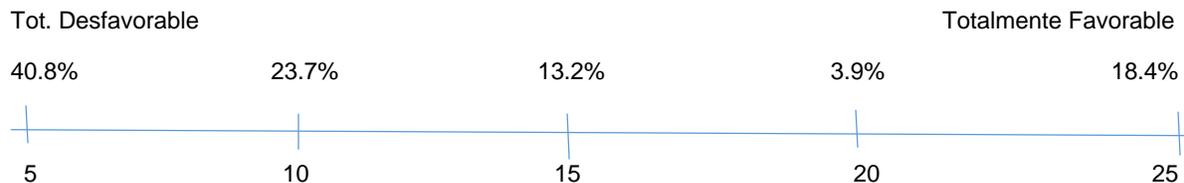
ACTITUDES SEGÚN SEXO MASCULINO

ESCALA DE LIKERT 1: CON LA PRIMERA RELACION SEXUAL, PUEDE HABER EMBARAZO.



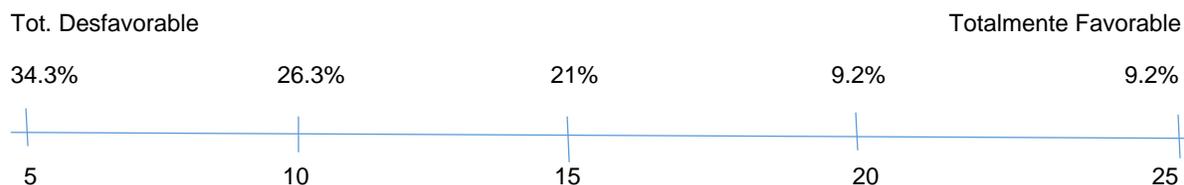
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PRIVADO

ESCALA DE LIKERT 2: LAS MUCHACHAS DEBEN PREPARARSE PARA SER MADRES, EN VEZ DE SEGUIR ESTUDIANDO.



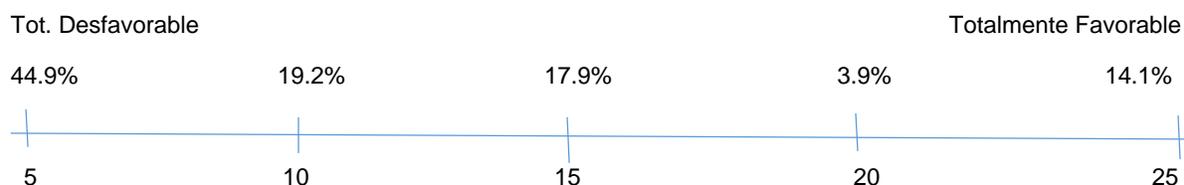
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PÚBLICO

ESCALA DE LIKERT 2: LAS MUCHACHAS DEBEN PREPARARSE PARA SER MADRES, EN VEZ DE SEGUIR ESTUDIANDO.



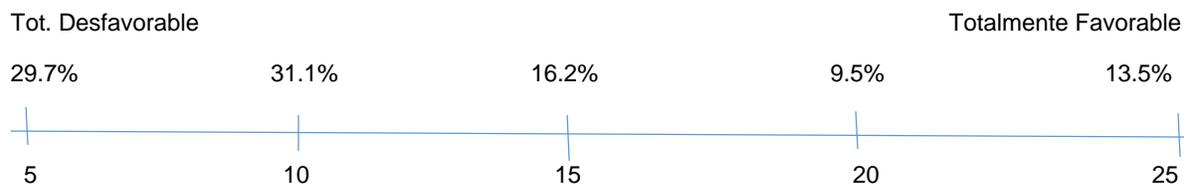
ACTITUDES SEGÚN SEXO FEMENINO

ESCALA DE LIKERT 2: LAS MUCHACHAS DEBEN PREPARARSE PARA SER MADRES, EN VEZ DE SEGUIR ESTUDIANDO.



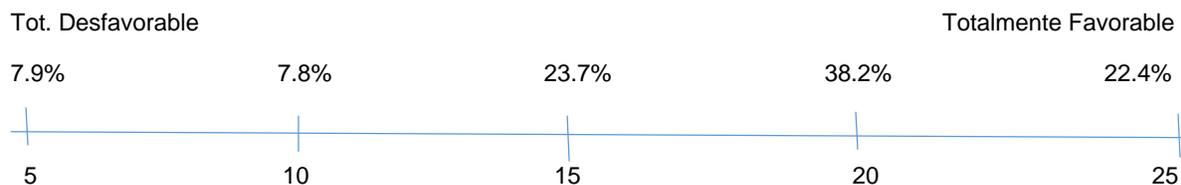
ACTITUDES SEGÚN SEXO MASCULINO

ESCALA DE LIKERT 2: LAS MUCHACHAS DEBEN PREPARARSE PARA SER MADRES, EN VEZ DE SEGUIR ESTUDIANDO.



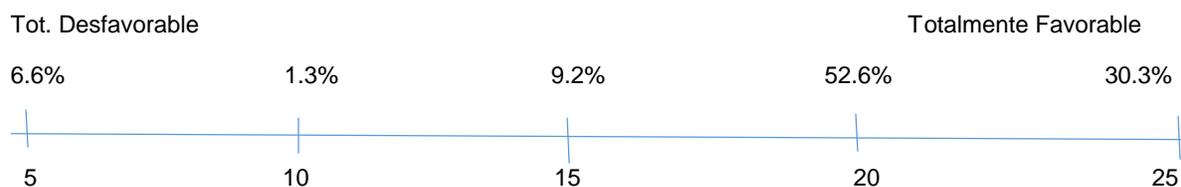
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PRIVADO

ESCALA DE LIKERT 3: EL CONDON PROTEGE CONTRA EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.



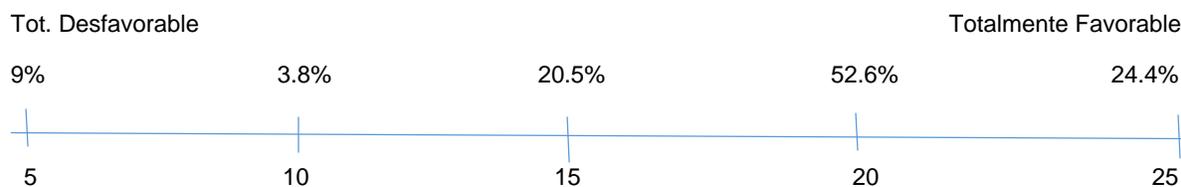
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PÚBLICO

ESCALA DE LIKERT 3: EL CONDON PROTEGE CONTRA EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.



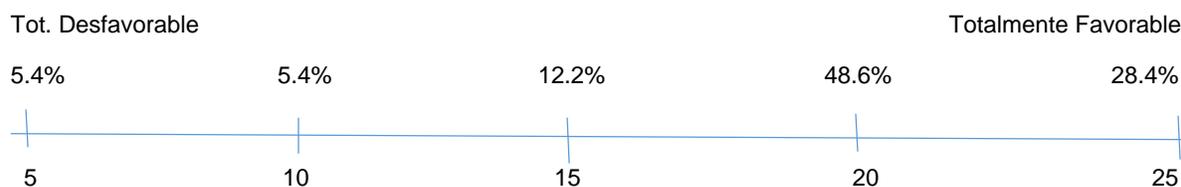
ACTITUDES SEGÚN SEXO FEMENINO

ESCALA DE LIKERT 3: EL CONDON PROTEGE CONTRA EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.



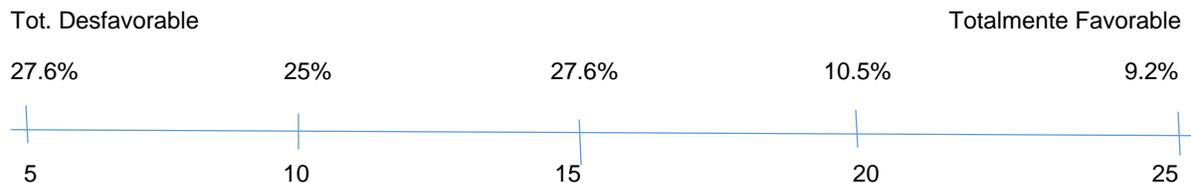
ACTITUDES SEGÚN SEXO MASCULINO

ESCALA DE LIKERT 3: EL CONDON PROTEGE CONTRA EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.



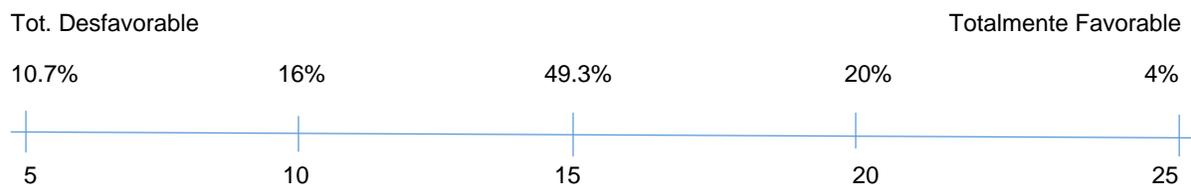
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PRIVADO

ESCALA DE LIKERT 4: EL USO DE CONDON HACE QUE LAS MUCHACHAS SEAN PERCIBIDAS COMO FACILES EN LAS RELACIONES SEXUALES.



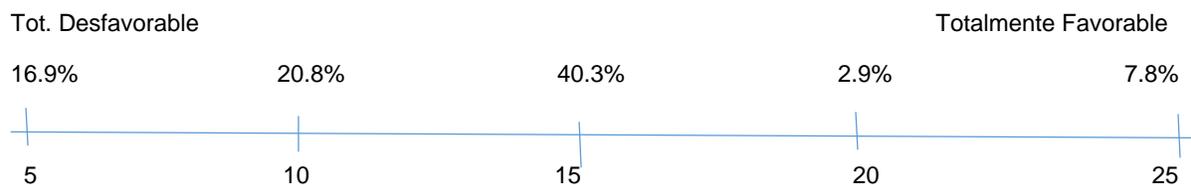
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PÚBLICO

ESCALA DE LIKERT 4: EL USO DE CONDON HACE QUE LAS MUCHACHAS SEAN PERCIBIDAS COMO FACILES EN LAS RELACIONES SEXUALES.



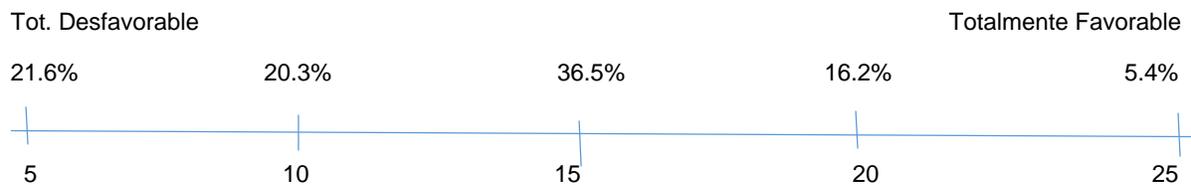
ACTITUDES SEGÚN SEXO FEMENINO

ESCALA DE LIKERT 4: EL USO DE CONDON HACE QUE LAS MUCHACHAS SEAN PERCIBIDAS COMO FACILES EN LAS RELACIONES SEXUALES.



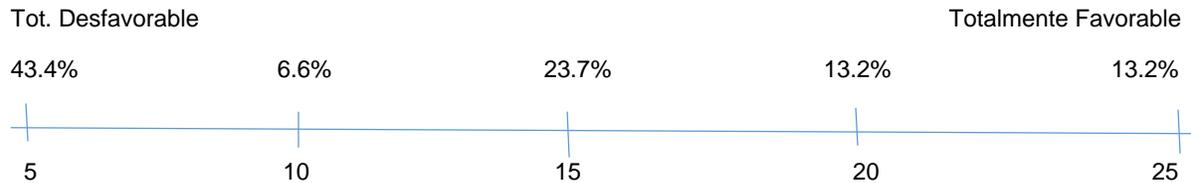
ACTITUDES SEGÚN SEXO MASCULINO

ESCALA DE LIKERT 4: EL USO DE CONDON HACE QUE LAS MUCHACHAS SEAN PERCIBIDAS COMO FACILES EN LAS RELACIONES SEXUALES.



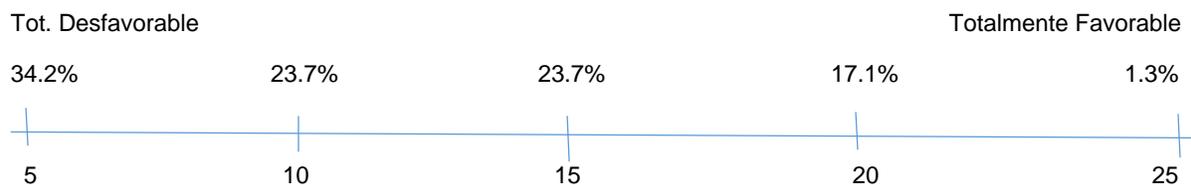
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PRIVADO

ESCALA DE LIKERT 5: EL ABORTO ES UNA ALTERNATIVA PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PORQUE SE EVITA LA CARGA DE SER MADRE A TEMPRANA EDAD.



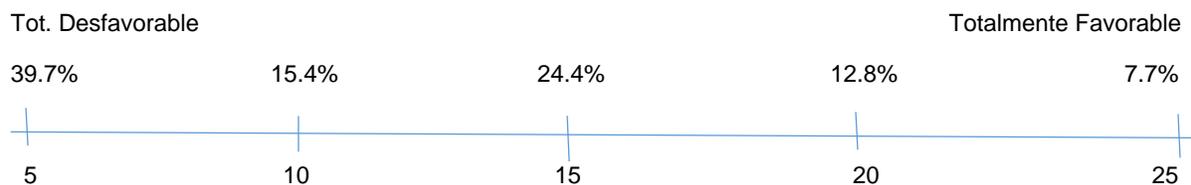
ACTITUDES SEGÚN COLEGIO PÚBLICO

ESCALA DE LIKERT 5: EL ABORTO ES UNA ALTERNATIVA PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PORQUE SE EVITA LA CARGA DE SER MADRE A TEMPRANA EDAD.



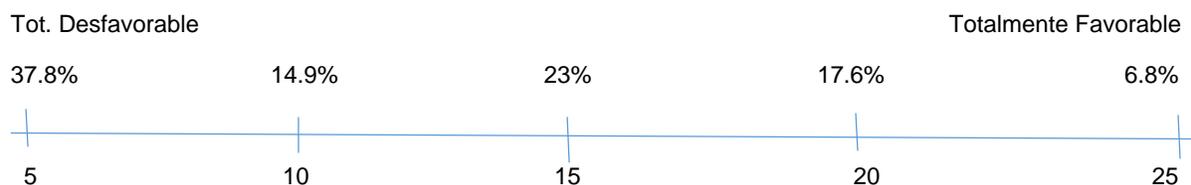
ACTITUDES SEGÚN SEXO FEMENINO

ESCALA DE LIKERT 5: EL ABORTO ES UNA ALTERNATIVA PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PORQUE SE EVITA LA CARGA DE SER MADRE A TEMPRANA EDAD.



ACTITUDES SEGÚN SEXO MASCULINO

ESCALA DE LIKERT 5: EL ABORTO ES UNA ALTERNATIVA PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PORQUE SE EVITA LA CARGA DE SER MADRE A TEMPRANA EDAD.



PRACTICAS DE RIESGO

CUADRO 4:

PRACTICAS DE RIESGO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. COLEGIOS DE MANAGUA. 2016

ADOLESCENTES ENCUESTADOS..... 152		
Variables	No.	%
<i>Calificación de Prácticas de Riesgo</i>		
Riesgo Bajo	127	83.6
Riesgo Moderado	19	12.5
Riesgo Elevado	6	3.9
Total	152	100
<i>Ha tenido relaciones sexuales</i>		
Si	41	27
No	111	73
Total	152	100
<i>Edad de primera relación sexual.</i>		
< de 10 años	2	5
10-13	4	10
14-16	31	75
17-19	2	5
N.R.	2	5
Total	41	100
<i>Porque tuvo relaciones sexuales</i>		
Curiosidad	23	56.2
Presión de Pareja	3	7.3
Otras Razones	14	34.1
N.R.	1	2.4
Total.....	41	100
<i>Quien tomó la iniciativa</i>		
Sucedió en el momento	17	41.5
Ambos	15	36.6
Yo	8	19.5
N.R.	1	2.4
Total.....	41	100
<i>Uso condón en la primera relación sexual</i>		
Si	18	43.9
No	22	53.7
N.R.	1	2.4
Total	41	100

ADOLESCENTES ENCUESTADOS..... 152		
Variables	No.	%
<i>Uso condón en todas las relaciones sexuales</i>		
Si	14	34.2
No	26	63.4
N.R.	1	2.4
Total	41	100
<i>Uso condón en la última relación sexual</i>		
Si	25	61
No	15	36.6
N.R.	1	2.43
Total	41	100
<i>Ha Tenido Relaciones sexuales bajo efecto de alcohol</i>		
Si	6	14.6
No	34	83
N.R.	1	2.4
Total	41	100
<i>Ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de drogas.</i>		
Si	4	9.7
No	36	87.8
N.R.	1	2.4
Total	41	100
<i>Ha tenido relaciones sexuales con personas poco conocidos o que acaba de conocer</i>		
Si	16	39.1
No	24	58.5
N.R.	1	2.4
Total.....	41	
<i>Ha tomado licor alguna vez</i>		
Si	97	63.8
No	55	36.2
Total.....	182	100
<i>Edad del primer Trago</i>		
< de 10 años	2	2.1
10-13	43	44.3
14-16	50	51.5
17-19	2	2.1
Total	97	100
<i>Actualmente tomas licor</i>		
Si	36	37.1
No	61	62.9
Total	97	100

ADOLESCENTES ENCUESTADOS..... 152		
Variables	No.	%
<i>Padres toman licor</i>		
Si	55	36.2
No	97	63.8
Total	152	100
<i>Has fumado alguna vez</i>		
Si	59	38.8
No	93	61.2
Total	152	100
<i>Edad del primer Cigarillo</i>		
< de 10 años	2	3.4
10-13	28	30.5
14-16	27	45.7
17-19	2	3.4
Total	59	100
<i>Actualmente fumas</i>		
Si	21	35.6
No	38	64.4
Total	59	100
<i>Sus Padres fuman</i>		
Si	17	11.2
No	135	88.8
Total	152	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

FUENTES DE INFORMACION

CUADRO 5:

FUENTES DE INFORMACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA. COLEGIOS DE MANAGUA. 2016

ADOLESCENTES ENCUESTADOS..... 152		
Variables	No.	%
<i>Ha buscado información sobre SSR</i>		
Si	146	96
No	6	4
Total	152	100
<i>Fuentes de Información.</i>		
Internet	84	55.3
Familia	58	38.2
Colegio	58	38.2
T.V.	42	27.6
Amigos	39	25.7
Salud	28	18.4
Enciclopedia	19	12.5
Revista	18	11.8
Iglesia	16	10.5
<i>Le ha sido de ayuda esta información</i>		
Mucho	99	67.8
Poco	35	24
Nada	9	6.2
S.D.	3	2
Total	146	100
<i>Ha asistido a algún curso de S.S.R.</i>		
Si	35	23
No	113	74.3
S.D.	4	2.7
Total.....	152	100
<i>Temas visto en cursos asistido</i>		
Anticonceptivos, Abstinencia, Embarazo en adolescentes, Prevención ITS, Noviazgo VIH/SIDA, Aborto ciclo menstrual, Planificación Familiar		
<i>Temas de interés de adolescentes</i>		
Aborto, Matrimonio, Uso correcto del condón, Sexo oral, Uso de drogas Embarazo en adolescentes, Fertilidad, Flujo vaginal, Salud mental VIH/SIDA		

CUADRO No. 1

Grupos Focales. Conocimientos Actitudes y Prácticas. Salud Sexual y Reproductiva En dos Colegios de Managua Público y Privado. Marzo 2016

1. ¿A qué edad consideran que los adolescentes deben de iniciar su vida sexual? Argumente sus razones.	PRIVADO		PUBLICO	
	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
	“Después de los 16 años ya que tenemos más capacidad para razonar”.	“20 años en adelante porque ya son personas adultas y pueden tener hijos sin problemas”.	“No hay edad, pero es mejor si es mayor de 15 años”.	“18 años pues ya se considera adulto”.
	“Optimo entre los 18–20 años porque ya están maduros”.	“A la edad que sean responsables a los 21 años”.	“A los 18 ya que a esa edad tiene suficiente madurez mental y física”.	“A los 18–20 años ya que considero esa edad hay madurez sentimental para hacer eso”.
	“18 años”.		“Al momento después de casarse, más de 20 años”.	“25 años ya la persona es madura”.
	“20, ya que la madurez es muy influyente y podemos hacer y actuar con sensibilidad”.	“Creo que la edad no importa siempre y cuando seamos responsables”.	“Tipo 23 años cuando ya ha pasado la juventud. Con su esposo”.	“Creo que la edad no importa siempre y cuando seamos responsables con ello”.
	“A los 21 años”.	“Hasta que tenga su carrera y es mayor de edad”	“A la edad que sean responsables y autosuficientes”.	
	“Creo que la edad no importa, siempre y cuando seamos responsables”.	“Cuando estén casados para evitar riesgos”.	“Hasta el matrimonio”.	“Dentro del matrimonio que es lo correcto”.
	“Hasta que tenga su carrera y es mayor de edad”.	“Cuando estén preparados e informados sobre cómo protegerse”.	“Pueden empezar cuando estén seguros de lo que están haciendo”	“Cuando tenga suficiente información y conocimiento de lo que conlleva eso”.
	“Cuando estén preparados e			

	<p>informados sobre cómo protegerse”.</p> <p>“Los adolescentes no deben tener relaciones sexuales porque pueden quedar embarazadas”.</p>			
--	--	--	--	--

Fuente: Grupos Focales

CUADRO No. 2
Grupos Focales. Conocimientos Actitudes y Prácticas. Salud Sexual y Reproductiva En dos Colegios de Managua Público y Privado. Marzo 2016

2. ¿El embarazo en adolescentes va en ascenso, según informes de la OMS. ¿Qué explicaciones tiene y qué se puede hacer para evitarlo?	PRIVADO		PUBLICO	
	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
	<p>“Se puede evitar no forzando a las mujeres a tener relaciones sexuales”.</p> <p>“El cambio queda en nosotros mismos los adolescentes pues hay tantos métodos de protección”.</p> <p>“No dejar salir a las chicas”.</p> <p>“No teniendo sexo hasta que se casen”.</p> <p>“Usar anticonceptivos”.</p>	<p>“Que haya más información a los jóvenes”.</p> <p>“Los muchachos tienen que tomar en cuenta que pueden perjudicar su vida, tener sexo muy jóvenes”.</p> <p>“No hay suficiente información sobre protección”.</p> <p>“Los adolescentes son irresponsables es necesario la educación sexual”.</p> <p>“No existen muchos lugares</p>	<p>“Las chavalas son zorras, se acuestan con el primero que ven. Deberían tener más educación sexual”.</p> <p>“Los padres deben preparar a los hijos para esto”.</p> <p>“No dejarse llevar por los deseos”.</p> <p>“Dar a conocer los riesgos”.</p> <p>“Falta de valores inculcados”.</p> <p>“Hacer campañas contra esto”.</p>	<p>“Desinformación decadencia moral en sociedad, consumo de pornografía a edad cada vez más temprano. Falta de valores”.</p> <p>“Los jóvenes no quieren usar preservativos, deben protegerse porque no es apropiado el embarazo a temprana edad”.</p> <p>“Estar informando sobre sexualidad a los jóvenes”.</p> <p>“Hay libertinaje sexual y nada de información”.</p>

		donde se educan a los jóvenes”. “Falta de conocimiento de estos temas”		“Ampliar la educación sexual”.
--	--	---	--	--------------------------------

Fuente: Grupos Focales

CUADRO No. 3
Grupos Focales. Conocimientos Actitudes y Prácticas. Salud Sexual y Reproductiva En dos Colegios de Managua Público y Privado. Marzo 2016

3. ¿Qué importancia tiene el uso de anticonceptivos? ¿Cuáles son los más utilizados por los adolescentes y por qué? ¿Las PPMS, considera su acceso fácil o difícil?	PRIVADO		PUBLICO	
	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
	<p>“Es importante porque se evita un embarazo no deseado”.</p> <p>“La importancia es que ayuda a prevenir el embarazo y de acceso fácil”.</p> <p>“Son de fácil acceso, utilizan el condón en su mayoría</p> <p>“Las PPMS, porque es más fácil de conseguir, pero dañan nuestro organismo, pero nos protege y nos ayuda mucho”.</p>	<p>“Importante porque previene las ITS, el más usado es el condón por su acceso”.</p> <p>“Previenen los embarazos y las enfermedades”.</p> <p>“La PPMS es un método de emergencia y está en todos lados”.</p> <p>“Los más utilizado es el condón y es fácil de encontrar”.</p>	<p>“Evita el embarazo no deseado. El más utilizado es el condón por su precio y facilidad de uso”.</p> <p>“Es muy importante para tener un control de planificación familiar”.</p> <p>“Son muy importantes, la más usadas son condón y PPMS, su acceso es bastante cool”.</p> <p>“Las PPMS son necesarias cuando uno mete la pata”.</p>	<p>“Son de suma importancia para evitar el embarazo. Los más utilizados son condón y las PPMS”.</p> <p>“Evitan ciertos riesgos, el más utilizado es el condón, pastillas e inyecciones, pero la PPMS es el más utilizado por su acceso en cualquier farmacia”.</p> <p>“Evite ETS, embarazo no deseado etc, el condón es el más usado, el más popular y el de más fácil acceso”.</p> <p>“La PPMS protege un 90% solamente”.</p>

Fuente: Grupos Focales

CUADRO No. 4

Grupos Focales. Conocimientos Actitudes y Prácticas. Salud Sexual y Reproductiva En dos Colegios de Managua Público y Privado. Marzo 2016

4. Las ITS y VIH han ido en aumento en la población adolescente ¿Cuáles son las causas? ¿Qué efecto trae a los adolescentes que se infecten? ¿Cómo se transmite? ¿Cómo se puede prevenir?	PRIVADO		PUBLICO	
	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
	<p>“Han ido en aumento porque se transmite con una relación”.</p> <p>“Las relaciones sin cuidado”.</p> <p>“Con actividades sexuales. Cuidándose se puede prevenir”.</p> <p>“La mayor protección creo que contra el virus es el condón”.</p> <p>“Se transmite a través de las relaciones sexuales”.</p> <p>“Infección en la sangre, relaciones sexuales”</p> <p>“Se previene a través del condón”.</p> <p>No tener a alguien más que su pareja”.</p>	<p>“Porque los jóvenes somos brutos creen que la vida es de relaciones sexuales. No se cuidan y son pendejos”.</p> <p>“Falta de educación sexual”.</p> <p>“Falta de información”.</p> <p>“Causa la baja total de auto estima”.</p> <p>“Se previene usando protección”.</p> <p>“Se previene usando anticonceptivo”.</p>	<p>“No se cuidan”.</p> <p>“Promiscuidad, trae problemas”. y no controlan con quien tienen relaciones”.</p> <p>“Es el sexo desenfrenado”.</p> <p>“Los chavalos se deprimen”.</p> <p>“Se transmiten por sangre”.</p> <p>“Tomar consciencia”.</p> <p>“No se debe tener relaciones sexuales si hay infección”.</p> <p>“Se previene cuidándose”.</p> <p>“Dejar de llevar esa vida”.</p> <p>“La única forma es presentarle a Jesús”.</p>	<p>“No son precavidos y no hacen uso de protección, que afecta mucho la salud”.</p> <p>“La causa es la falta de protección”.</p> <p>“Aumenta la promiscuidad de los adolescentes”.</p> <p>“Las relaciones sexuales a temprana edad”.</p> <p>“Las infidelidades y el libertinaje sexual”.</p> <p>“Por relaciones sexuales”.</p> <p>“Falta de educación sexual”.</p> <p>“Enseñar a tener parejas estables”.</p> <p>“Se puede usar la abstinencia”.</p> <p>“Se previene usando protección”. Uso de preservativos”.</p>

Fuente: Grupos Focales

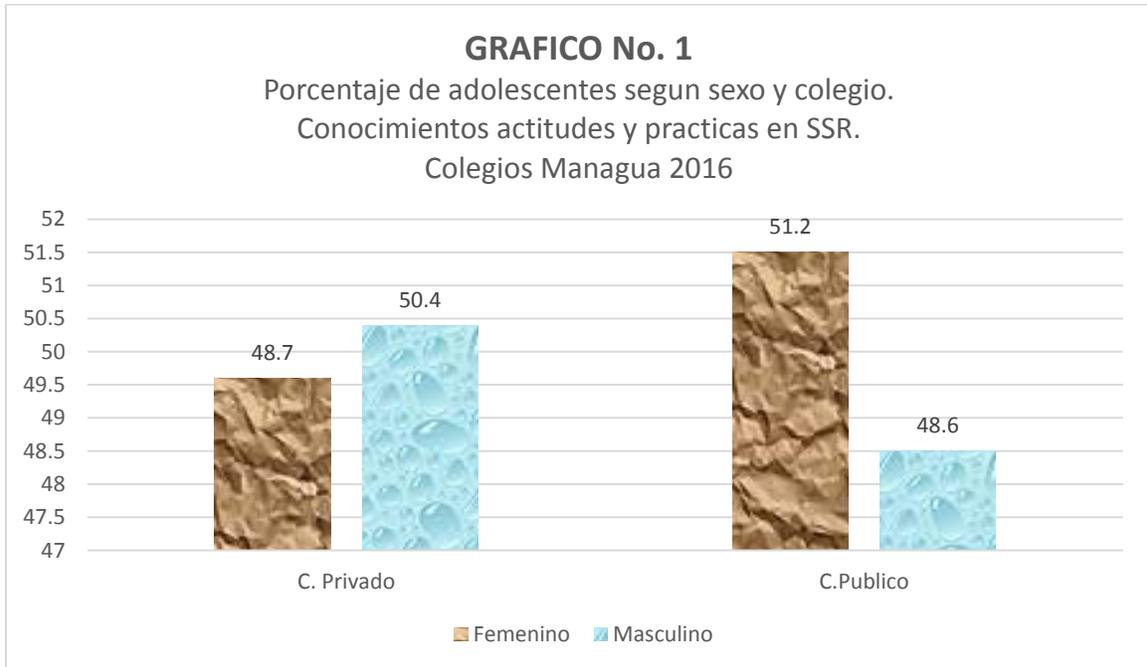
CUADRO No. 5

Grupos Focales. Conocimientos Actitudes y Prácticas. Salud Sexual y Reproductiva En dos Colegios de Managua Público y Privado. Marzo 2016

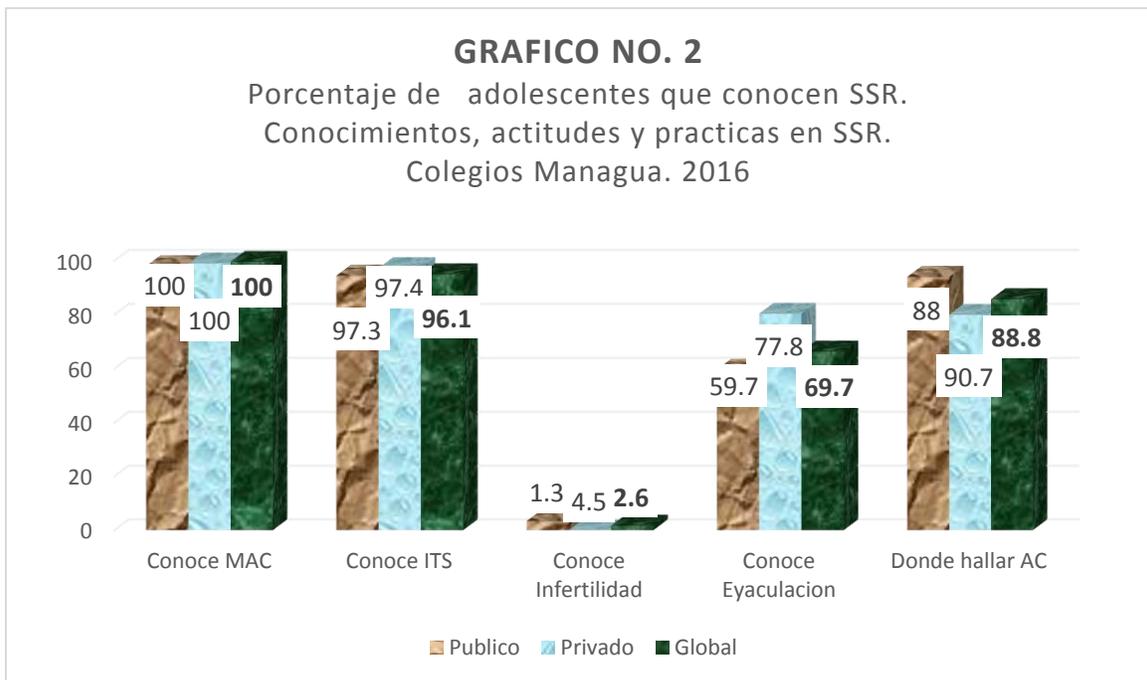
5. Cómo consideran el acceso a la información que ustedes necesitan sobre salud sexual y reproductiva? ¿De dónde las obtiene? Y Sobre qué temas necesitan Información?	PRIVADO		PUBLICO	
	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
	“Creo que lo enseñan desde adolescentes en el cole, pero es importante”.	“Bueno, lo recibimos en la casa y en el colegio”.	“Tengo información precisa y clara	“Es suficiente.
	“Conversar con los padres sobre el VIH que aún no tiene cura”.	“Necesitamos información sobre drogas y educación sexual”.	“La obtengo de mi iglesia, y también del Internet”.	“Lo obtengo del internet, colegio y de mi casa. (Mis padres son médicos me instruyen bien sobre estos temas).
			“Necesito información sobre embarazo no deseado”.	“No necesito más información”.

Fuente: Grupos Focales

GRAFICOS



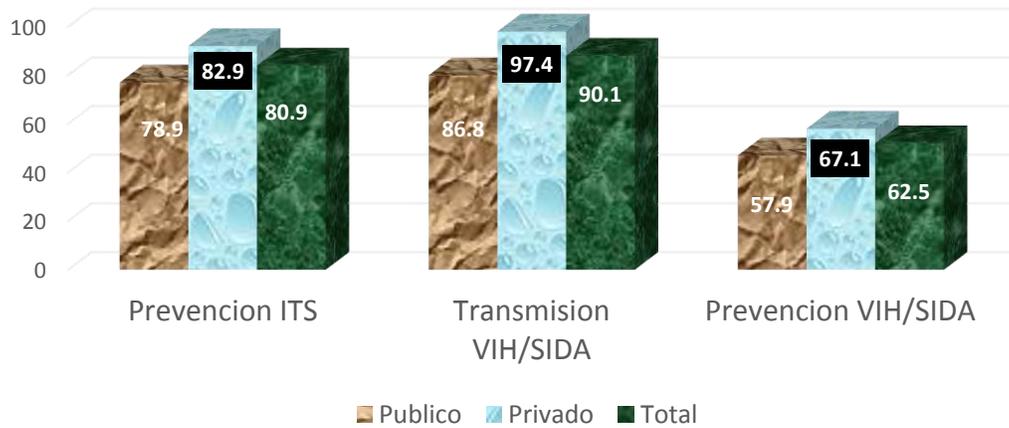
Fuente: Cuadro No. 1



Fuente: Cuadros 1 y 2

GRAFICO NO. 3

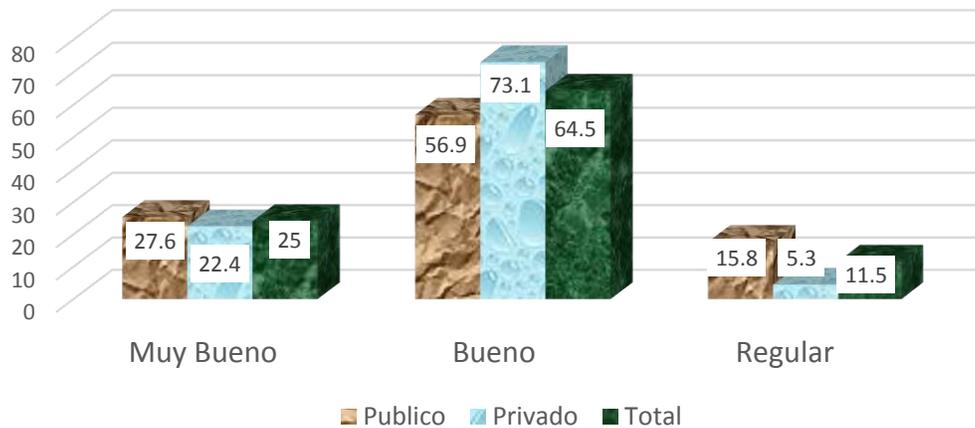
Porcentaje de adolescentes que conocen prevencion ITS, Transmision VIH/SIDA, Prevencion VIH/SIDA. Conocimientos, actitudes y practicas en SSR. Colegios Managua 2016



Fuente: Cuadros 1 y 2

GRAFICO No. 4

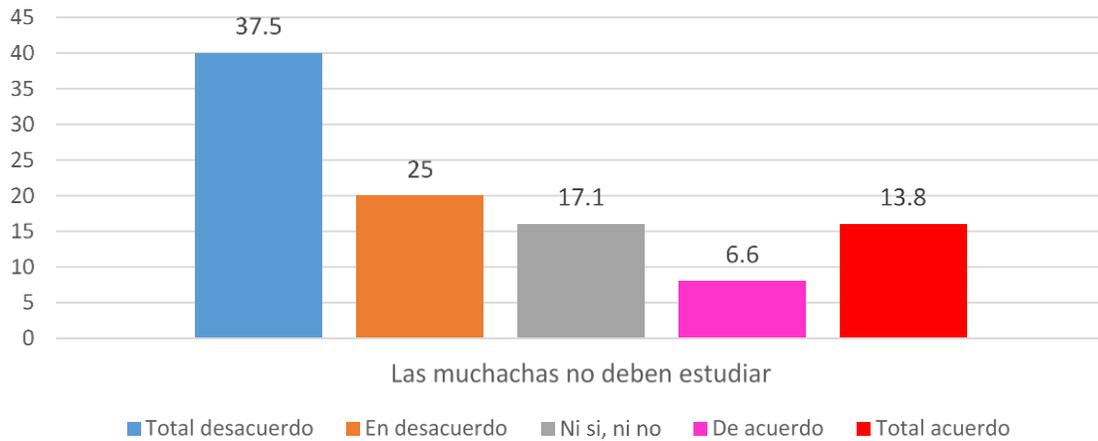
Porcentaje de adolescentes valorados de conocimientos en SSR, segun tipo de colegio. Conocimientos, actitudes y practicas. Colegios Managua 2016



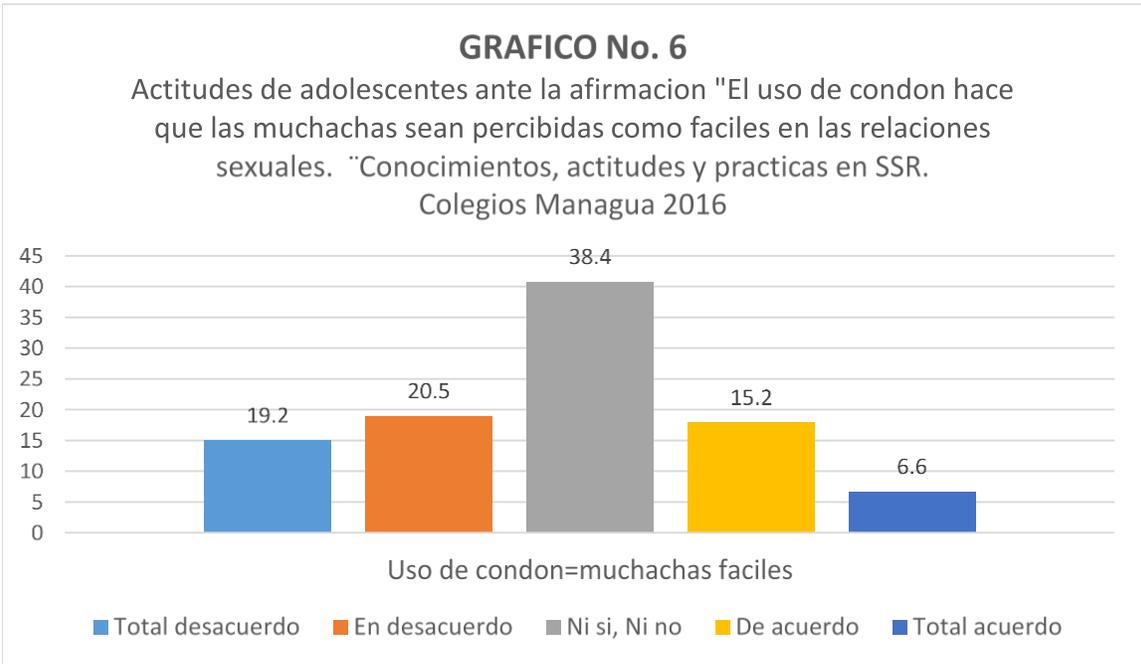
Fuente: Cuadros 1 y 2

GRAFICO No. 5

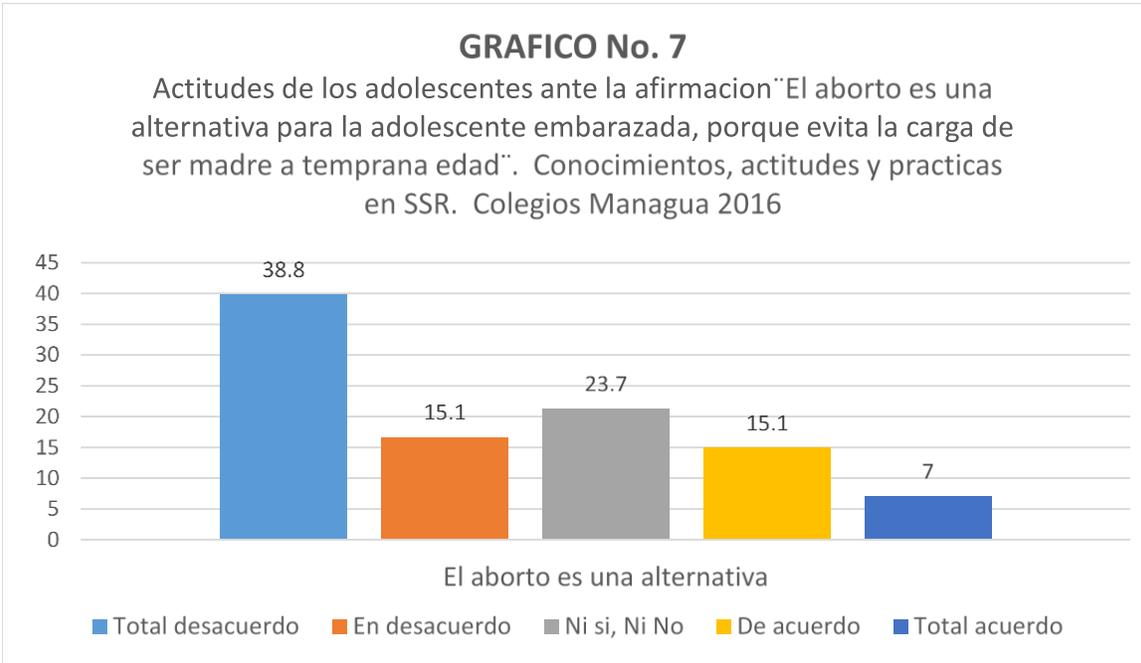
Actitudes de adolescentes ante la afirmación: "Las muchachas deben prepararse para ser madres en vez de estudiar. Conocimientos, actitudes y practicas en SSR. Colegios Managua 2016



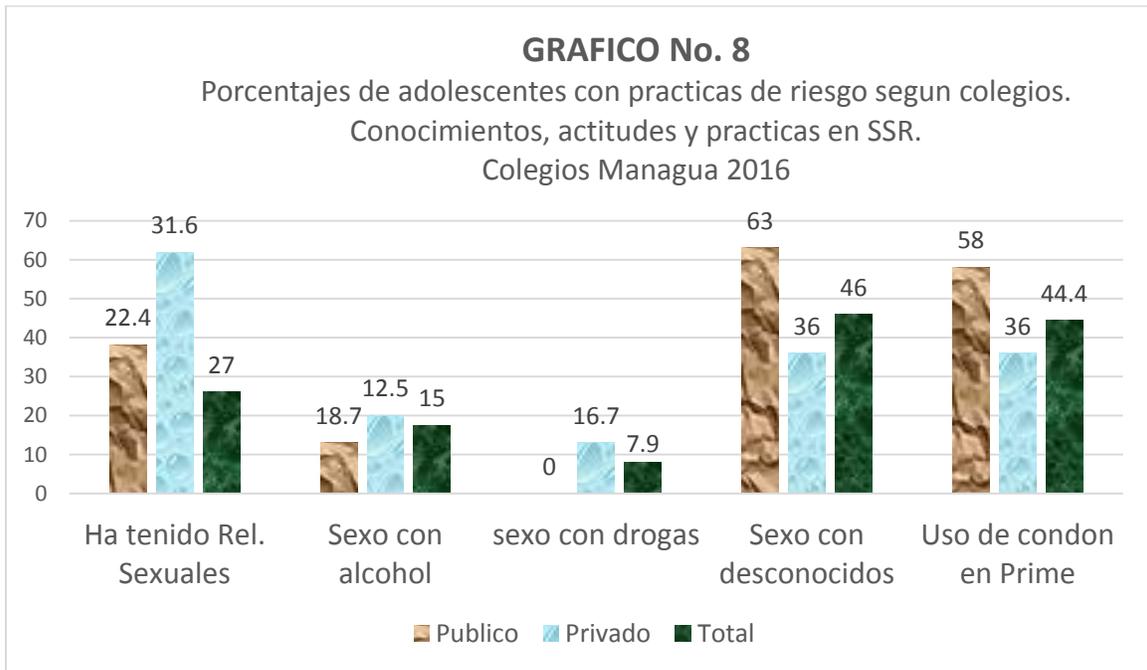
Fuente: Cuadros Escala Likert 2



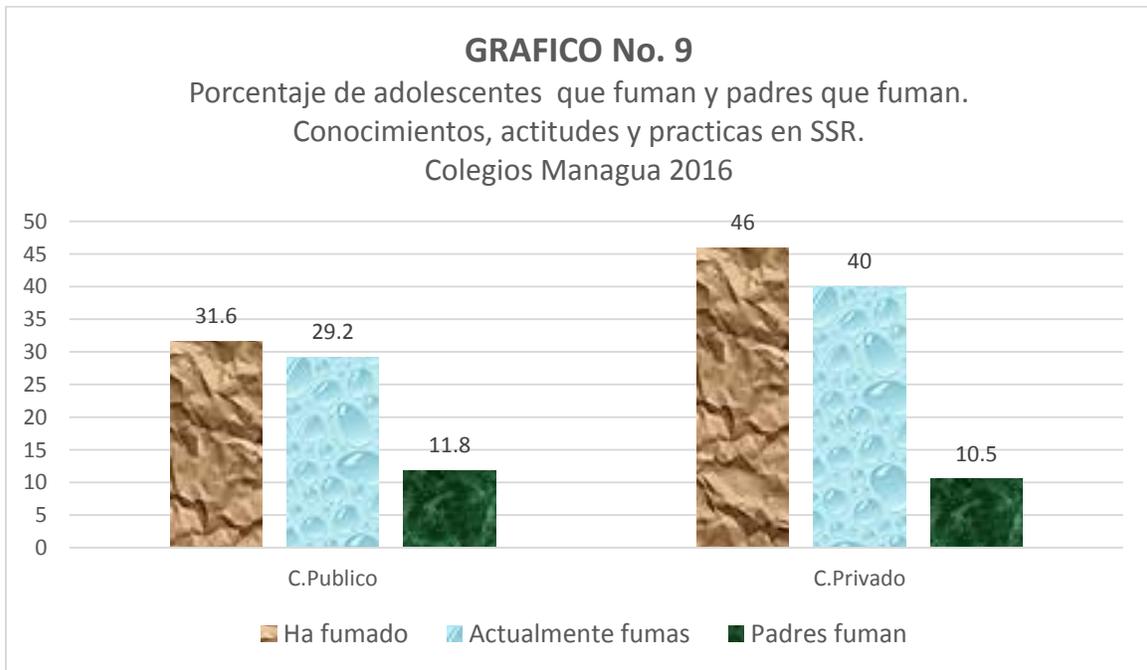
Fuente: Cuadro Escala Likert 4



Fuente: Cuadro Escala Likert 5



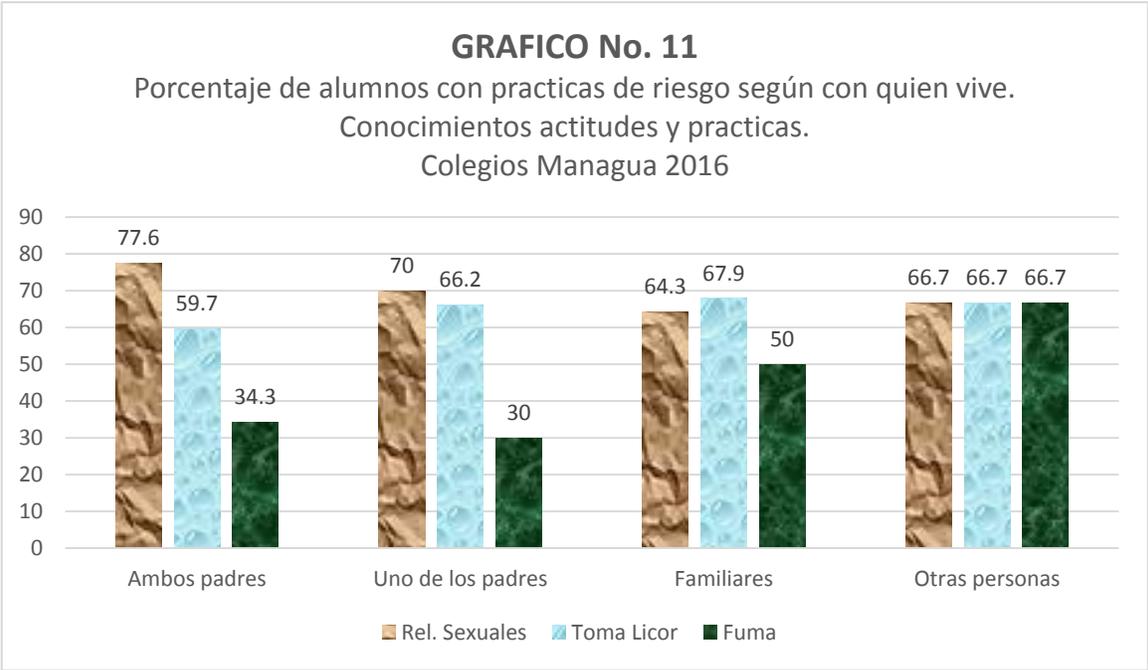
Fuente: Cuadros 1 y 4



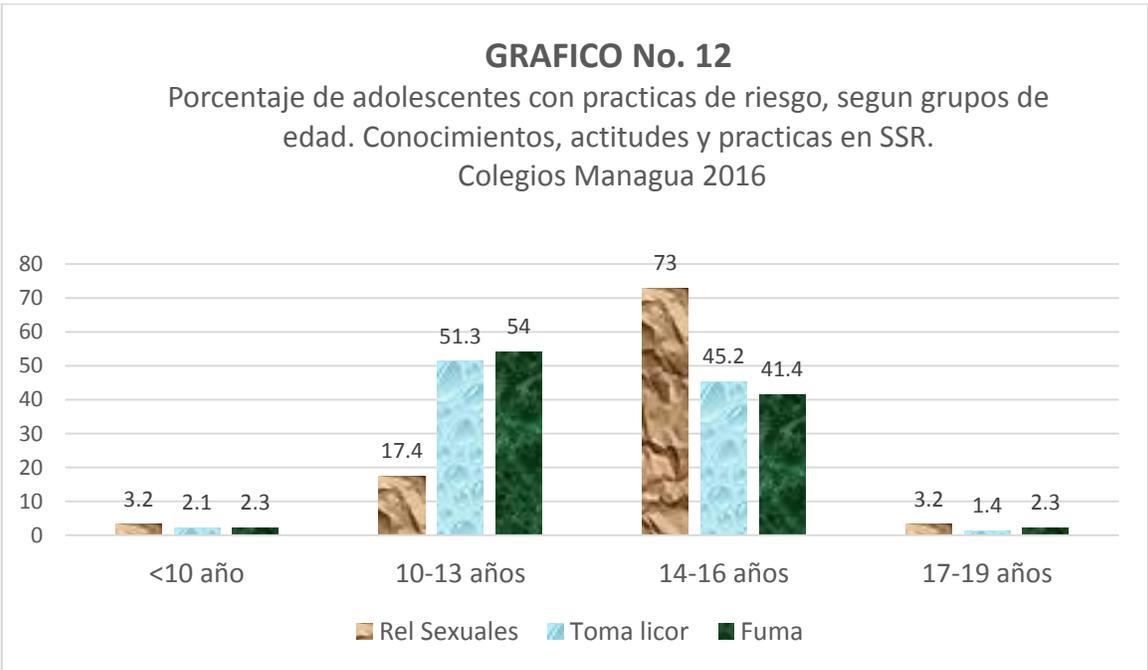
Fuente: Cuadros 1 y 4



Fuente: Cuadros 1 y 4



Fuente: Cuadros 1 y 4



Fuente: Cuadros 1 y 4



Fuente: Cuadros 1 y 5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS # 1

DATOS DEMOGRAFICOS:

- Colegio: a) Managua Privado b) Managua publico
Año académico: a) Cuarto Año b) Quinto Año
Barrio: _____
Sexo: a) Femenino b) Masculino Edad: _____
Trabaja: a) Si b) No
Con quien vive: a) Uno de los padres b) Ambos padres c) Familiares
d) Otras personas
Piso de casa: a) Tierra b) Mosaico c) Cemento
Numero de cuartos: a) uno b) 2 c) 3 d) más de 3
Agua potable: a) Si b) No
Alcantarilla: a) Si b) No
Religión: a) Evangélico b) Católico c) Testigo de Jehová d) Fe Bahai
e) Adventista f) Otro g) Ninguno
Importancia de la Religión: a) Muy importante b) Importante c) No Importante
d) Nada importante
Número de hijos de la madre: _____
Pertenece a algún grupo cultural, deportivo, coro, otro: a) Si b) No

CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces? a) condón b) DIU
c) Pastillas d) PPMS e) inyectable, T de cobre f) Otros
2. ¿Cuántos de estos métodos has utilizado en el pasado?: a) condón b) DIU
c) Pastillas d) PPMS e) inyectable, T de cobre f) Otros
3. ¿Conoce cómo funciona el ciclo menstrual? A) Si b) No
4. ¿Conoce los días de infertilidad en el ciclo menstrual? a) Si b) No
5. ¿Cuáles son? _____
6. ¿Conoce sobre eyaculación? a) Si b) No
7. ¿Conoce dónde buscar anticonceptivos? a) Si b) No
8. ¿Puede mencionar el lugar? _____

INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL:

9. ¿Conoce alguna infección de transmisión sexual? a) Si b) No
10. ¿Qué tipos de infecciones de transmisión sexual conoces? A) Tricomoniasis,
b) Clamidia c) Gonorrea d) Sífilis e) Herpes f) Condiloma g) Flujo vaginal
h) Chancro.

11. ¿Has padecido de alguna de estas infecciones alguna vez en tu vida?

a) Si b) No

12. Mencione 3 formas de prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual

VIH/SIDA:

13. ¿Cómo se transmite el VIH entre las personas?

14. ¿Qué produce el virus del VIH en las personas?

15. ¿Cómo se puede prevenir el VIH/SIDA?

ACTITUDES:

16. Con la primera relación sexual puede haber embarazo

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,
d) En desacuerdo f) Totalmente en desacuerdo.

17. Las muchachas deben prepararse para ser buenas madres en vez de seguir estudiando.

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,
d) En desacuerdo f) Totalmente en desacuerdo.

18. El condón protege contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual.

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo,
d) En desacuerdo f) Totalmente en desacuerdo.

19. El uso del condón hace que las muchachas sean percibidas como fáciles en las relaciones sexuales.
 a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, d) En desacuerdo f) Totalmente en desacuerdo
20. El aborto es una alternativa para la adolescente embarazada, porque se evita la carga de ser madre a temprana edad.
 a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, d) En desacuerdo f) Totalmente en desacuerdo

PRACTICAS DE RIESGO

21. ¿Has tenido relaciones sexuales? a) Si b) No
 (Si tu respuesta es no, pase a la pregunta numero 34).
22. ¿A qué edad tuvisteis tu primera relación sexual? _____
23. ¿Con quién tuvisteis las relaciones sexuales? a) Novio/novia, b) Una persona que conocía poco. C) Una persona que acababa de conocer. d) Una violación
24. ¿Porque razones tuviste esa primera relación sexual?:
 a) Presión de tu novio/novia b) Curiosidad c) Violación d) Otras razones
25. ¿Has tenido relaciones sexuales sin amor? a)Si b)No
26. ¿Quién tomo la iniciativa en su primera relación sexual?:
 a) Yo tome la iniciativa b) Sucedió en el momento. C) Ambos
27. ¿Uso condón en su primera relación sexual? a)Si b)No
28. ¿Ha usado condones todas las veces que ha tenido relaciones sexuales?
 a)Si b)No
29. ¿Uso condón la última vez que tuvo relaciones sexuales? a)Si b)No
30. ¿Ha tenido relaciones bajo efecto del alcohol? a) Si b) No
31. ¿Ha tenido relaciones bajo efecto de una droga como marihuana, cocaína, heroína, inhalantes, anfetaminas y alucinógenos? a) Si b) No
32. ¿Ha tenido relaciones con una persona que conocía poco o acaba de conocer? a) Si b)No
33. ¿Con que frecuencia tienes relaciones sexuales? a) Diario b) Dos veces por semana c) Cada quince días d) Mensual e) Cada 3 meses.
34. ¿Ha tomado bebidas alcohólicas en algún momento de su vida? a)Si b)No
35. ¿A qué edad tomaste tu primer trago? _____
36. ¿Sus padres toman licor? a)Si b)No
37. ¿Actualmente tomas? a)Si b)No (Si tu respuesta es No, pasa a la 39)
38. ¿Tipo de bebedor? a) Habitual b) Esporádico
39. ¿Ha fumado cigarrillos en algún momento de su vida? a) Si b) No
40. ¿A qué edad fumaste tu primer cigarro? _____
41. ¿Sus padres fuman? a) Si b) No
42. ¿Actualmente fumas? a) Si b) No (Si tu respuesta es No, pasar a la 44)
43. ¿Tipo de fumador? a) Habitual b) Esporádico

FUENTE DE INFORMACION

44. ¿De dónde recibes información sobre Salud Sexual y Reproductiva?
a) Internet, b) Radio c) Enciclopedia d) TV e) Revistas f) Amigos g) iglesia
h) Familiares l) Agentes de Salud, j) Libros de colegio.
45. ¿Consideras que esta información le ha ayudado? :
a) Mucho b) Poco c) Nada
46. ¿Has participado de cursos sobre salud sexual y reproductiva? a)Si b)No
47. ¿Qué temas has visto en esos cursos? Mencione 3

48. ¿Sobre qué temas sientes que necesitas más información? En orden de prioridad diga 3

Gracias por su apoyo. Bendiciones

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS # 2 (GRUPOS FOCALES)

Presidentes y vicepresidentes del Movimiento estudiantil de 4to y 5to año
(Varones) y (Mujeres) si hubiera.

1. ¿A qué edad consideran que los adolescentes debe iniciar su vida sexual?
Argumente sus razones.
2. El embarazo en adolescentes va en ascenso, según informes de la OMS.
¿Qué explicaciones tiene, y que se puede hacer para evitarlo?
3. ¿Qué importancia tiene el uso de anticonceptivos? ¿Cuáles son los más
utilizados por los adolescentes, y porque? Las PPMS? ¿Considera su
acceso fácil o difícil?
4. Las ITS Y VIH han ido en aumento en la población adolescente ¿cuáles
son las causas?, ¿Qué efecto trae a los adolescentes que se infecten?,
¿Cómo se transmite y ¿Cómo se puede prevenir?
5. ¿Cómo consideran el acceso a la información que ustedes necesitan sobre
salud sexual y reproductiva? ¿De dónde las obtiene?, y ¿sobre qué temas
consideran que necesitan más información?

Gracias por su apoyo. Bendiciones.

I. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
ESCOLARIDAD	Nivel académico del adolescente.	Cualitativo ordinal categórico	Cuarto Año Quinto año
EDAD	Número de años cumplidos por el adolescente.	Cuantitativa Continua	15 16 17 18 19
BARRIO	Lugar donde vive el adolescente.	Cualitativo nominal	Nombre del barrio
SEXO	Atributo biológico que diferencian al hombre de la mujer.	Cualitativo nominal	Femenino Masculino
PISO DE VIVIENDA	Lugar donde vive la persona.	Referido por el adolescente	Cemento Mosaico Tierra
NUMERO DE CUARTOS	Cantidad en número de cuartos habitables para dormir.	CUANTITATIVO	Uno Dos Tres Más de Tres
AGUA POTABLE	Agua apropiada para el consumo humano	Conexión en hogares, referido pro el adolescente	Si No No responde
ALCANTARILLA	Tubería donde drena desechos líquidos		Si No No responde
RELIGIÓN	Denominación religiosa a que pertenece una persona	Cualitativo Nominal Categorico	Evangélicos Católicos Adventista Testigo de Jehová Otro Ninguno
CON QUIEN VIVE	Persona con quien vive el adolescente.	Cualitativo nominal	Uno de los padres Ambos padres Familiares Otras personas
HERMANOS	Número de hijos que tiene la mamá.	Cuantitativo ordinal	Uno Dos-cuatro Más de cuatro
GRUPO CULTURAL	Los que hacen espectáculos culturales en el colegio, barrio o departamento	Participación en: Coro, Danza, Poesía, Teatro.	Si No

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Conceptual	Definición Operacional	DIMENSIONES	VALOR	Escala de Medición
CONOCIMIENTOS	Capacidad que poseen los adolescentes relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva	Métodos Anticonceptivos	Cualitativo nominal	1. Condón, 2. Pastillas 3. Inyectables 4. PPMS 5. DIU
		Prevención de ITS	Cualitativo nominal	Uso de condón Abstinencia Fidelidad mutua
		Transmisión de ITS	Cualitativo Nominal	Relaciones sexuales sin protección Agujas infectadas Cortopunzantes Fidelidad
		Transmisión de VIH/SIDA	Cualitativo nominal categórico.	Relaciones sexuales sin protección Vertical madre a hijo Agujas infectadas Cortopunzantes
		Prevención de VIH/SIDA	Cualitativo nominal categórico.	Uso de condón No recibir sangre Abstinencia
ACTITUDES	La actitud es el estado del ánimo que expresa el adolescente ante una expresión.	EMBARAZO EN PRIMERA RELACION SEXUAL	Cualitativo Ordinal	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		Las muchachas deben prepararse para ser buenas madres, en vez de seguir estudiando.	Cualitativo ordinal	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		El condón protege	Cualitativo ordinal	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

		Uso del condón hace percibir las muchachas como fáciles.	Cualitativo ordinal	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		El aborto es una alternativa para la adolescencia embarazada, porque se evita una carga de ser madre a temprana edad.	Cualitativo ordinal	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
PRÁCTICAS	La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.	Relaciones sexuales	Cualitativo Nominal categórico	Si No
		Edad de inicio de relaciones sexuales	Cualitativo Nominal categórico	Antes de los 10 años 10-13 14-16 17-19
		Porqué tuvo relaciones sexuales	Cualitativo Nominal categórico	Curiosidad Presión de pareja Otras razones
		Uso de condón en la primera relación sexual	Cualitativo Nominal categórico	Si No
		Relaciones bajo alcohol	Cualitativo Nominal categórico	Si No
		Relaciones con desconocidos	Cualitativo Nominal categórico	Si No
		Edad de Consumo de tabaco	Cualitativo Ordinal categórico	Antes de los 10 años 10-13 14-16 17-19
		Edad de Consumo de Alcohol	Cualitativo Ordinal categórico	Antes de los 10 años 10-13 14-16 17-19

Variable Conceptual		Dimensiones	Indicador	Valor
Variables	Definición Operacional			
INFORMACIÓN	La información es un grupo de datos ordenados permite resolver problemas y tomar decisiones. Es la base del conocimiento.	Utilidad de la información en SSR	Cualitativo ordinal	Mucho Regular Poco
		Participación en cursos de SSR	Cualitativo nominal	Si No
		Fuentes de información SSR	CUALITATIVO NOMINAL	TV Radio Iglesia Colegio Periódico Revistas Internet
		Ha participado en capacitaciones durante el último año, sobre Salud Sexual y Reproductiva	Participado en capacitaciones. Definido por el adolescente.	Si No