



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES EN EL SILAIS CARAZO,  
AÑO 2003**

**AUTORAS**

**BRENDA CASTELLON LUNA. MD  
JOSSIE CERNA ZÚÑIGA. MD  
OLGA SÁNCHEZ SERRANO. MD**

**TUTORA**

**LIC. ALMA LILA PASTORA ZEULI  
DOCENTE CIES UNAN**

**JINOTEPE, CARAZO JUNIO 2005**

## INDICE

	Pág.
Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Resumen	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. OBJETIVOS	9
VI. MARCO DE REFERENCIA	10
VII. DISEÑO METODOLOGICO	38
VIII. RESULTADOS	43
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	53
X. CONCLUSIONES	64
XI. RECOMENDACIONES	66
XII. BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS.	

## **Dedicatoria**

A nuestra tutora,

Lic. Alma Lila Pastora Zeuli,

por sus sabios consejos, por su entusiasmo y sabiduría y por animarnos siempre, a concluir y presentar esta tesis.

## **Agradecimiento**

A Dios nuestro Señor, por las oportunidades que nos ha brindado para nuestra preparación personal.

A nuestra Familia, por su apoyo, comprensión y sacrificios.

Al Personal de salud del SILAIS Carazo por su trabajo y apoyo en la recolección de la información.

A los y las adolescentes por compartir sus opiniones y pensamientos.

## RESUMEN

La adolescencia comprende al grupo poblacional entre los 10 y los 19 años de edad, es un período donde se hacen necesarios un conjunto de ajustes del individuo para funcionar respecto a sí mismo y con el medio, a la vez estos ajustes inciden y se matizan por el medio social y cultural donde el individuo se desarrolla.

La adolescencia es un fenómeno sumamente complejo matizado por factores biológicos y psicológicos, en el campo de la sexualidad se manifiestan innumerables preguntas que hacen necesaria una adecuada orientación sexual y reproductiva que contribuya al logro de su salud y finalmente a que se expresen de una manera responsable.

El tema de la adolescencia cobró relevancia en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo llevada a cabo en el Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer celebrada en Beijing en 1995 en donde se expresó que los servicios de salud reproductiva existentes habían pasado por alto las necesidades de los adolescentes; el embarazo a edad temprana fue identificado como un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas las partes del mundo. La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media y los hijos de madres jóvenes tiene niveles más elevados de morbilidad y mortalidad.

En Nicaragua, el marco legal para la implementación de un Programa de Atención Integral a los y las adolescentes está contenido en: La Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia, el Código de la Niñez y la Adolescencia y en la Política Nacional de Población. El Estado nicaragüense, contempla la constitución de un sistema de Atención Integral cuya función es facilitar, promover y coordinar la atención integral a estos grupos de edad.

En el SILAIS Carazo, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia se ha impulsado desde el año 1998 y fue fortalecido con acciones financiadas por el Proyecto SAREM una intervención de la cooperación finlandesa, el cual intervino en el territorio desde inicios de 1999 hasta inicios del 2002. El objetivo de este Proyecto fue garantizar que los problemas de Salud Reproductiva de los y las adolescentes se atendieran por servicios y medidas

preventivas más aceptables y apropiadas. Una de las estrategias para lograr este objetivo fue desarrollar un amplio proceso de educación, dirigido a los y las adolescentes y al personal de salud en temas de salud sexual y reproductiva con un marco de desarrollo humano. Pese a que los esfuerzos realizados fueron muy importantes, no se evaluaron posibles cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población adolescente, razón que nos motivó a realizar la presente investigación.

El estudio fue descriptivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta para dar salida a los objetivos planteados e identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Las principales conclusiones del estudio refieren que los adolescentes contaban con factores protectores, que posiblemente han contribuido al planteamiento de metas para su futuro. Igualmente se encontró que los adolescentes están bien informados en temas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Las actitudes hacia la prevención del embarazo y la planificación familiar son positivas y se evidencia un cambio de rol genérico masculino pues se expresan a favor de la igualdad de derechos de hombre y mujer en una relación de pareja. En cuanto a prácticas se encontró que la incidencia de la actividad sexual premarital entre los adolescentes está aumentando, y aunque el conocimiento respecto a la salud reproductiva es alto, en la práctica existen debilidades.

Para concluir, se brindan recomendaciones a las autoridades de salud y adolescentes a fin de promover un desarrollo sano de los y las adolescentes impulsando la participación de otros sectores, suministrando información para la adquisición de competencias y la creación de un entorno seguro y de apoyo.

## **I. INTRODUCCION**

La situación de salud de los países de América Latina y el Caribe, no puede escapar al análisis de las condiciones socio políticas y económicas que en los últimos años han afectado severamente el desarrollo de los países y el nivel de vida de sus poblaciones. La crisis de los años ochenta, además de empobrecer a gran parte de las Naciones, acarrió un estancamiento con repercusiones graves en la disponibilidad y utilización de los recursos, en la oferta de los servicios y en la calidad de la atención a los principales problemas de salud donde destacan los relacionados con la salud reproductiva.

Este deterioro también ha ocasionado la disminución creciente de las opciones abiertas a la población adolescente de ambos sexos, afectando severamente las condiciones de salud y su calidad de vida con la consiguiente marginación y agravamiento de las condiciones de riesgo en que transitan por esta etapa. Pese a ello, la presencia de la problemática de la adolescencia y la juventud en la escena social de Centroamérica, data apenas de los últimos años, su reconocimiento como punto de agenda pública es todavía más reciente.

Según la OMS la adolescencia comprende al grupo poblacional entre los 10 y los 19 años de edad, es un período donde se hacen necesarios un conjunto de ajustes del individuo para funcionar respecto a sí mismo y con el medio, a la vez estos ajustes inciden y se matizan por el medio social y cultural donde el individuo se desarrolla. La adolescencia es un fenómeno sumamente complejo matizado por factores biológicos y psicológicos, en el campo de la sexualidad se manifiestan innumerables preguntas que hacen necesaria una adecuada orientación sexual y reproductiva que contribuya al logro de su salud, su identidad sexual y finalmente a que se expresen de una manera responsable.

Considerando lo anterior, la planificación de las acciones debe basarse en la nueva concepción de la salud reproductiva siendo la misma considerada como parte del desarrollo humano, donde se incluya la educación, el enfoque de género, la sexualidad individual y de pareja, los aspectos biopsicosociales y culturales, los derechos reproductivos, la maternidad segura y todos los aspectos del ciclo vital responsables de la buena salud.

En Nicaragua, el marco legal para la implementación de un Programa de Atención Integral a los y las adolescentes está contenido en: La Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia, el Código de la Niñez y la Adolescencia y en la Política Nacional de Población. El Estado nicaragüense, contempla la constitución de un sistema de Atención Integral cuya función es facilitar, promover y coordinar la atención integral a estos grupos de edad.<sup>1</sup>

El Ministerio de Salud por Resolución Ministerial 19-98 reconoce que los adolescentes son personas con sus propias necesidades y derechos, y por tanto merecen oportunidades para su desarrollo pleno. De ahí que este programa se propone como objetivo promover en los y las adolescentes conocimientos actitudes y prácticas adecuadas a fin de favorecer en ellos estilos de vida saludables.<sup>2</sup>

Específicamente en el SILAIS Carazo, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia se impulsó a partir del año 1998 y fue fortalecido con acciones financiadas por un proyecto de cooperación finlandesa, el Proyecto SAREM, el cual intervino en el territorio desde inicios de 1999 hasta inicios del 2002. Es este período se impulsaron una serie de actividades de educación en salud sexual y reproductiva en un marco de desarrollo humano. Pese a que los esfuerzos realizados fueron muy importantes, no se evaluaron posibles cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población adolescente, razón que nos motivó a realizar la presente investigación.

El estudio es descriptivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta para dar salida a los objetivos planteados e identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes organizados en las unidades de salud del SILAIS Carazo y que fueron beneficiados con capacitaciones financiadas por el Proyecto SAREM.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Atención Integral a la Adolescencia. Bases Programáticas 2da edición año 2000. Pág. 14

<sup>2</sup> Ibid Pág. 14



## **II. ANTECEDENTES**

Desde la década pasada, las ciencias sociales han mostrado un creciente interés por el estudio de los jóvenes, un factor que indudablemente ha influido en ello es la importancia demográfica que este grupo tiene en diferentes países. Según la OMS, en 1996, los y las adolescentes representaban un 30% de la población de América Latina y el Caribe, cifra que tenía tendencia a incrementarse, principalmente en los países más pobres, ocasionando recargo en los sistemas sanitarios, educacionales y laborales que actualmente no están capacitados para satisfacer la demanda.<sup>3</sup>

La información epidemiológica sobre los y las adolescentes en la Región es escasa, por lo general las estadísticas locales no están desagregadas para este grupo de edad y mucho menos para diferenciar al grupo de 10 a 13 años (adolescencia temprana), de 14 a 16 años (adolescencia intermedia) y de 17 a 19 años (adolescencia tardía), ni por sexo, lo que dificulta las comparaciones entre comunidades y países.

Algunas investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes expresan que Nicaragua, Honduras, Guatemala, El Salvador y Venezuela tienen la tasa de fertilidad más alta en este grupo y que en la mayoría de los países, entre el 15 y 25% de todos los nacimientos ocurren en adolescentes. Igualmente se ha encontrado que el inicio precoz de las relaciones sexuales en ambos sexos es un fenómeno común, se estima que en Latinoamérica el 50% de los adolescentes menores de 17 años son activos sexualmente lo que los pone en riesgo de embarazo no deseado, así como enfermedades de transmisión sexual y SIDA. El uso de métodos anticonceptivos es más bajo en este grupo y aún cuando los conocimientos son adecuados, la percepción individual del riesgo es baja. Según la OMS por lo menos la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen 24 años o menos.<sup>4</sup>

El tema de la adolescencia cobró relevancia en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo llevada a cabo en el Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer celebrada en Beijing en 1995 en donde se expresó que los servicios de salud reproductiva existentes habían pasado por alto las necesidades de los

---

<sup>3</sup> Plan de Acción y Desarrollo y Salud de Adolescentes en Las Americas 98-2001 pág. 9

<sup>4</sup> Ibid . Pág. 11

adolescentes; el embarazo a edad temprana fue identificado como un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas las partes del mundo. La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media y los hijos de madres jóvenes tiene niveles más elevados de morbilidad y mortalidad.

Para las mujeres jóvenes en general, la maternidad a edad temprana puede limitar en muy alto grado sus oportunidades de educación y empleo con efectos negativos a largo plazo sobre su propia calidad de vida y la de sus hijos.<sup>5</sup>

A partir de ello, se exhortó a los Gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, establecieran programas para atender las necesidades de los/ las adolescentes abordando cuestiones relativas a su salud sexual y reproductiva tales como los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones, las infecciones de transmisión sexual y el VIH /SIDA.

Los servicios de salud deberían incluir información, orientación y servicios de planificación familiar para adolescentes sexualmente activos; orientación sobre relaciones entre los sexos; la violencia contra los y las adolescentes; la conducta sexual responsable; la planificación de la familia; la salud reproductiva y las enfermedades de transmisión sexual y prevención del VIH/ SIDA; la prevención y tratamiento del abuso sexual e incesto así como el enfoque de género.

En Nicaragua, según el diagnóstico de situación de la adolescencia realizado en el año 2000, la población adolescente representa el 24.3% de la población general. La tasa de fecundidad adolescente representa 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, la más alta de América Latina.<sup>6</sup>

Dos terceras partes de las mujeres en Nicaragua, tienen relaciones sexuales antes de los 20 años, cifra que asciende a más del 90% en el caso de los varones. Apenas un 42% de los adolescentes varones refiere haber usado alguna vez los métodos anticonceptivos, cifra que desciende a un 11.3% cuando se trata de mujeres adolescentes.

---

<sup>5</sup> Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo y Beijing. Septiembre 95.

<sup>6</sup> MINSA. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Diagnóstico De Situación de Adolescencia en Nicaragua Año 2000 Pág. 59-65.

El grupo de adolescentes mujeres es el que presenta mayores necesidades insatisfechas en planificación familiar pues, una de cada cinco adolescentes, que necesita métodos anticonceptivos no ha tenido acceso a ellos.<sup>7</sup>

Igualmente, el diagnóstico expresa que el 22% de las adolescentes del país ya son madres, en cambio para los adolescentes este porcentaje representa apenas el 4%. Tres de cada diez nacimientos que ocurren en el país son de madres adolescentes y un poco más de la cuarta parte ocurren fuera de las unidades de salud. Aún cuando las adolescentes atiendan sus partos en las unidades de salud, solamente un poco más de la mitad son atendidas por un médico general o especialista a pesar que estos embarazos son de alto riesgo.<sup>8</sup>

Según un acumulado de 5 años entre 1994 y 1998, el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud registró 171 muertes maternas en adolescentes lo que equivale a un 23.85% del total de muertes maternas registradas en el país en el mismo período.<sup>9</sup>

Un poco más del 30% de los casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) notificados al MINSA son en adolescentes. Las ITS notificadas con más frecuencia son la gonorrea, seguida del condiloma acuminado y la sífilis. La distribución por sexo según notificaciones presenta una relación de 6 casos en varones por cada 4 en mujeres. En cuanto a SIDA, 22 de cada 100 adolescentes mujeres y 12 de cada 100 varones no saben como evitar contagiarse.<sup>10</sup>

En el SILAIS CARAZO, el 17.6% de la población total está conformada por adolescentes, esto para el año 2003 representaba 31,641 adolescentes. En cuanto a la situación de salud sexual y reproductiva se encontró que el 20.5% del total de captaciones a control prenatal y el 26.3% de los partos eran en adolescentes. De igual manera existe una alta prevalencia de Infecciones de transmisión sexual, pues del total de casos reportados en el 2003 el 17.8% fueron en adolescentes.

---

<sup>7</sup> Ibid Pág. 59-65

<sup>8</sup> Ibid

<sup>9</sup> Ibid

<sup>10</sup> Ibid Pág. 5363

Específicamente por patología, las que presentan mayor número de casos en este grupo son la gonorrea, el condiloma acuminado y la sífilis. Otro aspecto importante de mencionar es que en cuarto lugar de las ITS, aparece el virus de papiloma humano, lo que condiciona a la aparición de cáncer Cérvico uterino. Entre los factores condicionantes para la prevalencia de ITS podemos señalar: Deficiente búsqueda de casos primarios y control de los contactos, poca educación sexual en el nivel escolar, entre otros.<sup>11</sup>

Hasta finales de 1998 el Programa de Atención Integral a la Adolescencia en el SILAIS Carazo se encontraba incipiente, en Enero de 1999 el Proyecto de Salud Reproductiva y Empoderamiento de la Mujer, SAREM Finlandia, inició su intervención en el territorio teniendo como objetivo general empoderar y elevar el nivel y calidad de vida de las mujeres, de las y los adolescentes, en las esferas de salud reproductiva y político jurídica.

Específicamente en adolescencia, el objetivo del Proyecto fue garantizar que los problemas de Salud Reproductiva de los y las adolescentes se atendieran por servicios y medidas preventivas más aceptables y apropiadas. Una de las estrategias para lograrlo ha sido desarrollar un amplio proceso de educación en temas de salud sexual y reproductiva en un marco de desarrollo humano principalmente dirigido a los y las adolescentes y al personal de salud.

Se inició con la capacitación al personal de salud de tal manera que comprendieran el proceso de la adolescencia y pudieran facilitar el trabajo con los mismos, se conformaron grupos de adolescentes en cada una de las unidades de salud los cuales iniciaron el proceso de educación a través de facilitadores de adolescentes que habían sido capacitados previamente. De igual manera se conformaron grupos de teatro los cuales a través de la técnica discutían con la comunidad los temas de salud sexual y reproductiva. Se inició un trabajo de redes, es decir adolescentes monitores para conformar nuevos grupos para educarlos y promover su participación.

Para desarrollar todo este proceso se dotó, tanto a personal de salud como a adolescentes, de herramientas metodológicas, técnicas educativas, material audiovisual, entre otros.

---

<sup>11</sup> Series Cronológicas y de Vigilancia Epidemiológica SILAIS CARAZO

### **III. JUSTIFICACION**

La juventud es una fuerza social vital y creciente que está influenciada por familias, comunidades, vecindarios, escuelas y la sociedad en su conjunto. A través del mundo entero, la población juvenil está creciendo en términos tanto absolutos como relativos, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años de edad.

A medida que el tamaño de la población juvenil crece también aumenta la necesidad de información sobre el contexto en que su desarrollo social y físico ocurre y sobre los determinantes que pueden afectar su salud.

En Nicaragua el Ministerio de Salud ha priorizado la atención a la población adolescente, orientando al Programa de Atención Integral a la Adolescencia a desarrollar acciones que promuevan el desarrollo humano con énfasis en la salud sexual y reproductiva.

Para dar respuesta a los problemas de salud sexual y reproductiva es necesario identificar que conocimientos, actitudes y prácticas tienen los y las adolescentes respecto a la misma, ya que algunos indicadores muestran el deterioro progresivo en esta esfera, demostrando la vulnerabilidad del grupo poblacional. (Tasa de fertilidad de 152 nacidos vivos por 1000 adolescentes entre 15 a 19 años, embarazo en la adolescencia entre 27% y 30% del total de embarazos, 10% de mujeres adolescentes y 50% de hombres adolescentes en alto riesgo de infectarse de SIDA, más del 30% sin información correcta relacionada al riesgo del embarazo, SIDA e Infecciones de transmisión sexual, 55.8% de adolescentes hombres y 50% de mujeres nunca se comunican con sus padres acerca de preguntas que tengan que ver con la sexualidad e inicio temprano de vida sexual activa, 18.2 años en mujeres y 15.6 en hombres.)

Por lo expuesto anteriormente se decidió realizar el presente estudio, a fin de proponer estrategias de intervención, tanto educativas como de atención, que permitan prevenir la aparición de factores que favorezcan el desarrollo inadecuado de los y las adolescentes en relación a su salud sexual y reproductiva.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Ministerio de Salud considera a los y las adolescentes como un grupo poblacional priorizado. Para dar respuestas a sus problemas de salud, así como desarrollar actividades de promoción y prevención primordial, a partir de 1996 impulsó una serie de acciones de organización y atención en todos los SILAIS. Específicamente en el SILAIS Carazo, el Programa de Atención Integral a la adolescencia inició sus acciones a partir de 1998 pero no fue fortalecido, sino hasta inicios de 1999, cuando inició su intervención en el territorio, el Proyecto de Salud Reproductiva y Empoderamiento de la Mujer, SAREM – Finlandia. Durante tres años el personal del SILAIS, en conjunto con el proyecto impulsaron acciones de educación en temas de salud sexual y reproductiva con un enfoque de desarrollo humano, a pesar de los esfuerzos, los resultados de ese proceso no fueron evaluados, quedando algunas preguntas por responder.

1. ¿Pueden describirse las principales características socio demográficas de los y las adolescentes?
2. ¿Puede identificarse el grado de conocimiento en cuanto a la salud sexual y reproductiva?
3. ¿Pueden determinarse las actitudes respecto al tema?
4. ¿Pueden conocerse las prácticas en cuanto a salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes?

¿Pueden identificarse los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los miembros de grupos de adolescentes organizados en las diferentes unidades de salud del SILAIS Carazo, en el 2003?

## **V. OBJETIVOS**

### **General:**

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes organizados en las diferentes unidades de salud del SILAIS Carazo, en el año 2003.

### **Específicos:**

1. Describir las principales características socio demográficas de los y las adolescentes en estudio.
2. Identificar el grado de conocimiento en cuanto a la salud sexual y reproductiva de la población en estudio.
3. Determinar cuáles son las actitudes en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.
4. Conocer las prácticas en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en estudio.

## **VI. MARCO DE REFERENCIA**

### **1. Generalidades**

Por mucho tiempo en la historia de la humanidad, la adolescencia fue ignorada como momento estructural y estructurante de la vida y el desarrollo de las personas. Al procurar definir conceptualmente la adolescencia en tanto fase del desarrollo, es necesario tener claro que este concepto "es el producto de la reflexión humana sobre la humanidad".

La adolescencia es un período de cambio dinámico durante el cual las diferencias entre los niños y las niñas se tornan más evidentes, especialmente en lo que atañe a las características sexuales y la capacidad reproductiva. Para satisfacer las necesidades naturales de todos los jóvenes, se requiere una respuesta de promoción y prevención.

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial del ser humano. Abarca un período de la vida que comprende, según la OMS y por lo general, de los 10 a los 19 años de edad.<sup>12</sup>

Son muchas las maneras de considerar las diversas etapas del desarrollo humano. Entre los autores hay desacuerdos tanto en el número en que se dividen estas etapas como en lo que caracteriza a cada una de ellas. Mas allá de las discrepancias, existe una etapa en este continuo desarrollo humano a la que todos los autores le otorgan una gran importancia. En ese período crítico se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción. También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquella donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto. A la madurez biológica, se le conoce como Pubertad, en tanto al largo período que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina **Adolescencia**.<sup>13</sup>

Esta moratoria existencial no es un proceso aislado de la infancia, como tampoco lo es de la adultez, sino un proceso continuo, que a su vez les integra al mundo psicosocial de los adultos. Este es un proceso de tránsito determinado por varios factores: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para

---

<sup>12</sup> Dulanto Enrique. *El Adolescente* 1ra edición México, D.F. Mc Graw-Hill Interamericana 2000. Pág. 43

<sup>13</sup> *Ibid.* Pág. 143



la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que pasa por la experiencia de ser adolescente. La adolescencia es así una etapa compleja, la experiencia permite describirla como un fenómeno personal pero a la vez claramente vinculado con los pares, por lo que tiene también un evidente sello que la distingue como la formadora de una nueva generación.

El efecto de la aparición de la adolescencia varía entre personas, grupos familiares, países y culturas. Las generaciones tienen entre sí muchas diferencias, pero a la vez poseen elementos que las ligan y esto hace que en continuidad de ellas en la historia social de una cultura se conformen características propias de los adolescentes de todas las épocas y particulares de cada generación.

A los y las adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal y del ambiente donde se gesta el proceso. Quien estudia la adolescencia no podrá hacerlo bien si carece de un conocimiento general acerca de la forma de vida y ser de los adultos que no sólo han formado a los adolescentes, sino también de aquellos con quienes estos jóvenes han trabajado. Así, entre los adultos a considerar están los padres y otros de importancia para el y la adolescente como maestros, jefes y figuras importantes en la comunidad.

La adolescencia como proceso personal y social se da en un aquí y ahora, dentro de un marco cultural y económico. Como todo marco social, cuando es sano, tendrá que ser contenedor y por lo mismo, en él habrá normas y límites para que el y la adolescente, al formar parte de él, obtenga (si este marco de referencia funciona) el sentimiento de pertenencia, arraigo y seguridad y experimente la libertad.

Se ha mencionado que la adolescencia y las consecuencias al vivirla afectan de muy diferentes formas a las personas. El éxito o la problemática que presentará un ó una adolescente, dependerá en gran parte, del marco de referencia que lo ha contenido desde la infancia y deberá contenerlo en el presente. Un buen marco de referencia ofrece siempre mejor calidad de vida al impulsar un desarrollo psicosocial y afectivo desde las primeras etapas existenciales. Como resultado de esa contención funcional se obtiene gradualmente la maduración emocional y afectiva que facilitan el desarrollo de muchas

capacidades, entre ellas la de comunicación y la de establecer estilos de relación humana, no sólo intrafamiliar.<sup>14</sup>

Para que ocurra la posibilidad de vivir la experiencia adolescente dentro de un marco de valores y de uno donde se establezca de manera clara una conciencia de finalidades, se necesita marcar límites precisos que garanticen un nuevo campo de libertad revestido de características como solidez y flexibilidad, para que a medida que el desarrollo psicosocial adolescente demande más espacios para realizar las tareas de mayor grado de complejidad, los jóvenes sientan que hay continuidad en el proceso y que los límites señalados lejos de ser un impedimento, sean elementos de contención que brindan apoyo y guía para seguir creciendo.

Por eso, las familias que saben convivir y orientar la vida de sus hijos crean espacios para que la adolescencia se produzca con naturalidad a lo largo de todo el proceso de la misma. Las comunidades sanas también procuran la creación de tales espacios, acción que brinda apoyo a las familias para aceptar la subcultura adolescente que cada generación crea como testimonio de su sentir, pensar y actuar. Esta creación de espacios consiste en abrir escenarios y canales para que esta subcultura pueda vivirse por parte de los adolescentes como una que aporta valores a la comunidad.

Si la familia, la comunidad o el mismo joven tratan o logran posponer, evadir o deformar el compromiso para que se asuma la adolescencia, conseguirán alterar no sólo la secuencia y las finalidades propuestas por la etapa del desarrollo, sino también darán oportunidad de abrir la puerta de la enfermedad psicosocial de la adolescencia, manifestándose a través de estilos de riesgo: deserción escolar, embarazo no deseado, trastornos de conducta, entre otros.

#### **Características Básicas que definen la Adolescencia:**

- **Continúa el Proceso de Crecimiento y Desarrollo:** La adolescencia es una etapa en la cual la velocidad de crecimiento es muy grande y el proceso de desarrollo adquiere características muy especiales.

---

<sup>14</sup> Dulanto, Enrique. *El Adolescente* 1ra ed. México, D.F. Mc Gra-Hill Interamericana, 2000. Pág. 143

- **La búsqueda de la identidad, SER YO:** La búsqueda de ser yo, surge de una permanente comparación entre su pensamiento y lo que ve fuera, como persona de relación, perteneciente a una sociedad, a una cultura y a una familia. La identidad surge de las diferentes posibilidades que el adolescente pueda tener: confrontación con autores de libros, profesores, padres, líderes políticos de cine o televisión, con informaciones, conocimientos, el entorno geográfico, valores de la sociedad, etc.
  
- **La búsqueda de la independencia, YO EXISTO:** Se desenvuelve un marco de referencia, como pensar, como sentir en relación a lo que piensan y sienten los demás, sus padres, sus amigos, la sociedad, el mundo, con lo que se pensaba en el pasado y como se pensará en el futuro. Yo independiente hoy, con pasado y con futuro.
  
- **Creatividad:** La adolescencia se caracteriza por ser una de las etapas de la vida de gran creatividad. Ese potencial creador está determinado genéticamente y su desarrollo dependerá, entre otros factores, de que la sociedad reconozca este hecho y estimule y brinde las oportunidades necesarias para el desarrollo de su expresión. El desarrollo de esta capacidad ayuda a los y las adolescentes a aumentar su autoestima.
  
- **Necesidad de una autoestima elevada:** El adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona (con su cuerpo, sus afectos y sus ideas).
  
- **Juicio crítico:** Es una característica fundamental del ser humano. En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente al mundo. Debe de apoyarse el desarrollo de este sentido y la capacidad crítica, pues permitirá al adolescente analizarse mejor, criticar al mundo y a la cultura que lo rodea, a desarrollar una identidad más amplia y una fundamentación más sólida de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.
  
- **Proyecto de vida:** Se genera en etapas anteriores, pero se desarrolla, fortalece y consolida durante la misma. El adolescente organiza su vida en función de su

“sueño”, elabora y comienza a ejecutar su estrategia para lograrlo. Gran parte de las decisiones personales son hechas durante la adolescencia aunque ya muchas de estas ideas o pensamientos iniciales surgieron en la infancia. El proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezca y el esfuerzo que el propio adolescente realice para que este proyecto de vida acontezca o no.

- **Sexualidad:** La sexualidad no aparece en la adolescencia, hay manifestaciones de sexualidad en la vida intrauterina, que continúa su desarrollo en la infancia. En la adolescencia lo que acontece, es que aparece más marcadamente el proceso de necesidad de relacionamiento afectivo con otras personas y como consecuencia de la maduración sexual, la manifestación genital de la sexualidad (genitalidad). La sexualidad del adolescente es parte del proceso iniciado en las etapas anteriores de la vida. Aparece marcadamente señalado el proceso de la genitalidad con potencial reproductivo como expresión física de la sexualidad al lado del resto de manifestaciones de la misma.
  
- **Proceso Educativo:** El proceso de educación inicia también durante la etapa intrauterina y prosigue durante la infancia, con la educación informal realizada dentro de la familia y del entorno social, y de la educación formal del período escolar, del colegial y de la universidad. De este proceso dependerá en gran parte su inserción social dentro de las características de su entorno y del desarrollo de su proyecto de vida.

#### **Etapas de la adolescencia según el desarrollo psico social:**

Según la evolución del desarrollo psico social, la adolescencia se divide en tres períodos: la adolescencia temprana, comprendida entre los 10 y los 13 años, la adolescencia intermedia, comprendida entre los 14 y los 16 años y la adolescencia tardía entre los 17 y los 19 años. Estas etapas se diferencian de acuerdo a las siguientes características:

<b>Etapas</b>	<b>10 – 13 años</b>	<b>14 – 16 años</b>	<b>17 – 19 años</b>
<b>Evolución del proceso de integración del nuevo esquema corporal</b>	Cambios físicos rápidos provocan preocupación excesiva en el o la adolescente por su cuerpo y su apariencia.	La preocupación por la normalidad física sede lugar a una mayor comodidad y aceptación de su cuerpo. Le dedica mucho tiempo al cuerpo para hacerlo más atractivo	Mayor tranquilidad con respecto a su cuerpo. Integración de su nuevo esquema corporal
<b>Desarrollo cognitivo</b>	Pensamiento prelógico, mágico (Animismo infantil) y concreto. Aceptación sin cuestionamiento De ideas del mundo adulto	Mayor dominio de simbolización y a Abstracción. Pensamiento ideológico. (Erickson, 1970) Capacidad crítica y reflexiva.	Operaciones lógico - formales Capacidad de generalización y abstracción. Comprensión amplia e integradora de acontecimientos y situaciones.
<b>Evolución del proceso de construcción de la identidad</b>	Inicio del proceso de separación individuación. Cuestionan y ponen a prueba la autoridad. Carencia de control de impulsos.	Reconocimiento de la habilidades propias Necesidad creciente de privacidad e intimidad Mejor control de impulsos. Gran importancia del grupo de pares. Desarrollo de su propio sistema de valores.	Desarrollo de una conciencia realista y racional. Mayor capacidad para posponer acciones. Capacidad de compromiso consigo mismo. Mayor claridad de sus deseos y metas. Síntesis equilibrada entre lo personal y las Demandas de medio. Sistema de valores más claramente definidos.
<b>Construcción del proyecto de vida</b>	Mayor interés en lo inmediato. Planeamientos irrealistas e idealistas en metas. Fuerte influencia de la familia en definición de metas.	Mayor conciencia de sus limitaciones. Crece incertidumbre por el futuro. Crece proyección hacia el futuro Aspiraciones vocacionales menos Idealistas.	Mayor compromiso con sus propios deseos e intereses. Mayor claridad y consecución de las metas hacia una vocación y autorrealización como persona.

## **2. Adolescencia y Desarrollo humano:**

Desarrollo Humano, es el proceso mediante el cual, se ofrece a hombres y mujeres mayores oportunidades, entre las cuales destacan por su mayor importancia: una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente, además incluye la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo.

De esta forma, el Desarrollo Humano se convierte en un paradigma que permite comprender el desarrollo económico y social de un país y determina, qué factores son necesarios para lograrlo. Por lo tanto, el eje central de este proceso es la creación de un ambiente propicio para que las personas puedan desarrollar todas sus potencialidades y contar con una oportunidad razonable para llevar una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. (PNUD, 1991)

Así el crecimiento económico deja de ser el motor exclusivo del desarrollo y se convierte en un instrumento para potenciar el desarrollo de las personas, en donde se hace importante que todos (as) tengan igual acceso a oportunidades (Estado de Nación, 1995)

En los adolescentes y jóvenes el crecimiento y desarrollo humano son procesos continuos que pueden resumirse en:

- **Autovaloración:** La capacidad para aportar y para percibir la propia aportación como valiosa; la percepción de que es “buena persona”, valorado por uno mismo y por otros.
- **Seguridad y estructura:** La percepción de que está seguro, tanto física como psicológicamente o, dicho de otro modo, que se tiene acceso a alimentos adecuados, ropa, vivienda y seguridad, incluida la protección contra el dolor, traumatismos o la pérdida de cualquier cosa.
- **Pertenencia y calidad de miembro:** Ser miembro participante de una comunidad; mantener al menos una relación duradera con otra persona; la percepción de que está solidamente ligado a una institución, organización o comunidad aparte de la familia.
- **Relación de intimidad:** La percepción de ser querido por la propia familia y apreciado por los amigos.

- **Dominio y futuro:** La percepción de uno mismo como persona formada y con habilidades apreciadas por él y por otros; conciencia del propio progreso en la vida.
- **Responsabilidad y autonomía:** La percepción de que se tiene cierto control sobre los acontecimientos diarios; de que se es una persona única con pasado, presente y futuro y cometidos que desempeñar.
- **Espiritualidad:** Vínculos con principios que hacen referencia a la familia, grupo cultural, comunidad, deidad, conciencia de la propia personalidad o individualidad.<sup>15</sup>

### **3. Salud y Atención Integral del Adolescente:**

El concepto de Salud integral construye un Marco Epidemiológico de factores y características que pueden influir positivamente (factores potenciales) o negativamente (factores de riesgo) en la evolución o desarrollo de la adolescencia (Donas, 1995).

Entre estos posibles factores se tienen los siguientes:

- **El contexto internacional:** Todos estamos incluidos dentro de un contexto internacional, que no es únicamente un acontecer periodístico, sino un acontecer que está permanentemente produciendo impacto, conocido o desconocido por nosotros mismos. Nuestra era es la era de la velocidad: las noticias llegan en el momento mismo en que el hecho está aconteciendo. Los enfrentamientos de ideas también llegan rápidamente y no como años atrás. Existe acceso global a través de la radio y la televisión. ¿Cómo afecta este contexto internacional (positiva o negativamente a los adolescentes? ¿Por igual a los adolescentes de las áreas rurales, las ciudades y las áreas marginales? ¿Cómo están asimilando y elaborando los adolescentes todo lo que llega masiva e instantáneamente?
- **Contexto Ideológico:** El conjunto de ideas dominantes en los diferentes países y en diferentes épocas, constituye el contexto ideológico en el cual se desarrolla la vida de los adolescentes en búsqueda de su identidad y de su futuro. ¿Qué efectos provoca sobre los adolescentes crecer desarrollarse en un país con un gobierno dictatorial o con un gobierno socializante? ¿Qué efectos provoca el convivir en un marco ideológico donde se estimula lo colectivo social o el individualismo y la competitividad?

¿Qué impacto provoca el denominado fracaso del socialismo real y la “globalización” en el pensamiento y en la conducta de los adolescentes? ¿Positivos? ¿Negativos?

- **Los medios de comunicación de masas:** ¿Qué influencia positiva o negativa están teniendo entre los adolescentes?
- **La estructura social y los valores de la sociedad en la cual vivimos:** ¿Cuáles son los valores que la sociedad está transmitiendo a los adolescentes hoy? ¿Estamos transmitiendo en forma consistente el valor de la honestidad y de la solidaridad o estamos transmitiendo la corrupción como un valor necesario para sobrevivir? ¿Estamos transmitiendo la autenticidad, el valor del respeto al prójimo o que el resto ya no tiene importancia en la sociedad y por tanto poco importa robar o matar a otro. ¿Cuál es la posición que adopta el profesional de la salud ante estas situaciones?
- **La estructura social con el modo de producción dominante:** ¿Está permitido a los adolescentes tener opciones para desarrollarse? ¿La sociedad y el país están dando las necesarias oportunidades de participación y de trabajo a los adolescentes? ¿Es una sociedad estructurada, limitante del proceso del desarrollo de las personas? ¿Sucede el mismo proceso en las áreas urbanas y rurales? ¿Es lo mismo vivir en una ciudad grande o en barrio de clase alta, que vivir en la zona rural o marginal? El joven que no tiene educación o que llega a cursar los primeros años de escuela, cuáles son sus posibilidades de crecer, en relación con el que tiene acceso a la educación universitaria?
- **El concepto de salud y enfermedad:** Cada grupo social tiene una concepción de lo que es estar sano o enfermo. Igualmente sucede en la relación con el adolescente y el adulto, lo mismo sucede con la percepción de riesgo. La adolescencia es un período de exploración, de reconocer el mundo interior y exterior y tener nuevas experiencias. Muchas de estas, implican correr un riesgo, que no es bien percibido, por la propia fase evolutiva en que se encuentra el joven. La educación que el joven recibe en su familia, en la escuela ¿Está estimulando su juicio crítico frente a las posibles conductas de riesgo?

---

<sup>15</sup> Programación para la Salud y Desarrollo de los adolescentes. OMS/FNUAP/UNICEF



- **El marco conceptual de la educación:** El marco conceptual del proceso educativo formal (preescolar, escuela, colegio, público o privado) es fundamental, no solamente en relación con los conocimientos que son enseñados, sino también con la estimulación de las características normales del proceso de desarrollo y de la formación del pensamiento, los sentimientos, creencias y tabúes. ¿Está la educación formal apoyando el proceso de creatividad, afectividad y autoestima positiva? ¿Qué valores está transmitiendo la escuela?
- **El trabajo:** ¿Los jóvenes deben trabajar o en este proceso es necesario un período mayor de capacitación para poder desarrollarse más? Si la respuesta es que el joven debe trabajar, la pregunta que surge es ¿Cuál es el tipo de trabajo más adecuado para él y cuál el nivel de remuneración que se debe pagar por el mismo?
- **La familia:** La familia es el núcleo básico de la sociedad, responsable entre otras cosas, dar seguridad, transmitir la cultura y los valores. La estructura y la funcionalidad de la familia han sufrido grandes cambios en el mundo contemporáneo. La estructura sólida y solidaria del pasado, dio lugar a una estructura más débil y liberal, con gran número de divorcios y complejos problemas de relacionamiento entre sus miembros, siendo la consecuencia más profunda de este fenómeno, la presencia de un número alto de adolescente en la calle, pasando por los llamados “hijos del divorcio” y de los jóvenes que viven solos desde su infancia o simplemente acompañados por un solo miembro de la familia clásica sobre todo su madre.
- **Ocupación del tiempo libre:** Es uno de los aspectos señalado por diversos autores como importante en la formación de conductas. La ocupación del tiempo libre, no sólo es hacer deportes, pues deben incluirse: el tiempo para estar con los amigos, para leer, para ir al cine o simplemente para pensar y estar solo.
- **Los amigos:** Buena parte de las características de la elección del estilo de vida se relaciona con el estilo de vida de los amigos con los cuales el joven se relaciona. Esto se denomina “presión de grupo”. Siendo que una de las características psicológicas o de los jóvenes es su tendencia grupal, se revela como de gran importancia poder conocer las características de los grupos con los cuales cada uno de los jóvenes se relaciona y por medio de esto, tendríamos una mayor capacidad de poder saber si un

joven específico puede tener una probabilidad mayor de elegir su estilo de vida de bajo o de alto riesgo, o de iniciar la práctica de conductas de riesgo en forma precoz.

El producto final del acontecer de todas las características, conducen al adolescente a definir lo que para el área de salud constituye un elemento fundamental: SU ESTILO DE VIDA. Se definen dos estilos de vida.

- **De alto riesgo:** Los adolescentes que desarrollan un estilo de vida de alto riesgo, tienen conductas de alto riesgo y mayores probabilidades de padecer problemas que juzgamos como de gran importancia en la adolescencia: disturbios afectivos y de conducta, disturbios en el aprendizaje y abandono escolar, embarazo no deseado, problemas de violencia social y ecológica, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, accidentes que conducen a secuelas y muertes, suicidios, uso de droga, etc.
- **De bajo riesgo:** Los adolescentes que desarrollan un estilo de vida de bajo riesgo, son aquellos que no tiene las características y no desarrollan actividades que los exponen a presentar estos disturbios mayores dentro del proceso de la adolescencia.

Debe reconocerse que un adolescente que hoy es de bajo riesgo, más tarde o mañana puede ser de alto riesgo y viceversa, de acuerdo con el acontecer de su vida. Debe recordarse que estamos hablando de un período de 10 años en los cuales las conductas están en permanente cambio.

El enfoque de **Atención Integral**, parte de la concepción de salud como un proceso de construcción social, en donde se consideran los diversos determinantes del proceso de salud – enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico y psicosocial, entre otros, de los diferentes grupos sociales, así como aquellos actores sociales ubicados dentro de un proceso de participación democrática dirigido al desarrollo de las oportunidades individuales y colectivas (Donas, 1995).

Dicho enfoque pretende promover la salud por medio de acciones que impulsen el desarrollo de la persona, lo cual significa que su objetivo principal es apoyar y promover el Desarrollo Humano Sostenible.<sup>16</sup>

La integralidad de la salud es un concepto de armonía y “normalidad” dentro y entre lo social, lo psicológico y lo biológico en los individuos, familias y sociedades. Dichas interrelaciones son responsables de la presencia de factores de protección y de riesgo en su conjunto producen como resultado la salud integral. La atención integral es la respuesta a las necesidades psicosocial, biológicas y ecológicas de la salud de los individuos, familias y sociedades, de acuerdo a su edad, período del ciclo vital y niveles de cultura, bienestar social y desarrollo.

El enfoque integral es la manera como se perciben a los individuos y grupos y las acciones se orientan de acuerdo a las características, condiciones y necesidades: de acuerdo a un pasado, presente y futuro, sus contextos y oportunidades de salud, bienestar y desarrollo.

A pesar de las constantes afirmaciones de que el ser humano es una unidad biopsicosocial, en la práctica, los programas de salud y formación son polarizados hacia lo biológico y lo físico. Estos sesgos en la concepción y manejo de acciones traen efectos en la calidad de salud, el bienestar y desarrollo de los seres en formación como los adultos.

El éxito del sistema que cuida la salud de los adolescentes y jóvenes depende de los conocimientos, actitudes y conductas del personal de salud y otros sectores. La manera más efectiva de ampliar cobertura y mejorar la calidad de los servicios es involucrar al joven como agente de promoción de su salud y de la salud de sus compañeros en edad.

La promoción de la salud enfrenta ciertos desafíos universales en países en desarrollo y en grupos desprotegidos, entre esos desafíos:

1. La necesidad de reducir la desigualdad en oportunidades para la gente joven.
2. La necesidad de aumentar los niveles de prevención.

---

<sup>16</sup> Seguro Social Costa Rica. Dirección técnica de Servicios de Salud. Adolescencia y Juventud Volumen 1, 1999

3. La necesidad de incrementar la satisfacción de necesidades de salud y desarrollo de ambos géneros,
4. El logro de la voluntad política y del apoyo efectivo de los factores sociales.
5. El reconocimiento del valor de la participación de los jóvenes de ambos géneros.

Para vencer estos desafíos es necesario fomentar cuatro metas en la gente joven:

1. La capacidad de los jóvenes de cuidar de sí mismos: autocuidado.
2. Oportunidad de apoyo a la ayuda mutua.
3. Proteger los ambientes donde los jóvenes y adolescentes viven y se desempeñan.
4. Promover, a través de educación y exposición a la participación, los estilos de vida sanos y comportamientos saludables.

Al alcanzar estas metas algunas estrategias se consideran útiles:

- El apoyo y participación de las organizaciones juveniles.
- La coordinación de acciones intersectoriales.
- El apoyo de programas con enfoque integral.
- La aplicación del enfoque de riesgo para programar, organizar programas de acuerdo a necesidades (enfoque epidemiológico) que vinculen medidas para atender la salud de los grupos con las dirigidas a los individuos.<sup>17</sup>

#### **4. Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia:**

La declaración de Derechos Humanos promulgados en Ginebra en 1948 habla de que todo ser humano (sin importar edad, raza, religión, condición socioeconómica y otras características) tiene derecho a su integridad física, psicológica y social, es decir derecho a la salud y que la comunidad social tiene obligación de proveerles todos los elementos básicos que coadyuven a ello. Para poder ejercer este derecho, el ser humano debe contar con la información necesaria que le permita conservar su salud y buscar tratamiento a su enfermedad, pues sólo el conocimiento veraz y oportuno le brindará la libertad de poder decidir entre diversas opciones que le haya presentado la vida.

Dentro del contexto general de salud se encuentran los aspectos sexuales y reproductivos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud nos dice que la salud

---

<sup>17</sup> Dr. Carlos Serrano. OPS. La salud Integral del Adolescente y su cuidado. Manual de Capacitación sobre Salud Integral del Adolescente. CORA. México.

sexual es "la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor". Por lo que dentro del marco general de la educación para la salud, los profesionales deben hablar de todos los cuidados que requiere el ser humano para crecer y conservarse sano sexualmente, así como para reproducirse de acuerdo con las normas de salud individual y colectiva. A la parte de la educación integral que se encarga de estos aspectos y de enseñar a ser y no tan sólo a hacer se le denomina educación de la sexualidad.<sup>18</sup>

Numerosas encuestas realizadas en América Latina han demostrado que a pesar de la llamada Revolución Sexual, aún existe en los y las adolescentes de ambos sexos, un generalizado desconocimiento sobre aspectos básicos y por eso mismo importantes de la sexualidad humana. Estos estudios también llaman la atención sobre la preocupante forma en que los y las adolescentes enfrentan su sexualidad: la iniciación de las relaciones sexuales coitales sin una adecuada protección contraceptiva, una sexualidad caracterizada por la confusión, dudas, temores y culpabilidad y una carencia de espacios adecuados para compartir, discutir, reflexionar caracterizan esta situación.

Es importante no olvidar que si no se brinda a los niños y niñas o a los y las adolescentes la oportunidad de obtener información respecto a su sexualidad, ellos la obtendrán en otros lugares y con otras personas, situación que en algunos casos no corresponde a una posibilidad adecuada de educación y formación al respecto.

### **Sexualidad**

Para hablar de sexualidad y salud reproductiva necesariamente deben conocerse sus significados, lo que permitirá comprender, con mayor propiedad, sus relaciones y coincidencias. La sexualidad constituye el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres.

Otro autor señala, que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potenciales que dan origen a cuatro subsistemas sexuales, a saber: el género, la

---

<sup>18</sup> Monroy Anameli, y Morales García Salud. Sexualidad y Adolescencia : Guía Práctica para integrar la orientación Sexual en la Atención de Salud de los Adolescentes editorial, Pax, México 1990. Segunda edición

reproductividad, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal. La sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir.

La sexualidad es un componente de la personalidad humana que atañe a la composición biológica, emocional y social. Es al mismo tiempo una realidad física y mental en cada ser humano y una fuerza o potencialidad para ser ejercida. Esta puede ser fuente del inmenso placer o expresión de sentimientos, pero también puede ser fuente de graves trastornos en la vida personal y social del individuo.<sup>19</sup>

Para los y las adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad, parte de un proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto de desarrollo humano, no como un secreto a ser guardado por el silencio adulto. Las opiniones y las percepciones acerca de los roles del adolescente y del adulto deben basarse en el respeto mutuo y deben ser examinados dentro del contexto de las realidades y expectativas sociales. El tema crucial es la calidad de la vida para todos los niños y las niñas así como para los y las adolescentes; la proposición es que ellos alcancen su potencial y que reciban apoyo y ayuda.

La sexualidad se expresa en términos amplios y no sólo a través de la conducta sexual. Ella también incluye:

- ♥ Desarrollo de la identidad genérica.
- ♥ Desarrollo del rol sexual.
- ♥ Desarrollo de las actitudes y valores.
- ♥ Desarrollo de la orientación sexual.
- ♥ Desarrollo del comportamiento sexual.
- ♥ Desarrollo de la identidad sexual.
- ♥ Desarrollo del conocimiento sexual.
- ♥ Desarrollo de las habilidades sexuales.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Fallas, Hannie y Valverde Oscar. Antología de Lecturas: Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia Dossier, proyecto SAREM silais carazo 2000. cap. 6

<sup>20</sup> Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina de la Adolescencia Serie PALTEX. Para ejecutar de Programas de Salud. Washington D.C. 1992. Pág. 83.

**La identidad genérica:** El aspecto más básico de la identidad, es la identidad del género o genérica, que tiene que ver con el reconocimiento y la aceptación de ser varón o mujer. En el útero, durante las primeras seis semanas después de la concepción, todos los embriones fisiológicamente son del género femenino y sólo después de esta etapa los varones (que tienen cromosomas XY) empiezan a diferenciarse sexualmente. Esta diferenciación no siempre es fácil; a veces los bebés nacen con genitales ambiguos siendo corregidos quirúrgicamente para crear un varón o una mujer "anatómicamente correcto ó correcta" (basando la decisión en un conjunto de factores, entre los que se incluye la verificación de cromosomas, la relativa predominancia de ciertos órganos específicos, la posibilidad quirúrgica y los deseos de los padres).

En general, el género viene como unidad o "paquete" y es poco lo que se puede hacer al respecto. Los niños y las niñas empiezan a desarrollar una conciencia de su "unidad", o sea, aprenden los rótulos pegados a su "paquete", que generalmente comienzan como "mamá ó papá", y luego dan lugar a "niño ó niña", "masculino ó femenino".

**El rol sexual:** Otro aspecto de la sexualidad es el rol sexual, el cual se refiere al comportamiento que se asume como varones y como mujeres. Mientras se va desarrollando un conocimiento acerca de qué "paquete" tenemos, el mundo envía mensajes sobre el significado de dicho "paquete". Además, observamos el comportamiento de las personas que tienen el mismo paquete que nosotros, e incorporamos esa información a nuestro repertorio de conducta.

Una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si fuera del otro sexo (afeminado, marica). Tales calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre los jóvenes varones, a quienes se les desafina el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como "femeninas".

La mayoría de las personas deben lidiar toda la vida con aspectos del rol sexual, especialmente ahora que la sociedad está en una etapa de transición en su comprensión de cuáles son las funciones apropiadas del varón y de la mujer. Por ejemplo, el hombre de edad madura que le abre la puerta a la mujer, puede deleitar a su madre y ofender a la colega "feminista". La misma conducta puede ofender o ayudar, dependiendo de las

actitudes de la persona que la recibe acerca del rol sexual apropiado. De hecho el rol sexual es una de los temas subyacentes a la controversia contemporánea acerca de la educación sexual: ¿Se deben enseñar a los y las jóvenes los roles sexuales "tradicionales" o roles nuevos?

**Las actitudes y los valores:** Uno de los aspectos más influyentes en la sexualidad incluye las actitudes y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual. Cada individuo tiene sus propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado hacer (o lo que "debe hacer") como varón o como mujer, y nuestras propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Cada uno también proviene de una familia con expectativas y valores, si bien las actitudes individuales se arraigan en las expectativas de la familia, rara vez están sincronizados con ellas en un cien por ciento. Además, las actitudes individuales y familiares están también influenciadas por las actitudes culturales.

Aunque a menudo no se está consciente de que se enseñan actitudes y valores, los niños recogen con astucia lo "enseñado" en sus más mínimos detalles. A una edad muy temprana, por ejemplo, descubren que cuando se tocan diferentes partes de su cuerpo (codos, dedos del pie, genitales) provocan reacciones bastante diferentes de parte de los adultos. Aprenden que unas partes de su cuerpo se describen con eufemismos "el asunto", "la cosita", "lo de abajo" o quizás, que no se describen en lo absoluto.

La ironía es que los adultos piensan que el enseñarle a los adolescentes acerca de la sexualidad en las escuelas secundarias impartirá de algún modo información peligrosa a individuos carentes de valores o de moralidad propia. De hecho, los niños ya saben lo que existe, independientemente que puedan articularlo claramente o no. Cuando los niños llegan a la adolescencia, ya están profundamente imbuidos de las actitudes y los valores de su familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas.

Los valores y las actitudes tienen mayor influencia que ningún otro factor. Supongamos que dos personas tienen relación sexual, una piensa que la cópula es la expresión más maravillosa y bella del amor, la otra piensa que es degradante, repugnante y horrible. El mismo acto, en el mismo momento, puede ser vivido de manera enteramente diferente



por los dos participantes. Su experiencia no se basa pues en el acto mismo, sino en sus actitudes hacia el acto.

**La orientación sexual:** Otra dimensión crítica de la sexualidad es la orientación sexual, la cual está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los varones o hacia las mujeres, o hacia ambos sexos. La mayoría de los seres humanos desarrollan atracción hacia el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y algunos hacia ambos sexos, cualquiera sea el caso, no es algo que se decida conscientemente. Llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quién o qué los atrae y/ o excita, que necesitan acercarse a alguien, que los arrasa una emoción poderosa, la atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.

**El comportamiento sexual:** Durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado un sentimiento de quién y qué los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, al darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer, como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, masturbarse, y una gama completa de otros comportamientos (de los cuales el acto sexual es uno más).

**La identidad sexual:** Si la identidad genérica se refiere a saber y rotularnos varón o mujer (según nuestro paquete) y la orientación sexual se refiere al objeto de nuestras atracciones emergentes, la identidad corresponde al rótulo que cada individuo se pone según su orientación. Este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por lo menos algún comportamiento sexual.

Es necesario destacar las distinciones, que con demasiada frecuencia no están bien claras, entre los tres componentes del desarrollo sexual: la orientación, el comportamiento y la identidad. Muchos de los "tratamientos" en los que se indicaba que estaba "curando" a los homosexuales, sólo han logrado una reducción del comportamiento homosexual, no en cambio en la orientación.

En forma análoga, el rotular la identidad sexual es bien complejo. Si una persona se siente atraída sexualmente a personas del sexo opuesto y sus relaciones sexuales son

con el sexo opuesto, en nuestra cultura ese individuo recibe el rótulo de heterosexual. Si a uno le atrae una persona del mismo sexo y sólo realiza el acto sexual con una persona del mismo sexo, a esa persona se le pone el rótulo de homosexual. Sin embargo, esto es más complejo como se puede observar a continuación: una mujer joven que se sienta atraída a otras mujeres y que nunca piensa acerca de sí misma que es lesbiana, porque elige casarse y tener hijos. ¿Qué rótulo se le aplica? ¿Será identificada por su comportamiento heterosexual? ¿Por sus sentimientos y/u orientaciones hacia el mismo sexo? ¿Puede ella ponerse el rótulo de lesbiana y seguir su comportamiento heterosexual? ¿Y qué sucede si confía sus sentimientos a una persona amiga y luego revela su confidencia en el vecindario? ¿Se considerará ella a sí misma heterosexual, mientras que su entorno ahora le pone el rótulo de lesbiana?

**El conocimiento sexual:** Está claro que el conocimiento es un componente importante de la sexualidad, pero he aquí la tragedia para la mayoría de los jóvenes de hoy: pasan por el proceso, identificando quienes son, lo que pueden hacer como varones y como mujeres, cómo se sienten al respecto, con quien desean estar, y se ponen el rótulo, antes de que empiecen a obtener la información precisa sobre la sexualidad (si es que alguna vez la obtienen).

**Las habilidades sexuales:** Quizás el último componente del aprendizaje sexual sea la adquisición de las "habilidades" sexuales. Nuevamente los mitos predominantes enseñan que el sexo puede ser "maravilloso" o "sucio", que en cualquier caso, instintivamente "se sabe como hacerlo" desde el comienzo, y que si no se sabe, algo debe andar mal. De hecho, como muchas otras actividades, realmente no se hace bien sino después de repetir la experiencia varias veces.

**El desarrollo físico:** Aunque los componentes del desarrollo sexual que se han mencionados no son necesariamente visibles, el desarrollo físico lo es, en especial el desarrollo genital. La ebullición de las hormonas y el pico de crecimiento comienzan en la adolescencia, pero los niños/as son sexuales mucho tiempo antes del inicio de la pubertad. Los varones pequeños tienen erecciones y las niñas pequeñas, lubricación de la vagina. La masturbación en la infancia no es poco usual. La orientación sexual no requiere el desarrollo físico de la pubertad.

## **Salud Reproductiva**

Para llegar al actual concepto de salud reproductiva hubo un largo proceso que partió en los años sesenta y setenta con el cuidado del binomio madre - hijo, es decir, la atención materno - infantil que se estableció como un programa de salud en la mayoría de los países. Posteriormente, se impulsó la planificación familiar, sobre todo a través de los organismos internacionales y los programas de ayuda externa. A partir de la década de los ochenta, se incluyó el término salud reproductiva, confundándose con planificación familiar, genitalidad, sexo, control de la natalidad, etc. Con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo en 1994, se define la salud reproductiva como: “Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y servicios de planificación familiar de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. El derecho de recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, **la atención en salud reproductiva** se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

La presente definición tiene mucha importancia ya que por primera vez se habla de sexualidad humana. Además incluye formalmente al hombre, permitiendo hablar del bienestar no sólo biológico sino también social, psicológico, y nombrar específicamente la vida sexual y el bienestar reproductivo.

Como otro componente esencial de la salud reproductiva, se incluyen **los derechos reproductivos**, los que a su vez son derechos humanos reconocidos por las leyes nacionales e internacionales, avalados por organismos internacionales como las Naciones Unidas y otros. Por lo tanto, la promoción y el ejercicio de los mismos deben ser primordiales para nuestro desenvolvimiento social y psicológico. Su promoción y difusión deberían estar incluidas en las políticas, programas estatales y comunitarios de manera que se beneficie a todas y cada una de las personas sin discriminación alguna, y cuando nos referimos a derechos hablamos de:

- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva;
- El derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos;
- El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, y a disponer de la información y de los medios para ello;
- En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.

La información acerca de la sexualidad, de la salud reproductiva y los derechos reproductivos, permitirá contar con personas responsables conscientes de sus actos, de manera que no sean afectadas y no afecten negativamente a otras personas.<sup>21</sup>

## **5. Situación de Salud de los y las Adolescentes<sup>22</sup>**

Los y las adolescentes así como los y las jóvenes representan un número cada vez más importante de la población de América Latina y el Caribe, aproximadamente 160 millones en el año 2000. El porcentaje de la población por debajo de los 15 años varía del 28% en Uruguay al 48% en Honduras; y la población de mujeres entre 15 y 19 años es de aproximadamente 23 millones, lo que corresponde al 25% de las mujeres en edad reproductiva. El mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes se concentra en zonas urbanas y en los países con mayores necesidades y menos desarrollo económico de la Región.

---

<sup>21</sup> Ibid cáp. 6 Antología

<sup>22</sup> Series OPS/FNUAP N° 2 Recomendaciones para la Atención integral de Salud de los y las Adolescentes con énfasis en la salud reproductiva. Pág. 1

El incremento de la urbanización, la pobreza e inequidad que se ha vivido en la última década aumentó considerablemente la vulnerabilidad de los y las adolescentes y jóvenes. La cultura urbana de la desigualdad se asocia al crecimiento de la violencia social e intrafamiliar, al tráfico de drogas, al trabajo infantil, a la desocupación de los jóvenes y de los jefes de hogar, nuevos modelos de familia, muchos de ellos con jefes de hogar mujer, sumado a antiguos estereotipos de género y la ruptura de lazos sociales solidarios.

Los medios de comunicación compiten en la capacidad de socialización con la escuela y la familia, proponiendo modelos de rápido éxito social y económico, que pretenden integrar a los y las adolescentes y jóvenes a un mercado de consumo acrítico. Como a su vez durante la adolescencia se incrementan las necesidades de experimentación del entorno, aparecen conductas de riesgos que pueden comprometer aún más su salud y desarrollo. Tal es el caso del consumo de tabaco, alcohol y drogas, las lesiones por causas externas, las relaciones sexuales sin protección, lo que sumado a las situaciones de abuso físico y sexual resultan con frecuencia no sólo embarazos no deseados sino también en infecciones de transmisión sexual y VIH.

El porcentaje de los nacimientos de madres jóvenes y especialmente solteras está aumentando. La mayoría de los programas escolares y de salud carecen de servicios específicos para este grupo de edad y en los casos en los que ya se tienen, no siempre están diseñados tomando en cuenta las necesidades y características específicas de los adolescentes y menos aún si estos son solteros.

Se ha observado que la incidencia de la actividad sexual premarital entre los adolescentes está aumentando, pero dicho aumento no se ha acompañado de un incremento proporcional de información sexual adecuada y uso de métodos anticonceptivos. Entre las razones por las cuales los jóvenes no utilizan métodos anticonceptivos figuran: lo no planeado e inesperado de la relación sexual, falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, negación de la posibilidad de que ocurra un embarazo, falta de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, o el temor a que “hacen daño”<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Psoc. Leticia Velazco. CORA OMS. La salud Integral del Adolescente y su cuidado. Manual de Capacitación sobre Salud Integral del Adolescente. CORA. México. Pág. 24

Los patrones de conducta del hombre y la mujer con respecto a su sexualidad están cambiando, existe una gran fuente de estimulación sexual en el medio, a través de la publicidad, la televisión y el material literario. La sociedad es mucho más permisiva en las relaciones sociales, especialmente en cuanto a la aprobación de la proximidad del cuerpo y las expresiones verbales de connotación sexual. El hecho de que la estimulación o deseo está presente no significa que el individuo esté preparado física o emocionalmente, para entrar temprano en una relación que requiere madurez mental y desarrollo físico.

Es común observar que los adolescentes que embarazan, tienen un patrón de limitadas habilidades sociales para relacionarse con su grupo. Estos adolescentes manejan sus necesidades sociales a través de relaciones uno a uno, en las cuales, debido a la formación de intimidad, se acerca excesivamente, utilizando el sexo como expresión de comunicación. La necesidad de establecer la identidad durante esta época es importante, con este fin los adolescentes reafirman su género sexual y aceptación de imagen por medio de esta relación. Como resultado establecen una autoestima que es convalidada por el embarazo de su compañera.

Para la adolescente no es muy diferente, sin tener suficiente habilidad para establecer conexiones sociales duraderas y significativas, se refugia emocionalmente en una relación que ofrece gratificación temporal intensa y ve su embarazo inicialmente como la prueba de su sexualidad y fuente de autoestima. Todos estos movimientos paralelos demuestran la presencia de una etapa de desarrollo "egoísta" en la cual las necesidades internas son mayores que las oportunidades de protección y cariño que va a necesitar el recién nacido.

Los padres adolescentes usualmente encuentran grandes dificultades, en primer lugar están las complicaciones físicas del embarazo, luego las sociales, en las cuales el joven padre y la joven madre aún desean intensamente participar en las actividades propias de su edad y finalmente las psicológicas que demandan, durante los primeros meses, un intenso lazo afectivo materno infantil que la madre adolescente no está preparada para dar o mantener y por lo cual abandona emocionalmente al hijo muy tempranamente. Esta relación afectiva es la base para el desarrollo general del bebé durante los primeros meses de vida.

El inicio de la reproductividad adolescente obedece a una multiplicidad de factores, entre los cuales se incluye la educación e información respecto a la sexualidad, la cual también implica el crecimiento físico y la responsabilidad social.

La fecundidad adolescente asume características particulares que se traducen en un comportamiento diferente del experimentado por la población en general. Mientras las tasas de fecundidad global en los países muestran una tendencia descendente, en los grupos de adolescentes y juveniles es un indicador considerablemente alto.<sup>24</sup>

Las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de salud física y mental, por ende pueden considerarse un “enfermedad centinela”, una infección de transmisión sexual puede encubrir problemas subyacentes como la promiscuidad asociada a una depresión clínica, un embarazo no deseado y situaciones sentimentales complejas (celos, rabia, desilusión depresión suicida). Debe considerarse que los adolescentes jóvenes que presentan infecciones de transmisión sexual pueden haber sido víctimas de incesto o de abuso sexual.<sup>25</sup>

Según Krauskopf y Mendoza, los hombres son los más afectados en magnitud por ITS. En un estudio realizado en la región centroamericana en 1996, las mujeres hondureñas (1990) tiene la mayor morbilidad femenina en la región: 65% del total de casos registrados en ese país. En Costa Rica entre las cinco primeras enfermedades transmisibles de declaración obligatoria en adolescente (15 a 19 años) la infección gonocócica aguda ocupó el primer lugar.

Cabe destacar la importancia que la experiencia del castigo físico en la niñez y la adolescencia sienta la base para la legitimidad normativa de la violencia intrafamiliar. El castigo físico pretende enseñar. Se asocia el amor con la violencia y enseñar, cuando algo es realmente importante se justifica el uso de la fuerza física. En una investigación realizada en el Caribe se encontró que un/ a de cada ocho adolescentes son abusados sexualmente. Las cifras obtenidas en investigaciones norteamericanas y europeas señalan que el 20% de las mujeres y alrededor del 5 al 10% de los varones han sido víctimas de abuso en la infancia.

---

<sup>24</sup> OPS. OMS. Adolescencia y Juventud en América Central. San José Costa Rica, 1996. Pág. 19

<sup>25</sup> OPS Manual de Medicina de la Adolescencia. Pág. 279

Los trastornos mentales, como la depresión, el intento de suicidio, el abuso de alcohol y otras sustancias tienen una alta prevalencia entre los y las adolescentes y en algunos países el riesgo de suicidio está aumentando. El inicio del consumo de drogas ocurre durante la adolescencia temprana, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los y las adolescentes. El abuso del alcohol se asocia con lesiones por causas externas, particularmente de tránsito, que es la principal causa de muerte en los y las adolescentes en la mayoría de los países de la región. El consumo del tabaco que tiene también una alta prevalencia entre los y las adolescentes es considerado la puerta de entrada al consumo de otras drogas y el mayor responsable de las muertes por enfermedades cardiovasculares. El consumo de alcohol, tabaco y drogas que eran hábitos principalmente masculinos, están pasando a ser femeninos en los países en desarrollo.

El aporte de los y las adolescentes y jóvenes en la población general así como el aumento de riesgos y vulnerabilidad social que presenta la cultura de comienzo de siglo para ellos y ellas, genera para los servicios de salud la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad que contemple las necesidades de este grupo de edad desde la perspectiva de género, ya que muchos de los riesgos para la salud de los y las adolescentes pueden asociarse a estereotipos de género.

#### **4. Contexto Nacional:**<sup>26</sup>

Nicaragua tiene una estructura poblacional predominantemente joven, con el 63% de la población total menor de 25 años. Encuestas realizadas han demostrado que casi un tercio (27%) de las adolescentes entre 15 y 19 años han estado embarazadas. Tres de cada 10 no deseaban el embarazo en ese momento. Los partos que ocurren en edades tempranas casi siempre terminan con la educación de estas adolescentes madres, limitando su vida futura y prospectos de trabajos, por tanto su propio bienestar y el de sus hijos.

Igualmente se ha encontrado que la actividad sexual empieza a una edad temprana para muchos nicaragüenses. Cuatro de cada 10 muchachas adolescentes han tenido experiencias sexuales ya sea dentro o fuera del matrimonio. De esas cuatro mujeres, una no tiene compañero sexual estable. Esto significa que el 10% de las muchachas adolescentes están en alto riesgo de infectarse de SIDA.



En hombres adolescentes de 15 a 19 años, 6 de cada 10 ya ha tenido experiencia sexual y solamente uno tiene compañera estable. Esto implica que la mitad de hombres adolescentes están en alto riesgo de infección de SIDA, si no se toman medidas preventivas.

Según la encuesta sobre jóvenes adultos de Nicaragua 1998 (ENJOVEN 98) llevada a cabo en mujeres y hombres de 15 a 24 años en 6 departamentos de la Región Pacífico por la comisión interagencial de salud reproductiva y la universidad de John Hopkins, el 78% de jóvenes adultos hombres y el 49% de mujeres no se han casado nunca. Más de la mitad 57.6% viven con ambos padres. Casi la mitad de los jóvenes adultos solteros (55.8% hombres y 50% mujeres) nunca se comunican con sus padres acerca de preguntas que tengan que ver con la sexualidad.

Con relación a la experiencia sexual, el 63.1% de hombres que no han sido casados reportaron haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio. El 10.2% de las mujeres encuestadas no casadas, reportaron haber tenido relaciones sexuales. Sin embargo la proporción de mujeres casadas que informaron haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio es de 51.6%, para los hombres casados es de 84.6%.

La edad al momento de la primera relación ha permanecido en 18.2 años en mujeres y 15.6 en hombres. La mayoría de mujeres (90.7%) reportaron que su primera experiencia sexual había sido con su novio, en cambio de los hombres sólo el 42.8% reportó haberlo hecho con su novia. Posiblemente que las mujeres lo hicieron para expresar su amor, el 60.9% de los hombres lo hicieron por curiosidad. El 53% de los entrevistados tienen intenciones de tener sexo premarital.

Casi un tercio de los entrevistados carecen de la correcta información relacionada al riesgo del embarazo y también un tercio de hombres y un quinto de mujeres no tienen información correcta relacionada con el SIDA e Infecciones de transmisión sexual. Solamente el 10% de las mujeres identificaron correctamente cuando existe más riesgo de embarazarse durante el ciclo menstrual.

---

<sup>26</sup> Comisión Inter- Agencial de Salud Reproductiva Encuesta de jóvenes 1998. Resumen de Hallazgos.

Una proporción significativa de hombres, comparado con mujeres, cree que el uso de anticonceptivos en una edad temprana puede resultar en infertilidad. A pesar de que estudios han demostrado que existe un conocimiento general sobre SIDA, el 18.5% de jóvenes nunca casados y 20.3% de los alguna vez casados, no pudieron mencionar ni un solo método para evitar el contagio de SIDA.

Dos tercios de los hombres creen que si una mujer toma anticonceptivos orales inmediatamente después de tener relaciones, evitará un embarazo. Y el 18.% de las mujeres nunca casadas y el 11% de las casadas creen que los hombres pueden tomar anticonceptivos orales. Las pastillas y condones son los métodos más conocidos por la población adolescente.

En general las actitudes hacia la planificación familiar no varían significativamente por el estado marital. Sin embargo las mujeres tienen una actitud más positiva hacia la planificación familiar, esto también es más positivo en los adolescentes que viven en las áreas urbanas que en las rurales.

No se observó una actitud positiva hacia el embarazo prematrimonial y en las mujeres es más acentuado. No hay diferencias significativas por edad o área de residencia. Los encuestados con mayor educación demostraron una mayor actitud negativa que los que no tiene estudios o que se encuentran en primaria.

El riesgo percibido de sexo no planeado o sin protección es significativamente alto en hombres comparados a mujeres. Las mujeres que viven en el área urbana identifican mayor riesgo que las que viven en el área rural.

En conclusión podemos decir que una proporción importante de jóvenes en Nicaragua tanto varones como mujeres, tienen relaciones sexuales antes del matrimonio. Además un gran porcentaje de hombres nunca casados (83%) y un tercio de mujeres nunca casadas han tenido o están teniendo relaciones sexuales antes del matrimonio. Sin embargo están pensando en tener una familia pequeña aunque no ven el beneficio de convertirse en padres en estos momentos.

Perciben una alta normativa social con respecto al sexo premarital y ellos encaran mucha presión en su entorno casi 3 de 4 reportan que han sido alentados por sus amigos a tener relaciones sexuales. Los varones perciben un alto grado de aprobación de sus padres y hermanos, a tener sexo premarital. Adicionalmente, la percepción del riesgo de tener relaciones sexuales no planificadas es en general más alta entre hombres que en mujeres.

Solamente el 15% de todos los encuestados que han tenido relaciones sexuales antes del matrimonio mencionaron haber utilizado anticonceptivos la primera vez que tuvieron relaciones y solamente el 23% reportaron estarlos utilizando en la actualidad.

El 32% de los jóvenes solteros y el 27%, de los alguna vez casados, no se sienten seguros de usar el condón correctamente.

Estos resultados muestran la necesidad de programas de salud que suministren información y servicios para ayudar a los y las adolescentes de Nicaragua a evitar embarazos no deseados y permitirles cumplir con sus metas personales. También es necesaria la comunicación acerca del uso del condón en este grupo poblacional.

El conocimiento acerca del SIDA es alto, sin embargo un quinto de los encuestados no mencionan ni una sola manera de evitar el contagio. Los programas de atención a los y las adolescentes no debían de sentirse satisfechos sobre el conocimiento, sino preparar estrategias para garantizar conductas preventivas en los mismos.

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO:**

### **a) Tipo de Estudio:**

Descriptivo, de corte transversal.

### **b) Universo:**

El Universo lo constituyeron 1,110 adolescentes, miembros de los grupos organizados en las diferentes unidades de salud del SILAIS Carazo y que participaron en el proceso educativo desarrollado con financiamiento y asesoría técnica del Proyecto SAREM.

### **c) Muestra:**

La muestra se seleccionó a través del método estadístico EPIINFO STALCAT utilizando muestras aleatorias simples, con una prevalencia esperada del 50% y peor resultado del 35% y una confiabilidad del 99.99%, constituyéndose la muestra en 147 adolescentes.

Para la selección de los adolescentes se realizó un muestreo sistemático aleatorio. Dividendo el total del universo entre la muestra resultando el número 7 como intervalo para la selección de cada unidad muestral.

Para decidir el número donde se iniciaría el conteo se sortearon los números del 1 al 7 obteniendo así el número inicial.

### **d) Criterios de inclusión:**

- Adolescentes hombres y mujeres, organizados en los grupos facilitados por personal de salud del SILAIS Carazo.
- Adolescentes hombres y mujeres monitores
- Adolescentes hombres y mujeres de los grupos de teatro
- Adolescentes hombres y mujeres de grupos capacitados.

**e) Unidad de Análisis:** Adolescentes varones y mujeres.

**f) Fuentes de información:** Primaria

**g) Instrumentos de recolección de la información:** Formulario estructurado

**h) Variables del estudio, conforme los objetivos específicos:**

**Objetivo No 1:**

Procedencia.  
Edad.  
Sexo.  
Personas con quien vive.  
Nivel de estudio.  
Actividades Comunitarias.  
Nivel deseado de estudios.  
Actividades que generan ingresos.  
Motivo de trabajo.

**Objetivo No 2:**

Embarazo en la primera relación coital.  
Protección por anticonceptivos únicamente antes de la relación.  
Los hombres pueden usar pastillas anticonceptivas.  
Uso del condón previene ITS/SIDA.  
Mayor frecuencia de SIDA asociado a otras ITS.  
En Nicaragua existen leyes contra la violencia intrafamiliar.  
Los hombres no pueden controlar su conducta sexual.  
La violencia intrafamiliar es asunto privado.

**Objetivo No 3:** Para las variables del objetivo 3 se utilizó una escala de medida del 1 al 4, para su interpretación se explicó a los y las adolescentes que, a mayor seguridad con su opinión marcaran los extremos, si tenían alguna duda marcarán los números medios según los siguientes valores:

- 1: Completamente en desacuerdo.
- 2: Ligeramente en desacuerdo.
- 3: Ligeramente de acuerdo.
- 4: Completamente de acuerdo.

Métodos anticonceptivos malos para la salud.

La pareja que decide tener relaciones formales debe tener hijos inmediatamente.

Los hombres deben participar en la anticoncepción.  
Buscar métodos anticonceptivos da vergüenza.  
Las relaciones sexuales son la única prueba de amor.  
No tener relaciones causa burla.  
Interrupción de planes futuros ante un embarazo.  
Las tareas del hogar son sobre todo responsabilidad femenina.  
El comportamiento de las mujeres provoca agresión de sus parejas.  
Los hombres pueden exigir relaciones sexuales.  
Me gusta ser como soy.  
El verdadero hombre debe tener muchos hijos.  
La responsabilidad de la crianza de los hijos (as) es de la mujer.

**Objetivo No 4:**

Inicio de relaciones coitales.  
Edad de inicio.  
Protección anticonceptiva durante la primera relación.  
Tipo de método durante la primera relación.  
Motivo de no uso de anticonceptivos durante la primera relación.  
Recibió información antes de su primera relación coital.  
Protección siempre que existe relación.

**i) Cruce de variables**

- Procedencia / edad
- Procedencia / sexo
- Actividades que generan ingresos / procedencia
- Embarazo durante la primera relación coital / edad
- Protección por anticonceptivos únicamente antes de la relación / edad
- Los hombres pueden usar pastillas anticonceptivas / sexo
- Uso del condón previene el SIDA / edad
- Los hombres no pueden controlar su conducta sexual / sexo
- La violencia intrafamiliar es asunto privado / sexo
- Métodos anticonceptivos malos para la salud / edad
- La pareja debe tener hijos inmediatamente para lograr mayor unión / sexo
- Los hombres deben participar en la anticoncepción / sexo

- Buscar métodos anticonceptivos da vergüenza / sexo
- Las relaciones sexuales son la única prueba de amor / sexo
- No tener relaciones causa burla / sexo
- Interrupción de planes futuros ante un embarazo / sexo
- Las tareas del hogar son sobre todo responsabilidad femenina / sexo
- El comportamiento de las mujeres provoca agresión de sus parejas / sexo
- Los hombres pueden exigir relaciones sexuales / sexo
- Me gusta ser como soy / sexo
- El verdadero hombre tiene muchos hijos / sexo
- La responsabilidad de la crianza de los hijos (as) es de la mujer / sexo
- Inicio de relaciones coitales / procedencia
- Edad de inicio de relaciones coitales / sexo
- Tipo de método anticonceptivo utilizado durante la primera relación / sexo
- Motivo de no uso de anticonceptivo durante la primera relación / sexo
- Recibió información antes de su primera relación coital / sexo
- Protección siempre que existe relación / sexo

**j) Obtención de la Información:**

❖ **Fases:**

- Validación: Para validar el instrumento de recolección de la información se llevó a cabo una reunión en donde participaron adolescentes de ambos sexos procedentes de la zona urbana y rural, lo que permitió identificar si el lenguaje era comprensible.
- Capacitación: Se realizó un taller de capacitación al personal de salud para el uso del formulario.
- Recolección de la información: Se conformaron diez grupos de 15 adolescentes cada uno. Para citar a los/las adolescente se comunicó a directores municipales de salud y coordinadores de ONGs que participaron con el proyecto el local en donde se aplicó el formulario.

- ❖ **Confidencialidad de los datos:** Para asegurar la confidencialidad de los datos se garantizó el anonimato, se solicitó a los adolescentes que al finalizar, ingresaran el formulario en un sobre cerrado que fue colocado en un buzón.

**k) Técnicas utilizadas para la recolección de la información:**

Encuestas dirigidas a adolescentes hombres y mujeres de los grupos organizados en las unidades de salud del SILAIS Carazo y que participaron en acciones de capacitación del proyecto SAREM.

**l) Fuentes de información:**

Primaria: A través de encuesta dirigida a adolescentes hombres y mujeres seleccionados.

**m) Procesamiento y análisis de los resultados:**

Se revisaron los datos obtenidos en la encuesta, se procedió a codificar las variables, capturar y procesar los datos a través del paquete estadístico EPIINFO.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos recurriendo a la teoría para el análisis, discusión de resultados y elaboración de conclusiones y recomendaciones con señalamientos concretos de posibles soluciones. El documento final se levantó en Microsoft Word XP y los cuadros y gráficos en Excel y Power Point.



## VIII. RESULTADOS:

- La distribución de adolescentes según **edad** fue: **17.7%** (26) entre 10 y 13 años, **48.3%** (71) entre 14 y 16 años y **34%** (50) entre 17 y 19 años. Según **procedencia**, el 49.7% (73) eran de la zona rural y 50.3% (74) de la zona urbana. Según edad y procedencia los y las adolescentes se distribuyeron según lo siguiente: un **20.6%** (15) de adolescentes rurales en el grupo de 10 a 13 años, **61.6%** (45) en el de 14 a 16 años y **17.8%** (13) en el de 17 a 19 años. Para los adolescentes urbanos encontramos **14.9%** (11) de 10 a 13 años, **35.1%** (26) de 14 a 16 años y **50%** (37) de 17 a 19 años. (Ver en Anexos, Cuadro N° 1)
- La distribución por **sexo** fue: **56.5%** (83) mujeres y **43.5%** (64) varones. **El 50.7%** (37) de las mujeres **procedían** de la zona rural y **62.2%** (46) de la zona urbana. Los hombres eran **49.3%** (36) de la zona rural y **37.8%** (28) de la zona urbana. (Ver en Anexos, Cuadro N° 2)
- Los y las adolescentes **viven** en un **70.8%** (104) con padre y madre; **11.6%** (17) solamente con su madre o madrastra y el **8.8%** (13) con otros familiares. Otras personas con quienes viven, fueron hermanos o hermanas **4.1%** (6), padre o padrastro **2%** (3), pareja o esposo (a) **2%** (3) y con no familiares **0.7%** (1). (Ver en Anexos, Cuadro N°3, Gráfico N° 1)
- Con respecto al **nivel de estudio alcanzado**, el **75.5%** (111) respondieron tener nivel secundario, **17%** (25) nivel primario, **2.7%** (4) nivel técnico, **2.7%** (4) nivel universitario y **1.4%** (2) ninguno, quedando un **0.7%** (1) que no respondió la pregunta. (Ver en Anexos, Cuadro N° 4, Gráfico N° 2)
- El **48.4%** (71) de los y las adolescentes expresaron que **participan en actividades de desarrollo comunitario** sólo en ocasiones especiales, **23.1%** (34) lo hacen una vez al mes y **12.2%** (18) de manera semanal. El **10.2%** (15) mencionaron participar a diario y el **6.1%** (9) no asisten. (Ver en Anexos, Cuadro N° 5, Gráfico N° 3)

- El **36.7%** (54) de los y las adolescentes desean alcanzar un **nivel de especialización**, **36.1%** (53) aspiran nivel universitario, **10.3%** (15) pretenden llegar al bachillerato y **8.8%** (13) desean nivel superior o técnico. En cambio **6.1%** (9) expresaron que no están claros del nivel que desean alcanzar y **2%** (3) expresaron que no piensan seguir estudiando. (Ver en Anexos, Cuadro N° 6, Gráfico N° 4)
  
- Según **procedencia**, el **48%** (35) de adolescentes rurales expresaron no realizar **actividades para generar ingresos** y el **52%** (38) si lo hacen. Para los adolescentes urbanos encontramos los siguientes resultados **59.5%** (44) que no las realizan y **40.5%** (30) que si las realizan. (Ver en Anexos, Cuadro N° 7, Gráfico N° 5)
  
- Entre los principales **motivos por los que trabajan los y las adolescentes** encontramos los siguientes: les gusta tener su propio dinero **41.2%** (28), ayuda a los gastos de la casa **20.6%** (14), mantiene a su familia **19.1%** (13), paga sus estudios **10.3%** (7) y adquiere experiencia de trabajo **8.8%** (6).  
(Ver en Anexos, Cuadro N° 8, Gráfico N° 6)
  
- Los siguientes aspectos se refieren a **conocimientos** en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes encuestados. Con respecto a que sí existe posibilidad de **embarazarse durante la primera relación coital**, el **83%** (122) respondieron que sí existe posibilidad, **12.9%** (19) respondieron que no y **4.1%** (6) dijeron no saber. Según **edad**, en el grupo de 10 a 13 años respondieron **76.9%** (20) que sí existe posibilidad de embarazarse, **19.2%** (5) que no existe y **3.9%** (1) que no sabía. Los de 14 a 16 años respondieron **83.1%** (59) que sí existe posibilidad de embarazarse, **12.7%** (9) que no existe y **4.2%** (3) que no sabían. Para el grupo de 17 a 19 años encontramos **86%** (43) que mencionaron que sí existe posibilidad, **10%** (5) que no existe y **4%** (2) que no sabían. (Ver Anexos, Cuadro N°9, Gráfico N° 7)
  
- Con respecto a que si el uso de **anticonceptivos únicamente antes de la relación coital protege del embarazo**, los y las adolescentes respondieron: **56.5%** (83) que no protegen, **37.4%** (55) que si protegen y **6.1%** (9) que no saben. Según **edad** encontramos que el **53.9%** (14) de los y las adolescentes entre 10 y 13 años consideran que no protegen, el **42.3%** (11) que si protegen y el **3.8%** (1) que no saben. En el grupo de 14 a 16 años encontramos que el **47.9%** (34) consideran que si

protegen, el **45.1%** (32) que no protegen y el **7%** (5) que no saben. Para los de 17 a 19 años el **74%** (37) dicen que no protegen, **20%** (10) dicen que si protegen y el **6%** (3) que no saben. (Ver en Anexos, Cuadro N° 10, Gráfico N° 8)

- Con respecto a que si los **hombres pueden utilizar o no pastillas anticonceptivas para prevenir un embarazo**, el **77.5%** (114) de los y las adolescentes expresaron que no pueden, el **15%** (22) respondieron que no saben y el **7.5%** (11) expresaron que si pueden. Por **sexo**, los hombres respondieron: **81.3%** (52) que no pueden, **3.1%** (2) que si y **15.6%** (10) que no sabían. Las mujeres, el **74.7%** (62) dijeron que no pueden, el **10.8%** (9) que sí y el **14.5%** (12) no sabían. (Ver en Anexos, Cuadro N° 11)
- Referente a que si **el uso del condón previene el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA** se obtuvieron los siguientes resultados: **91.8%** (135) dijeron que si se previene, **6.1%** (9) dijeron que no previene y solamente **2.1%** (3) expresaron no saber. Con respecto a la **edad**, en el grupo de 10 a 13 años expresaron en un **88.5%** (23) que si previene y **11.5%** (3) que no. En el grupo de 14 a 16 años, **91.6%** (65) opinaron que si previene, el **5.6%** (4) que no y **2.8%** (2) que no sabían. Los de 17 a 19 años expresaron en el **94%** (47) que si previene, el **4%** (2) que no y **2%** (1) que no sabían. (Ver en Anexos, Cuadro N° 12)
- Con respecto a la **mayor posibilidad de contraer SIDA por asociación con otras Infecciones de Transmisión Sexual**, los y las adolescentes expresaron en un **76.9%** (113) que si es mayor la posibilidad, el **10.2%** (15) respondieron que no y el **12.9%** (19) dijeron no saber. (Ver en Anexos, Cuadro N° 13, Gráfico N° 9)
- Con respecto a la **existencia en el país de Leyes contra la violencia Intrafamiliar** **94.6%** (139) de los y las adolescentes respondieron que sí existen, **3.4%** (5) que no saben y **2%** (3) refirieron que no existen. (Ver en Anexos, Cuadro N° 14, Gráfico N° 10)
- El **58.5%** (86) de los y las adolescentes respondieron que **los hombres no pueden controlar su conducta sexual**, **29.3%** (43) que sí y el **12.2%** (18) expresaron no saber. Según **sexo** el **61%** (39) de los varones respondieron que no pueden controlarse, el **28.1%** (18) expresaron que sí pueden y **10.9%** (7) dijeron no saber. Al

respecto las mujeres mencionaron **56.6%** (47) que los hombres no pueden controlar su conducta sexual, **30.1%** (25) que sí pueden y **13.3%** (11) que no saben.

(Ver en Anexos, Cuadro N° 15)

- Con respecto a que si la **Violencia Intrafamiliar es o no un asunto privado**, **84.4%** (124) respondieron que no es privado, **13.6%** (20) que si y el **2.0%** (3) que no saben. Según **sexo** los hombres respondieron **84.4%** (54) que no es privado, **10.9%** (7) que es privado y **4.7%** (3) que no saben. Las mujeres respondieron **84.3%** (70) que no es asunto privado y **15.7%** (13) que sí lo es. (Ver en Anexos, Cuadro N° 16)
  
- Los siguientes resultados se refieren a **actitudes** de los y las adolescentes encuestados (as) hacia situaciones de salud sexual y reproductiva. En cuanto a que si **los métodos anticonceptivos son malos para la salud** los y las adolescentes respondieron: **53.7%** (79) estar completamente en desacuerdo, **19.7%** (29) ligeramente en desacuerdo, **8.9%** (13) ligeramente de acuerdo y **17.7%** (26) completamente de acuerdo. Se pudo observar según la **edad**, que en todos los grupos los y las adolescentes se expresaron más en total desacuerdo con la afirmación, según lo siguiente: **61.5%** (16) en el grupo de 10 a 13 años, **47.9%** (34) en los de 14 a 16 años y **58%** (29) en los de 17 a 19 años. Con otras opciones como ligeramente en desacuerdo, se expresaron **19.2%** (5) de los de 10 a 13 años, **21.1%** (15) de los de 14 a 16 y **18%** (9) de los de 17 a 19 años. En ligero acuerdo se manifestaron el **11.5%** (3) de los de 10 a 13 años, **8.5%** (6) de los de 14 a 16 años y **8%** (4) de los de 17 a 19 años. En completo acuerdo se manifestaron **7.8%** (2) de los de 10 a 13 años, **22.5%** (16) de los de 14 a 16 años y **16%** (8) de los de 17 a 19 años.  
(Ver en Anexos, Cuadro N° 17)
  
- Con respecto a que si **la pareja que decide tener relaciones formales debe tener hijos inmediatamente** para lograr mayor unión, se encontró que el **68%** (100) de los y las adolescentes están en completo desacuerdo, **14.3%** (21) ligeramente en desacuerdo, **6.8%** (10) ligeramente de acuerdo y **10.9%** (16) en completo acuerdo. Ambos **sexos** se expresaron más en completo desacuerdo con **67.2%** (43) los hombres y **68.7%** (57) las mujeres. Con otras opciones como ligeramente en desacuerdo, se expresaron **9.4%** (6) de los varones, **18.1%** (15) de las mujeres. En ligero acuerdo se manifestaron el **7.8%** (5) de los varones y **6%** (5) de las mujeres. En

completo acuerdo se manifestaron **15.6%** (10) de los varones, **7.2%** (6) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 18)

- Los y las adolescentes se expresaron de la siguiente manera respecto a que si **los hombres deben participar en la anticoncepción**, **70.8%** (104) dijeron estar completamente de acuerdo, **14.3%** (21) ligeramente de acuerdo, **8.8%** (13) ligeramente en desacuerdo y **6.1%** (9) completamente en desacuerdo. Ambos **sexos**, se expresaron más en completo acuerdo con **70.3%** (45) los hombres y **71.1%** (59) las mujeres. La opción ligeramente de acuerdo obtuvo **15.6%** (10) de los varones, **13.3%** (11) de las mujeres. En ligero desacuerdo se manifestaron el **6.3%** (4) de los varones y **10.8%** (9) de las mujeres. En completo desacuerdo se manifestaron **7.8%** (5) de los varones y **4.8%** (4) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 19)
- Como respuesta a la expresión **buscar métodos anticonceptivos da vergüenza**, los y las adolescentes se expresaron: **28.6%** (42) completamente en desacuerdo, **25.2%** (37), ligeramente en desacuerdo, **23.1%** (34) ligeramente de acuerdo **23.1%** (34) completamente de acuerdo. Según **sexo** encontramos los varones **45.3%** (29) en completo desacuerdo, **17.1%** (11) ligeramente en desacuerdo, **18.8%** (12) ligeramente de acuerdo y **18.8%** (12) completamente de acuerdo. En cambio las mujeres se expresaron **15.7%** (13) en completo desacuerdo, **31.3%** (26) ligeramente en desacuerdo, **26.5%** (22) ligeramente de acuerdo y **26.5%** (22) completamente de acuerdo. (Ver en Anexos, Cuadro N° 20, Gráfico N° 11)
- Las opiniones respecto a que si **las relaciones sexuales son la única forma de demostrar amor** fueron, **78.9%** (116) dijeron estar completamente en desacuerdo, el **8.2%** (12) ligeramente en desacuerdo, **6.1%** (9) ligeramente de acuerdo y **6.8%** (10) completamente de acuerdo. Ambos **sexos** se expresaron más en completo desacuerdo, con **76.6%** (49) los hombres y **80.7%** (67) las mujeres. La opción ligeramente en desacuerdo obtuvo **4.7%** (3) de los varones y **10.9%** (9) las mujeres. En ligero acuerdo se manifestaron el **4.7%** (3) de los varones y **7.2%** (6) las mujeres. En completo acuerdo se manifestaron **14.0%** (9) de los varones y **1.2%** (1) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 21, Gráfico N° 12)

- Respecto a que si **no tener relaciones sexuales causa burla** de sus amigos o amigas, el **64.6%** (95) de los y las adolescentes expresaron estar completamente en desacuerdo, **17.1%** (25) ligeramente en desacuerdo, **6.1%** (9) ligeramente de acuerdo y **12.2%** (18) completamente de acuerdo. Ambos **sexos** opinaron estar más en completo desacuerdo con **67.2%** (43) los hombres y **62.7%** (52) las mujeres. La opción ligeramente en desacuerdo obtuvo **9.4%** (6) de los varones y **22.9%** (19) las mujeres. En ligero acuerdo se manifestaron el **9.4%** (6) de los varones y **3.6%** (3) las mujeres. En completo acuerdo se manifestaron **14.1%** (9) de los varones y **10.8%** (9) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 22, Gráfico N° 13)
  
- La **posible interrupción de planes futuros como consecuencia de un embarazo precoz**, la consideran los y las adolescentes de la siguiente manera: el : **66%** (97) en completo acuerdo, el **11.6%** (17) en ligero acuerdo; el **4.8%** (7) ligeramente en desacuerdo y **17.6%** (26) completamente en desacuerdo. Tanto **hombres como mujeres** opinaron estar más en completo acuerdo con **65.6%** (42) los hombres y **66.3%** (55) las mujeres. La opción ligeramente de acuerdo obtuvo **7.8%** (5) de los varones, **14.5%** (12) de las mujeres. En ligero desacuerdo se manifestaron el **6.3%** (4) de los varones y **3.6%** (3) de las mujeres. En completo desacuerdo se manifestaron **20.3%** (13) de los varones y **15.6%** (13) de las mujeres.  
(Ver en Anexos, Cuadro N° 23, Gráfico N° 14)
  
- A la expresión de que las **tareas del hogar son sobre todo responsabilidad femenina**, **62.6%** (92) de los y las adolescentes respondieron estar en completo desacuerdo, **17%** (25) ligeramente en desacuerdo, **8.8%** (13) ligeramente de acuerdo y **11.6%** (17) completamente de acuerdo. Ambos **sexos** expresaron estar más en completo desacuerdo con **68.8%** (44) los hombres y **57.8%** (48) las mujeres. La opción ligeramente en desacuerdo obtuvo **12.5%** (8) de los varones y **20.5%** (17) las mujeres. En ligero acuerdo se manifestaron el **7.8%** (5) de los varones y **9.6%** (8) de las mujeres. En completo acuerdo se manifestaron **10.9%** (7) de los varones y **12.1%** (10) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 24)
  
- Con respecto a que si las **mujeres provocan la agresión de sus parejas debido a su comportamiento**, los y las adolescentes opinaron: **32.7%** (48) estar en completo desacuerdo, **26.5%** (39) ligeramente en desacuerdo, **13.6%** (20) ligeramente de

acuerdo y **27.2%** (40) completamente de acuerdo. Por **sexo** encontramos los siguientes resultados: los varones, **32.8%** (21) completamente de acuerdo, **12.5%** (8) ligeramente de acuerdo, **23.4%** (15) ligeramente en desacuerdo y **31.3%** (20) completamente en desacuerdo. Las mujeres, **33.7%** (28) en completo desacuerdo, **28.9%** (24) en ligero desacuerdo, **14.5%** (12) ligeramente de acuerdo y **22.9%** (19) completamente de acuerdo. (Ver en Anexos, Cuadro N° 25, Gráfico N° 15)

- Con respecto a que si los ***hombres tienen derecho a exigir las relaciones coitales*** los y las adolescentes respondieron: **75.5%** (111) totalmente en desacuerdo, **8.8%** (13) ligeramente en desacuerdo, **7.5%** (11) ligeramente de acuerdo y **8.2%** (12) en completo acuerdo. Ambos **sexos** se expresaron más en completo desacuerdo con **71.9%** (46) los hombres y **78.3%** (65) las mujeres. La opción ligeramente en desacuerdo obtuvo **10.9%** (7) de los varones y **7.2%** (6) las mujeres. En ligero acuerdo se manifestaron el **6.3%** (4) de los varones y **8.5%** (7) de las mujeres. En completo acuerdo se manifestaron **10.9%** (7) de los varones y **6.0%** (5) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 26, Gráfico N° 16)
- A la expresión ***“me gusta ser como soy”*** los y las adolescentes respondieron: estar en completo acuerdo, el **82.3%** (121), ligeramente de acuerdo, el **8.9%** (13), ligeramente en desacuerdo **2.7%** (4) y completamente en desacuerdo **6.1%** (9). Según **sexo** tanto varones como mujeres se expresaron más en completo acuerdo con **79.7%** (51) los varones y **84.4%** (70) las mujeres. Los resultados para las otras opciones fueron: ligeramente de acuerdo **12.5%** (8) de los hombres y **6%** (5) de las mujeres, ligeramente en desacuerdo **1.5%** (1) de los hombres y **3.6%** (3) de las mujeres. Completamente en desacuerdo **6.3%** (4) de los hombres y **6%** (5) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 27)
- Las opiniones respecto a que si ***el verdadero hombre debe tener muchos hijos*** fueron: **72.1%** (106) en completo desacuerdo, **14.3%** (21) en ligero desacuerdo; **8.8%** (13) ligeramente de acuerdo y **4.8%** (7) completamente de acuerdo. Ambos **sexos** se expresaron más en completo desacuerdo con **71.9%** (46) los hombres y **72.3%** (60) las mujeres. La opción ligeramente en desacuerdo obtuvo **12.5%** (8) de los varones y **15.7%** (13) de las mujeres. En ligero acuerdo se manifestaron el **12.5%** (8) de los

- varones y **6.0%** (5) de las mujeres. En completo acuerdo se manifestaron **3.1%** (2) de los varones y **6.0%** (5) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 28)
- Con respecto a que si la **crianza de los hijos e hijas es principalmente responsabilidad de la mujer**, los y las adolescentes manifestaron: estar en completo desacuerdo, el **70.7%** (104), ligeramente en desacuerdo, el **11.6%** (17), ligeramente de acuerdo **8.2%** (12) y completamente de acuerdo **9.5%** (14). Ambos **sexos** se expresaron más en completo desacuerdo con **70.3%** (45) los hombres y **71.1%** (59) las mujeres. La opción ligeramente en desacuerdo obtuvo **14.1%** (9) de los varones y **9.7%** (8) de las mujeres. En ligero acuerdo se manifestaron el **3.1%** (2) de los varones y **12.0%** (10) de las mujeres. En completo acuerdo se manifestaron **12.5%** (8) de los varones y **7.2%** (6) de las mujeres. (Ver en Anexos, Cuadro N° 29)
  - Los siguientes resultados describen **prácticas** de los y las adolescentes encuestados (as) en salud sexual y reproductiva. Del total de adolescentes que participaron en el estudio, el **73.5%** (108) expresaron no haber **iniciado relaciones sexuales coitales**, quedando un **26.5%** (39) que si ya lo habían hecho. Según **procedencia** el **70.3 %** (52) de los y las adolescentes urbanos (as) no habían iniciado relaciones sexuales y **29.7%** (22) si las habían iniciado. De los rurales el **76.7%** (56) no habían iniciado su vida sexual activa y el **23.3%** (17) si lo habían hecho. (Ver en Anexos, Cuadro N° 30)
  - Por **sexo**, encontramos los siguientes datos, de los 64 adolescentes varones el **53.2%** (34) no habían **iniciado relaciones sexuales coitales** y el **46.8%** (30) si las habían iniciado. Para las mujeres, los resultados fueron los siguientes, de las 83 mujeres adolescentes el **89.2%** (74) que no habían iniciado relaciones sexuales coitales y un **10.8%** (9) que si habían tenido relaciones.  
(Ver en Anexos, Cuadro N° 31)
  - De 39 adolescentes que habían tenido relaciones sexuales coitales, **76.9%** (30) correspondían a **hombres** y **23.1%** (9) eran **mujeres**. Con respecto a la **edad de inicio de las relaciones** encontramos que en ambos **sexos** inician con mayor frecuencia entre los 17 y 19 años con **77.8%** (7) las mujeres y **56.7%** (17) los hombres. Este grupo es seguido por el de 14 a 16 años con **22.2%** (2) las mujeres y



- 33.3%** (10) los varones. En el grupo de 10 a 13 años, solo los hombres expresaron haber tenido relaciones con un **10%** (3). (Ver en Anexos, Cuadro N° 32)
- De los y las adolescentes que ya habían iniciado relaciones coitales el **53.9%** (21) no **utilizaron métodos anticonceptivos para evitar un embarazo durante su primera relación** y **46.1%** (18) si los utilizaron. El **método más utilizado** fue el condón con **83.2%** (15), inyectables, pastillas y ritmo obtuvieron igual porcentaje con **5.6%** (1). Para ambos **sexos** el método más utilizado fue el condón con **91.7%** (11) de los varones y el **66.6%** (4) de las mujeres. El segundo método mencionado por los varones fueron las pastillas con **8.3%** (1) y para las mujeres fueron el inyectable y el ritmo que obtuvieron **16.7%** (1) cada uno respectivamente. (Ver en Anexos, Cuadro N° 33)
- Entre los **motivos** mencionados por los y las adolescentes **que no usaron métodos durante su primera relación coital**, encontramos: **38.1%** (8) no esperaban tener relaciones, **28.5%** (6) no sabía que tenía que usarlos, **9.5%** (2) no confiaba en los métodos y **9.5%** (2) no quiso usarlo. La opciones no consiguió, quería tener un hijo y su pareja se opuso, obtuvieron igual puntaje con **4.8%** (1) cada uno respectivamente. Según **sexo** las principales causas para no uso fueron: en los varones, no esperaba tener relaciones **38.9%** (7), no sabía que tenía que usar **33.3%** (6), no confiaba en los métodos **11.1%** (2), no quiso usarlo **11.1%** (2) y no consiguió **5.6%** (1). En cambio para las mujeres fueron: no esperaba tener relaciones **33.3%** (1), quería tener un hijo **33.3%** (1) y su pareja se opuso **33.3%** (1). (Ver en Anexos, Cuadro N° 34)
- De los y las adolescentes que **ya habían tenido relaciones sexuales coitales** el **64.1%** (25) habían **recibido información al respecto** y el **35.9%** (14) no la habían recibido. En ambos **sexos** expresaron mayormente haber recibido información con **60.0%** (18) de los hombres y **77.8%** (7) las mujeres, quedando un **40.0%** (12) de los hombres y un **22.2%** (2) de las mujeres que no habían recibido información antes de su primera relación. (Ver en Anexos, Cuadro N° 35, Gráfico N° 17)
- El **76.9%** (30) de los y las adolescentes que **ya iniciaron sus relaciones coitales** expresaron que se **protegen siempre que tienen relaciones**, de Infecciones de transmisión sexual, SIDA y embarazo, quedando un **23.1%** (9) que dijeron que no. En

ambos **sexos** la expresión de protegerse siempre fue más frecuente con un **76.7%** (23) los hombres y **77.8%** (7) las mujeres, quedando un **23.3%** (7) de los hombres y un **22.2%** (2) de las mujeres que no se protegen.

(Ver en Anexos, Cuadro N° 36, Gráfico N° 18)

## **IX. ANALISIS DE RESULTADOS:**

### LA COMPOSICION SOCIO – DEMOGRAFICA

Los adolescentes constituyen cerca de una quinta parte de la población mundial y la mayor parte de ellos se encuentran en los países en desarrollo, en donde, debido al incremento de la urbanización, de la pobreza e inequidad, se ha aumentado considerablemente su vulnerabilidad. La cultura urbana de la desigualdad se asocia al crecimiento de la violencia social e intrafamiliar, al tráfico de drogas, al trabajo infantil, a la desocupación de los jóvenes, estereotipos de género y la ruptura de lazos sociales solidarios.

El desarrollo económico depende de que sea cada vez mayor el porcentaje de población que esté bien educada, disfrute de buena salud y sea económicamente productiva. Ocuparse de la salud de los y las adolescentes, entonces, no necesita justificación, pues cuando estos se esfuerzan por hacer realidad su potencial físico, intelectual, emocional, espiritual, social y artístico contribuyen al progreso social.

En Nicaragua, la población adolescente representa el 24.3% de la población general, sin embargo no fue hasta 1996, que un programa estructurado de atención integral a la adolescencia fue institucionalizado en el MINSA. Sumado a esto, el sistema de registro no ha permitido obtener datos diferenciados en cuanto a los problemas de salud de este grupo etéreo que permita identificar sus factores de riesgo; además aunque existe un diagnóstico de situación de la adolescencia en Nicaragua elaborado por el MINSA en el año 2000, existen pocas investigaciones que describan la situación de los adolescentes en cada uno de los departamentos del país.

El objetivo del estudio fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del SILAIS Carazo. En muchos aspectos los resultados coinciden: los adolescentes están bien informados sobre aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva y podrían iniciar la adopción de actitudes y comportamientos para prevenir riesgos, como observaremos a continuación.

Los adolescentes del estudio provenían de la zona urbana y rural de los ocho municipios del SILAIS Carazo, incluían hombres y mujeres, en edades comprendidas entre los 10 a los 19 años. La información demográfica obtenida revela condiciones de vida estables, tres cuartas partes todavía vivían en un núcleo familiar intacto y habían alcanzado un nivel secundario. Más de la mitad se habían planteado continuar estudiando en la universidad u otro centro de especialización, demostrando así la identificación de un proyecto de vida.

Casi la mitad de los y las adolescentes estaban trabajando como un medio para tener su propio dinero y ayudar al ingreso en el hogar, esto se presentó con mayor frecuencia en el área rural. Es importante mencionar que la mayoría participaba en acciones dentro de la comunidad haciendo visible un suelo sorprendentemente fértil para una intervención de salud pública.

#### CONOCIMIENTOS:

A pesar que el porcentaje de los nacimientos de madres jóvenes y especialmente solteras está aumentando, la mayoría de los programas escolares y de salud carecen de servicios específicos para este grupo de edad y en los casos en los que ya se tienen, no siempre están diseñados tomando en cuenta las necesidades y características específicas de los y las adolescentes y menos aún si estos son solteros (as).

Los patrones de conducta del hombre y la mujer con respecto a su sexualidad están cambiando, existe una gran fuente de estimulación sexual en el medio, a través de la publicidad, la televisión y el material literario. La sociedad es mucho más permisiva en las relaciones sociales, especialmente en cuanto a la aprobación de la proximidad del cuerpo y las expresiones verbales de connotación sexual. El hecho de que la estimulación o deseo está presente no significa que el individuo esté preparado física o emocionalmente, para entrar temprano en una relación que requiere madurez mental y desarrollo físico.

El inicio de la reproductividad adolescente obedece a una multiplicidad de factores, entre los cuales se incluye la educación e información respecto a la sexualidad, la cual también implica el crecimiento físico y la responsabilidad social.

La investigación demostró que, independientemente de la edad, la mayoría de los encuestados cuentan con información correcta relacionada al riesgo del embarazo, pues más de tres cuartas partes respondieron conocer de la posibilidad de embarazarse durante la primera relación sexual, sin embargo, un poco menos de la mitad creen que si una mujer toma anticonceptivos orales únicamente antes de tener relaciones, evitará un embarazo. En este último caso la afirmación se presenta con mayor frecuencia en los grupos de 10 a 13 y de 14 a 16 años, siendo el grupo de 17 a 19 años el que en su mayoría respondió correctamente. Otro dato interesante, en el que más de tres cuartas partes opinaron correctamente, se refiere a que los hombres no pueden utilizar pastillas anticonceptivas para prevenir un embarazo.

Las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia, a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de salud física y mental, por ende pueden considerarse una “enfermedad centinela”, una infección de transmisión sexual puede encubrir problemas subyacentes como la promiscuidad asociada a una depresión clínica, un embarazo no deseado y situaciones sentimentales complejas (celos, rabia, desilusión, depresión suicida). Debe considerarse que los adolescentes jóvenes que presentan infecciones de transmisión sexual pueden haber sido víctimas de incesto o de abuso sexual.<sup>27</sup>

Un poco más del 30% de los casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) notificados al MINSA son en adolescentes. Las ITS notificadas con más frecuencia son la gonorrea, seguida del condiloma acuminado y la sífilis. La distribución por sexo según notificaciones presenta una relación de 6 casos en varones por cada 4 en mujeres. En cuanto a SIDA, 22 de cada 100 adolescentes mujeres y 12 de cada 100 varones no saben como evitar contagiarse.<sup>28</sup>

La investigación demostró que en los y las adolescentes encuestados, sin importar la edad, el conocimiento acerca de la prevención del SIDA e ITS es alto, casi la totalidad de los mismos expresaron la importancia del uso del condón para prevenir el contagio, además de conocer la mayor posibilidad de contraer SIDA por asociación con otras Infecciones de Transmisión Sexual. Sin embargo, es importante no sentirse satisfecho

---

<sup>27</sup> OPS Manual de Medicina de la Adolescencia. Pág. 279

<sup>28</sup> Ibid Pág. 5363

con el conocimiento, sino preparar estrategias para garantizar conductas preventivas en los mismos.

En un estudio realizado por GTZ, en barrios de Managua, en 1998, se encontraron algunos datos coincidentes, en donde ha sido impresionante el conocimiento respecto a la transmisión y desarrollo del SIDA, la ausencia de una cura y el papel del condón en su prevención. Obviamente, los conocimientos de la generación joven sobre el SIDA, mejoraron dramáticamente en el lapso de pocos años. Según el estudio, la existencia de esta tendencia se sustenta por otros estudios recientes en Nicaragua. En un caso, se describe este fenómeno y adicionalmente su fortalecimiento por medio de un programa de educación en salud en Managua.

La misma investigación, reporta que alguna información general se ha adquirido predominantemente a través de canales más oficiales (escuelas, medios), aun que las instrucciones específicas y los detalles sobre el uso del condón se transmitían más frecuentemente por amigos y familiares. En algunos casos, hasta miembros femeninos de la familia, como la madre, hermana o la tía, les explicaron el manejo del condón. Los servicios de salud y los colegios también estaban considerablemente envueltos en la distribución de éstas instrucciones.

El estudio mostraba la evidencia de una amplia voluntad de todas las instituciones, que potencialmente pueden ser de ayuda, de participar en la prevención del SIDA y promoción del condón. La percepción del riesgo impresionó por su idoneidad. A pesar de la baja prevalencia de infección por el VIH en Nicaragua y experiencias personales limitadas, la mayoría de los entrevistados en ambas partes del estudio enfatizaron la dimensión amenazante de la enfermedad. Números similares de encuestados declararon estar a un nivel de riesgo mayor o menor que otros, una apreciación que muy probablemente refleje la verdadera distribución del riesgo. En general los y las adolescentes trataron de estar en alerta y entendieron la necesidad de adaptar el comportamiento.

Las notables diferencias entre los sexos que van de la mano con la adolescencia tienen consecuencias profundas para la salud y el desarrollo. El género define las experiencias, cometidos y responsabilidades de mujeres y varones como individuos, y determina la manera en que se relacionan.

La cuota que aportan los y las adolescentes y jóvenes a la población general así como el aumento de riesgos y vulnerabilidad social que presenta la cultura de comienzo de siglo para ellos y ellas, genera para los servicios de salud la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad que contemple las necesidades de este grupo de edad desde la perspectiva de género, ya que muchos de los riesgos para la salud de los y las adolescentes pueden asociarse a estereotipos de género.

Con respecto al conocimiento del enfoque de género y la atención a la violencia intrafamiliar, los y las adolescentes del estudio en el SILAIS Carazo, casi en su totalidad expresaron conocer la existencia de Leyes contra la violencia Intrafamiliar en el país además de considerar la violencia como asunto público y no privado. Sin embargo, se evidenció una necesidad de fortalecer la interiorización de los aspectos de género ya que un poco más de la mitad respondieron que los hombres no pueden controlar su conducta sexual, siendo esto sostenido en la mayoría de los adolescentes varones.

#### ACTITUDES:

En el mundo actual los medios de comunicación compiten en la capacidad de socialización con la escuela y la familia. Como a su vez durante la adolescencia se incrementan las necesidades de experimentación del entorno, aparecen conductas de riesgos que pueden comprometer aún más su salud y desarrollo. Tal es el caso de las relaciones sexuales sin protección, lo que sumado a las situaciones de abuso físico y sexual resultan con frecuencia no sólo embarazos no deseados sino también en infecciones de transmisión sexual y VIH.

Según el diagnóstico de situación de la Adolescencia, encuestas realizadas en Nicaragua, han demostrado que casi un tercio de las adolescentes entre 15 y 19 años han estado embarazadas. Tres de cada 10 no deseaban el embarazo en ese momento. Los partos que ocurren en edades tempranas casi siempre terminan con la educación de estas adolescentes madres, limitando su vida futura y prospectos de trabajos, por tanto su propio bienestar y el de sus hijos (as). La tasa de fecundidad adolescente representa 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, la más alta de América Latina.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> MINSA. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Diagnóstico De Situación de Adolescencia en Nicaragua Año 2000 Pág. 59-65.

Así mismo refiere que dos terceras partes de las mujeres en Nicaragua, tienen relaciones sexuales antes de los 20 años, cifra que asciende a más del 90% en el caso de los varones. Apenas un 42% de los adolescentes varones refiere haber usado alguna vez los métodos anticonceptivos, cifra que desciende a un 11.3% cuando se trata de mujeres adolescentes. El grupo de adolescentes mujeres, es el que presenta mayores necesidades insatisfechas en planificación familiar pues, una de cada cinco adolescentes, que necesita métodos anticonceptivos no ha tenido acceso a ellos.<sup>30</sup>

El estudio demostró que, en general, las actitudes hacia la planificación familiar no varían significativamente por sexo. Un poco más de la mitad de los y las adolescentes expresaron desacuerdo en considerar a los métodos anticonceptivos como malos para la salud, siendo más notable el desacuerdo en los grupos de 14 a 16 y de 17 a 19 años. Así mismo se expresaron respecto a que si la pareja que decide tener relaciones formales debe tener hijos inmediatamente, en donde más de la mitad de los y las adolescentes se mostraron en completo desacuerdo. Respecto a que si los hombres deben participar en la anticoncepción, la mayoría dijeron estar completamente de acuerdo.

Los datos cambiaron ante la pregunta de que si buscar métodos anticonceptivos da vergüenza, en donde la frecuencia se distribuyó homogéneamente entre los que están en acuerdo y desacuerdo, sin embargo considerando que la mayoría de los y las adolescentes expresaron no haber iniciado sus relaciones sexuales, se ubicaron hipotéticamente ante la necesidad de tener que solicitarlos y posiblemente conjeturaron.

Según la encuesta sobre jóvenes adultos, ENDESA 98, se ha encontrado que las actitudes hacia la planificación familiar no varían significativamente por el estado marital. Sin embargo las mujeres tienen una actitud más positiva hacia la planificación familiar, esto también es más positivo en los adolescentes que viven en las áreas urbanas que en las rurales.

Según esta misma encuesta no se observó una actitud positiva hacia el embarazo prematrimonial y en las mujeres es más acentuado. No hay diferencias significativas por edad o área de residencia. Los encuestados con mayor educación demostraron una mayor actitud negativa que los que no tiene estudios o que se encuentran en primaria. El

---

<sup>30</sup> Ibid Pág. 59-65



riesgo percibido de sexo no planeado o sin protección es significativamente alto en hombres comparados a mujeres. Las mujeres que viven en el área urbana identifican mayor riesgo que las que viven en el área rural.

Perciben una alta normativa social con respecto al sexo premarital y ellos encaran mucha presión en su entorno casi 3 de 4 reportan que han sido alentados por sus amigos a tener relaciones sexuales. Los varones perciben un alto grado de aprobación de sus padres y hermanos, a tener sexo premarital. Adicionalmente, la percepción del riesgo de tener relaciones sexuales no planificadas es en general más alta entre hombres que en mujeres.

Con respecto al inicio de relaciones sexuales y el embarazo, el estudio reveló que no hay mayores diferencias por sexo, pues más de tres cuartas partes estuvieron en desacuerdo ante la afirmación de que si las relaciones sexuales son la única forma de demostrar amor y poco menos de tres cuartas partes expresaron, estar en completo desacuerdo ante el hecho de que si no tener relaciones sexuales causa burla de sus amigos o amigas. Casi la misma proporción se mostró en completo acuerdo ante la posible interrupción de planes futuros como consecuencia de un embarazo precoz.

Al menos en sus revelaciones expresas, las actitudes de los y las adolescentes difirieron bastantes de aquellas formadas por el machismo tradicional. La mayoría estaba a favor de la igualdad de derechos de hombre y mujer en una relación de pareja, como puede observarse a continuación:

Menos de tres cuartas partes no consideró que las tareas del hogar fueran sobre todo responsabilidad femenina, tres cuartas partes se mostraron en desacuerdo ante la proposición de que los hombres tienen derecho a exigir las relaciones coitales. Casi tres cuartas partes opinaron en contra de que el verdadero hombre deba tener muchos hijos. Lo mismo sucedió al preguntar que si la crianza de los hijos e hijas es principalmente responsabilidad de la mujer, en donde un poco menos de tres cuartas partes manifestaron: estar en completo desacuerdo.

Sin embargo al preguntar acerca de que si las mujeres provocan la agresión de sus parejas debido a su comportamiento, los y las adolescentes se distribuyeron de manera

diferente, opinando un poco más de la mitad en desacuerdo y un poco menos de la mitad en acuerdo. En este caso los hombres se dividieron homogéneamente entre el estar o no de acuerdo, las mujeres en cambio se mostraron más en desacuerdo.

La mayoría de los y las adolescentes presentaban un alta autoestima manifestada ante la expresión “me gusta ser como soy” en donde más de tres cuartos expresaron su completo acuerdo, y sin ninguna diferencia por sexo.

Según una investigación de PROSIM, aunque pocos estudios – particularmente en Latinoamérica – apuntan en la misma dirección, la congruencia de los resultados cuantitativos y cualitativos proporciona evidencia creíble de un cambio de rol genérico masculino auto percibido en la población meta. Estos hallazgos coinciden además con un estudio nicaragüense, realizado en áreas rurales del occidente del país y en el Distrito VI de Managua.

## PRACTICAS

Se ha observado que la incidencia de la actividad sexual premarital entre los y las adolescentes está aumentando, pero dicho aumento no se ha acompañado de un incremento proporcional de información sexual adecuada y uso de métodos anticonceptivos. Entre las razones por las cuales los jóvenes no utilizan métodos anticonceptivos figuran: lo no planeado e inesperado de la relación sexual, falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, negación de la posibilidad de que ocurra un embarazo, falta de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, o el temor a que “hacen daño”<sup>31</sup>

Se ha encontrado que la actividad sexual empieza a una edad temprana para muchos nicaragüenses. Cuatro de cada 10 muchachas adolescentes han tenido experiencias sexuales ya sea dentro o fuera del matrimonio. De esas cuatro mujeres, una no tiene compañero sexual estable. Esto significa que el 10% de las muchachas adolescentes están en alto riesgo de infectarse de SIDA.

---

<sup>31</sup> Psic. Leticia Velazco. CORA OMS. La salud Integral del Adolescente y su cuidado. Manual de Capacitación sobre Salud Integral del Adolescente. CORA. México. Pág. 24

En hombres adolescentes de 15 a 19 años, 6 de cada 10 ya ha tenido experiencia sexual y solamente uno tiene compañera estable. Esto implica que la mitad de hombres adolescentes están en alto riesgo de infección de SIDA, si no se toman medidas preventivas.

Según la encuesta sobre jóvenes adultos de Nicaragua 1998 (ENJOVEN 98) llevada a cabo en mujeres y hombres de 15 a 24 años en 6 departamentos de la Región Pacífico por la comisión interagencial de salud reproductiva y la universidad de John Hopkins, el 78% de jóvenes adultos hombres y el 49% de mujeres no se han casado nunca. Más de la mitad 57.6% viven con ambos padres. Casi la mitad de los jóvenes adultos solteros (55.8% hombres y 50% mujeres) nunca se comunican con sus padres acerca de preguntas que tengan que ver con la sexualidad.

Esta encuesta demuestra que, con relación a la experiencia sexual, el 63.1% de hombres que no han sido casados reportaron haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio. El 10.2% de las mujeres encuestadas no casadas, reportaron haber tenido relaciones sexuales. Sin embargo la proporción de mujeres casadas que informaron haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio es de 51.6%, para los hombres casados es de 84.6%.

Del total de adolescentes que participaron en el estudio, un poco más de la cuarta parte expresaron haber iniciado relaciones sexuales coitales. Esto no presentó diferencias según procedencia pues, en ambos casos, un poco más de un cuarto de los adolescentes urbanos y rurales eran los que si habían iniciado las relaciones sexuales.

De los y las adolescentes que habían tenido relaciones sexuales coitales, tres cuartas partes correspondían al sexo masculino y un poco menos de un cuarto eran mujeres. Con respecto a la edad de inicio de las relaciones, encontramos que en ambos sexos inician con mayor frecuencia entre los 17 y 19 años, más de tres cuartas partes para las mujeres y más de la mitad para los varones.

Esto concuerda con la encuesta sobre jóvenes adultos, ENDESA 98, en donde la edad al momento de la primera relación ha permanecido en 18.2 años en mujeres y 15.6 en hombres. La mayoría de mujeres (90.7%) reportaron que su primera experiencia sexual

había sido con su novio, en cambio de los hombres sólo el 42.8% reportó haberlo hecho con su novia. Posiblemente que las mujeres lo hicieron para expresar su amor, el 60.9% de los hombres lo hicieron por curiosidad. El 53% de los entrevistados tienen intenciones de tener sexo premarital.

De los y las adolescentes que ya habían iniciado relaciones coitales un poco más de la mitad no utilizaron métodos anticonceptivos para evitar un embarazo durante su primera relación. Con respecto a los que si utilizaron métodos anticonceptivos, se encontró que el método más utilizado, en ambos sexos, fue el condón, con más de tres cuartas partes, siendo mínimo el uso de inyectables, pastillas y ritmo.

Entre los motivos mencionados por los y las adolescentes que no usaron métodos durante su primera relación coital, encontramos que más de un la mitad respondieron que no esperaban tener relaciones o que no sabía que tenía que usarlos. En menor cantidad respondieron que no confiaba en los métodos ó que no quisieron usarlo. La opciones no consiguió, quería tener un hijo y su pareja se opuso obtuvieron igual puntaje muy bajo.

Así mismo, se encontró que menos de tres cuartas partes de los y las adolescentes, hombres y mujeres, que ya habían tenido relaciones sexuales coitales habían recibido información al respecto y que más de tres cuartas partes de estos mismos adolescentes se protegen de Infecciones de transmisión sexual, SIDA y embarazo siempre que tienen relaciones.

En otros estudios solamente el 15% de todos los encuestados que han tenido relaciones sexuales antes del matrimonio mencionaron haber utilizado anticonceptivos la primera vez que tuvieron relaciones y solamente el 23% reportaron estarlos utilizando en la actualidad.

También expresan que el 32% de los jóvenes solteros y el 27%, de los alguna vez casados, no se sienten seguros de usar el condón correctamente. Estos resultados muestran la necesidad de programas de salud que suministren información y servicios para ayudar a los y las adolescentes de Nicaragua a evitar embarazos no deseados y permitirles cumplir con sus metas personales. También es necesaria la comunicación acerca del uso del condón en este grupo poblacional.

Para finalizar puede mencionarse que los conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la Salud Sexual y Reproductiva fueron apropiados. En muchos aspectos, queda muy poco campo para mejorar el nivel de conocimientos ya bastante alto. Sin embargo, queda la interrogante más crítica: ¿Qué tanto se reflejan estos “patrones de CAP en el comportamiento real?

## **X. CONCLUSIONES:**

1. Los y las adolescentes del estudio contaban con una serie de factores protectores, que posiblemente han contribuido al planteamiento de metas para su futuro. La **información demográfica** demostró que el mayor porcentaje de adolescentes organizados en los grupos eran de la zona urbana, de sexo femenino y comprendidos en el grupo de 14 y 16 años. Sus condiciones de vida eran estables, núcleo familiar intacto, buen nivel de estudio alcanzado, así como la identificación de un proyecto de vida. Se integraban a trabajar como un medio para tener su propio dinero y ayudar al ingreso en el hogar, la mayoría participaba en acciones comunitarias, haciendo visible un suelo sorprendentemente fértil para una intervención de salud pública.
2. Los y las adolescentes tenían un **elevado nivel de conocimientos**, estaban bien informados en temas relacionados con su salud sexual y reproductiva, contaban con información correcta sobre el riesgo del embarazo, de las ITS y el SIDA, así como del uso del condón para prevenir el contagio. Casi en su totalidad expresaron conocer la existencia de Leyes contra la violencia Intrafamiliar en el país y considerar la violencia como asunto público y no privado.
3. Las **actitudes** hacia la prevención del embarazo y la planificación familiar no variaron significativamente por la edad o sexo, los y las adolescentes del estudio no estaban de acuerdo en que las relaciones sexuales eran la única forma de demostrar amor, o que no tenerlas fuera causa de burla, expresando que el embarazo precoz interrumpe planes futuros. Aparentemente, se evidencia un cambio de rol genérico masculino pues las actitudes de los adolescentes difirieron bastantes de aquellas formadas por el machismo tradicional, expresándose a favor de la igualdad de derechos de hombre y mujer en una relación de pareja.
4. En cuanto a **prácticas** se encontró que la incidencia de la actividad sexual premarital entre los y las adolescentes está aumentando, más de la cuarta parte de los mismos ya habían iniciado relaciones sexuales coitales. La edad de inicio de las relaciones, se presenta con mayor frecuencia entre los 17 y 19 años y aunque los conocimientos respecto a la salud reproductiva son altos, existen debilidades para ponerlos en práctica, pues aunque algunos contaban con información al momento de su primera

relación, no utilizaron métodos anticonceptivos para evitar un embarazo o una ITS/SIDA debido a lo inesperado de la relación o a que no sabía que tenía que usarlos. El método más utilizado para evitar embarazo e ITS, en ambos sexos, es el condón.

## **XI. RECOMENDACIONES:**

### A LAS AUTORIDADES DE SALUD:

Fortalecer e implementar políticas y programas para la salud integral de los adolescentes, sobre la base de las ventajas para la salud pública y los beneficios económicos que produce la inversión en la salud y el desarrollo de los mismos.

Promover e impulsar leyes y políticas concretas, en relación a la salud reproductiva que contribuyan a mejorar el acceso de los jóvenes a la información y a los servicios de salud reproductiva y respalden soluciones realistas a los problemas de la adolescencia.

Impulsar la utilización de los medios de comunicación como potencial para entrar en contacto con un número elevado de jóvenes a fin de aumentar conocimientos, influir en actitudes y alentar cambios responsables de comportamiento.

### AL SILAIS CARAZO:

Describir las necesidades en salud de los y las adolescentes, suscitando el compromiso de atenderlas a través de planes comunes de acción que incluyan la participación positiva de los jóvenes y de otros sectores.

Promover una relación positiva y estrecha con la familia, con otros adultos (profesores, dirigentes religiosos y políticos) y compañeros de tal manera que se motive a los jóvenes a tomar decisiones sanas.

Sensibilizar a la población e impulsar el apoyo comunitario para movilizar recursos locales en pro de la salud de los adolescentes.

Suministrar información adecuada por los medios que se disponga, con el objetivo de aumentar el conocimiento y la comprensión de los y las adolescentes, motivarlos para que adopten un comportamiento sano y para prevenir riesgos.



A LOS Y LAS ADOLESCENTES:

Mantener y promover una participación sincera, identificando factores de apoyo, neutrales o negativos para fortalecer su propio desarrollo y el de otros adolescentes en sus comunidades.

Participar activamente en las acciones de promoción de la salud, lo que les proporcionará oportunidades para prevenir el inicio de comportamientos perjudiciales y sus repercusiones potenciales.

Desarrollar habilidades y competencias específicas para el cuidado personal, enfrentar situaciones concretas de riesgo y desarrollar la habilidad para decir “no” ante la presión de los compañeros.

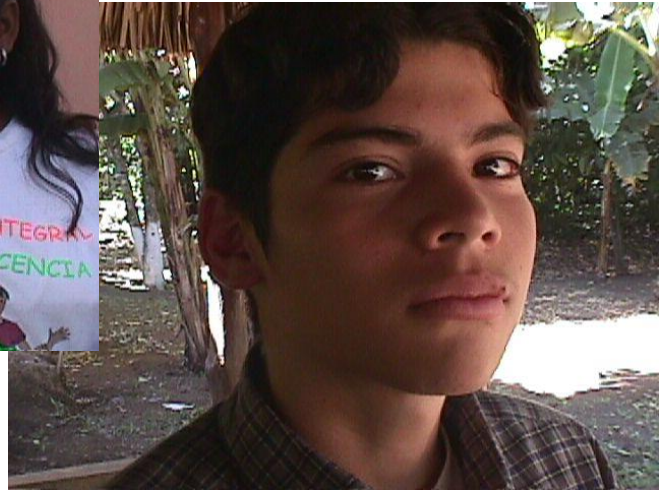
Estar receptivos a nuevas ideas que les ayuden en su creciente capacidad de tomar decisiones y fomenten al máximo su responsabilidad.

## **XII. BIBLIOGRAFÍA**

1. Burgos, Rafael. Metodología de la investigación y escritura científica en clínica. España. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1996. 504p.
2. Burt R., Martha. ¿ Por qué debemos invertir en el adolescente?. Washington, D.C. Fundación Kellogg y OPS. 1998. 60P.
3. Canessa, Patricia y Nikiel, Connie. Manual para la educación en salud integral del adolescente. Chicago, Illinois. División de Promoción y Protección de la Salud. 1997. 144P.
4. Comisión Interagencial de Salud Reproductiva. Encuestas de jóvenes 1998. s.n.t.
5. Conferencia Internacional sobre población y desarrollo del Cairo y Beijing. 1995. s. n. t.
6. Coordinadora Nicaragüense de Organizaciones no Gubernamentales. Código de la Niñez y la Adolescencia. Managua, Nicaragua. ONG. 1999,
7. Donas, Solum. et. al. Antología: curso básico de atención integral a la adolescencia. s. l. Proyecto SAREM. 2000.
8. Dulanto, Enrique. El adolescente. México, D.F. McGraw-Hill. INTERAMERICANA. 2000. PP: 681-695.
9. Fallas, Hannia y Valverde, Oscar. Antología de lecturas: Sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Proyecto SAREM. MINSA. SILAIS CARAZO. 2000.
10. Fundación Mexicana para la Planificación Familiar. Hablemos de sexualidad con la gente joven: modelo educativo para profesores y profesionales que trabajan con jóvenes. México. MEXFAM. s. f.
11. Molina, Mauricio. et. al. Conductas de riesgos en adolescentes. San José, Costa Rica. Perro Azul. 1999. 128p.

12. Monroy, Anameli y Morales García, M. Salud, sexualidad y adolescencia : guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud de los adolescente. 2ª. ed. México. PAX-1990. 301P.
13. Nicaragua. Ministerio de Salud. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Diagnóstico de situación de la adolescencia en Nicaragua. Managua, MINSA. 2000. 70P.
14. Organización Mundial de la Salud. Capacitación para orientar a adolescentes en sexualidad y salud reproductiva: guía para facilitadores. Ginebra. Suiza. OMS. 1994. 165p.
15. Organización Mundial de la Salud Programación para la Salud y Desarrollo de los Adolescentes. Informe de un grupo de estudio OMS, FNUAP, UNICEF sobre Programación para la salud de los Adolescentes. Saillon Suiza. 1995. 296p.
16. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. Washington, D.C. División de Promoción y Protección de la Salud. 1998.. 40p.
17. Pineda, Elías Beatriz; Alvarado, Eva Luz y Canales, Francisca H. de. Metodología de la investigación : manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª. ed. Washington, D.C. OPS/OMS. 1994. ( Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 35 )
18. Piura López, Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. 3ª. ed. Managua, Nicaragua. CIES . 1998. 134p. ( Publicación Científica de la Escuela de Salud Pública; 1.)
19. ----- Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes con énfasis en la salud reproductiva. Washington, D.C. OPS/FNUAP. s. f. ( Serie No. 2 )
20. ----- Registro de vigilancia epidemiológica años 2003. op. cit.
21. Rodríguez, G y Aguilar, José. Hablemos de sexualidad con la gente joven. 3ª. ed. México, D.F. MEXFAM. 1998. 161p.

22. ----- Serie cronológica años 2003. Managua, MINSA. SILAIS CARAZO. 2003. s.p.
  
23. Silber, Tomás J. (edit) et. al. Manual de medicina de la adolescencia . Washington, D.C. OPS. 1992. Pág.78. ( Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud.; 20 )



# ANEXOS



# DEPARTAMENTO DE CARAZO



### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Objetivo específico	Variable	Definición operativa	Escala de medida	Valor
1. Describir las principales características socio demográficas de los y las adolescentes en estudio.	Procedencia	Origen de donde procede alguien	Urbana Rural	
	Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	10 –13 años 14 - 16 años 17 – 19 años	Adolescencia temprana Adolescencia intermedia Adolescencia tardía
	Sexo	Constitución orgánica que distingue a machos y hembras.	Masculino Femenino	
	Personas con quien vive	Familiares o no familiares que habitan en la misma casa de los y las adolescentes.	Madre y padre Madre/ madrastra Padre/ padrastro Hermanos/ hermanas Pareja/ esposo (a) Otros familiares No familiares	
	Nivel de estudio	Ultimo grado de escolaridad alcanzado	Ninguno Alfabetizado Primaria Secundaria Técnico Universitario Otro No responde	

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Objetivo específico	Variable	Definición operativa	Escala de medida
Continuación del objetivo 1.	Actividades comunitarias	Frecuencia con que se integra a actividades que contribuyan al progreso de su comunidad, eventos deportivos o culturales	No asiste Solo en ocasiones especiales Mensual Semanal Diario
	Nivel deseado de estudios	Identificación de una meta relacionada con el nivel de estudios o especialización al que aspira llegar.	No piensa seguir estudiando Bachillerato Instituto superior o técnico Universidad Especialización No sabe
	Actividades que generan ingresos	Desarrollo de una actividad remunerada	Si No
	Motivo de trabajo	Causas por las cuales se ha integrado a realizar una actividad que le genere ingresos.	Mantiene a su familia Ayuda en los gastos de la casa Le gusta tener su propio dinero Adquiere experiencia en su trabajo Paga sus estudios Otros



## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición operativa	Escala de medida
2. Identificar el grado de conocimientos en cuanto a la salud sexual y reproductiva de la población en estudio.	Embarazo en la primera relación coital	Posibilidad de embarazarse durante la primera relación sexual coital.	Si No No sabe
	Protección por anticonceptivos únicamente antes de la relación	Existe protección anticonceptiva si se toman píldoras únicamente antes de iniciar la relación sexual coital.	Si No No sabe
	Los hombres pueden usar pastillas anticonceptivas	Si los hombres toman pastillas anticonceptivas puede evitarse el embarazo.	Si No No sabe
	Uso del condón previene ITS /SIDA	Utilizar el condón o preservativo previene las Infecciones de transmisión sexual y SIDA.	Si No No sabe
	Mayor frecuencia de SIDA asociado a otras ITS	Mayor posibilidad de contraer SIDA cuando se contraen Infecciones de transmisión sexual frecuentemente.	Si No No sabe
	En Nicaragua existen leyes contra la violencia intrafamiliar	Conocimiento respecto a la existencia de leyes que prevengan y sancionen la violencia intrafamiliar.	Si No No sabe
	Los hombres no pueden controlar su conducta sexual.	Los hombres no pueden controlar el deseo y el impulso de tener relaciones sexuales coitales.	Si No No sabe
	La violencia intrafamiliar es asunto privado	Percepción acerca del abordaje de la violencia intrafamiliar como asunto privado o público	Si No No sabe

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición operativa	Escala de medida	Valor
3. Determinar cuáles son las actitudes en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.	Métodos anticonceptivos malos para la salud	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si tomar métodos anticonceptivos perjudicaría su estado de salud	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo
	Los hombres deben participar en la anticoncepción	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si los hombres deben tomar un papel activo en la anticoncepción	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo
	Buscar métodos anticonceptivos da vergüenza	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si solicitar métodos anticonceptivos en farmacias o unidades de salud causa vergüenza.	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo
	Las relaciones sexuales son la única prueba de amor.	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si las relaciones sexuales con penetración son la única forma en que se puede demostrar los sentimientos.	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo
	No tener relaciones causa burla	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si no tener vida sexual activa debe ser causa de burla por parte de sus amigos.	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo
	Interrupción de planes futuros ante un embarazo	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si embarazarse o embarazar en motivo para interrumpir proyectos de vida.	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo

Objetivo específico	Variable	Definición operativa	Escala de medida	Valor
Continuación objetivo 3	El comportamiento de las mujeres provoca agresión de sus parejas	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si las mujeres, debido a su comportamiento, son las que causan la agresión de parte de sus parejas.	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo
	Los hombres pueden exigir relaciones sexuales	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si los hombres tienen el derecho de exigir las relaciones sexuales cuando su pareja no la desea.	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo
	La responsabilidad de la crianza de los hijos (as) es de la mujer	Percepción de los y las adolescentes respecto a que si la responsabilidad del cuidado de los hijos e hijas debe recaer únicamente en la mujer.	1 2 3 4	En completo desacuerdo Ligeramente en desacuerdo Ligeramente en de acuerdo Completamente en acuerdo

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición operativa	Escala de medida
4. Conocer las prácticas en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en estudio.	Inicio de relaciones coitales	Confirmación del inicio de las relaciones sexuales con penetración.	Si No
	Edad de inicio	Edad en que tuvo su primera relación sexual con penetración	10 - 13 años 14 - 16 años 17 - 19 años
	Protección anticonceptiva durante la primera relación	Uso de cualquier método anticonceptivo durante su primera relación sexual con penetración para protegerse de un embarazo no deseado.	Si No
	Tipo de método durante la primera relación	Tipo específico de método anticonceptivo utilizado durante su primera relación sexual con penetración	Condón Pastillas Inyección Ritmo Otros Ninguno No aplica

Objetivo específico	Variable	Definición operativa	Escala de medida
Continuación objetivo 4	Motivo de no uso de anticonceptivos durante la primera relación	Causa por la que decidió o que le impidió el uso de métodos anticonceptivos durante su primera relación sexual con penetración	No esperaba tener relaciones No sabía que tenía que usar método No confiaba en los métodos Quería tener un hijo Su pareja se opuso No consiguió No tenía dinero Le dio vergüenza No quiso usarlo No aplica
	Recibió información antes de su primera relación coital	Conocimientos adquiridos respecto a los riesgos de tener relaciones sexuales con penetración.	Si No No aplica
	Protección siempre que existe relación	Utilización de métodos anticonceptivos siempre que tiene una relación sexual con penetración.	Si No No aplica

## | INSTRUMENTO N° 1

**Este instrumento se utilizó para recolectar la información necesaria que externaron los y las adolescentes en relación a la Salud Sexual y Reproductiva**

### PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA MINSA SILAIS CARAZO

FECHA: \_\_\_\_\_

N° DE LA ENCUESTA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

#### I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1.	Procedencia	U R	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
2.	¿Cuántos años cumplidos tienes?		___ ___ Años
3.	Sexo	H M	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
4.	¿Con quiénes vives?	M A P H R O N 99	<input type="checkbox"/> Madre y padre <input type="checkbox"/> Madre o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o padrastro <input type="checkbox"/> Hermanos /hermanas <input type="checkbox"/> Pareja/ esposo (a) <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> No familiares <input type="checkbox"/> No responde
5.	¿Cuál es el nivel de estudios, más alto que tienes?	N A P S T U O 99	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No responde
6.	¿Con qué frecuencia participas en actividades de desarrollo comunitario, eventos deportivos o culturales?	N S M S D	<input type="checkbox"/> No asiste <input type="checkbox"/> Solo en ocasiones especiales <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Diario
7.	¿Hasta que nivel de estudios quieres llegar?	N B I U E N	<input type="checkbox"/> No piensa seguir estudiando <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Instituto superior o técnico <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> No sabe
8.	Además de estudiar ¿Realizas alguna actividad o trabajo que genere ingresos?	S N	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. (Si respondes que no, salta a la pregunta 10)
9.	¿Cuál es el motivo principal por el que trabajas?	M A L D P O	<input type="checkbox"/> Mantiene a su familia <input type="checkbox"/> Ayuda a los gastos de la casa <input type="checkbox"/> Le gusta tener su propio dinero <input type="checkbox"/> Adquiere experiencia de trabajo <input type="checkbox"/> Paga sus estudios <input type="checkbox"/> Otros

<b>II. A CONTINUACION VAS A LEER ALGUNAS FRASES, RESPONDE, POR FAVOR, SEGÚN LO CONSIDERES</b>		SI	NO	No Sabe
10.	Una muchacha puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales coitales.			
11.	Tomar píldoras anticonceptivas, UNICAMENTE, antes de tener las relaciones coitales, evita el embarazo.			
12.	Las pastillas anticonceptivas también las puede usar el hombre.			
13.	El uso de condón durante la relación sexual, evita el contagio de infecciones de transmisión sexual y SIDA.			
14.	Si una persona tiene una infección de transmisión sexual puede infectarse más frecuente de SIDA.			
15.	Existen leyes en Nicaragua en contra de la violencia en la familia.			
16.	Los hombres no pueden controlar su conducta sexual.			
17.	La violencia en la familia es un asunto privado en el que nadie debe influir.			

**III. LEE LAS SIGUIENTES EXPRESIONES Y ENCIERRA EN UN CIRCULO, EL NUMERO, SEGÚN LO SIGUIENTE:**

- Entre más de acuerdo, encierra el número más alto.
- Entre menos de acuerdo, encierra el número más bajo.

18. Usar métodos anticonceptivos es malo para la salud.

1      2      3      4

19. La planificación familiar, también es cuestión de hombres.

1      2      3      4

20. Es difícil conseguir métodos anticonceptivos, porque da vergüenza solicitarlos.

1      2      3      4

21. La única forma de demostrar, verdadero amor, es teniendo relaciones sexuales coitales.

1      2      3      4

22. Si no tengo relaciones sexuales con mi pareja, mis amigos (as) se burlarán de mí.

1      2      3      4

23. Salir embarazada o embarazar a una muchacha, en este momento, me haría interrumpir planes futuros.

1      2      3      4

24. Algunas mujeres por su comportamiento provocan la agresión de sus parejas.

1      2      3      4

25. Los hombres tienen derecho a exigir relaciones sexuales, a sus novias o esposas, aunque ellas no quieran tenerlas.

1      2      3      4

26. La responsabilidad de la crianza de los hijo (as) es principalmente de la mujer.

1      2      3      4

**IV. RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SELECCIONANDO UNA SOLA RESPUESTA:**

27.	¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?	S N	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
28.	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	N O	___ ___ Años <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No ha tenido
29.	Durante esa primera relación ¿Usaste tú o tu pareja, algún método para evitar el embarazo?	S N O	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
30.	¿Qué método utilizaron?	C P I R O N 99	<input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No aplica
31.	En caso de no haber utilizado ¿porqué no usaron ningún método?	N O C Q S I A V U 99	<input type="checkbox"/> No esperaba tener relaciones <input type="checkbox"/> No sabía que tenía que usar un método <input type="checkbox"/> No confiaba en los métodos <input type="checkbox"/> Quería tener un hijo <input type="checkbox"/> Su pareja se opuso <input type="checkbox"/> No consiguió <input type="checkbox"/> No tenía dinero <input type="checkbox"/> Le dio vergüenza <input type="checkbox"/> No quiso usarlo <input type="checkbox"/> No aplica
32.	¿Habías recibido información o educación sexual antes de tu primera relación?	S N 99	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
33.	Si tienes relaciones sexuales con alguna frecuencia, ¿te proteges <u>siempre</u> de un embarazo o de infecciones de transmisión sexual?	S N 99	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica

**MUCHAS GRACIAS!**





### CUADRO 1

#### PROCEDENCIA Y EDAD DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS SILAIS CARAZO, AÑO 2003

PROCEDENCIA	GRUPOS ETAREOS						TOTAL	
	10 – 13 Años		14 – 16 años		17 – 19 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>RURAL</b>	15	20.6	45	61.6	13	17.8	73	<b>49.7</b>
<b>URBANO</b>	11	14.9	26	35.1	37	50.0	74	<b>50.3</b>
<b>TOTAL</b>	26	<b>17.7</b>	71	<b>48.3</b>	50	<b>34.0</b>	147	<b>100</b>

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 2**

**PROCEDENCIA Y SEXO DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SEXO</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>		
<b>RURAL</b>	36	49.3	37	50.7	73	<b>49.7</b>
<b>URBANO</b>	28	37.8	46	62.2	74	<b>50.3</b>
<b>TOTAL</b>	64	<b>43.5</b>	83	<b>56.5</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 3**  
**PERSONAS CON QUIENES VIVEN LOS Y LAS ADOLESCENTES ENCUESTADOS**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

<b>PERSONAS CON QUIEN VIVEN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>Madre y padre</b>	104	<b>70.8</b>
<b>Madre o madrastra</b>	17	11.6
<b>Padre o padrastro</b>	3	2.0
<b>Hermanos (as)</b>	6	4.1
<b>Pareja / esposo (a)</b>	3	2.0
<b>Otros familiares</b>	13	8.8
<b>No familiares</b>	1	0.7
<b>TOTAL</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

#### CUADRO 4

##### NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO POR LOS Y LAS ADOLESCENTES ENCUESTADOS SILAIS CARAZO, AÑO 2003

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO	FRECUENCIA	%
Ninguno	2	1.4
Primaria	25	17.0
Secundaria	111	75.5
Técnico	4	2.7
Universitario	4	2.7
No responde	1	0.7
<b>TOTAL</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

### CUADRO 5

#### FRECUENCIA CON QUE PARTICIPAN LOS Y LAS ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN ACTIVIDADES DE DESARROLLO COMUNITARIO SILAIS CARAZO, AÑO 2003

ACTIVIDADES DE DESARROLLO COMUNITARIO	FRECUENCIA	%
No asiste	9	6.1
Solo en ocasiones especiales	71	48.4
Una vez al mes	34	23.1
Una vez por semana	18	12.2
Diario	15	10.2
<b>TOTAL</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

### CUADRO 6

#### NIVEL DE ESTUDIOS QUE DESEAN ALCANZAR LOS Y LAS ADOLESCENTES ENCUESTADOS SILAIS CARAZO, AÑO 2003

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	%
No piensa seguir estudiando	3	2.0
Bachillerato	15	10.3
Instituto superior o técnico	13	8.8
Universidad	53	36.1
Especialización	54	36.7
No sabe	9	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 7****ADOLESCENTES QUE DESARROLLAN ALGUNA ACTIVIDAD  
PARA GENERAR INGRESOS SEGÚN PROCEDENCIA  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>REALIZAN ACTIVIDADES PARA GENERAR INGRESOS</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>NO</b>		<b>SI</b>			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Rural</b>	35	48	38	<b>52</b>	73	49.7
<b>Urbano</b>	44	59.5	30	<b>40.5</b>	74	50.3
<b>TOTAL</b>	79	53.7	68	46.3	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003



### CUADRO 8

#### MOTIVO POR EL QUE TRABAJAN LOS Y LAS ADOLESCENTES ENCUESTADOS SILAIS CARAZO, AÑO 2003

MOTIVO	FRECUENCIA	%
Mantiene a su familia	13	19.1
Ayuda a los gastos de la casa	14	20.6
Le gusta tener su propio dinero	28	41.2
Adquiere experiencia en el trabajo	6	8.8
Para pagar sus estudios	7	10.3
<b>TOTAL</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 9**

**POSIBILIDAD QUE OCURRA UN EMBARAZO DURANTE LA PRIMERA RELACION COITAL  
SEGÚN EDAD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

EDAD	POSIBILIDAD DE EMBARAZARSE DURANTE LA PRIMERA RELACION COITAL						TOTAL	
	ES POSIBLE		NO ES POSIBLE		NO SABE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>10 – 13 años</b>	20	<b>76.9</b>	5	19.2	1	3.9	26	17.7
<b>14 – 16 años</b>	59	<b>83.1</b>	9	12.7	3	4.2	71	48.3
<b>17 – 19 años</b>	43	<b>86.0</b>	5	10.0	2	4.0	50	34.0
<b>TOTAL</b>	122	<b>83.0</b>	19	12.9	6	4.1	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 10**

**TOMAR ANTICONCEPTIVOS UNICAMENTE ANTES DE LA RELACION COITAL  
PROTEGE DEL EMBARAZO, SEGÚN EDAD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

EDAD	TOMAR ANTICONCEPTIVOS <u>UNICAMENTE</u> ANTES DE LA RELACION PROTEGE DEL EMBARAZO						TOTAL	
	SI PROTEGE		NO PROTEGE		NO SABE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>10 – 13 años</b>	11	42.3	14	<b>53.9</b>	1	3.8	26	17.7
<b>14 – 16 años</b>	34	<b>47.9</b>	32	45.1	5	7.0	71	48.3
<b>17 – 19 años</b>	10	20.0	37	<b>74.0</b>	3	6.0	50	34.0
<b>TOTAL</b>	55	37.4	83	<b>56.5</b>	9	6.1	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 11**

**LOS HOMBRES PUEDEN USAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	HOMBRES PUEDEN USAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS						TOTAL	
	SI PUEDEN		NO PUEDEN		NO SABE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>HOMBRES</b>	2	3.1	52	<b>81.3</b>	10	15.6	64	43.5
<b>MUJERES</b>	9	10.8	62	<b>74.7</b>	12	14.5	83	56.5
<b>TOTAL</b>	11	7.5	114	<b>77.5</b>	22	15.0	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 12**

**EL USO DEL CONDON PREVIENE LAS ITS Y EL SIDA  
SEGÚN EDAD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

EDAD	EL USO DEL CONDON PREVIENE LAS ITS Y EL SIDA						TOTAL	
	SI PREVIENE		NO PREVIENE		NO SABE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>10 – 13 años</b>	23	<b>88.5</b>	3	11.5	0	0	26	17.7
<b>14 – 16 años</b>	65	<b>91.6</b>	4	5.6	2	2.8	71	48.3
<b>17 – 19 años</b>	47	<b>94.0</b>	2	4.0	1	2	50	34.0
<b>TOTAL</b>	135	<b>91.8</b>	9	6.1	3	2.1	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 13**

**EXISTE MAYOR POSIBILIDAD DE CONTAGIO DE SIDA ASOCIADO A OTRAS ITS  
SEGÚN ADOLESCENTES ENCUESTADOS  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

<b>CONTAGIO DE SIDA ASOCIADO A OTRAS ITS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	113	<b>76.9</b>
<b>NO</b>	15	10.2
<b>NO SABE</b>	19	12.9
<b>TOTAL</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

#### CUADRO 14

### EN EL PAIS EXISTEN LEYES CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN ADOLESCENTES ENCUESTADOS SILAIS CARAZO, AÑO 2003

EXISTEN LEYES CONTRA LA VIF	FRECUENCIA	%
SI	139	94.6
NO	3	2.0
NO SABE	5	3.4
<b>TOTAL</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 15**

**LOS HOMBRES NO PUEDEN CONTROLAR SU CONDUCTA SEXUAL  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LOS HOMBRES NO PUEDEN CONTROLAR SU CONDUCTA SEXUAL						TOTAL	
	SI PUEDEN		NO PUEDEN		NO SABE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>HOMBRES</b>	18	28.1	39	<b>61.0</b>	7	10.9	64	43.5
<b>MUJERES</b>	25	30.1	47	<b>56.6</b>	11	13.3	83	56.5
<b>TOTAL</b>	43	29.3	86	<b>58.5</b>	18	12.2	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003



**CUADRO 16**

**LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ES ASUNTO PRIVADO  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ES ASUNTO PRIVADO						TOTAL	
	ES PRIVADO		NO ES PRIVADO		NO SABE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>HOMBRES</b>	7	10.9	54	<b>84.4</b>	3	4.7	64	43.5
<b>MUJERES</b>	13	15.7	70	<b>84.3</b>	0	0	83	56.5
<b>TOTAL</b>	20	13.6	124	<b>84.4</b>	3	2.0	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 17**

**LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON MALOS PARA LA SALUD  
SEGÚN EDAD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

EDAD	LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON MALOS PARA LA SALUD									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>10 – 13 años</b>	16	<b>61.5</b>	5.0	19.2	3	11.5	2	7.8	26	17.7
<b>14 – 16 años</b>	34	<b>47.9</b>	15	21.1	6	8.5	16	22.5	71	48.3
<b>17 – 19 años</b>	29	<b>58.0</b>	9.0	18.0	4	8	8	16	50	34
<b>TOTAL</b>	79	<b>53.7</b>	29	19.7	13	8.9	26	17.7	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 18**

**LA PAREJA QUE DECIDE TENER RELACIONES FORMALES, DEBE TENER SUS HIJOS INMEDIATAMENTE  
PARA LOGRAR MAYOR UNION  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	TENER HIJOS INMEDIATAMENTE, UNE A LA PAREJA									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	43	<b>67.2</b>	6	9.4	5	7.8	10	15.6	64	43.5
<b>MUJERES</b>	57	<b>68.7</b>	15	18.1	5	6	6	7.2	83	56.5
<b>TOTAL</b>	100	<b>68</b>	21	14.3	10	6.8	16	10.9	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 19**

**LOS HOMBRES DEBEN PARTICIPAR EN LA ANTICONCEPCION  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LOS HOMBRES DEBEN PARTICIPAR EN LA ANTICONCEPCION									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	4	7.8	4	6.3	10	15.6	45	<b>70.3</b>	64	43.5
<b>MUJERES</b>	4	4.8	9	10.8	11	13.3	59	<b>71.1</b>	83	56.5
<b>TOTAL</b>	9	6.1	13	8.8	21	14.3	104	<b>70.8</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 20**

**BUSCAR METODOS ANTICONCEPTIVOS DA VERGÜENZA  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	BUSCAR METODOS ANTICONCEPTIVOS DA VERGÜENZA									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	29	<b>45.3</b>	11	17.1	12	18.8	12	18.8	64	43.5
<b>MUJERES</b>	13	15.7	26	<b>31.3</b>	22	26.5	22	26.5	83	56.5
<b>TOTAL</b>	42	28.6	37	25.2	34	23.1	34	23.1	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 21**

**LAS RELACIONES SEXUALES SON LA UNICA FORMA DE DEMOSTRAR AMOR  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LAS RELACIONES SEXUALES SON LA UNICA FORMA DE DEMOSTRAR AMOR									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	49	<b>76.6</b>	3	4.7	3	4.7	9	14.0	64	43.5
<b>MUJERES</b>	67	<b>80.7</b>	9	10.9	6	7.2	1	1.2	83	56.5
<b>TOTAL</b>	116	<b>78.9</b>	12	8.2	9	6.1	10	6.8	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 22**

**NO TENER RELACIONES COITALES CAUSA BURLA DE LOS AMIGOS (AS)  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	NO TENER RELACIONES COITALES CAUSA BURLA DE LOS AMIGOS (AS)									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	43	<b>67.2</b>	6	9.4	6	9.4	9	14.1	64	43.5
<b>MUJERES</b>	52	<b>62.7</b>	19	22.9	3	3.6	9	10.8	83	56.5
<b>TOTAL</b>	95	<b>64.6</b>	25	17.1	9	6.1	18	12.2	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 23**

**UN EMBARAZO EN ESTE MOMENTO INTERRUMPE LOS PLANES FUTUROS  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	UN EMBARAZO EN ESTE MOMENTO INTERRUMPE LOS PLANES FUTUROS									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	13	20.3	4	6.3	5	7.8	42	<b>65.6</b>	64	43.5
<b>MUJERES</b>	13	15.6	3	3.6	12	14.5	55	<b>66.3</b>	83	56.5
<b>TOTAL</b>	26	17.6	7	4.8	17	11.6	97	<b>66.0</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003



**CUADRO 24**

**LAS TAREAS DEL HOGAR SON SOBRE TODO RESPONSABILIDAD FEMENINA  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LAS TAREAS DEL HOGAR SON SOBRE TODO RESPONSABILIDAD FEMENINA									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	44	<b>68.8</b>	8	12.5	5	7.8	7	10.9	64	43.5
<b>MUJERES</b>	48	<b>57.8</b>	17	20.5	3	9.6	10	12.1	83	56.5
<b>TOTAL</b>	92	<b>62.6</b>	25	17.0	13	8.8	17	11.6	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 25**

**POR SU COMPORTAMIENTO LAS MUJERES PROVOCAN LA AGRESION DE SUS PAREJAS  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LAS MUJERES PROVOCAN LA AGRESION DE SUS PAREJAS									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	20	31.3	15	23.4	8	12.5	21	<b>32.8</b>	64	43.5
<b>MUJERES</b>	28	<b>33.7</b>	24	28.9	12	14.5	19	22.9	83	56.5
<b>TOTAL</b>	48	<b>32.7</b>	39	26.5	20	132.6	40	27.2	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 26**

**LOS HOMBRES TIENES DERECHO A EXIGIR RELACIONES SEXUALES  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LOS HOMBRES TIENES DERECHO A EXIGIR RELACIONES SEXUALES									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	46	<b>71.9</b>	7	10.9	4	6.3	7	10.9	64	43.5
<b>MUJERES</b>	65	<b>78.3</b>	6	7.2	7	8.5	5	6.0	83	56.5
<b>TOTAL</b>	111	<b>75.5</b>	13	8.8	11	7.5	12	8.2	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 27**

**ME GUSTA SER COMO SOY  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	ME GUSTA SER COMO SOY									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	4	6.3	1	1.5	8	12.5	51	<b>79.7</b>	64	43.5
<b>MUJERES</b>	5	6.0	3	3.6	5	6.0	70	<b>84.4</b>	83	56.5
<b>TOTAL</b>	9	6.1	4	2.7	13	8.9	121	<b>82.3</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 28**

**EL VERDADERO HOMBRE DEBE TENER MUCHOS HIJOS  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	EL VERDADERO HOMBRE DEBE TENER MUCHOS HIJOS									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	46	<b>71.9</b>	8	12.5	8	12.5	2	3.1	64	43.5
<b>MUJERES</b>	60	<b>72.3</b>	13	15.7	5	6.0	5	6.0	83	56.5
<b>TOTAL</b>	106	<b>72.1</b>	21	14.3	13	8.8	7	4.8	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 29**

**LA CRIANZA DE LOS HIJOS (AS) ES PRINCIPALMENTE DE LA MUJER  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	LA CRIANZA DE LOS HIJOS (AS) ES PRINCIPALMENTE DE LA MUJER									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Completo desacuerdo		Ligero desacuerdo		Ligero acuerdo		Completo acuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	45	<b>70.3</b>	9	14.1	2	3.1	8	12.5	64	43.5
<b>MUJERES</b>	59	<b>71.1</b>	8	9.7	10	12.0	6	7.2	83	56.5
<b>TOTAL</b>	104	<b>70.7</b>	17	11.6	12	8.2	14	9.5	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 30****ADOLESCENTES SEGÚN INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES Y PROCEDENCIA  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>NO</b>		<b>SI</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>RURAL</b>	56	<b>76.7</b>	17	<b>23.3</b>	73	49.7
<b>URBANO</b>	52	<b>70.3</b>	22	<b>29.7</b>	74	50.3
<b>TOTAL</b>	108	<b>73.5</b>	39	<b>26.5</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 31****ADOLESCENTES SEGÚN INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES Y SEXO  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

<b>SEXO</b>	<b>INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>NO</b>		<b>SI</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>VARONES</b>	34	53.2	30	<b>46.8</b>	64	43.5
<b>MUJERES</b>	74	89.2	9	<b>10.8</b>	83	56.5
<b>TOTAL</b>	108	<b>73.5</b>	39	<b>26.5</b>	147	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003



**CUADRO 32**

**EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES Y SEXO  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	VARONES		MUJERES			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>10 – 13 años</b>	3	10.0	0	0	3	7.7
<b>14 – 16 años</b>	10	33.3	2	22.2	12	30.8
<b>17 – 19 años</b>	17	<b>56.7</b>	7	<b>77.8</b>	24	61.5
<b>TOTAL</b>	30	<b>76.9</b>	9	<b>23.1</b>	39	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 33**

**USO Y TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO  
DURANTE LA PRIMERA RELACION COITAL  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

METODO	SEXO				TOTAL	
	VARONES		MUJERES		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<b>Condón</b>	11	91.7	4	<b>66.6</b>	15	<b>83.2</b>
<b>Inyectable</b>	0	0	1	16.7	1	5.6
<b>Pastillas</b>	1	8.3	0	0	1	5.6
<b>Ritmo</b>	0	0	1	16.7	1	5.6
<b>Sub total de los y las que utilizaron algún método</b>	<b>12</b>	66.7	<b>6</b>	33.3	<b>18</b>	<b>46.1</b>
<b>No utilizaron</b>	18	85.7	3	14.3	<b>21</b>	<b>53.9</b>
<b>TOTAL</b>	30	76.9	9	23.1	<b>39</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 34**  
**MOTIVO POR EL QUE NO USARON METODOS ANTICONCEPTIVOS**  
**DURANTE LA PRIMERA RELACION COITAL**  
**SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

MOTIVO DE NO USO	SEXO				TOTAL	
	VARONES		MUJERES		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
No confiaba en los métodos	2	11.1	0	0	2	9.5
No consiguió	1	5.6	0	0	1	4.8
No esperaba tener relaciones	7	<b>38.9</b>	1	<b>33.3</b>	8	<b>38.1</b>
No sabía que tenía que usar	6	<b>33.3</b>	0	0	6	<b>28.5</b>
Quería tener un hijo	0	0	1	<b>33.3</b>	1	4.8
Su pareja se opuso	0	0	1	<b>33.3</b>	1	4.8
No quiso usarlo	2	11.1	0	0	2	9.5
<b>TOTAL</b>	18	85.7	3	14.3	21	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 35**

**RECIBIO INFORMACION ANTES DE SU PRIMERA RELACION  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

SEXO	RECIBIO INFORMACION ANTES DE SU PRIMERA RELACION				TOTAL	
	NO		SI		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<b>VARONES</b>	12	40	18	<b>60</b>	30	76.9
<b>MUJERES</b>	2	22.2	7	<b>77.8</b>	9	23.1
<b>TOTAL</b>	14	35.9	25	<b>64.1</b>	39	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003

**CUADRO 36**

**UTILIZA PROTECCION PARA ITS/SIDA O EMBARAZO SIEMPRE  
QUE TIENE RELACIONES SEXUALES COITALES  
SEGÚN SEXO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES  
SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

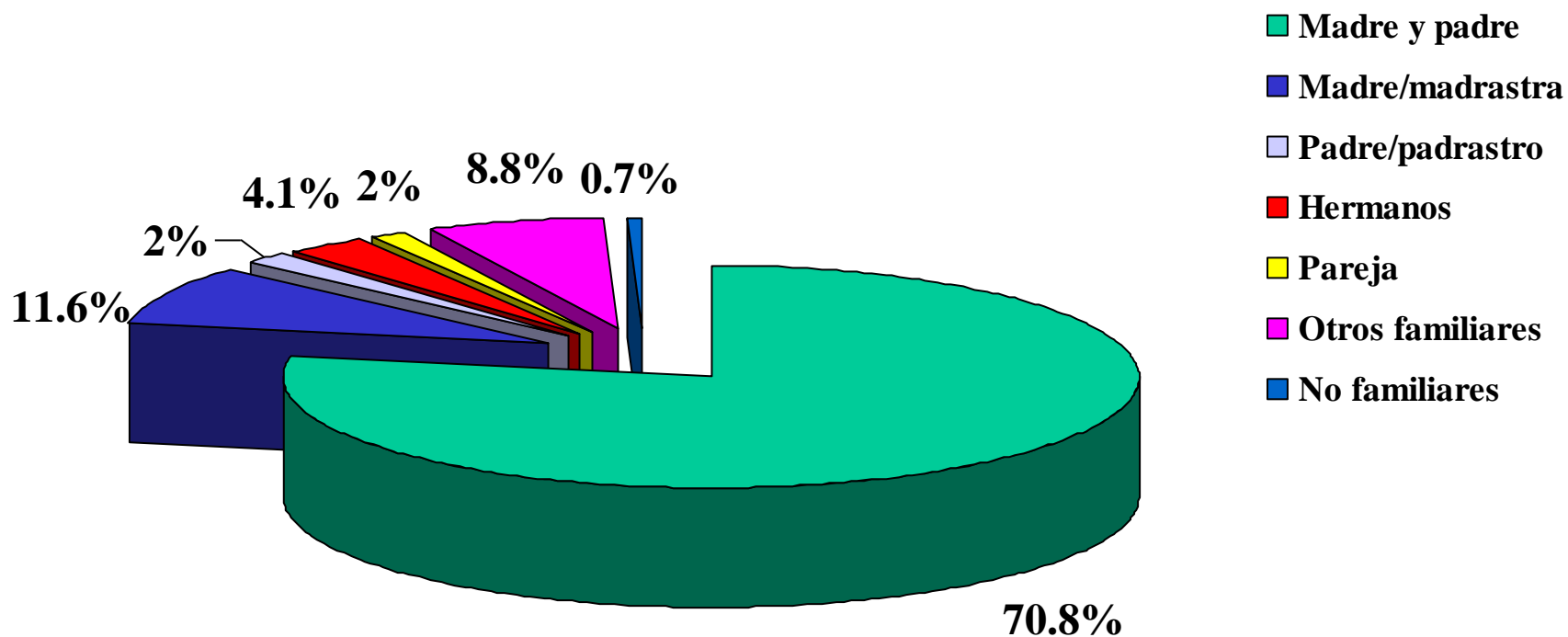
SEXO	UTILIZA PROTECCION SIEMPRE				TOTAL	
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>VARONES</b>	7	23.3	23	<b>76.7</b>	30	76.9
<b>MUJERES</b>	2	22.2	7	<b>77.8</b>	9	23.1
<b>TOTAL</b>	9	23.1	30	<b>76.9</b>	39	100

Fuente: Encuestas CAP. SILAIS Carazo, Año 2003



# GRAFICO 1

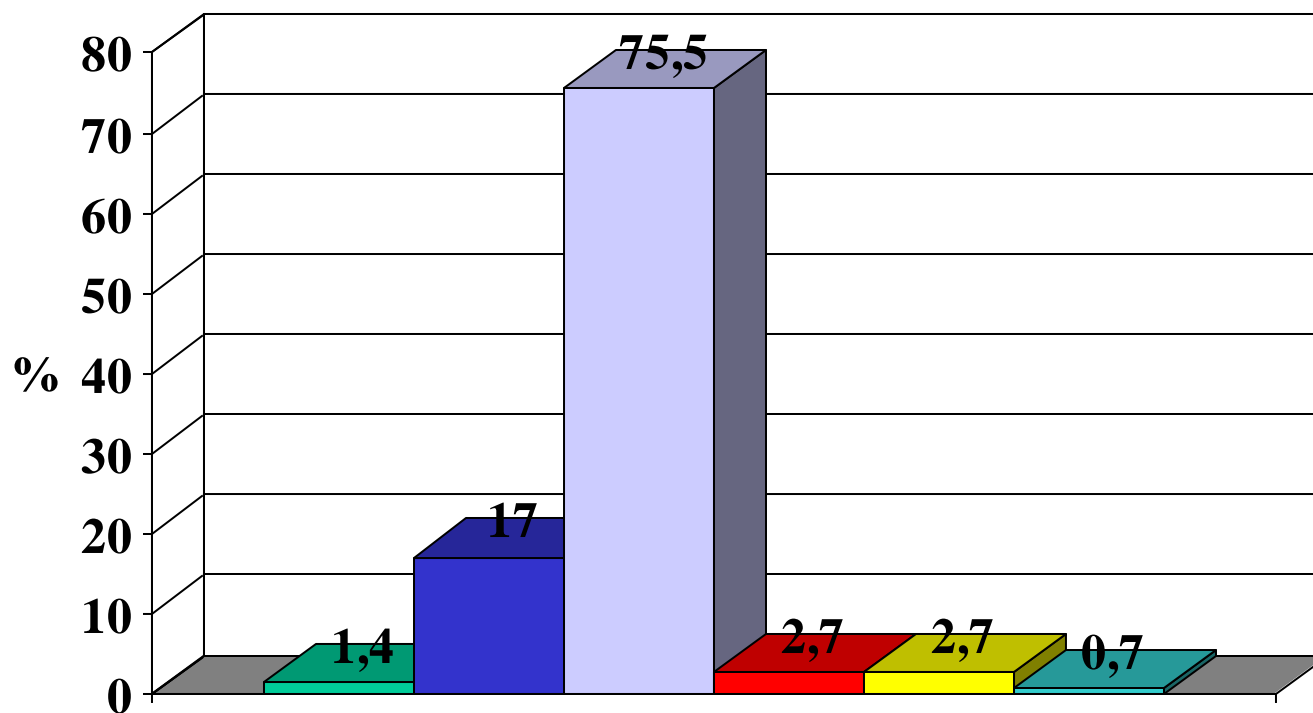
## PERSONAS CON QUIENES VIVEN LOS Y LAS ADOLESCENTES SILAIS CARAZO, AÑO 2003



n: 147

## GRAFICO 2

### NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO POR LOS Y LAS ADOLESCENTES SILAIS CARAZO, AÑO 2003

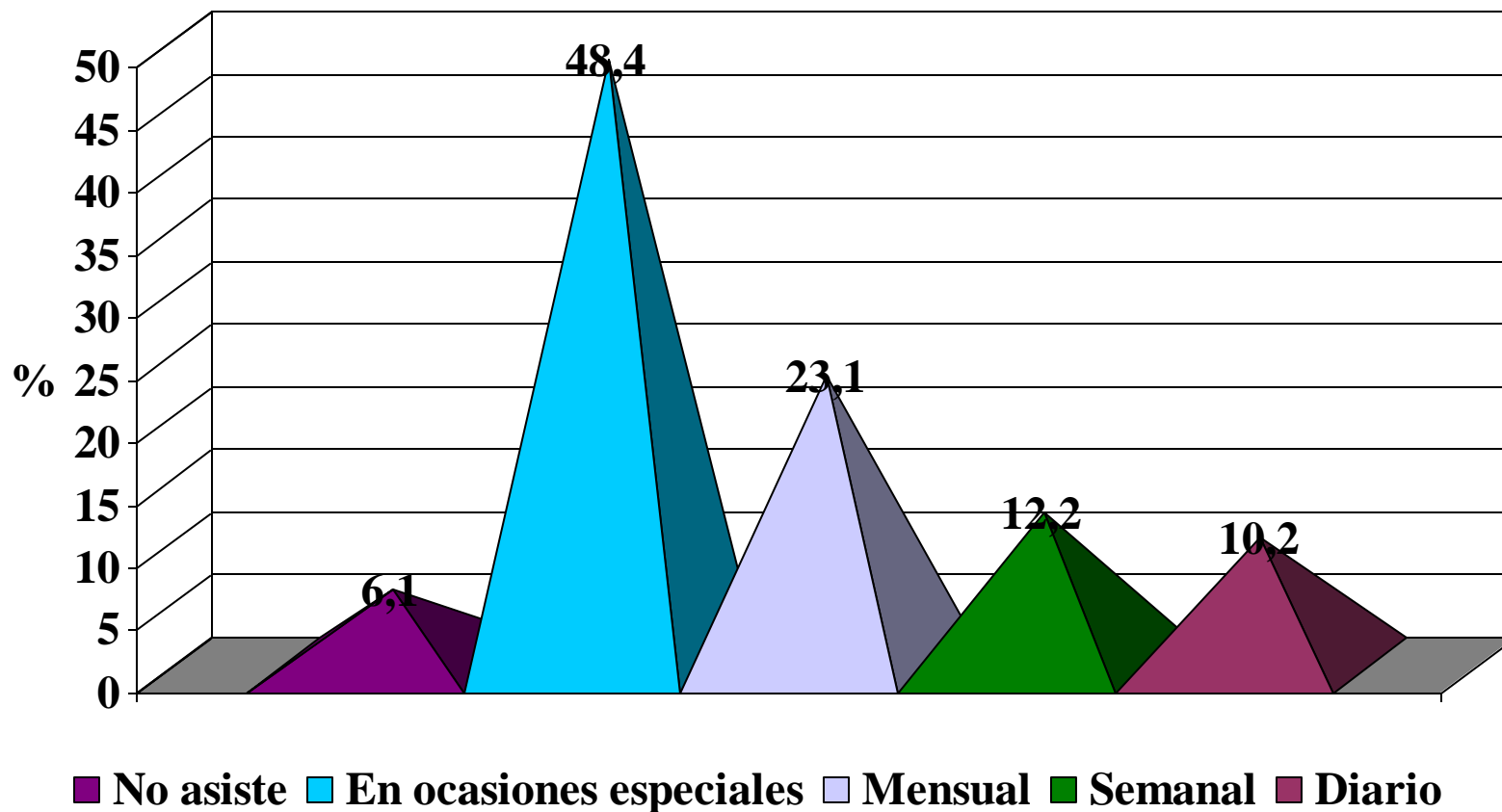


n: 147

■ Ninguno ■ Primaria ■ Secundaria ■ Técnico ■ Universitario ■ No responde

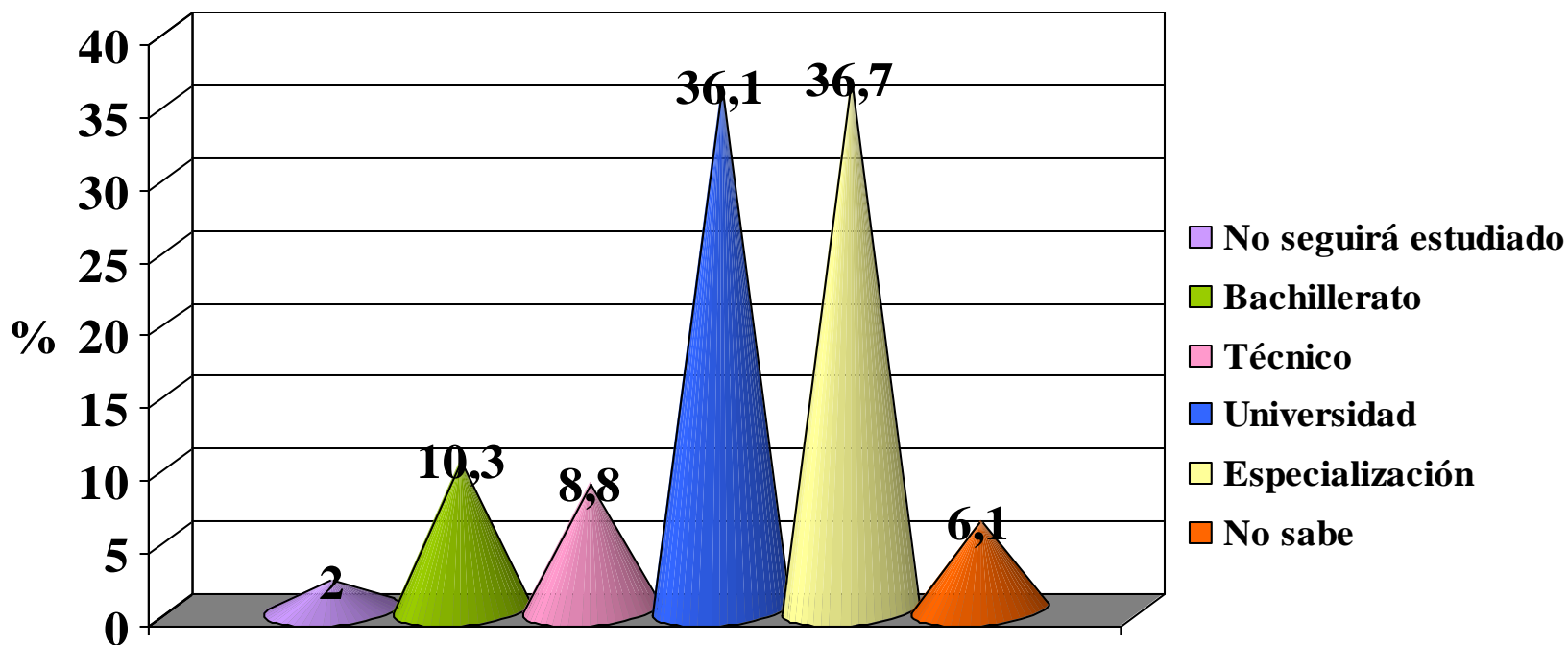


**GRAFICO 3**  
**FRECUENCIA CON QUE PARTICIPAN**  
**LOS Y LAS ADOLESCENTES EN ACTIVIDADES DE DESARROLLO**  
**COMUNITARIO**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



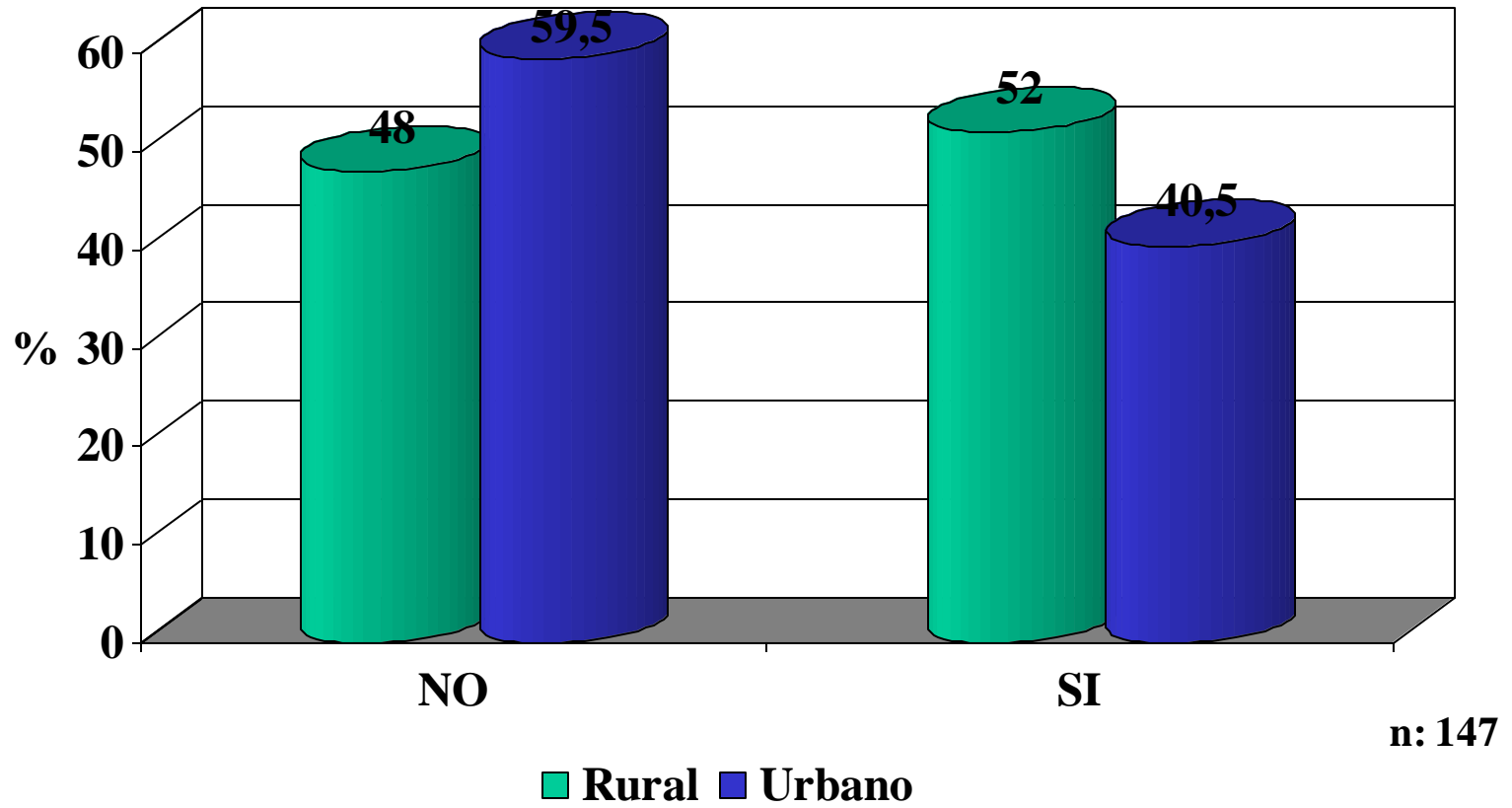
n: 147

**GRAFICO 4**  
**NIVEL DE ESTUDIO DESEADO POR LOS Y LAS ADOLESCENTES**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



n: 147

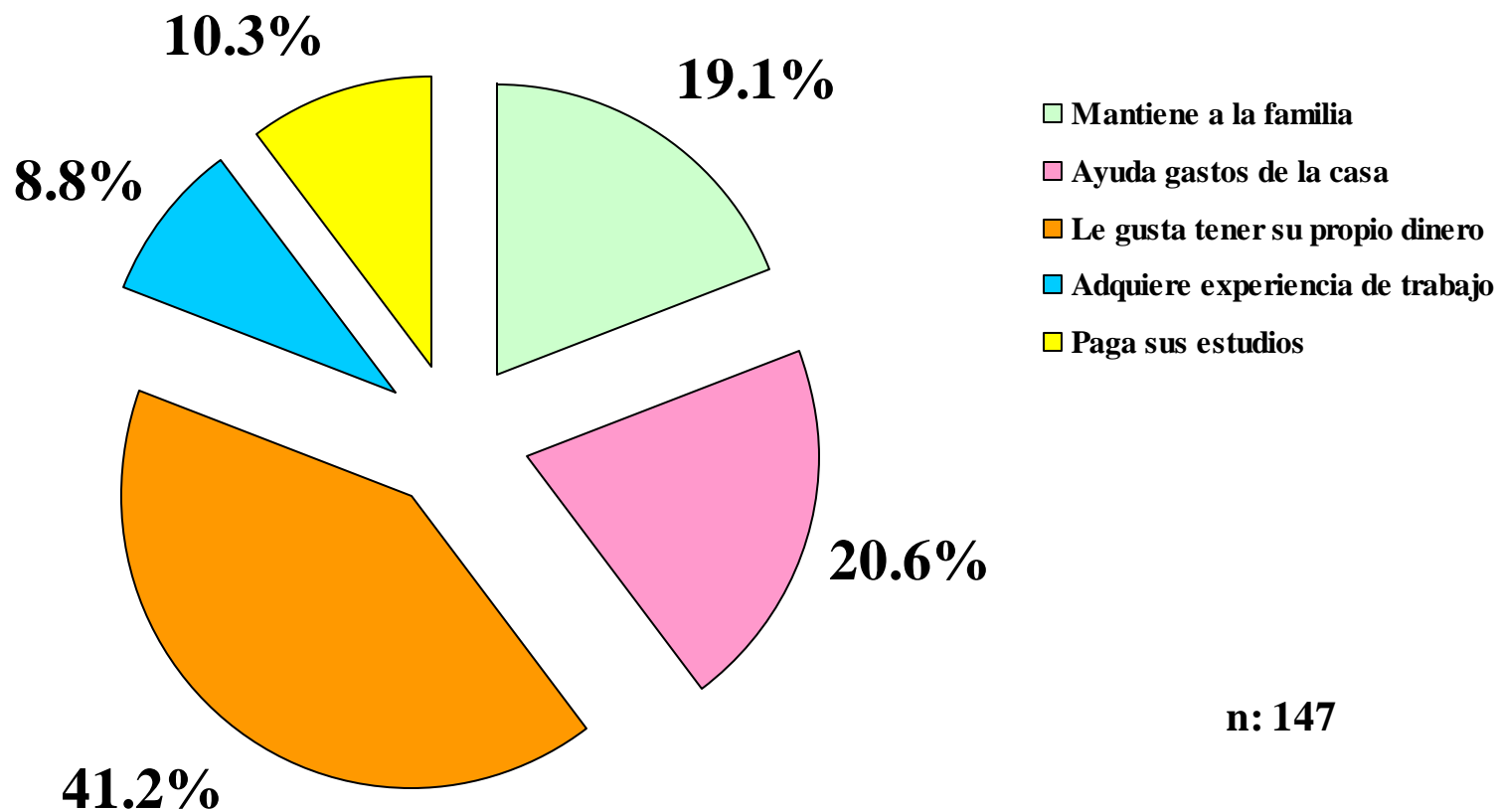
**GRAFICO 5**  
**ADOLESCENTES QUE DESARROLLAN ALGUNA**  
**ACTIVIDAD PARA GENERAR INGRESOS SEGUN PROCEDENCIA**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



# GRAFICO 6

## MOTIVO POR EL QUE TRABAJAN LOS Y LAS ADOLESCENTES

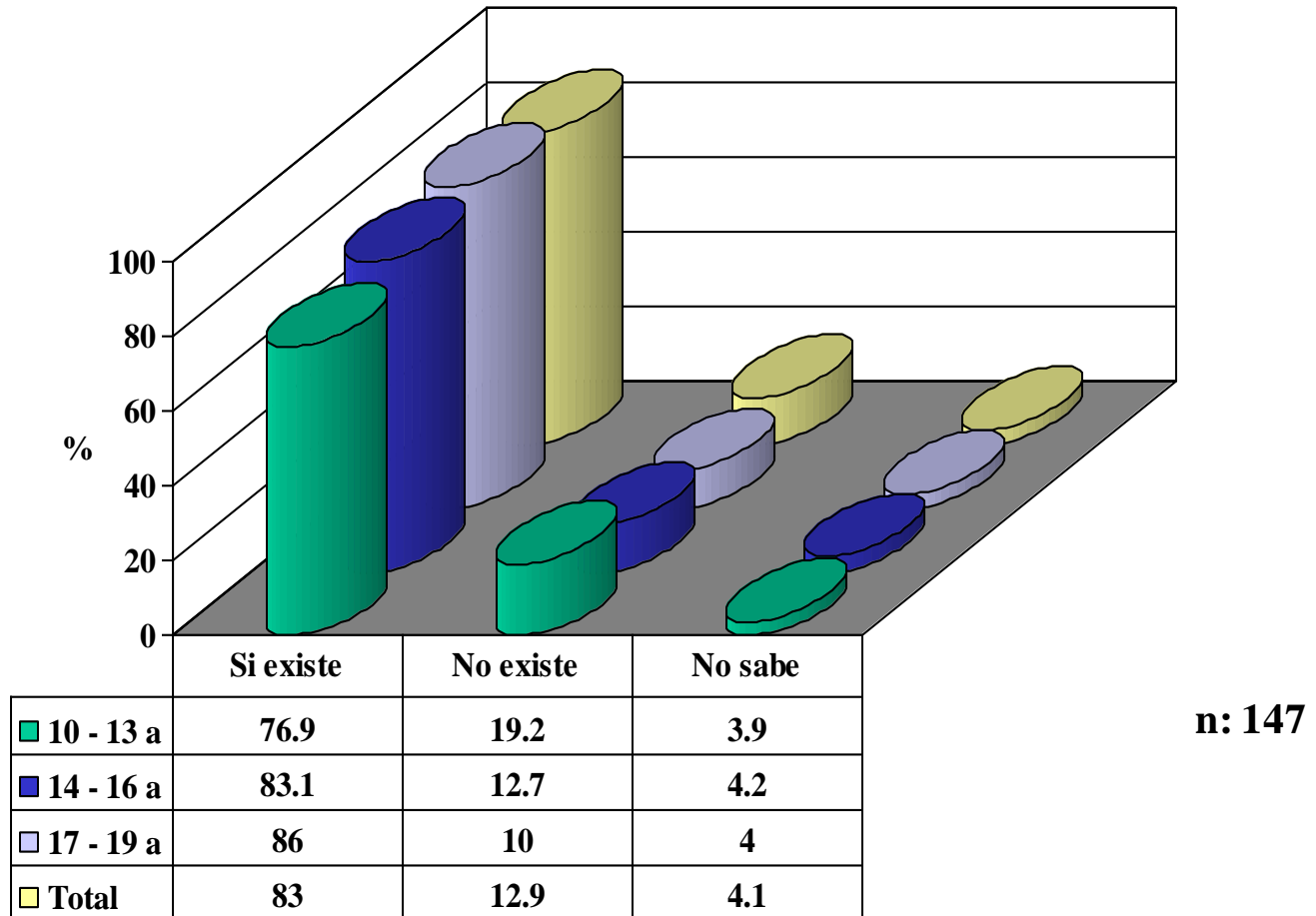
### SILAIS CARAZO, AÑO 2003



Fuente: Cuadro N° 8

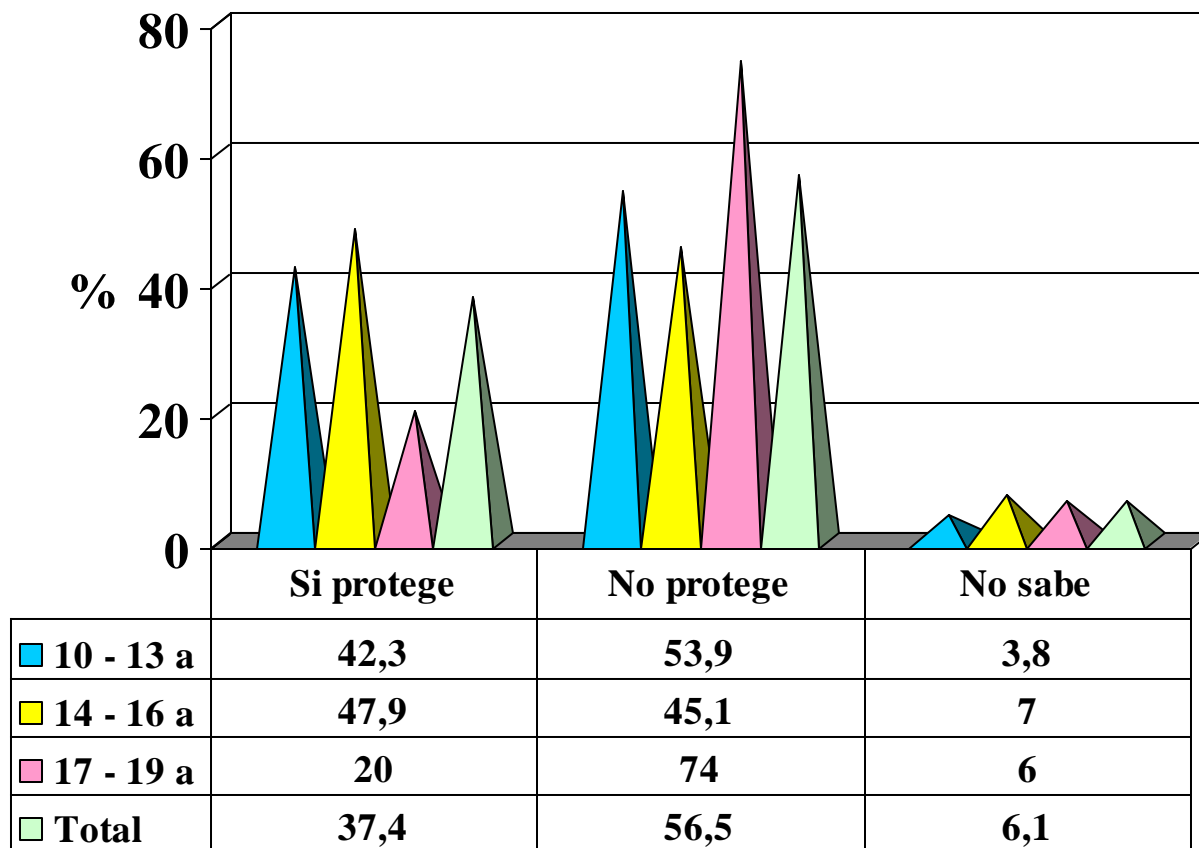
## GRAFICO 7

### POSIBILIDAD DE QUE OCURRA UN EMBARAZO DURANTE LA PRIMERA RELACION COITAL SILAIS CARAZO, AÑO 2003



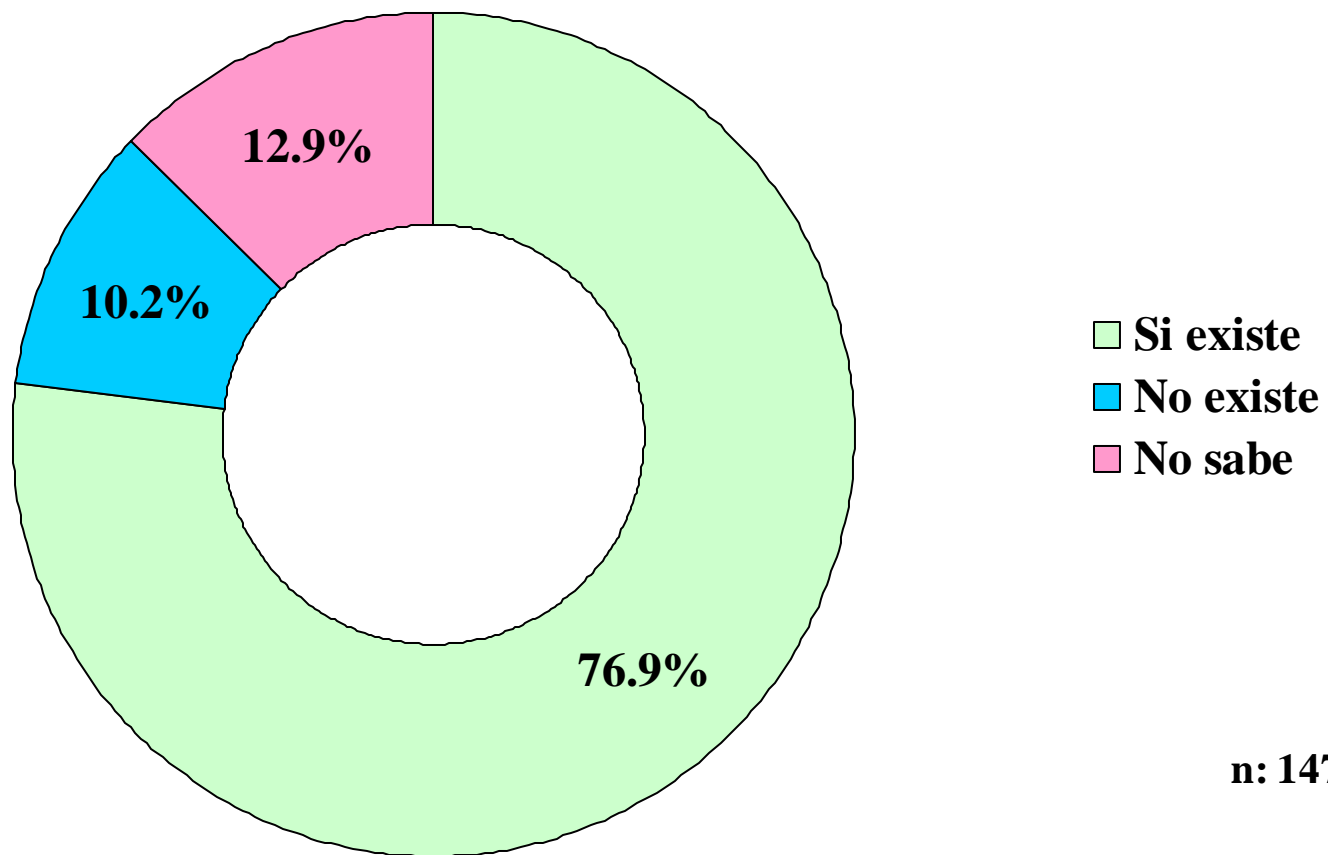
Fuente: Cuadro N° 9

**GRAFICO 8**  
**USO DE ANTICONCEPTIVOS UNICAMENTE ANTES DE LA**  
**RELACION PROTEGE DE EMBARAZO SEGUN EDAD**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

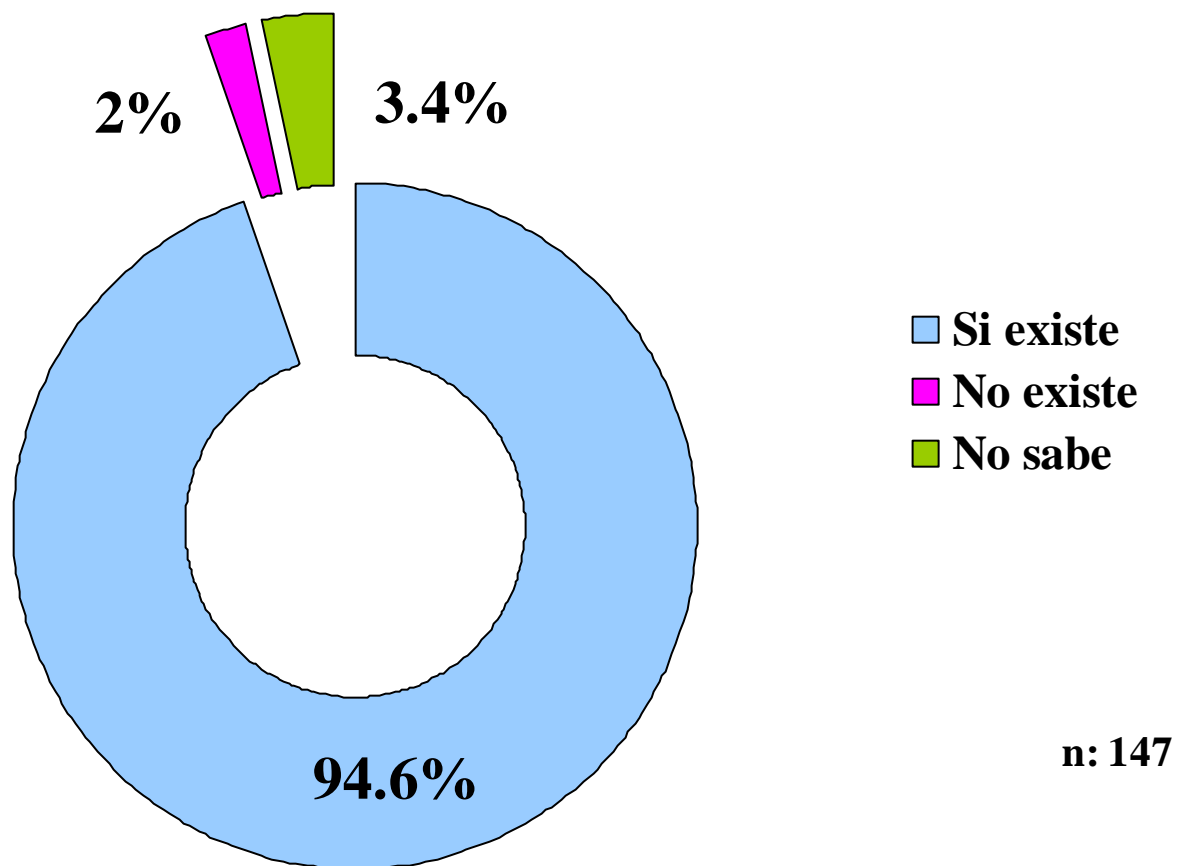


n: 147

**GRAFICO 9**  
**EXISTE MAYOR POSIBILIDAD DE SIDA ASOCIADO A OTRAS ITS**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

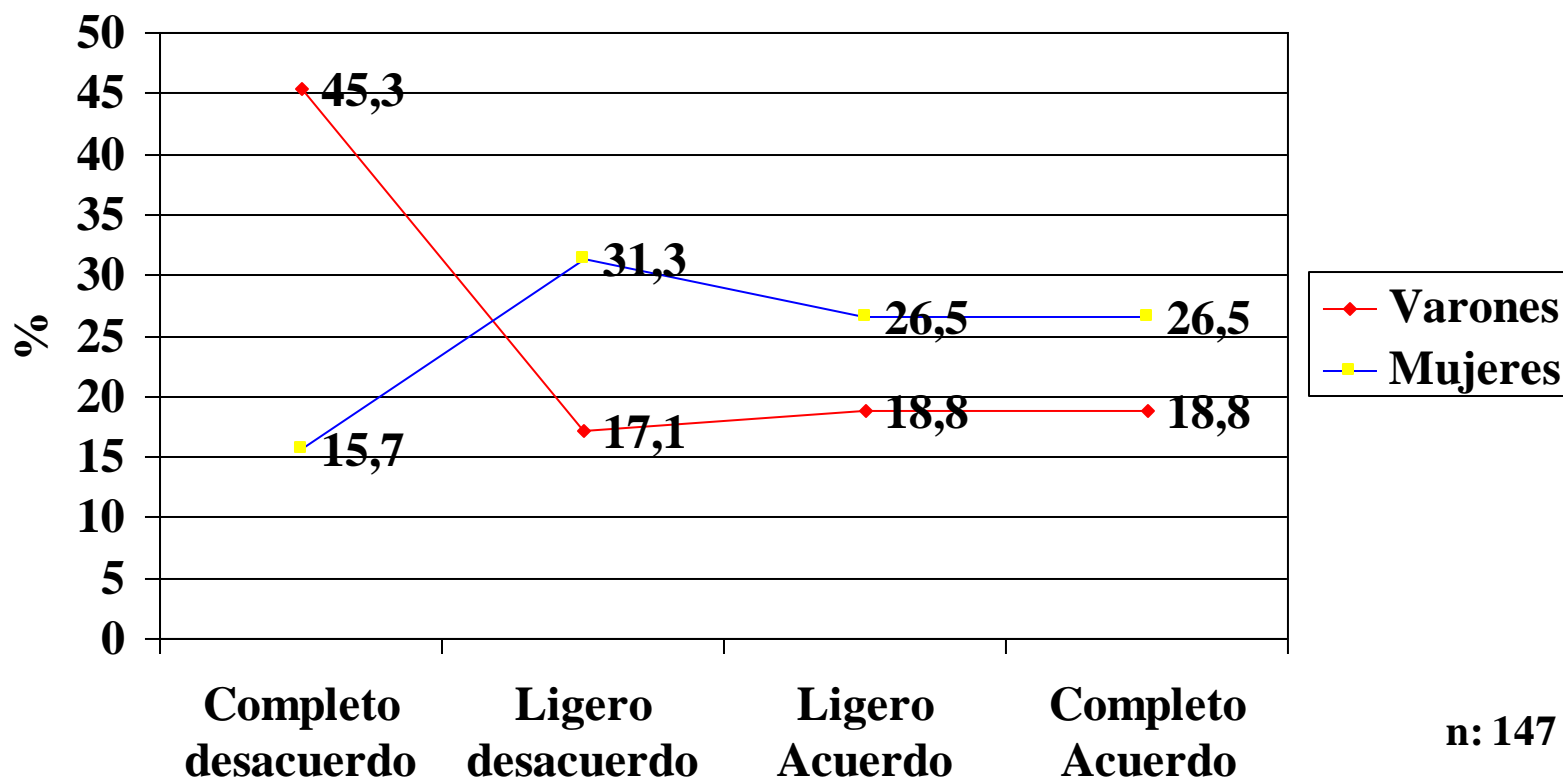


**GRAFICO 10**  
**EXISTEN LEYES CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

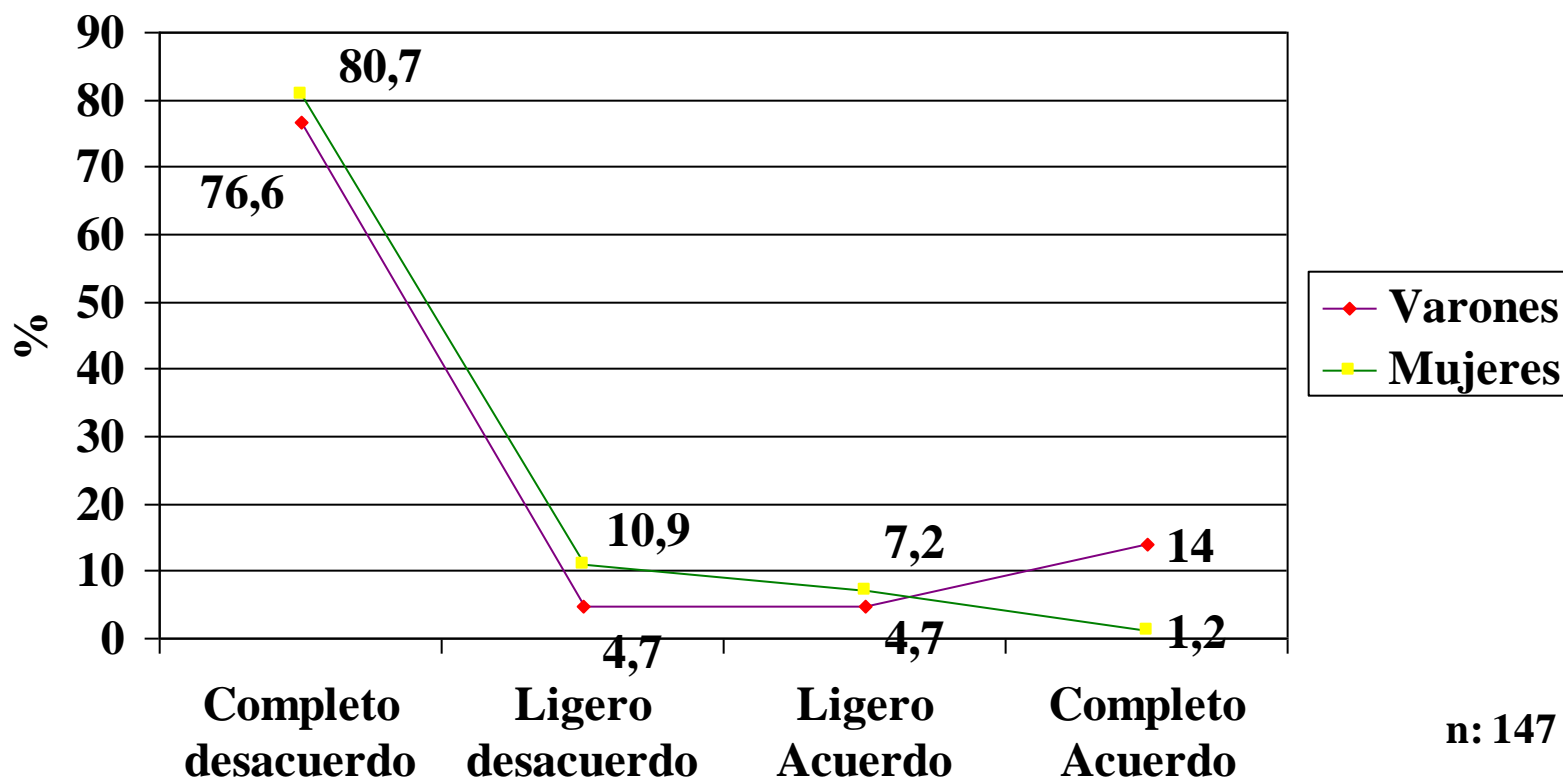




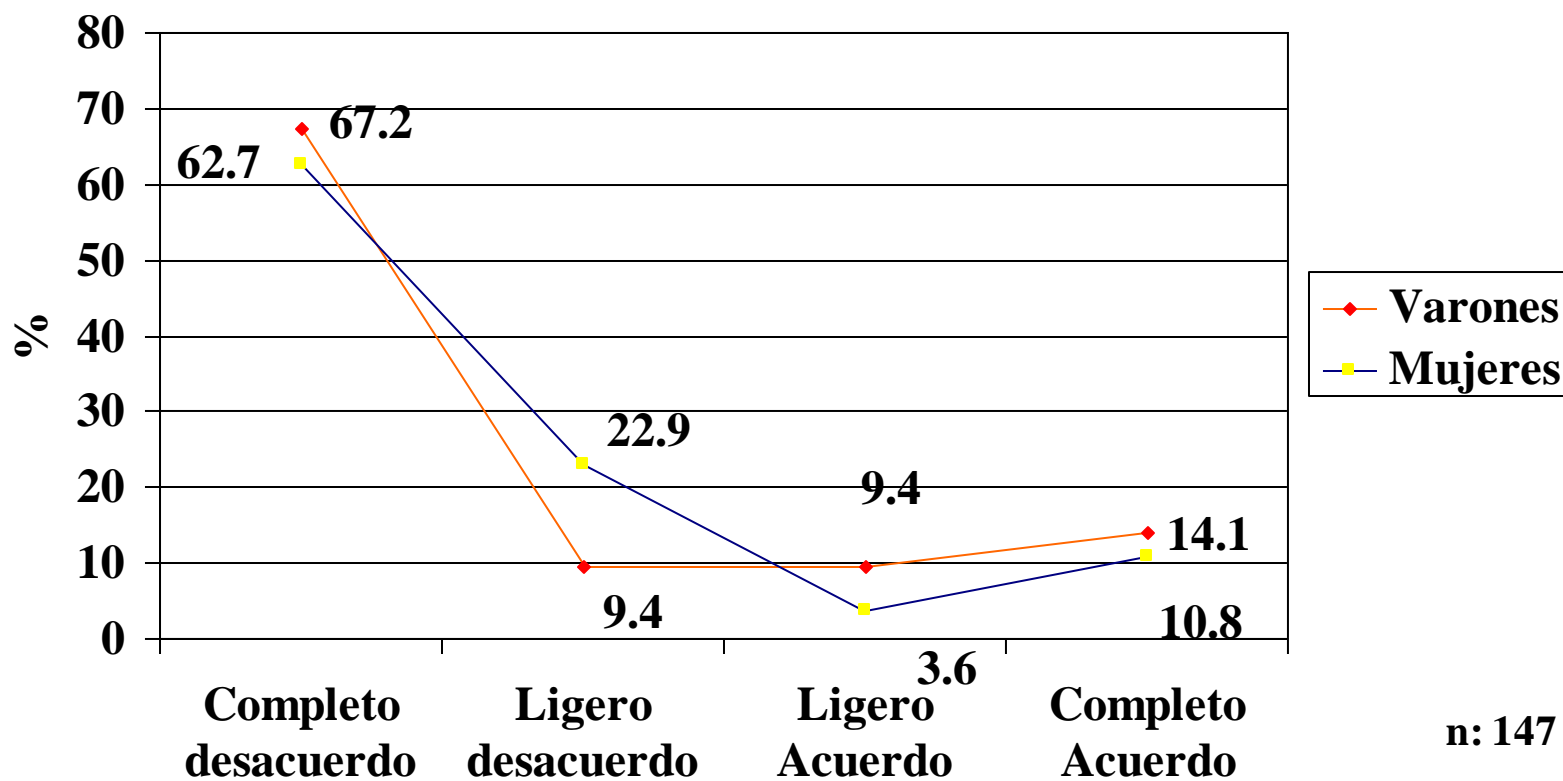
**GRAFICO 11**  
**BUSCAR METODOS ANTICONCEPTIVOS DA VERGÜENZA**  
**SEGUN SEXO**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



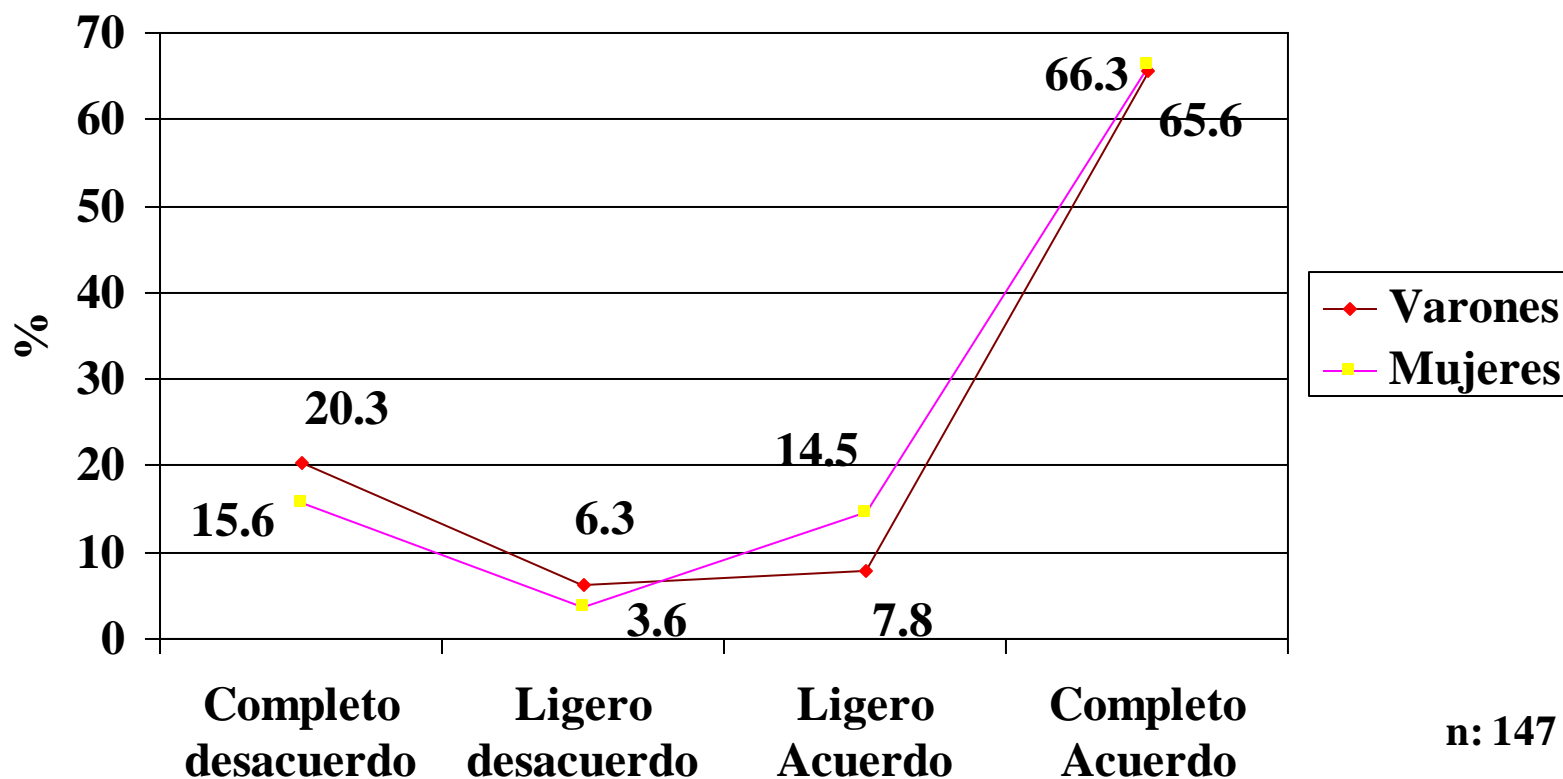
**GRAFICO 12**  
**LAS RELACIONES SEXUALES SON LA UNICA FORMA DE**  
**DEMOSTRAR AMOR SEGUN SEXO**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



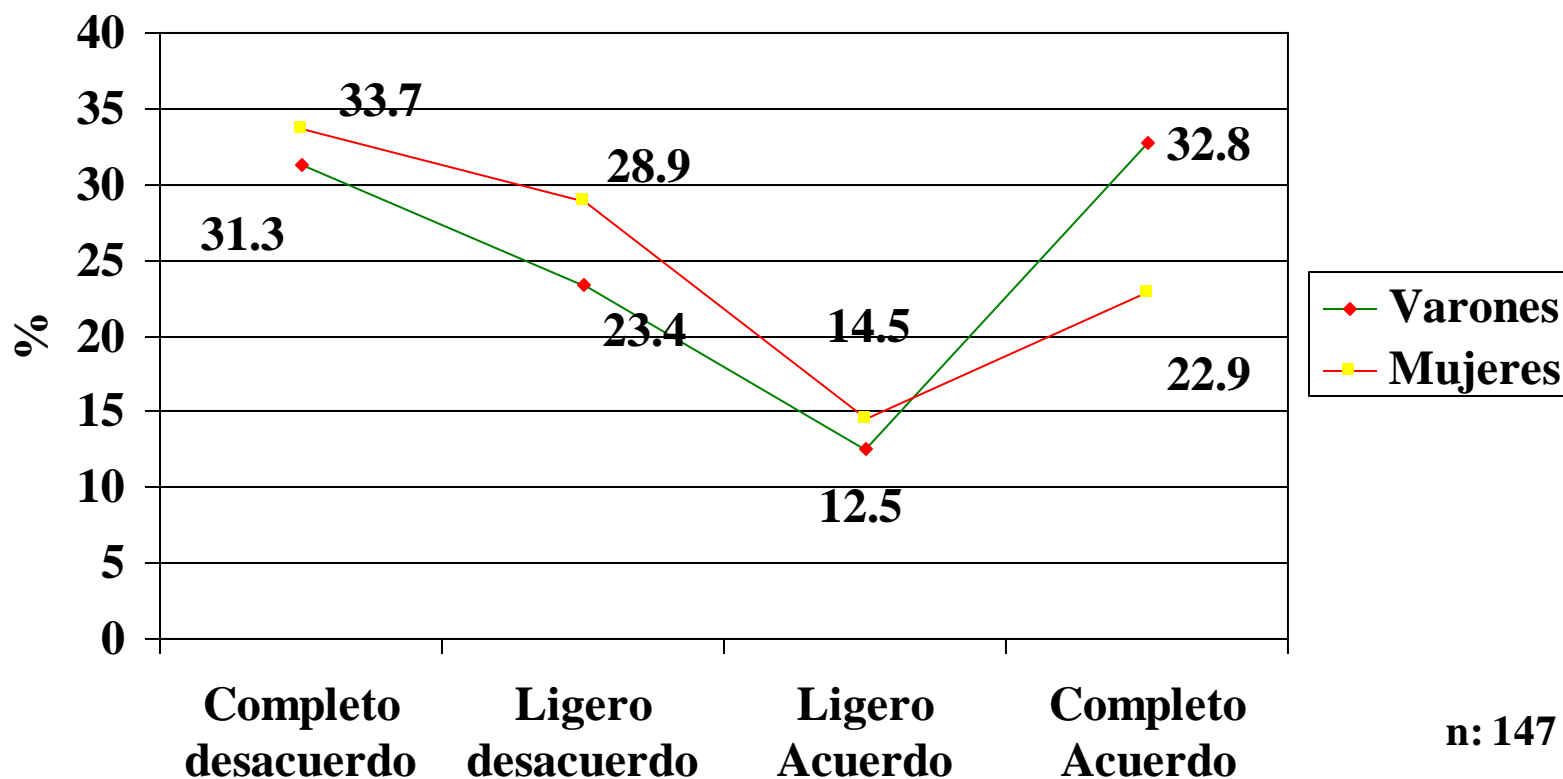
**GRAFICO 13**  
**NO TENER RELACIONES COITALES CAUSA BURLA DE LOS**  
**AMIGOS (AS) SEGUN SEXO**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



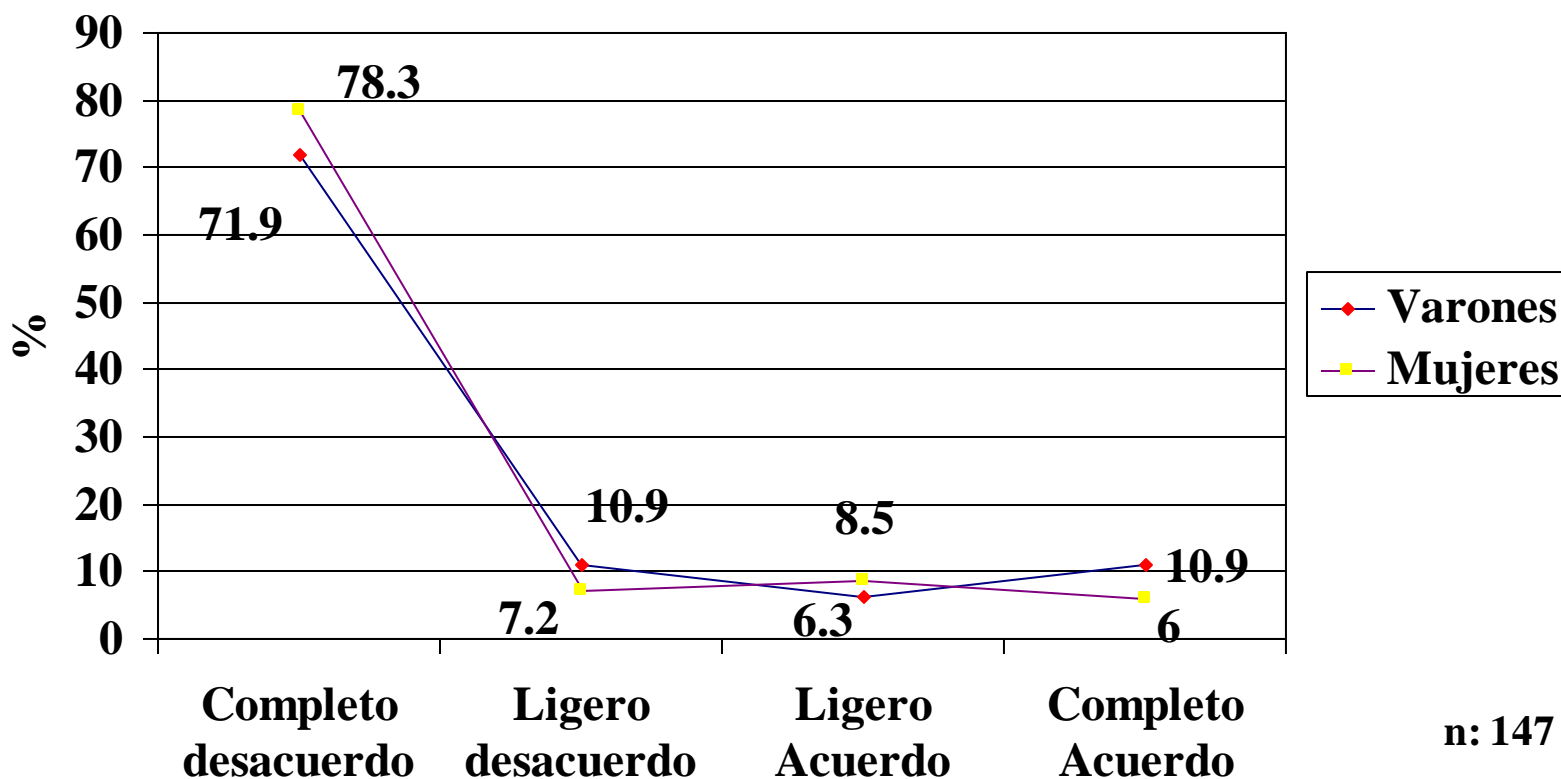
**GRAFICO 14**  
**UN EMBARAZO EN ESTE MOMENTO INTERRUMPE PLANES**  
**FUTUROS SEGUN SEXO**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



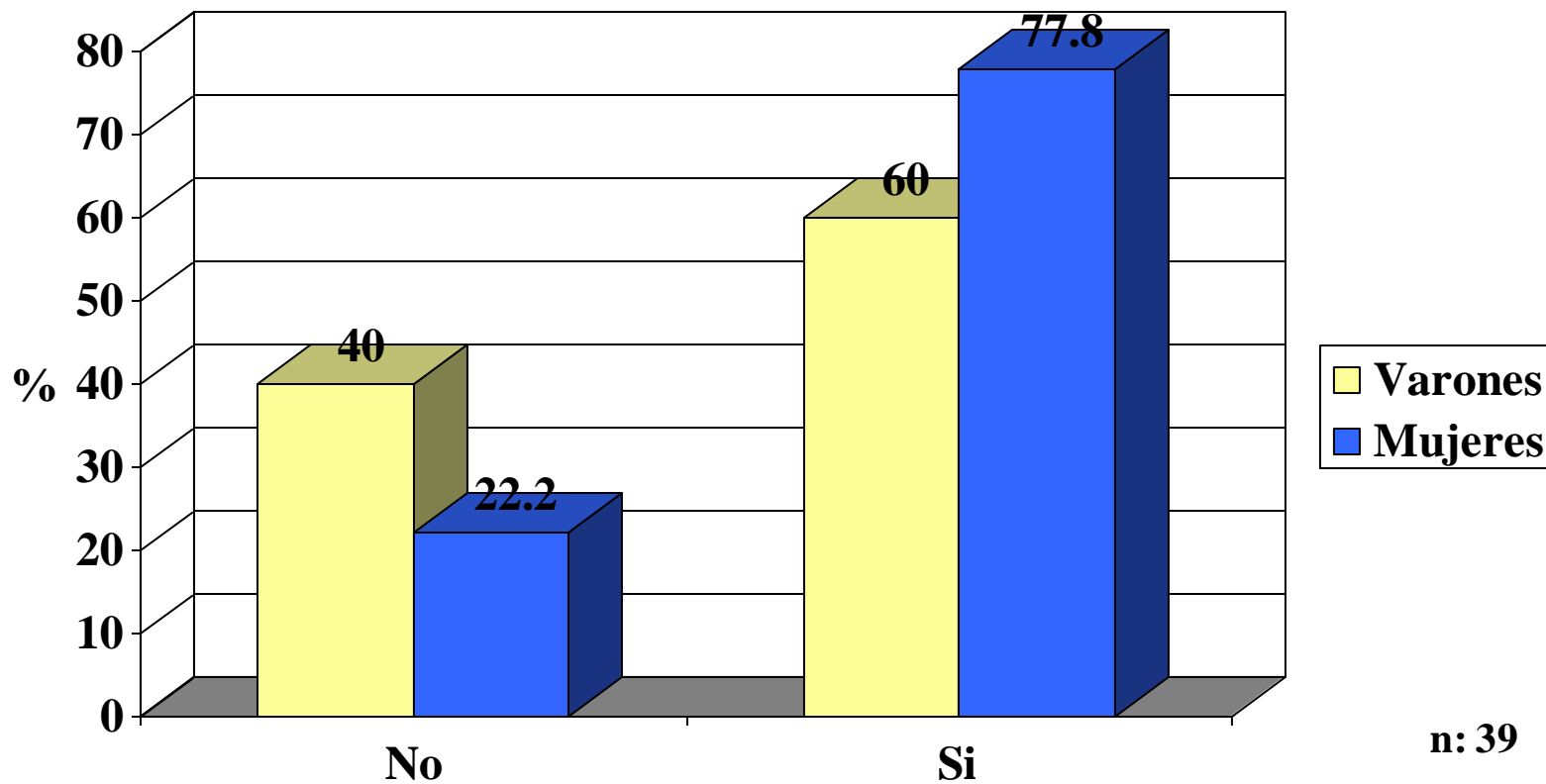
**GRAFICO 15**  
**POR SU COMPORTAMIENTO LAS MUJERES PROVOCAN LA**  
**AGRESION DE SUS PAREJAS SEGUN SEXO**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



**GRAFICO 16**  
**LOS HOMBRES TIENEN DERECHO A EXIGIR RELACIONES**  
**COITALES SEGUN SEXO**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



**GRAFICO 17**  
**RECIBIO INFORMACIÓN ANTES DE SU PRIMERA**  
**RELACION COITAL**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**



**GRAFICO 18**  
**UTILIZA PROTECCION CONTRA ITS SIDA O EMBARAZO SIEMPRE**  
**QUE TIENE RELACIONES COITALES**  
**SILAIS CARAZO, AÑO 2003**

