



Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados

INFORME FINAL

Noviembre de 2014

Índice

Introducción	1
Objetivos	3
Metodología	3
Diseño muestral	4
Definición de variables y construcción de índices	8
Informe del levantamiento	21
Resultados	24
1. Contexto. Descripción de la población	24
2. Contenidos de la Educación Sexual Integral	29
3. Satisfacción percibida	37
4. Actitudes relacionadas con la ESI	44
5. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	54
6. Determinantes psicosociales	60
7. Prácticas en salud sexual y reproductiva	65
8. Exposición a contenidos de la Educación Sexual Integral y prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva, conocimientos, actitudes y factores psicosociales.	77
9. Conclusiones y recomendaciones	83
Referencias	94

Introducción

La promoción de la educación sexual integral es fundamental para asegurar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a través de la promoción de la equidad de género (ODM3), la reducción de la mortalidad materna (ODM5) y el combate al VIH/SIDA (ODM6). Sin embargo, la mayoría de las y los adolescentes del mundo reciben poca educación sexual que contenga información de calidad, que les aporte habilidades para ejercer una sexualidad sana y en general que les ayude a vivir vidas plenas con equidad, empoderamiento y libres de discriminación. Las consecuencias de esta situación son claras: sin acceso a una educación sexual integral así como también servicios de salud sexual y reproductiva, los y las adolescentes (especialmente ellas) son más vulnerables a problemas de salud sexual y reproductiva. Por ello, es fundamental que la educación sexual de las y los adolescentes sea amplia y suficiente, permitiéndoles la expresión libre e integral de su sexualidad.

A nivel mundial, las ITS y específicamente el VIH son más comunes en las personas de 15 a 24 años.ⁱ Factores como el género, lugar de residencia, situación familiar, orientación sexual y edad se combinan de forma compleja para crear un contexto de vulnerabilidad frente las ITS/VIH para las y los adolescentes.ⁱⁱ Los factores económicos, sociales y físicos también juegan un papel importante, facilitando comportamientos de riesgo y dificultando la protección de la salud.ⁱⁱⁱ La educación sexual integral es uno de los factores protectores más importantes para disminuir o evitar los comportamientos de riesgo identificados. Existe evidencia científica clara que indica que los programas de educación sexual integral, que incluyen información no sólo sobre abstinencia sino también sobre el sexo más seguro o cómo protegerse de ITS/VIH, así como la equidad de género, los derechos y los planes de vida, tienden a llevar a las y los jóvenes a posponer la iniciación sexual, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de anticonceptivos.^{3,iv}

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) ha evidenciado importantes áreas de oportunidad para la educación sexual y reproductiva de los adolescentes. En el 2012 el 23% de los adolescentes de 12 a 19 años de edad habían iniciado su vida sexual, siendo más frecuente en hombres (25%) que en mujeres (20%). Aunque el 90% de la población adolescente reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Es preocupante que el 51.3% de las adolescentes de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual había estado alguna vez embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista. Asimismo, la utilización correcta de los anticonceptivos es problemática. El 12% de los adolescentes y el 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y de manera global el 21% de las y los adolescentes desconocían que el condón puede utilizarse para prevenir ITS y embarazos.⁸ La ENSANUT 2012 evidencia importantes avances en la salud sexual y reproductiva, pero también resalta la necesidad de fortalecer la educación sexual de los adolescentes mexicanos.

La Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” (DMPE) proporciona lineamientos generales que pueden ser aplicados para mejorar la calidad de la educación sexual en México. La DMPE es un esfuerzo internacional que afirma la necesidad de fortalecer la educación integral en sexualidad y prevención del VIH en la región de Latinoamérica y el Caribe. Esta Declaración plantea que la educación integral en sexualidad (ESI) debe tener un enfoque de derechos humanos, así como incluir aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, y temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales, conforme al marco legal de cada país para así generar respeto por las diferencias y rechazo a cualquier forma de discriminación, así como fomentar decisiones responsables e informadas entre la juventud para el inicio de su vida sexual.^v

De igual forma, la UNESCO a través del documento Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad, proporciona guías claras para que los tomadores de decisión puedan reorientar las políticas, actividades de promoción y programas hacia un estándar de calidad más alto.^{xi} El documento describe las características de los programas efectivos (del proceso de desarrollo curricular y del currículo), así como las buenas prácticas en instituciones educativas, y menciona que el enfoque de educación integral en sexualidad basado en un marco de derechos busca dotar a la gente joven de los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores indispensables para la determinación y gozo de su sexualidad, tanto física como emocionalmente. Esta perspectiva reconoce que la información por sí misma no es suficiente, sino que es necesario adquirir aptitudes esenciales para la vida y desarrollar una actitud y valores positivos. Una educación efectiva en sexualidad debe incluir oportunidades estructuradas que le permitan a la persona explorar sus valores y actitudes, y poner en práctica competencias esenciales para elegir la forma en que quiere conducir su vida sexual. La educación sexual integral representa un elemento central en la prevención de las ITS y el embarazo no deseado^{vi} y debe cubrir una amplia gama de temas. Recientemente y con el fin de complementar los trabajos en VIH y educación en sexualidad, la UNESCO publicó las Respuestas del Sector de Educación frente al Bullying Homofóbico para dar respuesta a la creciente violencia contra la población homosexual dentro de las escuelas^{vii}

El desarrollo de la educación sexual integral es esencial para asegurar la salud y el bienestar de la población mexicana. El establecimiento de una línea de base que considere aspectos amplios de evaluación de la calidad de la educación sexual integral es un paso fundamental para proporcionar un seguimiento a modificaciones y nuevos programas, asegurando que la toma de decisiones este basada en la mejor evidencia local disponible. Derivado de lo anterior y en respuesta a la invitación del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA para colaborar en el proyecto “Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados” cuyo objeto fue obtener información sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en población adolescente escolarizada, se realizó una encuesta en jóvenes inscritos en 45 escuelas de educación media superior.

Objetivos.

Objetivo general:

Evaluar la educación sexual integral impartida en México a través de la estimación de la satisfacción percibida, medición de los conocimientos existentes y las actitudes hacia la sexualidad entre la población adolescente escolarizada. Así mismo, se estudiarán los determinantes sociales, riesgos y facilitadores del ejercicio de la salud sexual integral.

Objetivos específicos:

- 1.- Conocer mediante la opinión de los adolescentes escolarizados el grado en que el sistema educativo cumple con los criterios básicos para ofrecer a los estudiantes educación sexual integral con base en estándares internacionales (UNESCO y DMPE), identificando áreas de oportunidad para el mejoramiento de los programas.
- 2.- Analizar los conocimientos en materia de los componentes básicos de la sexualidad integral de la población adolescente escolarizada, incluyendo aspectos importantes para la salud como consecuencias posibles del sexo no protegido, como el VIH y sida y el embarazo no planeado.
- 3.- Conocer las actitudes, características psicosociales, determinantes sociales y prácticas de la población adolescente en la vivencia de su sexualidad.

Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos del estudio se realizó una encuesta probabilística de tipo transversal en 3,824 adolescentes inscritos en 45 escuelas públicas y privadas de educación media superior. Las escuelas se localizaron en las cinco regiones del país, en zonas urbanas y rurales. El levantamiento de la información se realizó con un programa de cómputo autoaplicable, para reducir errores durante la captura, en espacios cerrados dentro de la escuela usando el sistema de audio computarizado denominado ACASI, para asegurar la privacidad y confidencialidad durante el levantamiento.

La encuesta se diseñó para obtener información sobre la educación sexual integral recibida durante su formación en escuelas primarias, secundarias y de educación media superior. Se obtuvo información sobre: características sociodemográficas, componentes de la educación sexual integral, actitudes y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, algunos determinantes como aspectos psicológicos y regulación emocional y sobre sus prácticas y condiciones de vida sexual.

Diseño muestral

Marco de muestreo

El marco de muestreo fue el listado de las escuelas que ofrecen educación media superior. El listado de escuelas se obtuvo del Sistema Nacional de Información de Escuelas ^{viii}, de la Secretaría de Educación Pública. En el listado están incluidos 15,990 planteles, que consideran el turno de clases, y que representan 14,206 Centros de trabajo, que denominaremos “escuelas”.

Parámetros de interés

Los parámetros de interés son las cantidades poblacionales que sirven para resolver las preguntas de investigación. Ejemplos de parámetros de interés que se proponen estimar son:

- *El porcentaje de estudiantes que responden que el condón masculino se utiliza como un método capaz de prevenir un embarazo y también prevenir una infección de transmisión sexual (ITS).* La ENSANUT 2012 reporta que el 78.5 de los adolescentes con edad 15 a 19 ha escuchado hablar del condón masculino y considera que el condón sirve para prevenir embarazos e ITS.
- *El porcentaje de estudiantes que alguna vez han tenido relaciones sexuales.* La Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia en Escuelas Públicas de Educación Media Superior ENEIVEMS 2009^{ix} estima dicho porcentaje en 30.4%. Este porcentaje es importante porque permite cuantificar el número de estudiantes expuestos a contraer una ITS.
- *El porcentaje de estudiantes que han sufrido algún abuso sexual.* La ENEIVEMS 2009 estima que el 7.5% de los estudiantes de educación media superior ha experimentado alguna forma de abuso sexual.

Adicionalmente, se estimarán parámetros entre los jóvenes que han tenido relaciones sexuales (TRS). Ejemplos de parámetros a estimar son:

- *Porcentaje de estudiantes a los que les preocupa contraer el sida.* La ENEIVEMS 2009 reporta que al 70.9% de los estudiantes TRS les preocupa mucho contraer el sida.
- *Porcentaje de estudiantes TRS que usaron algún método para evitar embarazo durante la primera relación sexual.* La ENEIVEMS 2009 estima dicho porcentaje en 69.9%.
- *Porcentaje de estudiantes TRS han estado embarazados o han embarazado a alguien.* La ENEIVEMS 2009 estima en 10.9% tal porcentaje.

A partir de los ejemplos mencionados podemos suponer que las proporciones que se estimaran estarán en el intervalo 7.5% a 75% dependiendo del parámetro.

Procedimiento de muestreo

El procedimiento de muestreo fue estratificado y por conglomerados. Los conglomerados fueron las escuelas; cuando una escuela tuvo más de un turno, todos los turnos de una escuela fueron considerados un conglomerado. Las escuelas se clasificaron de acuerdo a los siguientes criterios de estratificación:

- a) Geográfico. Se formaron cinco grupos de Estados de tal suerte que los estados son contiguos y cada grupo tuvo de modo aproximado la misma población (tabla 1).

Tabla 1. Regiones geográficas

Región	Estado
Noroeste	Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa, Sonora
Noreste	Aguascalientes, Coahuila, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas
Centro	Guerrero, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Hidalgo, Michoacán, Colima
DF-México	Distrito Federal, Estado de México
Sur	Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

- b) Escuelas públicas o privadas. Las escuelas se clasificaron en escuelas públicas y privadas; este criterio es relevante porque esperamos que el tipo de escuela (pública/privada) ayude a estimar las condiciones de vida de los estudiantes.

Para seleccionar a los estudiantes primero, se asignó a cada estrato j un tamaño de muestra de estudiantes (n_j) proporcional al número de estudiantes que comprenden cada estrato; luego, el número de escuelas a seleccionar por estrato fue aproximado por $m_j = n_j / (3k)$ donde k fue el número de estudiantes a seleccionar por cada uno de los tres años que comprenden la educación media superior. Entonces, en cada estrato se seleccionaron a las escuelas m_j con probabilidad proporcional su número de estudiantes; la selección se realizó con un muestreo sistemático después de ordenar a las escuelas por aprovechamiento escolar usando indicadores de la prueba Enlace; esto garantizará la representación de escuelas con diferente aprovechamiento en la muestra. Finalmente, en cada año escolar se seleccionó a un grupo y dentro de cada grupo se

seleccionaron a $k=20$ estudiantes; la selección del grupo y los estudiantes se realizó con un muestreo sistemático e igual probabilidad.

El efecto del procedimiento de muestreo sobre las estimaciones se propuso fuera ajustado por el efecto de diseño debido al muestreo de conglomerados:

$$deff = 1 + \rho(3k - 1)$$

Donde $3k=3*20=60$ fue el número de estudiantes a seleccionar por escuela y ρ es una medida de la homogeneidad de los conglomerados. El *Deff* se interpreta como el número de estudiantes seleccionados mediante el muestreo descrito que son equivalentes, para propósitos de estimación, a un estudiante que se selecciona mediante muestreo aleatorio simple.

Determinación del número de estudiantes a seleccionar por grupo

La ENEIVEMS 2009 seleccionó a todos los estudiantes de un grupo, entonces, seleccionamos tres submuestras con fracciones: $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ y $\frac{1}{4}$ para cuantificar el incremento en los errores estándar debido a la reducción en la fracción de muestreo.

Tabla 2. Errores estándar estimados en la ENEVEMS 2009 para tres fracciones de muestreo $f=1$, $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ y $\frac{1}{4}$. Los errores estándar se calcularon para los parámetros de interés.

Prevalencia	Estimación	Error Estándar				
		Muestra completa	$f=3/4$	$f=1/2$	$f=1/4$	
Alguien tocó tus genitales o te ha hecho cosas sexuales cuando tu no querías ?	7.5		0.6	0.67	0.70	0.83
Has tenido alguna vez relaciones sexuales ?	30.5		1.6	1.54	1.67	2.23
Te preocupa mucho contraer SIDA	70.9		1.6	1.81	1.92	2.14
En la primera relación sexual usaron algún método para evitar el embarazo ?	69.9		1.8	2.08	2.27	2.17
Alguna vez has estado embarazada o has embarzadado a alguien	10.9		1.8	1.96	1.95	2.13
Promedio			1.47	1.61	1.70	1.90

La tabla 2 muestra que al aplicar una fracción de muestreo de $\frac{3}{4}$, el error estándar promedio para las variables analizadas se incrementa en un 9%.

Determinación del número de escuelas a seleccionar

Después de haber elegido k , como 20, se estimó la semi-amplitud de los intervalos de confianza mediante la fórmula.

$$d = 2\sqrt{\frac{p(1-p)}{m3k} (1 + \rho(3k - 1))}$$

Donde m es el número de escuelas (45) y k el número de estudiantes a seleccionar por salón (20) y ρ es el coeficiente de correlación intra-conglomerado. ρ fue estimado usando los datos de la ENEIVEMS 2009 y se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 3. Coeficientes de correlación intra-conglomerados estimados

Prevalencia	Coeficiente correlación Intra-conglomerados
Alguien tocó tus genitales o te ha hecho cosas sexuales cuando tu no querias ?	0.04
Has tenido alguna vez relaciones sexuales ?	0.11
Te preocupa mucho contraer SIDA	0.08
En la primera relación sexual usaron algún método para evitar el embarazo ?	0.12
Alguna vez has estado embarazada o has embarazado a alguien	0.30
Promedio	0.13

Se decidió usar a $\rho = 0.11$ como una estimación por ser la mediana.

Dado que pretendemos estimar prevalencias mayores al 7.5% en estudiantes que han tenido alguna relación sexual, el tamaño de muestra fue de 45 escuelas. Con este número de escuelas la semi-amplitud de los intervalos de confianza será del 3%. (Tabla 4)

Tabla 4. Semi-amplitud de los intervalos de confianza para $k=9 \cdot 3/4=6.75$ estudiantes que *han tenido alguna relación sexual* en promedio por grupo. M es el número de escuelas. El número promedio de estudiantes por escuela es $27 \cdot 3/4=20.25$.

Escuelas m	Prevalencia					
	0.075	0.15	0.3	0.45	0.6	0.75
30	0.04	0.05	0.07	0.07	0.07	0.06
40	0.03	0.04	0.06	0.06	0.06	0.05
50	0.03	0.04	0.05	0.06	0.05	0.05
60	0.03	0.04	0.05	0.05	0.05	0.04
70	0.02	0.03	0.04	0.05	0.05	0.04
80	0.02	0.03	0.04	0.04	0.04	0.04
90	0.02	0.03	0.04	0.04	0.04	0.04

De cada una de las 45 escuelas seleccionadas, fueron elegidos al azar un grupo de primero, uno de segundo y uno de tercer año, independientemente del turno. El número promedio de estudiantes por grupo es de: 30 en bachillerato público y 20 en privado. Para obtener los 20 por grupo que estábamos esperando, se invitó a todos a participar, es decir, no se realizó una selección de estudiantes.

Definición de variables y construcción de índices

A continuación se incluye la descripción de los indicadores e índices que se construyeron para este análisis:

Género

Actitudes equitativas sobre género y sexualidad. Se instrumentó a partir de los reactivos: "Creo que a veces un muchacho tiene que forzar a una muchacha a tener relaciones sexuales con él si la quiere; Creo que a veces se justifica que un muchacho le pegue a su novia; Creo que es principalmente responsabilidad de la mujer asegurarse de que se use regularmente un anticonceptivo; Creo que los hombres necesitan sexo con más frecuencia que las mujeres; Creo que muchas muchachas que tienen relaciones sexuales antes de casarse lo lamentan después; Creo que muchos muchachos que tienen relaciones sexuales antes de casarse lo lamentan después." Un mayor puntaje implica más actitudes positivas hacia la equidad de género o actitudes más equitativas.

Orientación sexual. Para instrumentar la orientación sexual, se utilizaron tres indicadores: Atracción sexual, identificación de sí mismo/a con un grupo de personas que tiene la misma identidad sexual y sobre quiénes (hombres, mujeres o ambos) la persona tiene fantasías sexuales. Siendo posible tener más de un indicador.

Concepciones sobre roles y atributos de género. Se formuló mediante los reactivos: "Que tan de acuerdo o en desacuerdo estas con las siguientes opiniones: Una mujer puede pedir a su novio que utilice condón; Un hombre puede pedir a su novia que utilice condón; Creo que un muchacho no respetará a una muchacha si ella acepta tener relaciones sexuales con él; Creo que a veces se justifica que un muchacho le pegue a su novia; Creo que es principalmente responsabilidad de la mujer asegurarse de que se use regularmente un anticonceptivo; Creo que muchas muchachas que tienen relaciones sexuales antes de casarse lo lamentan después; Creo que muchos muchachos que tienen relaciones sexuales antes de casarse lo lamentan después". Se calcula mediante la suma de las variables, un mayor puntaje implica concepciones más equitativas sobre roles y atributos de género.

Salud Sexual y Reproductiva

Reconocimiento de anticonceptivos. Para medir el reconocimiento de anticonceptivos en los estudiantes se preguntó "¿Has oído hablar de las pastillas o píldoras anticonceptivas, las inyecciones hormonales para anticoncepción, el condón, la pastilla de anticoncepción de emergencia (del día después), DIU, parche ? Un mayor puntaje implica reconocimiento de un mayor número de anticonceptivos de parte del/la adolescente.

Acceso a métodos anticonceptivos. Se construyó a partir de los reactivos: "¿Conoces algún lugar o

personas donde los adolescentes puedan obtener: las pastillas o píldoras anticonceptivas, las inyecciones hormonales para anticoncepción, el condón, la pastilla de anticoncepción de emergencia (del día después)? Es una suma de 4 puntos y un mayor puntaje implica que conoce cómo tener acceso a un mayor número de tipos diferentes de anticonceptivos.

Información sobre los anticonceptivos. Se midió mediante los reactivos “¿Dónde escuchaste de la existencia de: pastillas e inyecciones hormonales, el condón y la anticoncepción de emergencia? Estimando las frecuencias (%) de adolescentes que reportan haber recibido información sobre al menos un tipo de anticonceptivo en la escuela o en la casa.

Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Se instrumentó a partir de los reactivos: “Que tan de acuerdo estas con las siguientes opiniones: “Los condones son un método efectivo para prevenir embarazos; Los condones pueden ocuparse más de una vez; Los condones son una manera efectiva de protegerse contra el VIH y/o sida; Los condones pueden zafarse del pene y desaparecer dentro del cuerpo de la mujer; Los condones son una manera efectiva de protegerse contra enfermedades de transmisión sexual.” Asimismo se preguntó: “¿Cuántas veces se puede usar un condón masculino?; ¿El condón masculino se utiliza como un método para prevenir un embarazo o como un método para prevenir una infección de transmisión sexual?; ¿En qué consiste la anticoncepción de emergencia?; ¿Cuáles de los siguientes métodos crees que sirvan para prevenir una infección de transmisión sexual o VIH y/ o sida? Para fines analíticos se tomaron en cuenta únicamente las respuestas correctas, un puntaje más alto implica mayores conocimientos.

Negociación del uso de anticonceptivos o condón en la primera relación sexual. Se midió con los reactivos: ¿Hablaste con alguien sobre qué método usar antes de la primera relación sexual? y ¿Hablaste con alguien sobre qué método usar después de la primera relación sexual? Es la frecuencia (%) de adolescentes escolarizados que reportan haber hablado con su pareja sexual sobre el uso de anticonceptivos antes o después de la primera relación sexual.

Uso de algún tipo de anticonceptivo efectivo durante la primera relación sexual. Se instrumentó con el reactivo: “¿Cuál método anticonceptivo usaron? Se reporta como la frecuencia (%) de adolescentes escolarizados que reportan haber utilizado alguno de los siguientes anticonceptivos durante la primera o la última relación sexual: condón, DIU o pastillas, implante, inyección o parche hormonal.

Uso de algún tipo de anticonceptivo efectivo durante la última relación sexual. Se midió con el reactivo: “¿En tu última relación sexual cuál método anticonceptivo usaron? Se reporta como la frecuencia (%) de adolescentes escolarizados que reportan haber utilizado alguno de los siguientes anticonceptivos durante la primera o la última relación sexual: condón, DIU o pastillas, implante, inyección o parche hormonal.

Uso consistente de anticonceptivos efectivos. El uso consistente de anticonceptivos fue

establecido mediante la frecuencia (%) que los adolescentes reportaron usar un anticonceptivo efectivo (condón, DIU o pastillas, implante, inyección o parche hormonal) tanto en la primera como en la última relación sexual. ,

Uso frecuente de anticonceptivos efectivos. Se instrumentó con los reactivos: ¿Con qué frecuencia tú y tu pareja usan(o tú y tu última pareja usaban) algún método para evitar embarazos? Y ¿Con qué frecuencia tú y tu pareja usan (o tú y tu última pareja usaban) algún método para evitar contagiarse de alguna infección sexual? Para fines analíticos únicamente se identificaron aquellos casos en que la población adolescente reportará haber usado siempre o casi siempre algún método para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual. ,

Uso inadecuado del condón. Se midió a partir del reactivo: ¿Has tenido alguna experiencia en que el condón se rompa durante la relación sexual? Se reporta como la frecuencia (%) de adolescentes escolarizados que han tenido un mal uso del condón.

Método anticonceptivo adecuado para ser utilizado por un/a adolescente. Se utilizó el reactivo "¿Cuál método consideras que es más adecuado para ser utilizado por un(a) adolescente?" Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica (índice de conocimientos de anticonceptivos efectivos) que identifica a los y las adolescentes que consideran los métodos menos efectivos como los adecuados para ser usados en adolescentes.

Reconocimiento de anticonceptivos efectivos. Se construyó mediante el reactivo "¿Cuál método consideras que es más adecuado para ser utilizado por un(a) adolescente?" Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica que identifica aquellos adolescentes que señalan el retiro, ritmo, espumas, óvulos como los más efectivos. Se reporta la frecuencia (%) de adolescentes escolarizados que identifican al menos un método anticonceptivo efectivo como apropiado para uso por personas de su edad.

Concepción de algún método anticonceptivo como dañino para la salud. Se instrumentó mediante el reactivo: "¿Crees que algún método podría dañar tu salud? Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica (Anticonceptivo malo para salud) que identifica a los y las adolescentes que perciben por lo menos algún método anticonceptivo como malo para la salud.

Efectividad percibida del condón. Para instrumentar la efectividad percibida del condón se recurrió a los reactivos: "Que tan de acuerdo o en desacuerdo estas con las siguientes opiniones... Los condones son método efectivo para prevenir embarazos; Los condones son una manera efectiva de protegerse contra el VIH y/o sida; Los condones son una manera efectiva de protegerse contra enfermedades de transmisión sexual" Se calculó mediante la suma de respuestas correctas, un mayor puntaje indica que el condón es percibido como efectivo para para más de una finalidad.

Percepciones equitativas de género con relación al condón. Se instrumentó mediante los reactivos: "Que tan de acuerdo o en desacuerdo estas con las siguientes opiniones... Una mujer

puede pedir a su novio que utilice condón y un hombre puede pedir a su novia que utilice condón”
Es la frecuencia (%) de las y los adolescentes escolarizados que tienen una concepción equitativa con relación a las normas de género para el uso del condón.

Actitudes positivas hacia el condón. Las actitudes positivas hacia el condón se evaluaron mediante los reactivos: ““Que tan de acuerdo o en desacuerdo estas con las siguientes opiniones...El condón es adecuado para las relaciones ocasionales; el condón es adecuado para las relaciones amorosas estables; Sería muy vergonzoso para alguien como yo comprar u obtener condones; Si una adolescente sugiere el uso del condón a su pareja significa que ella no confía en él; Si una pareja no está casada y desea tener relaciones sexuales antes del matrimonio, debería usar condón. Se calcula mediante la suma de los aciertos, un mayor puntaje indica que el o la adolescente escolarizado tiene más actitudes positivas hacia el condón.

Autoeficacia para el uso del condón. Se utilizó la escala *Adolescent and young adult condom self-efficacy scale*^x, la cual se tradujo al español y se adaptó hacia la población adolescente^{xi,xii,xiii,xiv}. Consta de 14 afirmaciones con una escala Likert para medir qué tan seguro o inseguro se percibe el o la adolescente de poder realizar ciertas acciones relacionadas con el uso del condón. Se construyó una variable dicotómica que indica que el o la adolescente tiene autoeficacia para el uso del condón o no.

Ciudadanía

Conocimientos sobre derechos de salud sexual y reproductiva. Se instrumentó con los reactivos: “¿Cuáles son los derechos que tienen los adolescentes...recibir condones, recibir anticonceptivos, recibir anticoncepción de emergencia, tener relaciones sexuales sólo cuando lo deseen?” Se calcula con la suma de aciertos, un mayor puntaje implica el reconocimiento de parte de la o el adolescente escolarizado de un mayor número de derechos básicos

Uso de servicios de salud sexual y reproductiva. El uso de servicios de salud sexual y reproductiva se instrumentó mediante el reactivo: “El médico o la enfermera, ¿Te hablo sobre anticonceptivos, condones, anticoncepción de emergencia o pastilla del día después, enfermedades transmitidas sexualmente, el embarazo? Se calculó mediante la suma de los reactivos, un mayor puntaje implica mayor información recibida.

Recepción de condones gratuitos. Se construyó mediante el reactivo: “¿En dónde te dieron los condones gratuitos? Los lugares se clasificaron de la siguiente manera: (1) servicios de salud públicos, (2) servicios de salud privados, (3) en la escuela y (4) otros. Asimismo se obtuvo el número de condones recibidos en el último año.

Placer

Actitudes positivas hacia la sexualidad. Se instrumentó con los reactivos: “Las y los adolescentes

tienen diferentes puntos de vista sobre las relaciones. Para cada punto de vista a continuación, marca si estás de acuerdo o en desacuerdo...Creo que está bien si los/las adolescentes que no están casadas sean novios, salgan juntos o tengan citas, creo que está bien si los /las adolescentes que no están casados se besen, abracen y se toquen, creo que no tienen nada de malo si los/las adolescentes que no están casados tengan relaciones sexuales si se quieren o se aman, creo que un muchacho y una muchacha deben tener relaciones sexuales antes de que decidan casarse, para ver si son compatibles, creo que está bien que los muchachos y las muchachas tengan relaciones sexuales si usan métodos para prevenir un embarazo, creo que debes de estar enamorado/a con alguien antes de tener relaciones sexuales con él o ella, creo que a veces un muchacho tiene que forzar a una muchacha a tener relaciones sexuales con él, creo que un muchacho no respetará a una muchacha si ella acepta tener relaciones sexuales con él, creo que muchas muchachas que tienen relaciones sexuales antes de casarse lo lamentan después, creo que muchos muchachos que tienen relaciones sexuales antes de casarse lo lamentan después". Se calcula con una suma y un mayor número de puntos indica actitudes más positivas hacia la sexualidad.

Actitudes positivas hacia el placer. Las actitudes positivas hacia el placer se instrumentaron con los reactivos: "Las y los adolescentes tienen diferentes puntos de vista sobre las relaciones. Para cada punto de vista a continuación, marca si estás de acuerdo o en desacuerdo...Creo que está bien si los/las adolescentes que no están casadas sean novios, salgan juntos o tengan citas, creo que está bien si los /las adolescentes que no están casados se besen, abracen y se toquen, creo que no tienen nada de malo si los/las adolescentes que no están casados tengan relaciones sexuales si se quieren o se aman, creo que un muchacho y una muchacha deben tener relaciones sexuales antes de que decidan casarse, para ver si son compatibles". Se obtiene mediante una suma de las actitudes positivas, un mayor número de puntos indica actitudes más positivas hacia el placer sexual.

Violencia

Violencia familiar emocional y física. Se midió con los reactivos: "¿Con qué frecuencia durante el último año en tu casa o en escuela...Te dicen insultos o groserías, te hacen sentir mal, te provocan o te hacen sentir miedo, te han cacheteado, pegado o golpeado?" Para fines analíticos, se consideró únicamente las respuestas donde padre, madre o hermano cometía cualquier tipo de agresión al menos una vez.

Violencia emocional, física y sexual de noviazgo. Se instrumentó a partir de los reactivos: "Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces tu novio/a o alguien con quien estabas saliendo: te insultó, dijo que eras tonto/a, te ridiculizó, se burló de ti, te prohibió tener amigos o extendió rumores falsos sobre ti?, ¿Cuántas veces tu novio/a o alguien con quien estabas saliendo: te lastimó físicamente a propósito, y ¿Cuántas veces tu novio/a o alguien con quien estabas saliendo: te forzó a hacer cosas sexuales que no querías hacer?" Se calculó con el porcentaje de estudiantes que reportan algún tipo de violencia al menos una vez en el último año.

Abuso sexual. El abuso sexual se construyó con el reactivo: “¿Alguna vez alguien ha tocado tus genitales o te hizo cosas sexuales cuando no querías? Se calculó con el porcentaje (%) de adolescentes escolarizados que reportan haber experimentado abuso sexual alguna vez en la vida.

Violencia de pares o bullying en la escuela. Se construyó con los reactivos: “¿Con qué frecuencia durante el último año en tu casa o en escuela...Te dicen insultos o groserías, te hacen sentir mal, te provocan o te hacen sentir miedo, te han cacheteado, pegado o golpeado?” y “¿En qué lugar...casa, escuela y ambos?” Se calculó con los y las adolescentes que reportan haber experimentado bullying en la escuela alguna vez en el último año.

Experiencia como víctima de bullying. Se instrumentó con los reactivos: “Marca qué tanto las siguientes cosas son ciertas para ti: Me dicen nombres feos, me molestan o me agreden, se burlan de mí, me pegan o me dan empujones” Se mide como el porcentaje de adolescentes que reportan haber sido víctimas de bullying por lo menos una vez.

Experiencia como perpetrador de bullying. Se instrumentó con los reactivos: “Marca qué tanto las siguientes cosas son ciertas para ti: Me gusta molestar a los debiluchos, me gusta pelearme con alguien a quien le puedo ganar fácilmente, soy parte de un grupo que se burla de otras personas, me gusta hacer que otras personas me tengan miedo” Se mide como el porcentaje de adolescentes que reportan haber tenido una conducta como perpetrador por lo menos una vez.

Diversidad

Ambiente homofóbico en la escuela. Para medir el ambiente homofóbico en la escuela se recurrió a los reactivos: ¿Te sientes inseguro en la escuela por tu orientación sexual?, “En el último año, ¿Qué tan frecuentemente te han molestado verbalmente (llamándote palabras feas, amenazas, etc.) en tu escuela por tu orientación sexual? y “En el último año, ¿Qué tan frecuentemente te han molestado físicamente (empujado, pegado, etc.) en tu escuela por tu orientación sexual? Se reporta como el porcentaje (%) de adolescentes escolarizados que reportan el uso de expresiones homofóbicas entre los estudiantes de su escuela.

Violencia por motivos de diversidad. Se construyó con los reactivos: ¿Te sientes inseguro en la escuela por la manera en que expresas tu género?, “En el último año, ¿Qué tan frecuentemente te han molestado verbalmente (llamándote palabras feas, amenazas, etc.) en tu escuela por la manera en que expresas tu género? y “En el último año, ¿Qué tan frecuentemente te han molestado físicamente (empujado, pegado, etc.) en tu escuela por la manera en que expresas tu género? Se calcula como el porcentaje (%) de adolescentes escolarizados que reportan haber experimentado bullying en la escuela por cuestiones de diversidad sexual (manera de expresar el género, la masculinidad o feminidad) alguna vez en el último año.

Violencia de pares o bullying por otras cuestiones de diversidad en la escuela. Se instrumentó con los reactivos: ¿Te sientes inseguro en la escuela por tu género, color de piel, discapacidad o

religión?, En el último año, ¿Qué tan frecuentemente te han molestado verbalmente (llamándote palabras feas, amenazas, etc.) en tu escuela por tu género, color de piel, discapacidad o religión? y “En el último año, ¿Qué tan frecuentemente te han molestado físicamente (empujado, pegado, etc.) en tu escuela por tu género, color de piel, discapacidad o religión? Se mide como el porcentaje (%) de la población adolescente que reportan haber experimentado bullying por cuestiones de diversidad alguna vez en el último año.

Relaciones

Comunicación entre los y las adolescentes escolarizados y sus padres, madres o tutores. Se midió con los reactivos: “En los últimos 6 meses, con qué frecuencia han hablado tú y tus padres sobre los siguientes temas...Sexo, cómo usar condones, protegerte de infecciones sexualmente transmitidas, protegerte del virus del Sida, prevenir el embarazo”. Se calcula con la suma de los reactivos, un mayor puntaje indica el diálogo de un mayor número de temas de salud sexual y reproductiva en los últimos seis meses.

Toma de decisiones en el noviazgo. Se construyó con los reactivos: ¿Quién decide (decidía) sobre cuando visitar a los amigos?, ¿Quién decide (decidía) sobre cuando participar en actividades escolares?, ¿Quién decide (decidía) que tipo de ropa debes usar?, ¿Quién decide (decidía) cuándo ir al cine o salir de paseo?, ¿Quién decide (decidía) cuándo ir al antro o fiestas?, ¿Quién decide (decidía) cuándo faltar a una clase o cuándo irse de pinta? Se calcula con la suma de los reactivos, un mayor puntaje implica la toma de decisiones de manera más equitativa dentro de la relación de noviazgo.

Determinantes psicosociales

Sintomatología depresiva. Se midió con la versión en español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9)^{xv} considerándose el punto de corte de 10 para identificar a los estudiantes con sintomatología indicativa de depresión moderada ó severa, de acuerdo a lo previamente establecido en población mexicana^{xvi}.

Ideación suicida. Se midió a partir del reactivo 9 de la escala PHQ9, el cual cuestiona al adolescente con qué frecuencia durante la semana pasada ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera. El uso de este reactivo para identificar personas con riesgo aumentado de suicidio y de intento de suicidio ha sido respaldado por estudios previos^{xvii}. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica (ideación suicida) que identifica a los y las adolescentes que reportaron la presencia de pensamientos de ideación suicida entre varias veces a casi todos los días en la semana anterior.

Autoestima. Para instrumentar el concepto de autoestima, se seleccionaron algunos reactivos relacionados con la asertividad, auto-confianza y empoderamiento en la relación de pareja los cuales reflejan capacidades de autoestima. Los reactivos seleccionados fueron: ¿Qué tan seguro(a)

estas de que podrías hablar sobre usar condones con cualquier pareja sexual?, ¿Qué tan seguro(a) estas de que podrías hablar sobre usar un condón si no estuviera seguro(a) de los sentimientos de mi pareja sobre los condones?, ¿Qué tan seguro(a) estas de que podrías hablar sobre usar un condón con una pareja potencial antes de que empezáramos a abrazarnos y besarnos?, ¿Qué tan seguro(a) estas de que podrías convencer a una pareja de usar un condón cuando tengamos relaciones sexuales?, ¿Qué tan seguro(a) estas de que podrías decir que no quiero tener relaciones sexuales si mi pareja no quisiera usar un condón?, los cuales exploran la auto-eficacia percibida en el uso del condón, por otra parte se utilizó el reactivo ¿Por qué tuviste tu primera relación sexual? Tomando únicamente como indicador la respuesta “Porque tuve miedo de perder a mi pareja”. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica (autoestima desfavorable) que identifica a los y las adolescentes que contestaron positivamente a por lo menos uno de los reactivos.

Auto concepto. Para instrumentar este determinante, se recurrió a los reactivos: ¿Quién decide (decidía) sobre cuando visitar a los amigos?, ¿Quién decide (decidía) sobre cuando participar en actividades escolares?, ¿Quién decide (decidía) que tipo de ropa debes usar?, ¿Quién decide (decidía) cuándo ir al cine o salir de paseo?, ¿Quién decide (decidía) cuándo ir al antro o fiestas?, ¿Quién decide (decidía) cuándo faltar a una clase o cuándo irse de pinta?; dichos reactivos indagan aspectos de autonomía y dependencia en las relaciones de noviazgo, asimismo se utilizaron los reactivos donde se estudia la comunicación de padres e hijos con las siguientes preguntas “En los últimos 6 meses, con qué frecuencia han hablado tú y tus padres sobre los siguientes temas: sexo, cómo usar condones, protegerte de infecciones sexualmente transmitidas, protegerte del virus del SIDA y cómo prevenir el embarazo”. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica (*auto-concepto desfavorable*) que identifica a los y las adolescentes que contestaron positivamente a por lo menos uno de los reactivos.

Orientación hacia el futuro. La orientación al futuro fue establecida a partir de los reactivos: ¿Hablaste con alguien sobre qué método usar antes de la primera relación sexual?, ¿Por qué tuviste tu primera relación sexual? y ¿Cuál sería la razón por la que dejarías de seguir estudiando?. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica (*falta de orientación hacia el futuro*) que identifica a los y las adolescentes que contestaron positivamente a por lo menos uno de los reactivos.

Impulsividad. Para la medición de Impulsividad, se utilizó la evaluación de relaciones entre iguales en la escuela y en tiempo libre con las siguientes preguntas: “Marca qué tanto las siguientes cosas son ciertas para ti: Me gusta molestar a los debiluchos, me gusta pelearme con alguien a quien le puedo ganar fácilmente, soy parte de un grupo que se burla de otras personas, me gusta hacer que otras personas me tengan miedo. También formaron parte del constructo las preguntas ¿Qué harías en caso de que tu novio(a)/ pareja te insulte, amenace, ridiculice, se burle de ti, te prohíba tener amigos(as)? y ¿Qué harías tú en caso de que tu novio(a) te agrediera físicamente?. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica (*impulsividad*) que identifica a los y las adolescentes que contestaron positivamente a por lo menos uno de los reactivos.

Función reflexiva. se evaluó con la versión corta traducida y retro-traducida al español de la Reflective Function Questionnaire for Youths^{xviii} [RFQY] la cual incluye 10 reactivos que se contestan en una escala de Likert de 6 puntos. Para fines analíticos se construyó una variable con el sumatorio de los 10 reactivos y posteriormente, se construyó una variable dicotómica (*función reflexiva elevada*) que identifica a los y las adolescentes con puntajes de función reflexiva una desviación estándar por encima de la media para toda la muestra

Prácticas y condiciones de vida sexual

Porcentaje de adolescentes con casamiento precoz. Se calculó como el número de jóvenes que reportan estado civil casado(a), separado(a), unión libre/vive con su pareja y los divorciados(as) entre la población total, multiplicado por cien.

Porcentaje de adolescentes con inicio de vida sexual. Se refiere a los adolescentes que declararon haber tenido alguna vez relaciones sexuales (ya sea por penetración vaginal o anal) entre el total de los adolescentes. Se excluye del denominador a los adolescentes que no quisieron contestar la pregunta.

Adolescentes sexualmente activos Se refiere a los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses previos a la entrevista.

Embarazo en edad temprana. Considera a los adolescentes con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo o embarazo en curso al momento de la encuesta.

Porcentaje de embarazo planeado. Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas que respondieron haber querido embarazarse al momento del evento, entre el total de las embarazadas, multiplicado por cien. El porcentaje se calcula para las mujeres con antecedente de embarazo con referencia al último embarazo y para las mujeres embarazadas al momento de la encuesta.

Porcentaje de embarazo no planeado. Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas que respondieron querer esperar más tiempo, entre el total de las embarazadas al momento de la entrevista, por cien. El porcentaje se calcula para las mujeres con antecedente de embarazo considerando el último embarazo y para las mujeres embarazadas al momento de la encuesta.

Porcentaje de embarazo no deseado. Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas que declararon no querer ese embarazo, entre el total de las embarazadas, por cien. El porcentaje se calcula para las mujeres con antecedente de embarazo considerando el último embarazo y para las mujeres embarazadas al momento de la encuesta.

Necesidad insatisfecha de uso de métodos anticonceptivos (NIA) o Demanda insatisfecha de anticonceptivos, se define a partir de mujeres que no hacen uso de ningún método anticonceptivo a pesar de su deseo manifiesto de no querer tener hijos o de tener la intención de espaciar su nacimiento^{xix}. El indicador se calcula de acuerdo con su exposición al embarazo y en el numerador se consideran los diferentes casos^{xx}: Las mujeres que no han estado embarazadas y desean tener hijos en un tiempo mayor a un año, pero no que no ocupan métodos anticonceptivos en la última relación sexual; las mujeres que no desean tener hijos y no utilizan métodos anticonceptivos en la última relación sexual; las mujeres con antecedente de embarazo, que no desean tener hijos y no utilizan métodos anticonceptivos en la última relación sexual; las mujeres con antecedente de embarazo que no desean tener hijos y no utilizan anticonceptivos en la última relación sexual; las mujeres con embarazo no planeado o no deseado que desean espaciar su fecundidad y no reportan uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, así como las mujeres con embarazo actual no planeado o no deseado que desean limitar su fecundidad y no ocupan métodos anticonceptivos en la última relación sexual. Se presentan dos indicadores NIA para las mujeres sexualmente activas con y sin embarazo actual.

Prácticas de riesgo

Porcentaje de adolescentes que ha fumado más de 100 cigarrillos. Considera los adolescentes que declararon haber fumado más de 100 cigarrillos durante su vida entre el total de adolescentes por 100.

Porcentaje de nunca fumadores. Se calcula como el número de personas que respondió no haber fumado en la vida entre el total de personas, multiplicado por 100.

Porcentaje de fumadores actuales^{xxi}. Considera a aquellos que fumaron cigarrillos al menos un día en los 30 días previos a la aplicación de la encuesta entre el total de adolescentes.

Porcentaje de adolescentes que han consumido bebidas alcohólicas en el último año. Considera el número de adolescentes que declararon tomar bebidas alcohólicas en el último año entre el total de adolescentes, multiplicado por cien.

Porcentaje de adolescentes que han abusado del alcohol en los últimos 30 días. Considera el número de adolescentes que declararon tomar más de cinco copas en una misma ocasión en el último año entre el total de adolescentes, multiplicado por cien.

Porcentaje de adolescentes que han probado alguna droga. Se calcula como los que reportan haber consumido alguna vez alguna droga aunque sea ocasionalmente entre el número de adolescentes totales, multiplicado por cien.

Índices

Índice de ESI para salud sexual. Se calcula como la suma de variables dicotómicas en los casos en que algún maestro, orientador o director les habló sobre: la pubertad, sistema reproductivo, protección de VIH, protección contra otras infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazo e implicaciones del uso de alcohol y drogas. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica que distingue a los escolares que recibieron todos los temas (conocimiento completo) contra los que recibieron menos temas (conocimiento incompleto).

Índice de ESI para autoeficacia. Se calcula como la suma de variables dicotómicas en los casos en que algún maestro, orientador o director les habló sobre: el uso del condón, hablar con su pareja sobre el uso del condón, evitar situaciones que lo pueden llevar a tener relaciones sexuales sin protección o no deseadas, uso correcto del condón y otros métodos anticonceptivos, lugares para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos, cómo vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos y acceso a servicios de salud. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica que distingue a los escolares que recibieron todos los temas (conocimiento completo) contra los que recibieron menos temas (conocimiento incompleto).

Índice de ESI para relaciones y derechos. Se calcula como la suma de variables dicotómicas en los casos en que algún maestro, orientador o director les habló sobre: relaciones, igualdad de género, derechos sexuales y reproductivos, violencia física, violencia sexual, placer, valores y relaciones sociales, respeto a la diversidad por origen étnico, respeto a la diversidad por estatus de VIH y Sida, respeto a la diversidad por orientación sexual y respeto a la diversidad por discapacidad. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica que distingue a los escolares que recibieron todos los temas (conocimiento completo) contra los que recibieron menos temas (conocimiento incompleto).

Índice de actitudes. Creado a partir de la combinación lineal de variables dicotómicas en las actitudes riesgosas: reconocer menos de la mitad de las actitudes equitativas de género, reconocer menos de la mitad de las actitudes de roles de género, tener más de la mitad de actitudes negativas al uso del condón, poseer más de la mitad de actitudes inseguras al uso del condón, menos de la mitad de las actitudes positivas al sexo, reconocer menos de la mitad de las actitudes positivas al placer, tomar menos de la mitad de las decisiones en su relación de noviazgo y reconocer menos de la mitad de las actitudes en una relación sana. Para fines analíticos se construyó una variable dicotómica que considera aquéllos que tienen 3 o más actitudes de riesgo contra los que tienen menos de 3.

Índice de conocimiento. Creado a partir de la suma de variables dicotómicas de conocimiento inadecuado: saber menos de la mitad de los métodos anticonceptivos más efectivos, conocer menos de la mitad de los lugares de acceso a métodos anticonceptivos más efectivos, conocer menos de la mitad de los conocimientos básicos en salud reproductiva, señalar que los métodos anticonceptivos tradicionales son los más efectivos, percibir un método anticonceptivo como dañino para la salud, percibir el condón como un método no efectivo y conocer menos de la mitad de los derechos sexuales y reproductivos. Para fines analíticos se presenta una variable dicotómica

que distingue aquéllos que tienen 3 ó más conocimientos inadecuados contra los que tienen dos o menos.

Índice de riesgo en prácticas SSR. Se calcula como la combinación lineal de variables dicotómicas de prácticas riesgosas en Salud Sexual y Reproductiva: abusar del alcohol en los últimos 30 días, no haber utilizado ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, estar o haberse unido en edades tempranas, haber tenido embarazo temprano, no haber utilizado método anticonceptivo en la última relación sexual, edad temprana de inicio de vida sexual (antes de los 15 años), haber utilizado alcohol o drogas en la última relación sexual, necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, no tener uso consistente de métodos anticonceptivos (es decir, no utilizar nada en la primera relación sexual, nada en la última relación sexual, para los casos en que han tenido más de una relación sexual). Para fines analíticos se presenta una variable dicotómica que distingue más de dos prácticas de riesgo contra una o menos prácticas de riesgo.

Índice de exposición a abuso, violencia o discriminación Se construyó a partir del número de exposiciones que a los diferentes tipos de violencia a partir de las variables de violencia familiar, violencia en el noviazgo, bullying por diversidad sexual, bullying homofóbico o victimización y bullying por otros aspectos de la diversidad.

Nivel socioeconómico. La variable final considera tres categorías (alto, medio y bajo) creadas a partir de una variable percentilar de bienes y servicios¹. La variable de bienes y servicios se construyó a partir de la combinación lineal de variables dicotómicas: posesión de vivienda propia, auto, computadora, microondas, utilización de servicios de internet, cable y teléfono. A partir de los quintiles reportados, se presentan los niveles bajo (quintil 1 y 2), medio (quintil 3) y alto (quintil 4 y 5) 3 categorías nivel socioeconómico bajo, medio y alto.

Porcentaje de hacinamiento. Considera el número promedio de personas por habitación más de 2.5 personas por habitación es considerado como hacinamiento. Se realizaron dos puntos de corte, entre 2.5 y 5 para el nivel medio y más de 5 personas por habitación para el nivel alto.

Análisis estadístico

Se obtuvieron los ponderadores correspondientes a cada sujeto participante del estudio, considerando la probabilidad de selección y la no-respuesta. Todo el análisis fue realizado usando los comandos SVY del paquete estadístico STATA 12.0, tomando en consideración el diseño complejo de la muestra, estratos, unidades primarias de muestreo y ponderadores, para obtener los intervalos de confianza de forma apropiada.

¹ Comunicación personal con Juan Pablo Gutiérrez, documento en elaboración en Comparación del índice socioeconómico (establecido) con una variable percentilar creada a partir de variables dicotómicas de bienes y servicios. Instituto Nacional de Salud Pública.

Se estimaron índices de educación sexual, comportamiento sexual, conocimientos sobre prevención de VIH y embarazo no deseado, actitudes relacionadas con ITS/VIH y su prevención, cuestiones relacionales, ciudadanía sexual y actitudes hacia el condón.

Se realizó análisis univariado y bivariado entre las principales variables para establecer las asociaciones entre factores protectores o que incrementan la expresión de conductas de riesgo. Se prestó especial interés a la vinculación de la educación sexual recibida y su asociación con la toma de decisiones y conocimientos sobre salud sexual.

Consideraciones éticas

El estudio se presentó a los directores de las escuelas seleccionadas. En las escuelas en donde las autoridades aceptaron participar, se invitó a los estudiantes seleccionados, presentándoles el estudio en su salón de clases. Previamente, se envió a los padres o responsables de los estudiantes menores de 18 años, con los mismos estudiantes, una carta informativa en donde se les explicó en qué consistía el estudio y asegurándoles guardar la confidencialidad de la información que fue obtenida, no incluyendo la identificación de los participantes en la base de datos. En la misma carta se les pidió su consentimiento para la participación de su hijo(a) en el estudio. Antes de aplicar el cuestionario se solicitó la carta informativa al estudiante y en caso de contar con la autorización del padre/madre o responsable se solicitó el asentimiento del estudiante. De igual forma, si la carta informativa no nos fue devuelta, pero el alumno(a) seleccionado(a) informó que su padre/madre o responsable autorizaron su participación, se les solicitó el asentimiento de manera verbal. A los adolescentes de 18 años y más, se les solicitó su consentimiento oral y se les entregó una tarjeta con los datos del investigador responsable y de la presidenta del Comité de Ética en investigación del INSP, para los casos en los que tuvieran dudas, comentarios o quejas sobre el proyecto o por si tenía preguntas acerca de los derechos que tienen como participantes en un estudio de investigación.

El personal que participó en el proyecto fue capacitado para poder asistir a los adolescentes en cuanto lo solicitaran. Dos de los temas que se incluyeron en el curso de capacitación trataron sobre consideraciones éticas y sobre contención emocional. Los facilitadores estuvieron atentos a las reacciones de los adolescentes y estuvieron atentos en notar algún malestar emocional, para explorar la situación emocional del estudiante y de ser necesario suspender su participación. El instructor llevaba indicaciones sobre la forma en que debería tranquilizar al estudiante a través de las medidas de contención emocional que le fueron explicadas en la capacitación. Adicionalmente, los facilitadores llevaban el directorio de los Centros estatales del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) para la atención en casos de abuso, y podrían ofrecer dicha información a los adolescentes que la requieran.

En la base de datos no se incluyó nombre ni dirección de los participantes, solo se identificaron por un número de folio.

Informe del levantamiento

Antes de iniciar el operativo de campo, todo el personal recibió capacitación en tres etapas, las cuales fueron:

- 1) Capacitación teórica.
- 2) Capacitación práctica, a través de socio-dramas.
- 3) Capacitación en el manejo del cuestionario y del programa de captura electrónica en la computadora Laptop.

Además se les impartió a todo el personal las técnicas de contención emocional

Los entrevistadores que participaron en el levantamiento de la información, cuentan con experiencia como facilitadores y trabajo en campo. Además de haber participado en anteriores encuestas levantadas por el INSP.

Los coordinadores poseen experiencia en el manejo de equipos de trabajo en campo, capacidad y autoridad para organizar y distribuir tareas; gestionar y obtener apoyos; resolver dificultades y establecer comunicación interinstitucional indispensable en cualquier trabajo de campo.

Se les proporcionó el conocimiento y dominio del instrumento, analizando el manual y el cuestionario a la par del programa de cómputo para la captura de información, corrigiendo y retroalimentado al personal en los criterios operativos que los entrevistadores siguieron para lograr un buen desempeño en su trabajo y con esto garantizar la calidad de la información recabada durante el operativo. Los contenidos de la capacitación fueron impartidos por los investigadores del proyecto, el personal operativo de campo, personal administrativo y responsables de la programación del INSP.

Para el trabajo de campo se dividió al personal en cuatro rutas, compuestas por un coordinador y dos facilitadores. Cada facilitador tenía asignadas 10 computadoras laptop con el programa de captura para el registro de los datos obtenidos, el manual del cuestionario y el cuestionario a papel para su consulta en el momento que se requiriera.

La planeación para el levantamiento de la información inició en la oficina con la identificación de los Municipios, Localidades y escuelas seleccionadas por estado, posteriormente se investigaron los números telefónicos de cada escuela y se realizaron llamadas telefónicas para obtener los datos de los directores y girar los oficios correspondientes en donde se solicitaron los permisos

necesarios para realizar el levantamiento. Con esta información, se diseñaron las 4 rutas y los cronogramas de trabajo.

Con la muestra definida se ubicó y estableció contacto con cada una de las escuelas seleccionadas para solicitar la información respectiva y poder enviar el oficio correspondiente a los directores. En los planteles donde se obtuvo el acceso se invitó a los alumnos a participar; se les explicó el objetivo de la visita y se llevó a cabo el procedimiento establecido para obtener el consentimiento informado, enviando la carta de consentimiento a los padres de familia para solicitar la autorización para la entrevista, y en caso afirmativo el estudiante conservó el original del formato con los datos de contacto del responsable del proyecto en el INSP y del Comité de Ética en Investigación del propio INSP para posibles aclaraciones o dudas sobre sus derechos como participante. Una vez que se contó con el consentimiento del padre o tutor se procedió a la aplicación de la entrevista, es importante mencionar que fue de autoaplicación con el programa ACASI, para lo cual se les enseñaba el manejo del programa en la computadora y se les colocaron los audífonos para mantener la privacidad y confidencialidad de la información. En todo momento estuvieron presentes los facilitadores para apoyar a los estudiantes al momento de la entrevista.

El tiempo promedio para la aplicación del cuestionario que comprendió trece secciones fue de 58:49 minutos.

Para enlazar a los grupos de campo, el centro de comunicaciones fue la oficina del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) sede Tlalpan, utilizando como red de comunicación los teléfonos celulares y el Internet.

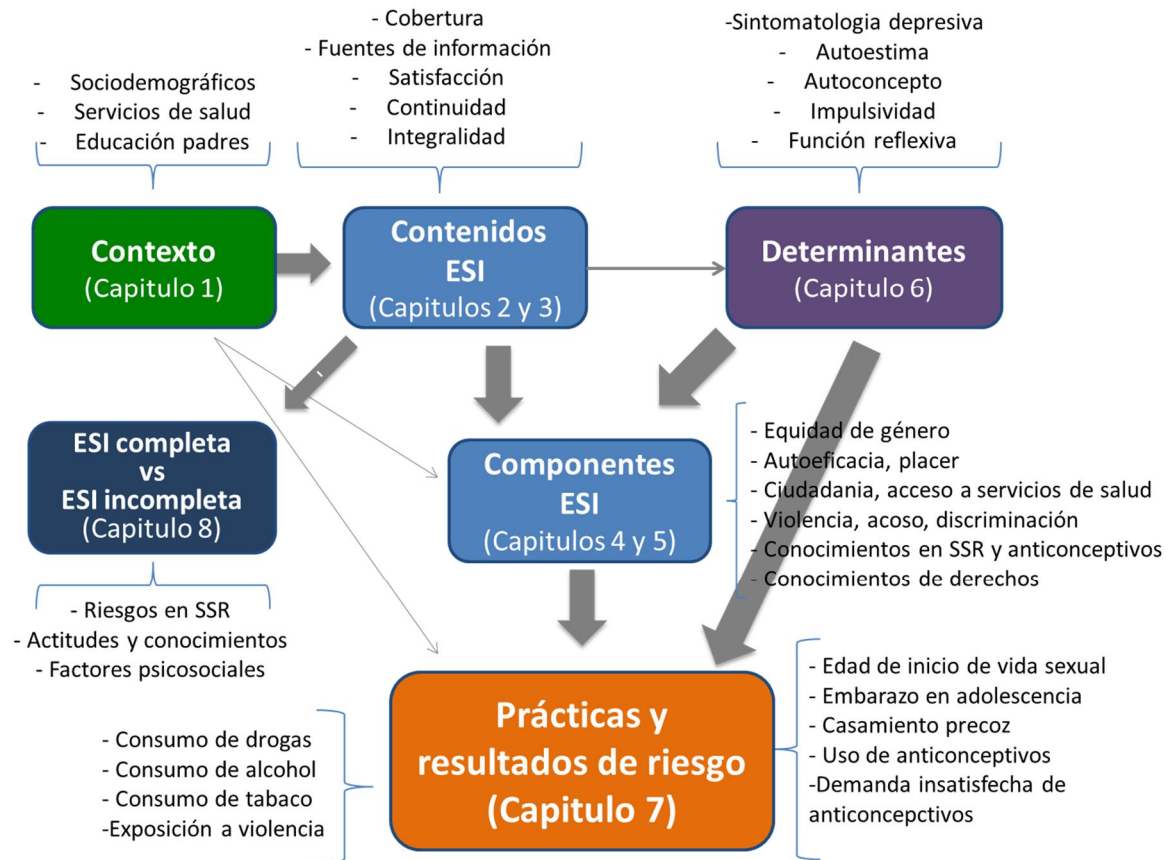
El tamaño de la muestra definitiva por municipio y localidad, se detalla en el siguiente cuadro.

ENTIDAD	MUNICIPIO	LOCALIDAD	ESCUELA
AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	UNIVERSIDAD ANAHUAC, BACHILLERATO CUMBRES AGUASCALIENTES
BAJA CALIFORNIA	TUJUANA	TUJUANA	COLEGIO DE BACHILLERES DE BAJA CALIFORNIA PLANTEL MTRO. RUBEN VIZCAINO VALENCIA
CHIAPAS	BEJUCAL DE OCAMPO	OJO DE AGUA CENTRO	COLEGIO DE BACHILLERES NUM. 85 OJO DE AGUA
CHIAPAS	TUXTLA GUTIÉRREZ	TUXTLA GUTIÉRREZ	COLEGIO DE BACHILLERES NUM. 145 TUXTLA SUR
CHIAPAS	TUXTLA GUTIÉRREZ	TUXTLA GUTIÉRREZ	COLEGIO DE BACHILLERES NUM. 01 TUXTLA TERAN
CHIHUAHUA	JUÁREZ	SAN ISIDRO (RÍO GRANDE)	COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS 7 UNIDAD SAN ISIDRO
CHIHUAHUA	JUÁREZ	JUÁREZ	COLEGIO DE BACHILLERES PLANTEL 5
DISTRITO FEDERAL	ÁLVARO OBREGÓN	COLONIA EX-HACIENDA DE GUADALUPE CHIMALISTAC	ESCUELA PREPARATORIA 'FERNANDO R. RODRIGUEZ'
DISTRITO FEDERAL	ÁZCAPOTZALCO	COLONIA HACIENDA DEL ROSARIO	COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL ÁZCAPOTZALCO
DISTRITO FEDERAL	MILPA ALTA	COLONIA SAN PABLO OZTOTEPEC	COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA NUM. 227, MILPA ALTA
DISTRITO FEDERAL	GUSTAVO A. MADERO	COLONIA NUEVA ATZACOALCO	COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA NUM. 224, GUSTAVO A MADERO II
DURANGO	GÓMEZ PALACIO	GÓMEZ PALACIO	ESCUELA DE ENFERMERIA "LICENCIADO BENTO JUAREZ"
GUANAJUATO	LEÓN	LEÓN DE LOS ALDAMA	VIDOBACHILLERATO
GUERRERO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO	UNIDAD ACADÉMICA ESCUELA PREPARATORIA NUM. 1
HIDALGO	TLAHUELILPAN	TLAHUELILPAN	SOR JUANA INES DE LA CRUZ
HIDALGO	SAN AGUSTÍN TLAXIACA	SAN AGUSTÍN TLAXIACA	COLEGIO DE BACHILLERES PLANTEL SAN AGUSTIN TLAXIACA
JALISCO	ZAPOPAN	ZAPOPAN	ESCUELA PREPARATORIA 10
JALISCO	TEPATITLÁN DE MORELOS	TEPATITLÁN DE MORELOS	PREPARATORIA REGIONAL DE TEPATITLAN
JALISCO	COCUILA	COCUILA	CECYTEJ 4
MÉXICO	NAUCALPAN DE JUÁREZ	NAUCALPAN DE JUÁREZ	UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO S.C.
MÉXICO	NAUCALPAN DE JUÁREZ	NAUCALPAN DE JUÁREZ	COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL 2, UNAM
MÉXICO	ATIZAPÁN DE ZARAGOZA	CIUDAD LÓPEZ MATEOS	CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS NUM. 35
MÉXICO	CHICOLAOPAN	CHICOLAOPAN DE JUÁREZ	COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE MEXICO PLANTEL NUM. 31 CHICOLAOPA
MÉXICO	SOYANQUILPAN DE JUÁREZ	SAN FRANCISCO SOYANQUILPAN	ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NUM. 80
MÉXICO	COACALCO DE BERRIOZÁBAL	SAN FRANCISCO COACALCO	COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL ESTADO DE MEXICO PLANTEL COACALCO
MICHOACÁN	TACÁMBARO	PEDERNALES	COLEGIO DE BACHILLERES
MICHOACÁN	MADERO	VILLA MADERO	COLEGIO DE BACHILLERES PLANTEL VILLA MADERO
NUEVO LEÓN	GUADALUPE	GUADALUPE	INSTITUTO DE ENFERMERIA LINDA VISTA
NUEVO LEÓN	GUADALUPE	GUADALUPE	COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA PLANTEL GUADALUPE DON VICTOR G
OAXACA	SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC	SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC	PREPARATORIA BENE MERITO DE LAS AMERICAS
OAXACA	SALINA CRUZ	SALINA CRUZ	CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS NUM. 25
PUEBLA	PUEBLA	HERÓICA PUEBLA DE ZARAGOZA	ENFERMERIA ADMINISTRATIVA COMPUTACIONAL
PUEBLA	TEZIUTLÁN	TEZIUTLÁN	CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS NUM. 44
PUEBLA	PUEBLA	HERÓICA PUEBLA DE ZARAGOZA	COLEGIO DE BACHILLERES NUM. 20
QUERÉTARO	QUERÉTARO	SANTIA GO DE QUERÉTARO	COBAQ PLANTEL NUM. 22 REAL DE SAN MIGUEL
SAN LUIS POTOSÍ	TANQUIÁN DE ESCOBEDO	TANQUIÁN DE ESCOBEDO	COLEGIO DE BACHILLERES NUM. 13
SINALOA	CULIACÁN	CULIACÁN ROSALES	COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA NUM. 95 "JUAN DE DIOS BATIS"
SONORA	SAN IGNACIO RÍO MUERTO	SAN IGNACIO RÍO MUERTO	COLEGIO DE BACHILLERES DE SAN IGNACIO RÍO MUERTO
SONORA	CAJEME	CIUDAD OBREGÓN	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CIUDAD OBREGÓN
TABASCO	TENOSIQUE	TENOSIQUE DE PINO SUÁREZ	CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS NUM. 249
VERA CRUZ	TUXPAN	TUXPAN DE RODRIGUEZ CANO	PROFR. ANGEL SAQUI DE ANGEL
VERA CRUZ	ORIZABA	ORIZABA	COLEGIO PREPARATORIO DE ORIZABA
VERA CRUZ	XALAPA	XALAPA-ENRIQUEZ	CONSTITUCION DE 1917
ZACATECAS	FRESNILLO	EL SALTO	PROFR. JOSE SANTOS VALDEZ
ZACATECAS	ZACATECAS	ZACATECAS	PREPARATORIA NUM. 2
BAJA CALIFORNIA	TUJUANA	TUJUANA	COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS PLANTEL LA PRESA
SINALOA	CULIACÁN	CULIACÁN ROSALES	ESCUELA SUPERIOR DE MUSICA
SAN LUIS POTOSÍ	VILLA HIDALGO	VILLA HIDALGO	COLEGIO DE BACHILLERES NUM. 02
ZACATECAS	OJOCALIENTE	OJOCALIENTE	COLEGIO DE BACHILLERES OJOCALIENTE
JALISCO	TONALÁ	TONALÁ	PREPARATORIA REGIONAL DE TONALA

El levantamiento de campo estuvo a cargo del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE) del INSP, se llevó a cabo respetando lo más que se pudo el cronograma establecido. Se concluyó el levantamiento en las escuelas seleccionadas, visitando 46 municipios.

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con el siguiente esquema:



I. Contexto. Descripción de la población

Se entrevistó a un total de 3,824 adolescentes, de los cuales 1,684 son hombres y 2,140 son mujeres, procedentes de 45 escuelas de educación media superior. Esta muestra representa a los 4.8 millones de adolescentes de 15 a 18 años e inscritos en escuelas de educación media superior de nuestro país (Cuadro 1.1)

Cuadro 1.1. Distribución de los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años por edad y sexo

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	Muestral	Frecuencia	Ponderada* %	Muestral	Frecuencia	Ponderada* %	Muestral	Frecuencia	Ponderada* %
15	470	639	27.6	568	621	24.9	1,038	1260	26.2
16	484	640	27.7	667	724	29	1,151	1364	28.4
17	505	668	28.9	664	787	31.6	1,169	1455	30.3
18	225	367	15.9	241	361	14.5	466	728	15.1
Total	1,684	2,313	100	2,140	2,493	100	3,824	4,806	100

* En miles

La proporción de la población es semejante en cada grado escolar; aunque se presenta una mayor proporción de hombres inscritos en el cuarto año (36.1%), y de mujeres en sexto año (35.7%) (Cuadro 1.2)

Cuadro 1.2. Distribución de la población por grado escolar y sexo

Grado que cursa	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Cuarto	36.1	30.4	33.2
Quinto	33.5	33.9	33.7
Sexto	30.4	35.7	33.2
Total	100.0	100.0	100.0

El 66.6% de los adolescentes de entre 15 y 18 años de edad asisten a una escuela de nivel medio superior en el turno matutino, e 33.2% lo hacen en el turno vespertino y solo el 0.2% lo hacen en el turno nocturno. Esta distribución es semejante en los hombres y mujeres (Cuadro 1.3)

Cuadro 1.3. Población de estudio por turno en la escuela y sexo

Turno que cursa	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Matutino	67.5	65.7	66.6
Vespertino	32.2	34.1	33.2
Nocturno	0.3	0.2	0.2
Total	100.0	100.0	100.0

El 96.7% de los adolescentes estudiantes en alguna escuela de educación media superior de 15 a 18 años de edad son solteros, el 97.4% no hablan alguna lengua indígena, el 68% solo se dedican a

estudiar, adicionalmente 20% principalmente estudian y hacen algún trabajo. El 11.8% no son derechohabientes ni tienen un seguro médico, y el 13.9% no saben si lo tienen. Este último porcentaje es mayor en el caso de los hombres (15.4%) en comparación con las mujeres (12.6%). Acuden en la mayor proporción al IMSS cuando requieren servicio médico (30.3%), seguido de consultorios asociado a alguna farmacia (21.7%) (Cuadro 1.4)

Cuadro 1.4. Características sociodemográficas de los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de edad, por sexo

	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>
	%	%	%
Estado Civil			
Soltero	96.1	97.3	96.7
Casado	2.0	1.1	1.5
Separado	0.2	0.2	0.2
Unión libre	1.7	1.3	1.5
Divorciado	0.0	0.0	0.0
Viudo	0.1	0.1	0.1
Habla alguna lengua indígena			
Sí, y también habla español	3	2.3	2.6
No	97	97.7	97.4
Ocupación principal			
Solo estudia	58.2	78	68.4
Principalmente estudia y hace algún trabajo	27.8	12.8	20
Principalmente trabaja y además estudia	4.5	2	3.2
Estudia y además está buscando trabajo	8.9	6.7	7.8
Otra situación	0.6	0.5	0.6
Afiliación a servicios médicos			
Oportunidades	17	16.6	16.8
IMSS	34.8	37.1	36
ISSSTE	6.5	6.6	6.6
SEMAR	0	0	0
SEDENA	0.5	0.4	0.4
PEMEX	0.5	0.6	0.5
Seguro popular	11.7	10.7	11.2
Seguro privado	2.2	3.2	2.7
No	11.5	12.1	11.8
no sabe	15.4	12.6	13.9

Servicio médico donde se atiende usualmente

Oportunidades	4	2.9	3.4
IMSS	30.6	29.9	30.3
ISSSTE	6.5	5.5	6
SEMAR	0	0	0
SEDENA	0.6	0.6	0.6
PEMEX	0.7	0.4	0.5
Seguro popular	19.1	18.1	18.6
Seguro privado	11.2	14	12.6
Consultorio asociado a alguna farmacia	20.2	23.1	21.7
no sabe	7.1	5.5	6.3

Gastritis o úlcera gástrica, colitis y obesidad o sobrepeso son los diagnósticos médicos más frecuentes que ha recibido esta población, con 12.8%, 8.8% y 8.1%, respectivamente (Cuadro 1.5)

Cuadro 1.5. Diagnóstico médico previo de enfermedades crónicas de los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de edad, por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Asma	7.7	5.5	6.5
Tuberculosis	0.1	0.0	0.1
Hipertensión	1.0	2.8	1.9
Diabetes	0.4	0.3	0.4
Enfermedad del corazón	1.8	2.2	2.0
Fiebre reumática	0.8	0.8	0.8
Enfermedad renal	0.3	1.2	0.8
Depresión	2.8	5.9	4.4
Psicosis	0.3	0.3	0.3
Anorexia o bulimia	0.7	2.7	1.7
Gastritis o úlcera gástrica	8.1	17.2	12.8
Colitis	2.9	14.3	8.8
Cáncer	0.1	0.4	0.2
VIH o Sida	0.0	0.0	0.0
Obesidad o sobrepeso	7.0	9.2	8.1
Problemas de aprendizaje	1.2	1.9	1.6
Hiperactividad o déficit de atención	2.1	2.2	2.2
Problemas conductuales	1.3	1.3	1.3
Otra crónica	7.7	5.5	6.5

El 12.5% de esta población vive en condiciones de hacinamiento medio y alto, es decir, habitan dentro de la vivienda más de tres personas por cada cuarto. El 81.2% viven en casa propia, de ellos o de sus familiares (Cuadro 1.6)

Cuadro 1.6. Características de la vivienda donde viven los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de edad, por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Hacinamiento			
No	89.3	85.9	87.5
Medio	10.1	13.4	11.8
Alto	0.7	0.7	0.7
Condición de la vivienda			
Propia	83.6	78.9	81.2
Prestada	4	5.2	4.7
Rentada	10.7	12.4	11.6
Otro	1.7	3.5	2.6

El 88.1% de los adolescentes que estudian en alguna escuela de educación media superior de 15 a 18 años de edad viven con su madre, 69.9% con el padre, 58.9% con hermanos o hermanas (Cuadro 1.7)

Cuadro 1.7. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de edad de acuerdo a con quién vive, por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Padre	70.8	69.1	69.9
Madre	87.3	88.8	88.1
Los dos son padres	3.2	3.7	3.4
Las dos son madres	0.1	0.3	0.2
Hermanos (as)	56.2	61.4	58.9
Otros familiares	10.2	12.5	11.4
Otras personas que no son familiares	1.1	1.5	1.3
Solo	0.5	0.5	0.5
Con amigos	0.1	0.1	0.1
Casa de asistencia	0.2	0.1	0.2

Primaria completa, secundaria completa, preparatoria completa y nivel profesional como máximo nivel educativo de los padres fue de 10.1%, 19.2%, 13.2% y 14.8% respectivamente. Mientras que de las madres fue de 11.3%, 26.2%, 12.1% y 13.1%, respectivamente (Cuadro 1.8)

Cuadro 1.8. Máximo nivel educativo de los padres, por sexo

	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>
	%	%	%
Nivel escolar máximo del padre			
Sin escolaridad	1.5	1.1	1.2
Primaria incompleta	6.7	10.3	8.5
Primaria completa	10.2	9.9	10.1
Secundaria incompleta	7.9	6.8	7.3
Secundaria completa	19.9	18.6	19.2
Preparatoria incompleta	10.3	8.9	9.6
Preparatoria completa	13.6	12.7	13.2
Técnico	4.9	6.5	5.7
Profesional	13.9	15.5	14.8
Posgrado	3.1	3.3	3.2
No tiene padre	1.7	1.4	1.5
No lo sabe	6.4	5.0	5.7
Nivel escolar máximo de la madre			
Sin escolaridad	0.7	1.5	1.1
Primaria incompleta	6.1	7.7	6.9
Primaria completa	11.5	11.1	11.3
Secundaria incompleta	8	6.4	7.1
Secundaria completa	25.6	26.7	26.2
Preparatoria incompleta	8.5	7	7.7
Preparatoria completa	13.3	11.1	12.1
Técnico	7.1	9.5	8.4
Profesional	12.6	13.6	13.1
Posgrado	3.7	3.3	3.5
No tiene madre	0	0.2	0.1
no lo sabe	2.9	1.9	2.4

2. Educación sexual integral

De acuerdo con la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación, la Educación Sexual Integral (ESI) debe incluir aspectos emocionales, de género, sociales, éticos y biológicos, así como referirse a la existencia de diversas orientaciones e identidades sexo-genéricas. La ESI debe basarse en los

derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad democrática y plural al tiempo que promueve el respeto a las diferencias y el absoluto rechazo a cualquier tipo de discriminación. De esta manera se garantiza que las y los jóvenes puedan tomar decisiones informadas y responsables respecto al pleno ejercicio de su sexualidad. ¹.

A la población de estudio se le preguntó si algún maestro, orientador, director o psicólogo le había hablado, ya sea durante la primaria, secundaria o en la escuela de educación media superior, sobre: pubertad, sistema reproductivo, relaciones, cómo protegerte para prevenir el VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo; sobre el uso del condón, cómo hablar con su pareja sobre usar condón, como evitar situaciones que pudieran llevarlo(a) a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección, el uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos, dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos, como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos, igualdad o equidad de género, los derechos sexuales y reproductivos, violencia física y sexual, placer, implicaciones del uso de alcohol y drogas, valores y relaciones sociales, respeto de la diversidad por origen étnico, por orientación sexual o por estatus de VIH y sida, por discapacidad y sobre acceso a servicios de salud

Más del 95% de los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de edad, recibieron por parte de algún personal docente (maestro, psicólogo, director, orientador) información sobre: sistema reproductivo (97.7%), cómo protegerse para prevenir el VIH (97.4%), cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual (97.8%) y cómo protegerse para prevenir un embarazo (96.9%) y sobre el uso del condón (95.2%). Los temas menos tratados en las escuelas fueron sobre como vencer barreras para conseguir condones u otros método (44.5%) y sobre valores y relaciones sociales (61.3%) (cuadro 2.1).

Cuadro 2.1. Distribución porcentual de los temas tratados de forma escolarizada, por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
La pubertad	94.0	95.1	94.6
El sistema reproductivo	97.6	97.6	97.7
Las relaciones	87.6	88.3	87.9
Cómo protegerse para prevenir el VIH	97.2	97.3	97.4
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	97.6	97.7	97.8
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	95.8	97.9	96.9
El uso del condón	95.8	94.7	95.2
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	66.5	63.4	64.9
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	69.7	73.6	71.7
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	91.2	89.4	90.3

Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	81.8	80.9	81.4
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	47.4	42.0	44.5
Igualdad o equidad de género	88.3	92.2	90.3
Los derechos sexuales y reproductivos	69.7	67.6	68.6
Violencia física	84.0	89.0	86.7
Violencia sexual	76.2	80.2	78.3
El placer	69.7	70.4	70.1
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	87.8	91.6	89.9
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	61.7	61.1	61.3
Respeto de la diversidad por origen étnico	66.5	67.1	66.8
Respeto de la diversidad por orientación sexual	66.3	68.8	67.6
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	66.1	70.3	68.3
Respeto de la diversidad por discapacidad	70.7	74.4	72.6
Acceso a servicios de salud	66.7	69.5	68.0

Durante la primaria, el tema tratado con mayor frecuencia en los hombres fue el de las relaciones (59.2%) y el menos tratado fue sobre el placer (14.3%). Excepto el tema de las relaciones, más del 80% de los hombres recibieron información sobre todos los temas investigados, durante la secundaria. En la escuela de nivel medio superior, el tema tratado en la escuela en mayor proporción fue sobre el acceso a los servicios de salud (59.7) y los menos tratados fueron sobre la pubertad (28.5%) y sobre las relaciones (30.7%) (cuadro 2.2)

Cuadro 2.2. Distribución porcentual de los temas tratados de forma escolarizada por cuándo impartieron el tema en los hombres

	<u>Primaria</u>	<u>Secundaria</u>	<u>Preparatoria</u>
	<u>%</u>	<u>%</u>	<u>%</u>
La pubertad	45.6	86.0	28.5
El sistema reproductivo	49.1	84.6	34.2
Las relaciones	59.2	77.6	30.7
Cómo protegerse para prevenir el VIH	27.7	89.8	46.0
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	26.1	89.5	49.2
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	25.9	90.2	51.4
El uso del condón	24.8	91.2	50.5
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	15.9	84.8	52.4
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	16.9	84.0	53.5
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	16.8	87.6	51.2

Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	16.4	90.2	51.6
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	16.6	81.8	51.7
Igualdad o equidad de género	50.3	88.4	53.8
Los derechos sexuales y reproductivos	23.0	86.8	51.1
Violencia física	43.9	88.8	52.6
Violencia sexual	20.4	87.8	54.6
El placer	14.3	82.8	54.3
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	28.0	90.7	59.5
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	26.7	84.0	57.2
Respeto de la diversidad por origen étnico	43.2	84.7	50.0
Respeto de la diversidad por orientación sexual	22.9	84.6	55.5
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	20.1	85.6	54.5
Respeto de la diversidad por discapacidad	44.6	86.4	51.5
Acceso a servicios de salud	39.5	83.1	59.7

Durante la primaria, el tema tratado con mayor frecuencia con las mujeres fue el de las relaciones (60.0%) y el menos tratado fue sobre el placer (7.7%). En la secundaria, los temas presentados a las mujeres en la escuela con mayor frecuencia fueron: cómo protegerte para prevenir el VIH (90.3%) y cómo protegerte para prevenir un embarazo (90.2%) y el menos tratado fue sobre el placer (72.5%). En la escuela medio superior, el tema tratado en mayor proporción fue sobre las implicaciones en el uso de alcohol y drogas (64.3) y los menos tratados fueron sobre la pubertad (26.7%) y sobre las relaciones (29.2%) (cuadro 2.3)

Cuadro 2.3. Distribución porcentual de los temas tratados de forma escolarizada por cuándo impartieron el tema en las mujeres

	<u>Primaria</u>	<u>Secundaria</u>	<u>Preparatoria</u>
	%	%	%
La pubertad	56.9	81.6	26.7
El sistema reproductivo	56.6	80.5	35.0
Las relaciones	60.0	76.0	29.2
Cómo protegerse para prevenir el VIH	21.9	90.3	51.6
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	23.8	89.1	54.0
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	23.8	90.2	56.2
El uso del condón	22.0	89.7	54.1
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	8.6	77.1	57.0
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	11.5	80.0	54.6

El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	13.8	83.7	55.7
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	11.5	85.0	53.7
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	8.9	79.0	51.3
Igualdad o equidad de género	51.2	88.8	57.5
Los derechos sexuales y reproductivos	19.9	86.0	50.5
Violencia física	40.8	87.5	54.9
Violencia sexual	19.9	84.8	55.8
El placer	7.7	72.5	56.7
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	25.7	89.7	64.3
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	26.6	82.4	55.7
Respeto de la diversidad por origen étnico	50.6	85.6	50.3
Respeto de la diversidad por orientación sexual	19.2	81.6	56.2
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	17.9	83.2	57.4
Respeto de la diversidad por discapacidad	50.1	87.5	53.4
Acceso a servicios de salud	38.4	82.1	56.9

El método utilizado con mayor frecuencia para la exposición a los hombres de todos los temas fue la presentación por parte del maestro, seguida de la búsqueda de información, lectura de autoaprendizaje y ejercicios o talleres didácticos (Cuadro 2.4)

Cuadro 2.4. Distribución porcentual de los temas tratados de forma escolarizada por método de enseñanza empleado en la última ocasión en los hombres

	Presentación por parte del maestro	Ejercicios/ talleres didácticos	Debate, foro o discusión en grupo	Panel, mesa redonda	Juegos y simulaciones	Lectura de autoaprendizaje	Búsqueda de información	Resolución de ejercicios
	%	%	%	%	%	%	%	%
La pubertad	73.3	20.5	17.4	6.1	8.5	23.9	31.4	8.6
El sistema reproductivo	77.3	23.5	15.8	6.5	6.9	28.2	39.0	10.2
Las relaciones	76.8	26.3	22.4	9.9	13.2	21.6	26.6	9.1
Cómo protegerse para prevenir el VIH	78.2	30.5	28.2	13.5	9.9	32.6	44.6	11.5
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	77.1	29.7	24.9	12.5	9.4	31.0	45.4	11.1
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	78.1	29.6	28.4	13.3	10.9	30.9	45.7	11.9
El uso del condón	76.1	38.0	22.0	11.5	18.1	28.5	44.6	12.5
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	67.6	31.2	21.9	11.5	15.2	23.8	34.8	9.9
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	71.9	24.8	25.1	12.2	8.7	24.2	38.9	9.6

El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	71.7	35.3	23.4	10.5	15.9	26.6	43.3	11.5
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	66.6	20.0	20.0	10.1	8.2	21.4	42.4	7.7
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	63.5	27.3	24.1	11.9	11.4	21.0	38.3	13.1
Igualdad o equidad de género	76.4	33.4	36.4	17.8	18.1	32.6	43.3	18.2
Los derechos sexuales y reproductivos	71.8	28.3	23.4	14.2	9.0	24.5	43.6	14.0
Violencia física	76.3	30.6	32.7	15.6	16.7	27.3	41.3	16.4
Violencia sexual	73.0	26.8	30.7	16.1	12.3	26.9	41.9	13.9
El placer	71.3	23.5	26.8	14.6	9.8	28.5	40.5	10.7
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	77.4	31.7	36.7	19.6	15.6	32.6	50.1	18.5
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	72.4	28.4	26.5	14.1	12.7	22.7	40.4	15.0
Respeto de la diversidad por origen étnico	75.5	26.3	27.2	16.4	10.6	28.4	41.7	15.5
Respeto de la diversidad por orientación sexual	74.7	26.6	28.3	16.1	10.5	25.5	41.1	13.5
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	74.3	29.5	29.4	17.2	9.4	24.4	43.9	14.4
Respeto de la diversidad por discapacidad	77.1	29.8	32.3	17.1	15.4	26.5	39.2	15.2
Acceso a servicios de salud	76.5	23.9	23.3	14.1	10.8	23.9	41.7	12.3

Semejante al caso de los hombres los métodos utilizados con mayor frecuencia para la exposición de los temas de salud sexual integral en las mujeres fueron: la presentación por parte del maestro, la búsqueda de información, lectura de autoaprendizaje y ejercicios o talleres didácticos (Cuadro 2.5)

Cuadro 2.5. Distribución porcentual de los temas tratados de forma escolarizada por método de enseñanza empleado en la última ocasión en las mujeres

	Presentación por parte del maestro	Ejercicios/talleres didácticos	Debate, foro o discusión en grupo	Panel, mesa redonda	Juegos y simulaciones	Lectura de autoaprendizaje	Búsqueda de información	Resolución de ejercicios
	%	%	%	%	%	%	%	%
La pubertad	74.0	21.4	19.5	5.9	7.6	27.5	38.8	9.0
El sistema reproductivo	76.7	27.5	15.8	5.9	7.9	32.5	46.0	11.3
Las relaciones	71.6	27.1	22.6	8.5	16.2	28.0	34.0	10.2
Cómo protegerse para prevenir el VIH	77.1	28.7	27.6	11.1	9.0	37.0	56.0	10.7
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	76.4	31.4	27.2	10.8	9.0	36.9	54.5	12.0

Cómo protegerse para prevenir un embarazo	77.7	31.5	27.4	11.5	13.1	38.7	56.9	12.7
El uso del condón	75.0	38.4	19.2	8.5	17.9	30.7	49.6	11.0
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	68.7	25.5	25.2	10.4	12.5	28.0	38.4	10.1
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	72.1	20.6	25.2	10.1	10.0	29.2	41.4	7.8
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	72.9	34.4	23.6	10.4	14.1	30.6	49.2	11.9
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	67.1	19.4	18.3	7.7	6.7	21.9	43.5	6.3
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	65.6	19.2	21.0	9.3	6.7	23.4	39.9	8.8
Igualdad o equidad de género	80.3	33.3	36.2	17.2	18.2	35.2	48.6	17.5
Los derechos sexuales y reproductivos	75.2	23.2	23.8	11.6	6.1	32.0	48.1	10.9
Violencia física	76.2	28.3	30.5	15.1	14.0	33.5	47.9	14.1
Violencia sexual	75.5	22.4	26.3	12.6	8.6	31.7	46.0	11.3
El placer	71.5	16.7	23.0	10.3	6.7	29.1	42.4	9.5
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	78.3	32.4	34.3	16.7	13.7	35.9	56.3	16.3
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	73.0	27.7	21.7	11.8	9.6	30.4	44.3	13.0
Respeto de la diversidad por origen étnico	76.8	24.4	25.7	13.6	12.3	32.3	48.8	14.1
Respeto de la diversidad por orientación sexual	72.1	21.3	26.9	12.1	8.8	26.3	42.9	11.7
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	75.9	22.7	28.4	10.7	7.8	28.4	47.9	11.3
Respeto de la diversidad por discapacidad	77.7	26.4	26.8	12.8	11.6	28.8	39.8	14.0
Acceso a servicios de salud	76.0	22.0	18.0	9.8	7.1	23.6	42.4	11.3

Al agrupar los temas referentes a la educación sexual integral tratados en las escuelas en los índices de ESI para salud sexual, para autoeficacia y para relaciones y derechos, podemos observar que tanto para hombres como para mujeres se tratan en la escuela todos los temas de educación sexual integral para la salud sexual de los adolescentes en la mayoría de los casos, 82.1% en los hombres y 87.2% en las mujeres. 69.5% de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, mencionaron que revisaron en la escuela de cinco a siete temas de educación sexual integral correspondientes a la autoeficacia. Cerca del 70%, (68.4% en hombres y 70.7% en mujeres) revisaron en la escuela de 8 a 11 temas de ESI referentes a las relaciones y los derechos. (Cuadro 2.6)

Cuadro 2.6. Distribución porcentual de los temas tratados, agrupados por índices de educación sexual integral, por sexo

	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>
	%	%	%
ESI para salud sexual			
0	0.1	0.1	0.1
1	0.3	0.1	0.2
2	0.1	0.3	0.2
3	0.9	0.3	0.6
4	2.2	2.2	2.2
5	14.4	9.9	12.0
6	82.1	87.2	84.7
ESI para autoeficacia			
0	0.8	0.6	0.7
1	1.4	2.7	2.1
2	7.4	6.5	6.9
3	10.2	9	9.6
4	10.7	11.6	11.2
5	11.8	13.7	12.8
6	19.5	19.3	19.4
7	38.2	36.5	37.3
ESI para relaciones y derechos			
0	1.2	0.7	0.9
1	2.5	0.9	1.7
2	2.4	2.4	2.4
3	2.3	3.2	2.7
4	5.8	3.9	4.8
5	5	4.5	4.8
6	5.4	6.5	6
7	6.9	7.2	7
8	5.9	8.8	7.4
9	10.4	8.7	9.5
10	10.4	11.1	10.8
11	41.7	42.1	41.9

3.- Satisfacción de la educación sexual integral recibida en la escuela

Al preguntarles si estaban satisfechos con los contenidos expuestos en cada uno de los temas de la ESI, más del 90% de los adolescentes contestaron que estaban satisfechos, medianamente satisfechos o muy satisfechos. (Cuadro 3.1)

Cuadro 3.1: Distribución porcentual de los temas cuyos contenidos expuestos fueron tratados de forma satisfactoria por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
La pubertad	96.7	96.6	96.7
El sistema reproductivo	96.6	96.2	96.4
Las relaciones	97.0	96.3	96.6
Cómo protegerse para prevenir el VIH	96.9	96.3	96.6
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	96.4	96.6	96.5
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	97.0	96.8	96.9
El uso del condón	96.8	95.9	96.3
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	95.5	95.6	95.5
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	94.9	95.4	95.1
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	95.4	95.9	95.6
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	95.8	94.8	95.2
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	92.6	95.1	93.8
Igualdad o equidad de género	96.8	96.7	96.7
Los derechos sexuales y reproductivos	95.7	95.9	95.8
Violencia física	96.9	95.7	96.3
Violencia sexual	96.0	95.4	95.7
El placer	94.7	95.0	94.9
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	96.1	96.4	96.3
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	96.1	96.0	96.0
Respeto de la diversidad por origen étnico	94.4	96.0	95.2
Respeto de la diversidad por orientación sexual	95.5	94.0	94.7
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	95.8	95.4	95.6
Respeto de la diversidad por discapacidad	95.4	95.2	95.3
Acceso a servicios de salud	95.0	95.1	95.0

Referente a la intensidad con la que fueron tratados cada uno de los temas de educación sexual integral, más del 90% de los adolescentes contestaron que estaban satisfechos, medianamente satisfechos o muy satisfechos. (Cuadro 3.2)

Cuadro 3.2: Distribución porcentual de los temas tratados con intensidad satisfactoria por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	
La pubertad	94.3	95.3	94.8
El sistema reproductivo	96.1	95.6	95.8
Las relaciones	95.7	96.0	95.9
Cómo protegerse para prevenir el VIH	96.5	94.8	95.6
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	95.9	95.8	95.8
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	96.9	95.7	96.3
El uso del condón	95.8	95.3	95.5
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	94.8	94.7	94.8
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	93.4	95.1	94.3
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	94.9	95.0	94.9
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	94.3	94.6	94.5
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	93.7	95.3	94.5
Igualdad o equidad de género	96.3	95.2	95.7
Los derechos sexuales y reproductivos	95.0	94.5	94.7
Violencia física	94.6	95.4	95.0
Violencia sexual	94.2	94.8	94.5
El placer	92.6	92.5	92.5
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	94.5	95.9	95.2
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	94.1	94.9	94.5
Respeto de la diversidad por origen étnico	94.7	93.9	94.2
Respeto de la diversidad por orientación sexual	94.7	92.9	93.8
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	95.1	94.9	95.0
Respeto de la diversidad por discapacidad	94.5	94.1	94.3
Acceso a servicios de salud	93.3	93.8	93.6

Así mismo, más del 90% de los adolescentes, hombres y mujeres, contestaron estar satisfechos, medianamente satisfechos o muy satisfechos con el formato empleado por el personal de la escuela para tratar cada uno de los temas incluidos en la educación sexual integral. (Cuadro 3.3)

Cuadro 3.3: Distribución porcentual de los temas tratados con el formato empleado satisfactorio por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	
La pubertad	93.9	92.8	93.3
El sistema reproductivo	95.6	95.3	95.5
Las relaciones	96.1	95.2	95.6
Cómo protegerse para prevenir el VIH	95.9	95.5	95.7
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	95.1	95.2	95.1
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	95.8	96.5	96.2
El uso del condón	95.8	94.8	95.3
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	94.9	94.8	94.8
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	93.4	95.2	94.4
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	95.4	95.6	95.5
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	93.8	94.1	94.0
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	92.7	94.9	93.8
Igualdad o equidad de género	95.8	95.4	95.6
Los derechos sexuales y reproductivos	94.2	94.1	94.2
Violencia física	94.7	95.0	94.9
Violencia sexual	94.4	94.9	94.7
El placer	93.6	94.1	93.9
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	95.1	95.4	95.3
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	94.8	94.7	94.7
Respeto de la diversidad por origen étnico	93.5	93.9	93.7
Respeto de la diversidad por orientación sexual	93.2	92.4	92.8
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	93.4	93.7	93.5
Respeto de la diversidad por discapacidad	94.8	94.2	94.5
Acceso a servicios de salud	94.2	93.2	93.7

Más del 90% de los adolescentes contestaron estar satisfechos, medianamente satisfechos o muy satisfechos con la claridad con la que el personal de la escuela les presentó cada tema correspondiente a la educación sexual integral (Cuadro 3.4)

Cuadro 3.4: Distribución porcentual de los temas tratados con claridad satisfactoria por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	
La pubertad	95.3	95.2	95.3
El sistema reproductivo	96.9	96.2	96.5
Las relaciones	96.4	95.9	96.1
Cómo protegerse para prevenir el VIH	97.1	95.0	96.0
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	95.9	95.6	95.8
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	96.0	96.1	96.1
El uso del condón	95.6	95.2	95.4
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	94.3	95.4	94.8
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	94.5	95.7	95.2
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	95.9	95.3	95.6
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	94.1	94.0	94.0
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	92.9	95.7	94.3
Igualdad o equidad de género	96.7	96.0	96.3
Los derechos sexuales y reproductivos	96.2	95.0	95.5
Violencia física	96.5	95.6	96.0
Violencia sexual	94.0	94.8	94.4
El placer	94.3	92.9	93.6
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	96.2	95.7	95.9
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	94.2	94.7	94.4
Respeto de la diversidad por origen étnico	95.2	94.1	94.6
Respeto de la diversidad por orientación sexual	94.7	93.5	94.1
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	94.5	94.4	94.4
Respeto de la diversidad por discapacidad	94.5	94.1	94.3
Acceso a servicios de salud	93.0	94.2	93.6

Más del 60% de los hombres adolescentes contestaron que el personal docente de la escuela había sido accesible al tratar los temas de la ESI, excepto en el caso del tema correspondiente a la pubertad en donde fue accesible el 56.4%. Más del 45% le dio confianza cuando presentaron los temas. Entre el 17.3% y el 41.1% fueron incluyentes, y del 16.8% al 22.7% guardarían confidencialidad. (Cuadro 3.5)

Cuadro 3.5: Distribución porcentual de los temas tratados de forma escolarizada por la actitud del maestro al tratar el tema en hombres

	Incluyente	Accesible	Le dio confianza	Guardaría confidencialidad	Prejuicioso	Penoso	Burlón
	%	%	%	%	%	%	%
La pubertad	17.3	56.4	60.6	21.3	1.6	1.5	1.4
El sistema reproductivo	23.2	62.4	57.4	20.4	1.1	1.7	1.1
Las relaciones	27.8	65.0	54.0	18.7	1.1	1.7	1.1
Cómo protegerse para prevenir el VIH	30.4	64.2	57.3	22.6	1.6	1.9	1.1
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	30.7	65.1	55.3	21.3	2.1	1.9	1.0
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	32.2	64.2	55.4	21.6	1.6	2.0	0.9
El uso del condón	33.5	65.1	55.2	22.0	1.5	4.0	1.5
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	31.8	63.7	55.4	20.0	1.2	3.8	1.2
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	29.9	63.6	54.3	20.4	1.7	3.3	1.0
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	32.7	62.6	56.1	20.7	1.9	2.5	0.8
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	30.6	63.0	51.5	21.1	2.0	3.3	1.3
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	34.1	61.3	55.0	22.7	2.3	2.2	1.4
Igualdad o equidad de género	36.8	65.9	52.0	20.6	3.5	1.8	1.2
Los derechos sexuales y reproductivos	36.1	63.6	50.9	20.1	1.6	1.6	1.0
Violencia física	36.9	63.7	50.8	18.1	2.8	2.6	1.9
Violencia sexual	36.6	63.9	51.5	20.0	2.4	2.1	0.9
El placer	34.3	64.9	55.9	22.2	2.6	3.8	2.7
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	36.8	65.3	51.5	21.2	3.6	1.5	1.3
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	36.0	63.1	48.4	17.7	2.4	1.9	1.5
Respeto de la diversidad por origen étnico	38.3	64.4	46.7	17.3	2.5	1.6	1.4
Respeto de la diversidad por orientación sexual	36.8	63.9	46.4	19.9	3.6	3.0	1.1
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	36.7	63.2	49.7	18.3	2.7	1.2	1.5
Respeto de la diversidad por discapacidad	38.1	65.1	46.9	17.3	1.9	1.1	1.5
Acceso a servicios de salud	41.1	63.3	45.8	16.8	3.9	1.6	1.9

Entre el 53.5% y el 66.4% de las adolescentes consideraron accesible al personal de la escuela cuando trataron los temas de ESI. Entre el 39.5% y el 61.6% les dio confianza. Del 14.3% al 29.6% fueron accesibles al presentar el tema de ESI. Entre el 14.3% y el 29.6% fueron incluyentes y del 14.8% al 23.7% guardarían confidencialidad. (Cuadro 3.6)

Cuadro 3.6: Distribución porcentual de los temas tratados de forma escolarizada por la actitud del maestro al tratar el tema en mujeres

	Incluyente	Accesible	Le dio confianza	Guardaría confidencialidad	Prejuicioso	Penoso	Burlón
	%	%	%	%	%	%	%
La pubertad	14.3	53.5	61.6	23.3	1.7	3.2	1.2
El sistema reproductivo	18.3	59.1	58.9	21.9	1.7	3.6	0.9
Las relaciones	20.5	62.1	56.5	21.3	1.5	1.5	0.7
Cómo protegerse para prevenir el VIH	24.3	65.5	57.4	22.3	1.9	2.4	0.5
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	23.4	64.5	55.8	23.4	1.2	2.5	1.1
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	24.2	64.2	56.4	23.7	2.3	2.4	1.3
El uso del condón	25.7	64.1	54.7	21.5	2.4	4.1	1.6
Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	22.4	64.9	55.2	21.4	2.5	2.7	1.1
Como evitar situaciones que pudieran llevarlo a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	22.9	61.7	53.5	20.4	2.2	1.7	0.6
El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	24.6	63.6	53.3	21.1	1.8	3.3	1.1
Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	25.2	63.1	51.2	20.0	1.6	1.9	1.1
Como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	25.4	63.5	50.5	18.0	1.9	1.8	0.4
Igualdad o equidad de género	29.5	66.0	51.9	18.5	2.0	0.7	1.1
Los derechos sexuales y reproductivos	27.1	62.9	48.2	15.7	2.7	1.9	1.0
Violencia física	27.0	64.6	49.7	17.5	1.3	0.8	0.5
Violencia sexual	26.5	62.4	50.0	19.9	1.6	1.3	0.6
El placer	26.9	64.0	51.9	21.6	3.2	3.5	1.2
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	27.8	66.3	50.1	19.7	2.4	0.7	0.7
Valores y relaciones sociales, reconocimientos de las relaciones saludables y coercitivas	29.6	65.9	44.6	15.9	1.7	0.5	0.9
Respeto de la diversidad por origen étnico	29.6	66.4	40.7	16.0	2.0	0.7	0.4
Respeto de la diversidad por orientación sexual	26.9	63.9	44.3	17.3	2.7	0.9	1.8
Respeto de la diversidad por estatus de VIH y sida	27.8	65.0	45.9	19.6	2.3	1.8	0.1
Respeto de la diversidad por discapacidad	29.1	65.7	43.5	17.9	1.5	0.8	1.0
Acceso a servicios de salud	29.0	63.1	39.5	14.8	1.4	1.0	1.0

Del total de adolescentes entrevistados, casi el 50% (1,636 de 3,824) quisieron que otros temas fueran tratados en la escuela. Dentro de los temas propuestos con mayor proporción, corresponden a: relaciones sexuales (19.6%), diversidad y discriminación (12.8%), identidad (10.4%), y violencia (10.3%) (Cuadro 3.7)

Cuadro 3.7. Distribución porcentual de otros temas que quisieran que fueran tratados en la escuela por sexo

Tema	Hombre	Mujer	Total
	%	%	
Adicciones	9.7	6.1	7.7
Conocimientos generales	9.8	4.8	7.1
Diversidad y discriminación	9.4	15.7	12.8
Embarazo	3.3	9.7	6.8
Identidad	11.0	9.9	10.4
Relaciones Interpersonales	5.0	6.1	5.6
Relaciones Sexuales	18.1	20.9	19.6
Salud	8.7	6.9	7.8
Violencia	11.0	9.7	10.3
Otro	11.4	8.7	9.9
No sabe o le da igual	2.6	1.6	2.0

Para tratar temas de salud sexual y reproductiva, como la pubertad, los adolescentes reportaron que sus fuentes favoritas eran los maestros en el caso de los hombres (41.1%) y los padres en el caso de las mujeres (45.8%). Los adolescentes prefieren como fuente de información sobre el sistema reproductivo a los maestros (hombres 49.7% y mujeres 44.8%), pero prefieren a los padres para obtener información sobre relaciones (hombres 48.2% y mujeres 57.3%). (Cuadro 3.8)

Cuadro 3.8. Fuentes preferidas de información de temas de Salud Sexual y Reproductiva

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
Sobre la pubertad			
Maestros	41.1 [38.0,44.3]	33.1 [30.1,36.3]	36.9 [34.3,39.7]
Padres	34.8 [32.3,37.3]	45.8 [42.6,49.1]	40.6 [38.2,43.0]
Familia	5.8 [4.9,6.9]	4.2 [3.3,5.2]	5 [4.3,5.8]
Doctores	9.3 [7.5,11.4]	9.3 [7.3,11.9]	9.3 [7.6,11.4]
Medios	2.4 [1.7,3.3]	3.2 [2.6,3.9]	2.8 [2.4,3.3]
Internet	6.6 [5.3,8.4]	4.4 [3.6,5.4]	5.5 [4.6,6.5]

Sobre el sistema reproductivo

	49.7	44.8	47.1
Maestros	[47.0,52.3]	[40.6,49.0]	[44.1,50.1]
	25.3	30.6	28.1
Padres	[22.5,28.4]	[27.6,33.9]	[26.0,30.3]
	3.7	3.5	3.6
Familia	[2.6,5.3]	[2.6,4.6]	[2.8,4.6]
	11.8	13.7	12.8
Doctores	[9.6,14.4]	[10.3,17.9]	[10.3,15.7]
	2.4	3.5	3
Medios	[1.6,3.5]	[2.7,4.4]	[2.3,3.7]
	7.1	3.9	5.4
Internet	[5.8,8.8]	[3.1,5.0]	[4.7,6.3]

Sobre las relaciones

	31.9	25.8	28.7
Maestros	[29.4,34.5]	[23.3,28.5]	[26.5,31.0]
	48.2	57.3	53
Padres	[45.9,50.5]	[54.8,59.8]	[51.0,55.0]
	6.1	4.8	5.4
Familia	[5.1,7.2]	[4.0,5.7]	[4.7,6.1]
	6.4	6.5	6.5
Doctores	[4.8,8.6]	[4.2,10.0]	[4.5,9.2]
	2.7	3.2	2.9
Medios	[2.0,3.6]	[2.5,4.1]	[2.5,3.5]
	4.8	2.4	3.5
Internet	[3.5,6.4]	[1.9,3.1]	[2.9,4.3]

4. Actitudes relacionadas con la educación sexual integral

La evidencia científica indica que para que la educación sexual integral sea efectiva, debe estar enfocada no solo en el logro de metas de salud específicas relacionadas con la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH y del embarazo no planeado^{xxii}, sino también con la adquisición de conocimientos y consolidación de actitudes y competencias que determinan un conjunto más amplio de resultados en salud y bienestar de los adolescentes. Las evaluaciones indican que para ser efectiva la ESI debe incorporar los siguientes componentes:^{xxiii}

- **Género:** Exploración de los papeles, atributos y normas sociales de género, con énfasis en la promoción de la equidad de género.

- **Salud sexual y reproductiva:** Los conocimientos correctos sobre temas de sexualidad, VIH y otras ITS, embarazo y métodos para prevenirlo, e información sobre recursos y servicios que existen al respecto y cómo tener acceso a ellos;
- **Ciudadanía sexual:** Conocimientos y habilidades que permiten posicionarse como sujeto de derecho y ejercer la ciudadanía sexual, como el pensamiento crítico, las habilidades de comunicación y negociación y actitudes hacia el uso del condones y otros métodos anticonceptivos modernos, la autoeficacia e intención de usarlos.
- **Placer:** Comprensión de que el sexo debe ser agradable y no forzado, aceptación de la masturbación, actitudes positivas hacia la sexualidad y el placer sexual así como implicaciones del uso de alcohol y drogas.
- **Violencia:** El rechazo de la violencia interpersonal y la promoción maneras alternativas de relacionarse, en el ámbito familiar, entre pares (el bullying, incluyendo por razones de diversidad y homofobia) y dentro del noviazgo.
- **Diversidad:** Reconocimiento, comprensión y respeto a la diversidad en todos los aspectos (origen étnico, orientación sexual, estatus de VIH, discapacidad).
- **Relaciones:** Percepciones, nivel y habilidades para la comunicación (especialmente sobre salud sexual y reproductiva) con los padres y otros adultos como maestros de escuela, los pares y dentro del noviazgo, incluyendo dinámicas del poder.

Género

La tercera parte (30%) de las y los adolescentes escolarizados tienen actitudes inequitativas sobre el género y la quinta parte (20.4%) tienen concepciones inequitativas de papeles y atributos de género (Cuadro 4.1). Comparados con las mujeres, los hombres adolescentes tienen más actitudes inequitativas de género y más concepciones inequitativas sobre papeles y atributos de género.

Cuadro 4.1. Distribución porcentual de actitudes y concepciones inequitativas de género por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Actitudes inequitativas de género	36.3 [32.9,39.9]	24.2 [20.9,27.7]	30 [27.2,33.0]
Concepciones inequitativas sobre papeles y atributos de género	23.1 [20.7,25.7]	17.9 [15.6,20.4]	20.4 [18.7,22.4]

La mayor parte de la población adolescente tienen 3 o más actitudes equitativas específicas sobre cuestiones de género (de un total de 5 actitudes posibles). En cuanto a diferencias por sexo, significativamente más hombres adolescentes tienen 0 o sólo 1 actitud equitativa sobre cuestiones de género, en comparación con las mujeres.

Con relación al número de concepciones equitativas sobre papeles y atributos de género que tienen las y los adolescentes, en ambos sexos menos de 50% alcanzan tener más de 3 actitudes equitativas (sin diferencias significativas por sexo).

Salud Sexual y Reproductiva

Hay bajos niveles de actitudes positivas hacia el condón entre las y los adolescentes escolarizados, con sólo el 15.1% para ambos sexos. Adicionalmente, el 17.3% de las mujeres y el 11.5% de los hombres adolescentes reportan inseguridad en la auto-eficacia para el uso del condón (Cuadro 4.2).

Cuadro 4.2 Actitudes y auto-eficacia del uso del condón, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Actitud positiva hacia el condón	14.6	15.6	15.1
	[13.0,16.3]	[12.9,18.8]	[13.3,17.0]
Inseguridad en la auto-eficacia para el uso de condón	11.5	17.3	14.2
	[8.6,15.3]	[14.8,20.1]	[11.8,16.9]

Con relación a otra actitud dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva, más del 60% de las y los adolescentes escolarizados sólo identifican un método anticonceptivo efectivo como apropiado para uso por personas de su propio grupo de edad (Cuadro 4.3). Asimismo, para 8.6% de las y los adolescentes no hay un solo método anticonceptivo efectivo que consideran apropiado para adolescentes.

Cuadro 4.3. Frecuencia de identificación de métodos anticonceptivos efectivos como apropiados para adolescentes, por sexo

Número de anticonceptivos efectivos identificados como apropiados para adolescentes	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
0 métodos AC apropiados	8.9	8.3	8.6
	[7.7,10.3]	[7.2,9.6]	[7.7,9.6]
1 método AC apropiado	66.8	62.4	64.5
	[65.0,68.5]	[60.3,64.5]	[63.0,66.0]
2 métodos AC apropiados	16.6	21.6	19.2
	[15.1,18.2]	[19.9,23.3]	[17.9,20.6]
3 métodos AC apropiados	6.2	6.3	6.2
	[5.2,7.5]	[5.4,7.2]	[5.6,7.0]
4 métodos AC apropiados	0.9	1.3	1.1
	[0.6,1.5]	[0.9,1.8]	[0.8,1.5]

5 métodos AC apropiados	0.5 [0.3,1.0]	0.1 [0.1,0.4]	0.3 [0.2,0.5]
Total	100.00	100.00	100.00

En cuanto a la efectividad percibida del condón por parte de la población adolescente encuestada, el 63.4% de ambos sexos lo consideran adecuado para tres fines: para prevenir enfermedades de transmisión sexual, para prevenir VIH específicamente y para prevenir el embarazo (Cuadro 4.4). Significativamente más varones (70.2%) que mujeres adolescentes (57.1%) perciben que el condón es efectivo para estos tres fines. No obstante, una proporción importante (20%) de las y los adolescentes sólo consideraron que el condón era efectivo para dos fines y algunos lo consideraron efectivo para una sola de estas tres finalidades, o ninguna (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.4. Frecuencia de efectividad percibida del condón por sexo

Usos para los cuales el condón es percibido como efectivo	Hombre	Mujer	Total
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]
Ningún fin para el cual el condón es efectivo	4.4 [3.4,5.8]	8.5 [7.1,10.2]	6.5 [5.5,7.8]
Efectivo para un fin	8.4 [6.5,10.8]	11.1 [9.7,12.8]	9.8 [8.3,11.6]
Efectivo para dos fines	17 [15.4,18.6]	23.3 [20.3,26.5]	20.2 [18.6,22.0]
Efectivo para tres fines	70.2 [67.3,72.9]	57.1 [53.9,60.3]	63.4 [60.8,66.0]
Total	100.00	100.00	100.00

En cuanto a la concepción de algún método anticonceptivo como dañino para la salud, muy pocos adolescentes consideran que el condón pudiera ser nocivo (1.8%). Por otra parte, más de la tercera parte (36.2%) consideraron que las pastillas hormonales son dañinas para la salud y aún más (39%) consideraron que las inyecciones hormonales lo son. Asimismo, el 34.6% de ambos sexos consideran que la anticoncepción de emergencia es dañina para la salud, con significativamente más mujeres que son de esta opinión (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. Frecuencia de métodos anticonceptivos específicos concebidos como dañinos para la salud por sexo

Método anticonceptivo concebido como dañino para la salud	Hombre	Mujer	Total
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]
Pastillas hormonales	33.6 [31.1,36.3]	38.6 [35.4,41.9]	36.2 [33.5,39.0]

Inyección hormonal	39.3 [36.9,41.8]	38.7 [36.5,41.0]	39 [37.1,40.9]
Condón	1.9 [1.2,3.0]	1.6 [1.0,2.6]	1.8 [1.2,2.6]
Anticoncepción de emergencia	30.4 [27.2,33.8]	38.4 [35.5,41.5]	34.6 [31.6,37.7]
DIU	17.3 [15.2,19.5]	23.6 [21.5,25.9]	20.6 [18.9,22.3]
Parche hormonal	14.1 [12.3,16.0]	12.7 [11.5,14.0]	13.4 [12.1,14.7]
Espuma u óvulos	19.1 [17.0,21.3]	21 [19.0,23.2]	20.1 [18.4,21.9]

Ciudadanía

Un elemento de la ciudadanía, tratándose específicamente de la ciudadanía sexual y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, es la utilización de los servicios de salud, ya que es un recurso al cual la población tiene derecho. Un poco menos de la mitad (46.8%) de las y los adolescentes escolarizados de la muestra reportaron haber visitado algún centro de salud, clínica o un médico para recibir servicios o información sobre la salud sexual y reproductiva (sin diferencias significativas por sexo). De estos, un 71.6% reportaron que durante su visita recibieron educación para la salud grupal o alguna plática sobre anticoncepción. Con relación a la consejería individualizada, un 47.3% reportaron que el médico o la enfermera les habló de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, como los métodos anticonceptivos en general o la anticoncepción de emergencia específicamente, el condón, las enfermedades de transmisión sexual o el embarazo. Un 41.8% de ambos sexos pidió anticonceptivos durante su visita; significativamente más varones (56.7%) que mujeres adolescentes (26.9%) reportaron haberlos pedido. Un 66.8% sintió que podía hacer preguntas durante su uso de la atención para la salud sexual y reproductiva y la gran mayoría (91.3%) reportaron que les habían contestado sus preguntas y resueltos sus dudas de manera adecuada durante la consulta.

Por otro lado, ligeramente más de la mitad (53%) de las y los adolescentes escolarizados reportaron que habían recibido condones de manera gratuita en los últimos 12 meses, con significativamente más hombres (61.2%) que mujeres (45.4%) reportando haberlos recibido. De igual manera, la media del número de condones gratuitos recibidos difiere por sexo, con los hombres adolescentes reportando haber recibido una media de 7.4 condones mientras las mujeres reportan haber recibido una media de sólo 3.7 condones gratuitos. En cuanto al lugar en donde les dieron los condones gratuitos, el 57.1% de la población adolescente reportó haberlos recibido en diferentes servicios públicos de salud y el 24.2% en la escuela, con significativamente más hombres reportando haberlos recibido en servicios públicos de salud mientras significativamente más mujeres adolescentes reportaron haberlos recibido en la escuela.

Con relación a la ciudadanía, véase también la sección 5 de este informe, sobre conocimientos de la población adolescente sobre derechos sexuales y reproductivos.

Placer

La mayoría de las y los adolescentes escolarizados reconocen las relaciones de noviazgo sanas, rechazando las relaciones que incorporan violencia interpersonal. Significativamente más hombres adolescentes (89%) que mujeres (68.3%) reconocen las relaciones de noviazgo sanas (Cuadro 4.6). Por otra parte, alrededor de una cuarta parte de la población adolescente tiene actitudes positivas hacia el placer sexual; en este caso, significativamente más mujeres adolescentes tienen actitudes positivas hacia este tipo de placer (31.9%) que los hombres (23.2%). Asimismo, el 39.9% de las y los adolescentes escolarizados tienen actitudes positivas hacia la sexualidad y también en este caso más mujeres tienen actitudes positivas (44.3%) que hombres (35.2%) (Cuadro 4.6).

Cuadro 4.6. Prevalencia de actitudes positivas hacia la sexualidad y reconocimiento de relaciones sanas por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Reconocimiento de relaciones sanas	89 [86.3,91.2]	68.3 [65.9,70.7]	78.3 [76.0,80.4]
Actitudes positivas hacia el placer	23.2 [19.9,26.8]	31.9 [27.9,36.1]	26.7 [24.3,29.3]
Actitudes positivas hacia la sexualidad	35.2 [32.3,38.3]	44.3 [40.4,48.4]	39.9 [37.1,42.7]

También relacionado con el placer son las razones las y los adolescentes escolarizados reportaron por las cuales tuvieron la primera relación sexual. La razón más frecuentemente reportada entre ambos sexos fue el amor, con 44.5%, mientras segunda razón más frecuente fue por deseo o "ganas" con 26.6%. Al explorar las diferencias por sexo, se observa que significativamente más mujeres adolescentes reportaron que tuvieron la primera relación sexual por amor (60.4%) comparados con los hombres (33.6%). Al contrario, significativamente más hombres adolescentes reportaron que la razón por la cual tuvieron la primera relación sexual fue por deseo sexual (32.3%) que las mujeres (18.2%).

Violencia

En cuanto a las prevalencias de exposición a violencia interpersonal de varios tipos, estratificadas por sexo, un 16.7% de la población adolescente reportó algún tipo de violencia familiar (ya sea verbal o física) en el último año, con significativamente más mujeres adolescentes (19.4%) reportando violencia familiar que hombres (13.9%) (Cuadro 4.7). Casi la cuarta parte (23.9%) de las

y los adolescentes escolarizados reportaron algún tipo de violencia durante el noviazgo (verbal, emocional o física) en el último año, sin diferencias significativas por sexo en este caso. El 8.7% de las y los adolescentes reportaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la vida, otra vez sin diferencias significativas por sexo.

Cuadro 4.7 Prevalencia de exposición a violencia interpersonal, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Violencia familiar	13.9 [12.4,15.5]	19.4 [17.1,21.8]	16.7 [15.2,18.4]
Violencia en el noviazgo	22.3 [20.2,24.4]	25.3 [22.9,27.9]	23.9 [22.3,25.4]
Abuso sexual	8.4 [7.1,9.8]	9 [7.5,10.7]	8.7 [7.7,9.8]
Violencia de pares (<i>bullying</i>)	52.8 [50.3,55.3]	43.5 [40.5,46.4]	48 [45.7,50.3]
Violencia de pares (<i>bullying</i>) homofóbico	33.4 [30.9,35.9]	19.2 [17.1,21.6]	26 [24.5,27.7]
Violencia de pares (<i>bullying</i>) por diversidad	39.6 [36.9,42.3]	29.3 [26.3,32.5]	34.3 [31.9,36.7]
Violencia de pares (<i>bullying</i>) por diversidad sexual	24.3 [21.7,27.2]	23.4 [21.4,25.6]	23.9 [22.2,25.6]

Con relación a la violencia de pares dentro de la escuela (“bullying”), casi la mitad (48%) de las y los adolescentes escolarizados reportaron haber sufrido violencia de pares de algún tipo (verbal o física) en el último año, con significativamente más hombres reportando sufrir este tipo de violencia (52.8%) en comparación con las mujeres (43.5%) (Cuadro 4.7).

Por otra parte, se midió con otra escala a la violencia de pares por diferentes características individuales de las y los adolescentes, que conforman atributos de la diversidad humana. La cuarta parte (26%) de las y los adolescentes encuestados reportaron haber sufrido violencia de pares homofóbico o por su orientación sexual y ligeramente menos (23.9%) reportaron haber sido víctimas de este tipo de violencia por cuestiones de diversidad sexual (es decir, su manera de expresar su género, masculinidad o feminidad), con un nivel significativamente más alto en los hombres adolescentes únicamente en cuanto a la violencia de pares homofóbico. Por otra parte, la tercera parte (34.3%) de la población adolescente reporta haber sufrido algún tipo de violencia de pares por otras cuestiones relacionadas con la diversidad, incluyendo su género (por ser mujer u hombre, no por expresarlo de una manera específica), el grupo étnico o color de la piel, por una discapacidad o por la religión (Cuadro 4.7).

Cuadro 4.8 Prevalencia de exposición a violencia interpersonal, por escuela pública o privada

	Privadas	Públicas	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Violencia familiar	18.5 [16.2,21.0]	16.3 [14.6,18.2]	16.7 [15.2,18.4]
Violencia en el noviazgo	22 [19.8,24.4]	24.3 [22.5,26.2]	23.9 [22.3,25.4]
Abuso sexual	9.4 [9.1,9.6]	8.5 [7.3,9.9]	8.7 [7.7,9.8]
Violencia de pares (<i>bullying</i>)	38.3 [34.7,42.0]	50.2 [47.2,53.2]	48 [45.7,50.3]
Violencia de pares (<i>bullying</i>) homofóbico	19 [17.8,20.3]	27.7 [25.7,29.7]	26 [24.5,27.7]
Violencia de pares (<i>bullying</i>) por diversidad	35.6 [33.5,37.7]	34 [31.2,36.9]	34.3 [31.9,36.7]
Violencia de pares (<i>bullying</i>) por diversidad sexual	22 [18.7,25.6]	24.3 [22.4,26.4]	23.9 [22.2,25.6]

Al comparar los niveles de violencia interpersonal reportados por la población adolescente que asiste a escuelas públicas con la que asiste a privadas, se registra que el reporte de la violencia familiar es ligera pero significativamente más alta entre los adolescentes que asisten a instituciones educativas privadas (18.5% vs. 16.3%). En cuanto a otros dos tipos de violencia, se observan niveles más altos en escuelas públicas. El reporte de haber experimentado violencia de pares o *bullying* en general (verbal o física en el último año) es significativamente más alto entre adolescentes de escuelas públicas (50.2%) que privadas (38.3%). Asimismo, la violencia de pares o *bullying* homofóbico o por la orientación sexual es reportado más frecuentemente entre estudiantes de escuelas públicas (27.7%) que privadas (19%) (Cuadro 4.8).

Diversidad

La mayor parte de las y los adolescentes escolarizados registran indicadores de tener una orientación heterosexual (93.5%) y significativamente más hombres (95.3%) que mujeres (91.8%) tienen indicadores de tener una orientación de este tipo. Dado que la adolescencia es una etapa durante la cual hay experimentación y exploración de la sexualidad así como un proceso de definición de la orientación e identidad sexual, los y las adolescentes pueden tener algún indicador de orientación homosexual o bisexual, y otros indicadores de orientación heterosexual. Por lo anterior y dada la manera en que se definieron para este análisis, no son exclusivas las categorías de "orientación heterosexual", "orientación homosexual" y "orientación bisexual". Esto explica el que también un 91.8% de las y los adolescentes escolarizados tienen al menos un indicador de una orientación homosexual (aunque solamente 12.8% tienen indicadores de una orientación específicamente bisexual). También está vinculado a la etapa de desarrollo en la cual se

encuentran las y los adolescentes el que un 76.4% tienen algún indicador de que aún está indefinida su orientación sexual.

Cuadro 4.9. Frecuencia de ambiente homofóbico en las escuelas, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
No	64.4 [61.3,67.4]	65.3 [61.6,68.9]	64.9 [61.8,67.9]
Sí	35.6 [32.6,38.7]	34.7 [31.1,38.4]	35.1 [32.1,38.2]
Total	100.00	100.00	100.00

Por otra parte, se midió el nivel de un ambiente homofóbico en la escuela a través de una escala validada en otras poblaciones escolares y que recolecta información sobre el uso de términos y expresiones homofóbicas. El 12.2% de las y los adolescentes reportaron que nunca escuchaban expresiones de este tipo en la escuela. El 35.1% de la población adolescente reportó un ambiente homofóbico en su escuela (Cuadro 4.9).

Relaciones

La evidencia científica indica que la comunicación padres y madres (u otras figuras paternas y maternas, como los tutores, etc.) y sus hijos e hijas adolescentes se asocia con un mayor nivel de prácticas seguras con relación al embarazo no planeado y las ITS/VIH por parte de los y las jóvenes.^{xxiv} Se ha demostrado que la falta de comunicación de padres y madres con sus hijos e hijas adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva se asocia con el que las y los jóvenes no usen condones ni anticonceptivos, que no se comuniquen con sus parejas sexuales sobre ITS y embarazo y que tengan menor autoeficacia para negociar el uso del condón.^{xxv}

La presente encuesta indica que un 14.8% de la población adolescente reportó la ausencia de comunicación con sus padres y madres en los últimos 6 meses sobre 5 temas de salud sexual y reproductiva (Cuadro 4.10). El tema específico sobre el cual más adolescentes reportaron que hay ausencia de comunicación de parte de sus padres y madres es cómo usar los condones con 41.7%; por sexo, más mujeres adolescentes (45.3%) reportan ausencia de comunicación sobre el condón en comparación con hombres adolescentes (37.8%). Más de la cuarta parte de las y los adolescentes escolarizados reportan que no existió comunicación con sus padres y madres sobre la protección contra infecciones de transmisión sexual (29.9%) o específicamente el VIH (28.9%) en los últimos 6 meses. También más de la cuarta parte de la población adolescente reportó ausencia de comunicación sobre el sexo (26.2%) con sus padres y madres en los últimos 6 meses, con más hombres adolescentes (29.5%) reportando ausencia de comunicación sobre este tema que mujeres (23.1%). Finalmente, el 20.2% de las y los adolescentes escolarizados reportaron que no

hubo comunicación con sus padres y madres sobre la prevención del embarazo en los últimos 6 meses.

Cuadro 4.10. Prevalencia de ausencia de comunicación entre padres/madres y sus hijos/as adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Sexo	29.5 [26.5,32.8]	23.1 [20.8,25.7]	26.2 [23.9,28.5]
Cómo usar condones	37.8 [34.0,41.7]	45.3 [42.1,48.7]	41.7 [38.9,44.6]
Protegerte de infecciones de transmisión sexual	28.8 [25.5,32.3]	30.9 [28.4,33.6]	29.9 [27.3,32.6]
Protegerte del virus del SIDA	27.4 [23.9,31.1]	30.3 [27.3,33.5]	28.9 [26.1,31.9]
Prevenir el embarazo	22.2 [19.7,25.0]	18.3 [16.4,20.4]	20.2 [18.2,22.3]
Ausencia total de comunicación (sobre cualquiera de los 5 temas)	16.5 [14.1,19.2]	13.2 [11.4,15.2]	14.8 [13.0,16.7]

Con relación a la población adolescente que sí reporta comunicación con sus padres y madres sobre temas de salud sexual y reproductiva, el 9.8% y el 18.8% reporta que se comunica muchas ó algunas veces, respectivamente, sobre cómo usar el condón (Cuadro 4.11). Un 13.5% de las y los adolescentes reportan que sus padres y madres se comunican con ellos sobre el sexo muchas veces y un 23.6% que algunas veces. El 24.9% reportan que sus padres y madres se comunican con ellos muchas veces sobre el virus que causa el SIDA y el 19.6% que lo hacen muchas veces sobre las ITS. Finalmente, el 36.7% de las y los adolescentes reportan que sus padres y madres se comunicaron con ellos sobre la prevención del embarazo muchas veces en los últimos 6 meses y 20% que lo hacen algunas veces. Sobre este último tema, hay una diferencia significativa por sexo, con 40.8% de las mujeres adolescentes reportando que lo hacen muchas veces comparado con sólo 32.2% entre los hombres.

Cuadro 4.11. Frecuencia de comunicación sobre temas específicos dentro de la salud sexual y reproductiva con los padres en los últimos 6 meses, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Frecuencia con que han hablado de sexo			
Algunas veces	21.5 [19.5,23.7]	25.6 [23.3,27.9]	23.6 [22.1,25.3]

Muchas veces	10.2 [8.7,11.9]	16.6 [14.5,19.0]	13.5 [12.0,15.2]
Frecuencia con que han hablado de cómo usar condones			
Algunas veces	18.8 [16.6,21.3]	18.9 [16.9,21.1]	18.8 [17.2,20.7]
Muchas veces	11.2 [8.9,14.0]	8.6 [7.4,10.0]	9.8 [8.4,11.5]
Frecuencia con que han hablado de protegerse de infecciones sexualmente transmitidas			
Algunas veces	20.8 [19.0,22.7]	22.4 [20.5,24.3]	21.6 [20.1,23.2]
Muchas veces	18.9 [16.2,21.9]	20.2 [17.5,23.2]	19.6 [17.2,22.2]
Frecuencia con que han hablado de protegerse del virus del SIDA			
Algunas veces	20 [18.1,22.1]	21.7 [19.7,23.8]	20.9 [19.3,22.6]
Muchas veces	25.7 [22.2,29.6]	24.2 [21.6,26.9]	24.9 [22.4,27.7]
Frecuencia con que han hablado de prevenir el embarazo			
Algunas veces	20.5 [18.5,22.6]	19.5 [18.3,20.8]	20 [18.7,21.4]
Muchas veces	32.2 [28.8,35.8]	40.8 [37.5,44.2]	36.7 [33.9,39.6]

Otro aspecto de las relaciones sociales que es de importancia con relación a la ESI y específicamente para la prevención de ITS/VIH y de los embarazos no planeados es la manera en que se toman las decisiones o cuál es la dinámica del poder en el noviazgo.^{xxvi} Utilizando una escala de 6 temas sobre los cuales se toman decisiones, un 83.6% de las y los adolescentes reportaron que se toman equitativamente 4 o más de este tipo de decisiones. Casi la quinta parte (18.5%) reportan tomar decisiones de manera equitativa con relación a los 6 temas, con significativamente más mujeres (25%) reportando esto que hombres (13.7%). Un 46.4% reportan que se toman decisiones equitativas sobre 5 temas y otro 18.7% sobre 4 temas.

5. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

Los comportamientos específicos que reducen las posibilidades de un embarazo y la transmisión de una ITS/VIH, y por ende sobre los cuales es importante que tengan conocimientos básicos los y las adolescentes, incluyen evitar o posponer las relaciones sexuales, reducir la frecuencia de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales, el uso correcto y consistente de condones y de otros tipos de anticonceptivos. Cambios en estos comportamientos, y en factores que los

afectan como el nivel de conocimientos, es un enfoque efectivo para que la educación sexual integral contribuya al logro de las metas de salud mencionadas.^{xxvii}

Los programas efectivos de ESI abordan factores psicosociales y determinantes sociales que afectan el comportamiento sexual así como también los conocimientos correctos sobre temas de sexualidad, VIH y otras ITS, embarazo y métodos para prevenirlo. La evidencia sobre la ESI efectiva indica que impacta factores mediadores del comportamiento sexual, incluyendo aumentar los conocimientos sobre la protección contra ITS y el embarazo^{xxviii} así como sobre los derechos de salud sexual y reproductiva que tienen las personas y en específico los y las adolescentes.^{xxix}

En cuanto a la ausencia de conocimientos sobre anticonceptivos entre las y los adolescentes escolarizados, casi el 3% reconoce 2 o menos métodos anticonceptivos cuando son mencionados, con más hombres que sólo reconocen 2 o menos tipos que mujeres (Cuadro 5.1). Para determinar si había reconocimiento de métodos en la población adolescente, se mencionaron los siguientes tipos de anticonceptivos efectivos: pastillas o píldoras anticonceptivas, inyecciones hormonales para anticoncepción, el condón, la pastilla de anticoncepción de emergencia (del día después), el DIU o el parche. El 9.7% de las y los adolescentes escolarizados conocen sólo un lugar o persona, o ninguno, a través del cual pueden tener acceso a anticonceptivos.

Tomando en cuenta 9 conocimientos básicos sobre salud sexual y reproductiva (por ejemplo, cuántas veces se puede usar un condón) el 13.9% de las y los adolescentes escolarizados sólo conocen 4 o menos de estos elementos. También, el 13.3% de las y los adolescentes escolarizados consideran que 3 métodos anticonceptivos muy poco efectivos para este grupo de edad (el retiro, el ritmo y espumas/óvulos) como apropiados para adolescentes (Cuadro 5.1).

Cuadro 5.1. Distribución porcentual de conocimientos relacionados con anticonceptivos, SSR y género, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Reconocimiento de AC efectivos	4.2 [3.2,5.6]	1.7 [1.0,2.9]	2.9 [2.2,3.8]
Conocimientos sobre acceso a AC	10.6 [8.9,12.6]	9 [7.3,11.1]	9.7 [8.4,11.1]
Conocimientos sobre SSR	11.2 [9.1,13.6]	16.6 [14.8,18.5]	13.9 [12.2,15.7]
Conocimientos incorrectos sobre métodos AC efectivos*	11.6 [9.9,13.6]	14.8 [11.9,18.2]	13.3 [11.2,15.6]
Conocimientos correctos sobre métodos AC efectivos	92.3 [90.9,93.5]	92.3 [91.1,93.3]	92.3 [91.5,93.1]
Percepción de AC como dañinos para la salud	63.1 [60.7,65.4]	67.3 [64.5,70.1]	65.3 [63.1,67.4]

Percepción de la efectividad de condón	12.9 [10.8,15.2]	19.6 [17.1,22.4]	16.4 [14.2,18.8]
--	---------------------	---------------------	---------------------

* Identificación de métodos AC poco efectivos (para adolescentes), como “apropiados” para este grupo de edad: el retiro, el ritmo y espumas/óvulos.

Al indagar si existen diferencias en el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en la población adolescente dependiendo del grado escolar en el cual se encuentran, se observa que no existen diferencias significativas (Cuadro 5.2).

Cuadro 5.2. Prevalencia de conocimientos correctos sobre temas de salud sexual y reproductiva (SSR), por grado escolar

Conocimientos sobre SSR	Cuarto grado	Quinto grado	Sexto grado	Total
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]
Menos de la mitad	28.9 [26.2,31.8]	29.3 [25.3,33.8]	25.4 [22.2,28.8]	27.80 [25.2,30.7]
Más de la mitad	71.1 [68.2,73.8]	70.7 [66.2,74.7]	74.6 [71.2,77.8]	72.20 [69.3,74.8]
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

Con relación a cada uno de los nueve conocimientos básicos sobre salud sexual y reproductiva que se exploraron, los temas sobre los que más conocen las y los adolescentes escolarizados (aunque varía ligeramente su conocimiento dependiendo de cómo se hace la pregunta) es que el condón sólo puede usarse una vez (81.7% sólo se puede usar una vez, 80.1% condón no puede ocuparse más de una vez) y que el condón sirve para protección de ITS/VIH (89.5% saben que sirve para protegerse de ITS/VIH, 80.2% indican que es efectivo para protegerse del VIH/SIDA, 84.9% reportan que es efectivo para protegerse de ITS) (Cuadro 5.3). Sin embargo, apenas el 44.4% de los y las adolescentes saben que un condón no puede desaparecer dentro del cuerpo de la mujer y tan sólo 3% saben que la anticoncepción de emergencia se puede tomar hasta 120 horas después de una relación sexual no protegidas.

Cuadro 5.3. Frecuencia de conocimientos correctos específicos sobre temas de salud sexual y reproductiva, por sexo

Hombre	Mujer	Total
% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]

¿Cuántas veces se puede usar un condón masculino?

1 vez	88.6 [86.6,90.4]	75.3 [73.6,76.8]	81.7 [80.3,83.0]
¿El condón masculino se utiliza como un método para prevenir un embarazo o como un método para prevenir una infección de transmisión sexual?			
Para ambos	79.7 [76.7,82.3]	83.8 [81.4,86.0]	81.8 [79.6,83.8]
¿En qué consiste la anticoncepción de emergencia? En tomar una o varias pastillas anticonceptivas lo más pronto posible pero máximo...			
... las primeras 120 horas después de tener una relación sexual no protegida	3.8 [2.9,5.0]	2.3 [1.7,3.1]	3 [2.5,3.7]
¿Consideras que el condón sirve para prevenir una infección de transmisión sexual o VIH?			
Sí	85.9 [83.6,88.0]	83.1 [81.3,84.8]	84.5 [82.7,86.1]
Los condones son un método efectivo para prevenir embarazos			
De acuerdo	83 [81.0,84.9]	67.4 [65.0,69.6]	74.9 [73.0,76.7]
Los condones pueden ocuparse más de una vez			
En desacuerdo	80.5 [78.2,82.7]	79.7 [76.0,83.0]	80.1 [77.7,82.3]
Los condones son una manera efectiva de protegerse contra el VIH y/ o sida			
De acuerdo	82.9 [80.3,85.3]	77.6 [74.9,80.1]	80.2 [77.7,82.5]
Los condones pueden zafarse del pene y desaparecer dentro del cuerpo de la mujer			
En desacuerdo	46.1 [43.5,48.6]	42.8 [40.2,45.5]	44.4 [42.3,46.6]
Los condones son una manera efectiva de protegerse contra enfermedades de transmisión sexual			
De acuerdo	86.6 [84.5,88.5]	83.2 [81.0,85.3]	84.9 [83.0,86.5]

Del total de 9 conocimientos correctos sobre salud sexual y reproductiva, significativamente más hombres adolescentes (24.5%, CI 22.0,27.2) tenían 8 conocimientos correctos que mujeres (18.2%, CI 16.0,20.6). Muy pocos adolescentes de ambos sexos (0.9%) manejan los 9 conocimientos correctos. Así como cuando se toma la población adolescente estudiada como un todo, también al dividirlos por tipo de escuela, muy pocos adolescentes tenían 9 conocimientos correctos, con 0.4% en escuelas privadas y 1.1% en escuelas públicas. Al comparar por tipo de institución escolar, significativamente más adolescentes que asisten a escuelas privadas (29%, CI 27.4,30.7) tuvieron 8 conocimientos correctos que los que asisten a escuelas públicas (19.6%, CI 17.3,22.1). El 27.8% de las y los adolescentes escolarizados tuvieron menos de la mitad de los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y no hay diferencias significativas por año escolar.

Los métodos anticonceptivos específicos más reconocidos (identificados cuando fueron mencionados durante la aplicación del cuestionario) por las y los adolescentes escolarizados son el condón (98.9%) y las pastillas hormonales (98.1%), sin diferencias significativas entre los dos sexos (Cuadro 5.4). La anticoncepción de emergencia (también se mencionó que era “del día después”) es identificado por 92.5% de las y los adolescentes escolarizados, con más mujeres que la reconocen (95.5%) que hombres (89.2%). Son menos reconocidos otros tipos de anticoncepción como el parche (78.5%) o la inyección (66.5%) hormonal y el DIU (66.7%); con relación a estos tres últimos métodos, significativamente más mujeres adolescentes los reconocen que hombres de este grupo de edad (Cuadro 5.4.).

Cuadro 5.4. Frecuencia de reconocimientos de métodos anticonceptivos por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Reconocimiento de las pastillas hormonales	97.2 [96.3,98.0]	98.9 [97.9,99.5]	98.1 [97.4,98.6]
Reconocimiento de la inyección hormonal	62.4 [58.5,66.2]	70.3 [66.4,73.9]	66.5 [63.8,69.1]
Reconocimiento del condón	98.4 [97.5,99.0]	99.4 [98.8,99.7]	98.9 [98.5,99.2]
Reconocimiento de anticoncepción de emergencia	89.2 [87.0,91.0]	95.5 [93.7,96.8]	92.5 [90.9,93.8]
Reconocimiento del DIU	59.7 [54.5,64.7]	73.2 [68.5,77.5]	66.7 [62.1,71.0]
Reconocimiento del parche hormonal	72.9 [68.4,77.0]	83.6 [81.1,85.9]	78.5 [75.5,81.2]

Un poco menos de la mitad (45.5%) de las y los adolescentes escolarizados reconocen los 6 tipos de anticonceptivos sobre los cuales se preguntó y una cuarta parte (26.4%) reconocen 5 tipos. Significativamente más adolescentes femeninas (52.9%, CI 48.2,57.6) reconocen 6 tipos de anticonceptivos que masculinos (37.4%, CI 33.5,41.5). Asimismo, 97.7% de las y los adolescentes escolarizados reportan haber visto un condón alguna vez, con ligeramente más hombres (98.4%, IC 97.8, 98.8) que mujeres (97%, CI 96.1,97.7) reportando haber visto uno.

Casi la mitad de las y los adolescentes escolarizados (45.6%) identifican una persona o un lugar a través del cual pueden obtener cada uno de los 4 tipos diferentes de métodos anticonceptivos (pastillas o píldoras anticonceptivas, inyecciones hormonales para anticoncepción, el condón, la pastilla de anticoncepción de emergencia o del día después), sin una diferencia significativa por sexo.

En cuanto a fuentes de conocimientos sobre anticonceptivos y el condón, casi la mitad (48%) de las y los adolescentes escolarizados reportan que escucharon de 4 tipos diferentes de métodos anticonceptivos en la escuela y sólo 9.7% dicen que no escucharon de ninguno en la escuela. Al verlo distribuido por el tipo de escuela, significativamente más de las y los adolescentes que asisten a escuelas privadas (53.6%, CI 52.6,54.7) reportan haber oído de 4 tipos de anticoncepción en la escuela en comparación con las y los adolescentes que asisten a escuelas públicas (46.4%, CI 42.5,50.5). Por otra parte, 80.9% de las y los adolescentes escolarizados reportaron que no escucharon de ninguno de los 4 tipos de métodos anticonceptivos en su casa (y sólo 1.6% dicen que escucharon de los 4 tipos en su hogar).

Conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos

En cuanto al conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, alrededor de las tres cuartas partes de las y los adolescentes escolarizados saben que tienen derecho a recibir información sobre el condón (70%) y los anticonceptivos en general (70.5%) (Cuadro 5.5).

Cuadro 5.5. Frecuencia de conocimientos específicos sobre derechos de salud sexual y reproductiva* por sexo

Derechos de las y los adolescentes	Hombre	Mujer	Total
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]
Recibir información sobre el uso del condón	68.6 [65.9,71.1]	71.3 [68.9,73.5]	70 [68.0,71.8]
Recibir información sobre anticonceptivos en general	65.4 [61.9,68.7]	75.3 [72.8,77.7]	70.5 [67.7,73.2]
Recibir información sobre anticoncepción de emergencia	51.5 [47.9,55.2]	53.5 [51.0,56.0]	52.6 [49.9,55.2]
Recibir condones	54.2 [50.4,58.0]	51.6 [48.1,55.0]	52.9 [49.7,56.0]
Recibir anticonceptivos	41.1 [37.7,44.6]	43.7 [40.6,46.9]	42.5 [39.5,45.5]
Recibir anticoncepción de emergencia	26.5 [24.0,29.2]	28.4 [25.8,31.1]	27.5 [25.3,29.8]
Recibir educación sexual	49.2 [45.4,53.1]	59.4 [56.3,62.5]	54.5 [51.2,57.8]
Tener relaciones sexuales solo cuando lo deseen	33 [30.0,36.2]	34.3 [30.8,38.0]	33.7 [30.7,36.8]
Buscar una vida sexual placentera	24.1 [20.6,27.9]	18.7 [16.1,21.7]	21.3 [18.8,24.1]
Decidir cuándo tener hijos	37.8 [34.5,41.3]	47.5 [44.5,50.6]	42.9 [39.9,45.9]

**En todos los casos, sin restricción de edad, género/sexo o estado civil*

Sin embargo, sólo la mitad (52.6%) saben que tienen derecho a recibir información sobre anticoncepción de emergencia y sólo ligeramente más (54.5%) saben que tienen derecho a recibir educación sexual. La mitad sabe que tiene derecho a recibir condones (52.9%) sin distinción de la edad ni el sexo, pero menos saben que tienen derecho a recibir anticonceptivos en general (42.5%) y apenas un poco más de la cuarta parte saben que tienen derecho a recibir anticoncepción de emergencia (27.5%). Sólo el 42.9% identifican que a cualquier edad tienen derecho a decidir cuándo tener hijos. Finalmente, sólo la tercera parte (33.7%) saben que tienen derecho a tener relaciones sexuales sólo cuando lo deseen y la quinta parte (21.3%) identifican que tienen derecho a buscar una vida sexual placentera.

6. Determinantes psicosociales y emocionales

Los objetivos de los programas de ESI se plantean más allá de un enfoque de prevención de enfermedades y del embarazo en adolescencia, para incluir otros determinantes de riesgo y factores protectores.

Esta visión multidimensional implica que la ESI puede afectar la vida de los jóvenes a través de diferentes mecanismos, por ejemplo, reduciendo la impulsividad y mejorando la capacidad de pensamiento crítico y reflexivo, la toma de decisiones informadas y de comunicación, promoviendo su capacidad de involucrarse en relaciones interpersonales respetadoras, benignas y placenteras. Asimismo estos mismos mecanismos preparan a los jóvenes para involucrarse en el desarrollo social como ciudadanos activos y productivos, aumentando la motivación y orientación hacia objetivos de vida futuros.

En esta sección se explora la prevalencia de un conjunto de indicadores relacionados con factores psicosociales y emocionales que pueden determinar de manera positiva o negativa los procesos y resultados relacionados con la ESI. A partir de un conjunto de herramientas psicométricas ó de indicadores generados a partir de secciones específicas del cuestionario, se instrumentaron las siguientes dimensiones:

- a. Sintomatología depresiva
- b. Ideación suicida
- c. Auto-estima
- d. Auto-concepto
- e. Orientación al futuro
- f. Impulsividad
- g. Función reflexiva

A continuación se presentan las prevalencias de estos determinantes, desagregadas por sexo, nivel socio-económico (NSE) y por tipo de plantel público o privado, y se exploran las asociaciones con un conjunto de prácticas riesgosas en salud sexual y reproductiva y exposición a violencia, abuso ó discriminación, organizados en dos índices que se describieron en el capítulo anterior.

Cuadro 6.1. Prevalencia de factores psicosociales por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Sintomatología depresiva	10.3 [8.8,12.1]	18.7 [16.5,21.1]	14.6 [13.2,16.2]
Ideación suicida	18.8 [17.0,20.7]	27.3 [25.1,29.6]	23.2 [21.6,25.0]
Auto-estima desfavorable	47.7 [43.6,51.9]	46.2 [42.9,49.5]	46.9 [44.2,49.7]
Auto-concepto desfavorable	56.2 [52.9,59.5]	53.6 [50.4,56.7]	54.9 [52.1,57.6]
Falta de orientación hacia al futuro	14.9 [13.6,16.3]	6.8 [5.4,8.6]	10.7 [9.6,11.9]
Impulsividad	15.5 [13.3,18.0]	11.3 [10.1,12.6]	13.3 [12.1,14.6]
Función reflexiva elevada	13.9 [12.4,15.6]	14.0 [11.8,16.5]	14.0 [12.3,15.7]

En el cuadro 6.1 se reportan las prevalencias de los factores psicosociales de acuerdo al sexo de los estudiantes. Se observa una prevalencia de sintomatología depresiva más elevada entre las adolescentes (18.7%) que entre los adolescentes (10.3%). Aproximadamente uno en cada cinco estudiantes reportan ideación suicida, con prevalencia más elevada entre mujeres (27.3%) que entre hombres (18.8%). Un poco menos de la mitad de los y de las adolescentes (46.9%) reportan actitudes que reflejan auto-estima desfavorable, sin diferencias entre los sexos. Un poco más de la mitad de los y de las adolescentes (54.9%) reportan actitudes que reflejan auto-concepto desfavorable, sin diferencias entre los sexos. Una mayor proporción de adolescentes varones reportan actitudes relacionadas con falta de orientación al futuro (14.9%) cuando comparados con las adolescentes del sexo femenino (6.8%). De manera similar, la impulsividad es reportada por una proporción mayor de varones (15.5%) que mujeres (11.3%). No se observan diferencias en la prevalencia de función reflexiva elevada.

Cuadro 6.2. Prevalencia de factores psicosociales por NSE

	Bajo	Medio	Alto
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Sintomatología depresiva	10.4 [8.4,12.8]	20.0 [16.8,23.6]	16.6 [15.0,18.4]
Ideación suicida	21.7 [18.9,24.7]	22.9 [21.2,24.9]	23.2 [21.6,25.0]
Auto-estima desfavorable	48.7 [44.5,53.0]	45.7 [41.8,49.7]	45.2 [41.9,48.5]
Auto-concepto desfavorable	52.4 [48.5,56.3]	58.5 [55.4,61.5]	55.8 [53.0,58.6]
Falta de orientación hacia al futuro	10.5 [8.5,12.8]	9.9 [8.4,11.5]	11.6 [10.3,13.1]
Impulsividad	10.9 [9.0,13.1]	12.8 [10.7,15.2]	17.2 [15.2,19.3]
Función reflexiva elevada	10.5 [8.3,13.3]	14.2 [12.3,16.5]	18.2 [15.5,21.4]

En el cuadro 6.2 se reportan las prevalencias de los factores psicosociales de acuerdo a su nivel socio-económico. Se observa una prevalencia de sintomatología depresiva más elevada entre adolescentes de NSE medio (20.0%) y alto (16.6%) que entre adolescentes de NSE bajo (10.4%). No se observan diferencias entre los estratos de NSE respecto las prevalencias de ideación suicida y de actitudes que reflejan auto-estima desfavorable. La prevalencia de auto-concepto desfavorable es mayor entre adolescentes de NSE medio (58.5%) y alto (55.8) que entre adolescentes de NSE bajo (52.4). Una proporción mayor de estudiantes de NSE alto reporta impulsividad (17.2%) cuando comparados con sus compañeros de NSE medio (12.8%), ó bajo (10.9%). Los estudiantes de NSE alto reportan proporcionalmente más función reflexiva elevada (18.2%) que los estudiantes de NSE medio (14.2%) ó bajo (10.5%).

Cuadro 6.3. Prevalencia de factores psicosociales por escuela pública/privada

	PRIVADO	PÚBLICO	Total
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Sintomatología Depresiva	18.2 [17.7,18.7]	13.7 [12.0,15.7]	14.6 [13.2,16.2]
Ideación Suicida	25.9 [24.9,27.0]	22.6 [20.6,24.7]	23.2 [21.6,25.0]

Auto-estima desfavorable	45.1 [43.1,47.1]	47.4 [44.0,50.7]	46.9 [44.2,49.7]
Auto-concepto desfavorable	54.3 [51.7,56.9]	55 [51.7,58.3]	54.9 [52.1,57.6]
Falta de orientación hacia al futuro	12.6 [12.6,12.6]	10.2 [8.9,11.7]	10.7 [9.6,11.9]
Impulsividad	16.1 [16.0,16.2]	12.7 [11.2,14.3]	13.3 [12.1,14.6]
Función reflexiva alta	20.0 [19.7,20.4]	12.5 [10.5,14.7]	13.9 [12.3,15.7]

En el cuadro 6.3 se reportan las prevalencias de los factores psicosociales de acuerdo a financiamiento público o privado de la escuela. Se observa una prevalencia de sintomatología depresiva más elevada entre estudiantes de escuelas privadas (18.2%) que entre estudiantes de escuelas públicas (13.7%). De igual manera, la ideación suicida es reportada por un mayor porcentaje de estudiantes de escuelas privadas (25.9%) en comparación con los estudiantes de escuelas públicas (22.6%).

No se observan diferencias entre las escuelas públicas y privadas en términos de las prevalencias de actitudes que reflejan auto-estima y auto-concepto desfavorable reportadas por los estudiantes que las frecuentan. Una proporción mayor de estudiantes de escuelas privadas reporta impulsividad (16.1%) cuando comparados con sus compañeros escuelas públicas (12.7%). Los estudiantes de escuelas privadas reportan mayor prevalencia de función reflexiva elevada (20.0%) que los estudiantes de escuelas públicas (13.9%).

Cuadro 6.04. Numero de riesgos en prácticas de salud sexual y reproductiva de acuerdo a factores psicosociales

	0 riesgos %	+ de 1 riesgo	Total
Sintomatología Depresiva	11.9 [10.4,13.6]	17.1 [15.0,19.3]	14.6 [13.2,16.2]
Ideación Suicida	21 [19.1,23.2]	25.3 [22.9,28.0]	23.2 [21.6,25.0]
Auto-estima desfavorable	48.2 [45.2,51.2]	45.7 [42.4,48.9]	46.9 [44.2,49.7]
Auto-concepto desfavorable	54.5 [50.6,58.3]	55.2 [52.7,57.7]	54.9 [52.1,57.6]
Falta de orientación hacia al futuro	3.4 [2.4,4.8]	18 [15.8,20.3]	10.7 [9.6,11.9]

Impulsividad	8.5 [7.2,10.1]	18.1 [16.4,20.0]	13.3 [12.1,14.6]
Función reflexiva alta	14.6 [12.4,17.1]	13.3 [11.4,15.5]	13.9 [12.3,15.7]

En el cuadro 6.4 se reportan las prevalencias de los factores psicosociales de acuerdo al reporte de prácticas de riesgos en salud sexual y reproductiva (SSR). Se observa una prevalencia de sintomatología depresiva más elevada entre estudiantes con reporte de riesgos en SSR (17.1%) que entre estudiantes sin reporte de riesgos en SSR (11.9%). De igual manera, la ideación suicida es reportada por un mayor porcentaje de estudiantes con reporte de riesgos en SSR (25.3%) en comparación con los estudiantes sin reporte de riesgos en SSR (22.6%). Una proporción mayor de estudiantes con riesgos en SSR reportan impulsividad (18.1%) cuando comparados con sus compañeros sin reporte de riesgos en SSR (8.5%). La prevalencia de función reflexiva elevada es mayor entre adolescentes sin reporte de riesgos en SSR (14.6%) que entre adolescentes con reporte de riesgos en SSR (13.3%). El reporte de riesgos en SSR no se asocia con la auto-estima, ni con el auto-concepto.

Cuadro 6.05. Riesgos por exposición a violencia, abuso ó discriminación de acuerdo a factores psicosociales

	<u>0 riesgos</u>	<u>+ de 1 riesgo</u>	<u>Total</u>
	%		
Sintomatología Depresiva	5.3 [4.1,6.8]	17.2 [15.5,19.0]	14 [12.6,15.5]
Ideación Suicida	11.5 [9.7,13.4]	26.4 [24.7,28.2]	22.4 [20.9,24.0]
Auto-estima desfavorable	43.2 [38.8,47.8]	48.8 [46.0,51.6]	47.3 [44.6,50.0]
Auto-concepto desfavorable	46.5 [40.1,53.1]	57.9 [55.7,60.0]	54.8 [52.2,57.4]
Falta de orientación hacia al futuro	6.1 [4.8,7.7]	12.4 [11.1,13.8]	10.7 [9.6,11.9]
Impulsividad	10.5 [8.7,12.7]	14.2 [12.8,15.7]	13.2 [12.0,14.6]
Función reflexiva alta	16.0 [13.1,19.3]	13.7 [12.1,15.5]	14.3 [12.7,16.1]

En el cuadro 6.5 se reportan las prevalencias de los factores psicosociales de acuerdo al reporte de prácticas de riesgos por exposición a violencia. Se observa una prevalencia de sintomatología depresiva más elevada entre estudiantes con reporte de riesgos por exposición a violencia (17.2%) que entre estudiantes sin reporte de riesgos por exposición a violencia (5.3%). De igual

manera, la ideación suicida es reportada por un mayor porcentaje de estudiantes con reporte de riesgos por exposición a violencia (26.4%) en comparación con los estudiantes sin reporte de riesgos por exposición a violencia (11.5%). Una proporción mayor de estudiantes con riesgos por exposición a violencia reportan auto-estima desfavorable (48.8%) cuando comparados con sus compañeros sin reporte de riesgos por exposición a violencia (43.2%). De igual manera, una proporción mayor de estudiantes con riesgos en SSR reportan auto-concepto desfavorable (57.9%) cuando comparados con sus compañeros sin reporte de riesgos por exposición a violencia (46.5%). Se observa una mayor prevalencia de impulsividad en entre adolescentes con reporte de riesgos por exposición a violencia (14.2%) que entre adolescentes sin reporte de riesgos por exposición a violencia (10.5%). La prevalencia de función reflexiva elevada es mayor entre adolescentes sin reporte de riesgos por exposición a violencia (16.0%) que entre adolescentes con reporte por exposición a violencia (13.7%).

7. Prácticas en salud sexual y reproductiva

La adolescencia y la juventud son etapas cruciales para el desarrollo de la vida adulta. Así, el inicio de vida sexual es un evento importante en la vida de los adolescentes y la oportunidad de acceso a una educación sexual integral contribuye al empoderamiento y toma decisiones más informadas que repercutirán a lo largo de su desarrollo escolar y su vida laboral futura.

La Educación Sexual Integral debe reflejarse en prácticas efectivas que ayuden a proteger la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. En esta sección se exploran las prácticas de protección y riesgo en salud sexual y reproductiva de la población escolarizada entre 15 y 18 años de edad. Este apartado inicia hablando de las condiciones de vida sexual entre los escolares considera el estado conyugal, particularmente se pone énfasis en los adolescentes que se han unido, el embarazo en edades tempranas, posteriormente se abordan prácticas y riesgos en salud sexual y reproductiva, como uso consistente de métodos anticonceptivos y adicciones.

El 3.3% de los estudiantes de 15 a 18 años se han casado alguna vez en la vida (3.9% en hombres y 2.7% en mujeres) (Cuadro 7.1).

Cuadro 7.1. Porcentaje de adolescentes con casamiento precoz por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
No	96.1 [95.0,96.9]	97.3 [96.5,97.9]	96.7 [96.1,97.2]
Sí	3.9 [3.1,5.0]	2.7 [2.1,3.5]	3.3 [2.8,3.9]

Total 100.00 100.00 100.00

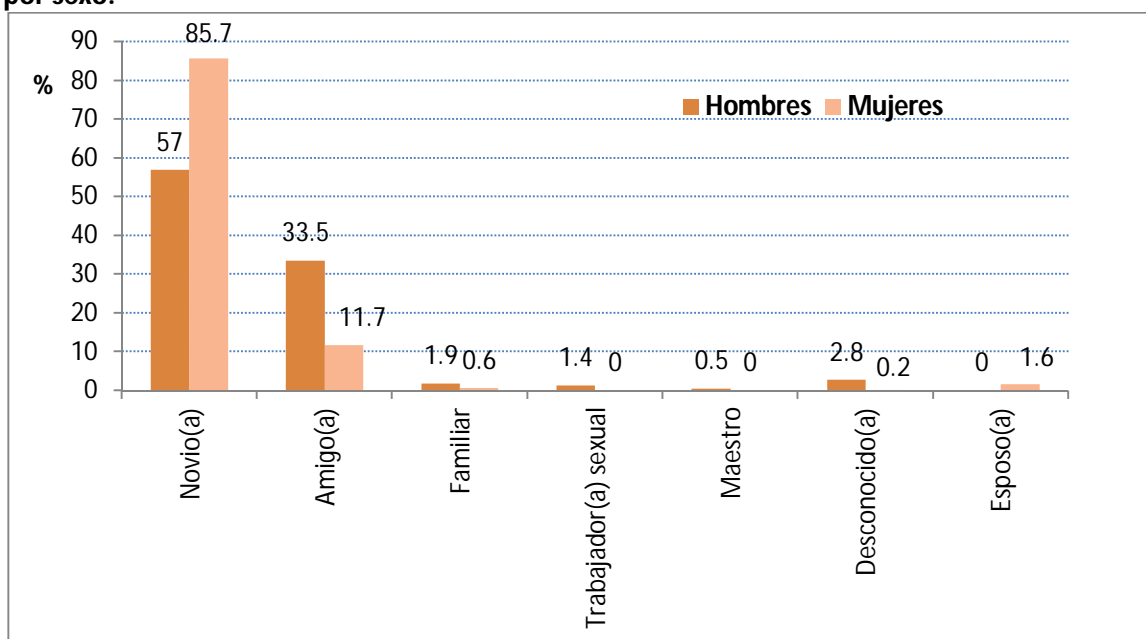
El inicio de vida sexual se reportó en cerca del 36% de los estudiantes, cifra mayor en los hombres (45%) que en las mujeres (28%). De la población total, el 20.2% de los escolares son sexualmente activos y cerca del 16% son sexualmente inactivos (Cuadro 7.2).

Cuadro 7.2. Distribución porcentual de adolescentes por experiencia sexual, sexo y región

	Noroeste	Noreste	Centro	DF_Mex	Sur	Total
Mujeres	%	%	%	%	%	%
Sin experiencia sexual	82.9 [78.1,86.9]	66.7 [62.3,70.8]	73.7 [67.1,79.4]	67.2 [56.3,76.6]	72.7 [65.3,79.0]	72.2 [68.6,75.5]
Sexualmente inactivas	7.9 [5.5,11.3]	8.1 [6.0,10.7]	12.5 [9.9,15.7]	11.4 [9.8,13.3]	10.7 [7.1,15.9]	10.2 [8.9,11.6]
Sexualmente activas	9.1 [6.0,13.7]	25.2 [22.2,28.6]	13.8 [10.3,18.1]	21.4 [12.7,33.7]	16.6 [13.6,20.1]	17.6 [14.7,20.9]
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Hombres						
Sin experiencia sexual	59.5 [56.8,62.1]	55.4 [47.1,63.3]	56.9 [49.7,63.8]	50.8 [46.6,55.1]	52.8 [45.8,59.7]	55 [52.1,57.8]
Sexualmente inactivas	19.1 [14.8,24.1]	21.6 [17.6,26.2]	24.8 [21.4,28.5]	24.4 [18.3,31.9]	20.3 [16.9,24.3]	21.9 [19.8,24.1]
Sexualmente activas	21.5 [17.8,25.7]	23 [17.6,29.6]	18.3 [14.7,22.5]	24.7 [20.1,30.0]	26.9 [22.2,32.2]	23.1 [20.9,25.4]
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Total						
Sin experiencia sexual	71 [67.9,73.9]	61.6 [55.8,67.1]	66 [60.3,71.3]	60.3 [55.2,65.1]	61.9 [57.0,66.6]	64 [61.7,66.3]
Sexualmente inactivas	13.6 [11.3,16.2]	14.1 [12.0,16.5]	18.2 [16.0,20.6]	16.9 [13.7,20.7]	15.9 [13.6,18.5]	15.8 [14.6,17.0]
Sexualmente activas	15.4 [13.7,17.2]	24.3 [20.5,28.5]	15.9 [12.7,19.6]	22.8 [16.0,31.3]	22.1 [18.6,26.2]	20.2 [18.2,22.4]
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

El 57% de los hombres inician su vida sexual con su novio(a), seguidos del 33.5% con algún amigo(a), mientras que el 85.7% de las mujeres inició vida sexual con su novio(a) y el 11.7% con su amigo(a). En el caso de las mujeres, no se encontró reporte de inicio de vida sexual con trabajador(a) sexual y maestro, por otra parte entre hombres no se encontró reporte de inicio de vida sexual con su esposo(a) (Gráfica 7.1).

Gráfica 7.1. Distribución porcentual de persona con la que tuvieron su primera relación sexual por sexo.



En el cuadro 7.3 se reportan algunas características seleccionadas con el inicio de vida sexual. Destaca que el 75.1% se clasifica como sexualmente activo, siendo similar entre los dos sexos.

En relación con los motivos de inicio de vida sexual, el 43% de los jóvenes reportan que fue por amor, encontrando mayor reporte en las mujeres que en los hombres, con 59.3% y 32.1% respectivamente. Adicionalmente el deseo también fue uno de los motivos principales encontrados con 28.1%, mayor entre los hombres 34.1% que entre las mujeres 19.5%. Es importante señalar que el 1.3% declaró que su inicio de vida sexual fue forzado (Cuadro 7.3).

El 10.3% de los estudiantes había tomado alcohol en la primera relación sexual, reporte mayor entre los hombres (12.4%) que en las mujeres (7.2%). Adicionalmente el 9% de los adolescentes reportó haber hablado con alguien sobre qué método usar antes de la primera relación y cerca del 11% reportó haber hablado con alguien sobre anticoncepción después de la primera relación sexual.

Cuadro 7.3. Distribución de la población con inicio de vida sexual por características seleccionadas y sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
Sexualmente activos	74.4 [69.8,78.6]	75.8 [71.4,79.8]	75.1 [72.1,77.8]
Motivos para tener su primera relación sexual			
Por amor	32.1 [27.9,36.6]	59.3 [53.6,64.7]	43.2 [39.5,46.9]
Porque tenía curiosidad	26.4 [22.3,31.1]	14.9 [12.1,18.2]	21.7 [19.1,24.6]
Porque mi pareja me quería	1.3 [0.7,2.5]	1.5 [0.7,2.9]	1.4 [0.9,2.1]
Porque tenía deseo (ganas)	34.1 [29.4,39.1]	19.5 [16.1,23.3]	28.1 [24.6,32.0]
Porque me forzaron	1.3 [0.9,2.0]	1.2 [0.4,3.1]	1.3 [0.8,2.0]
Porque tuve miedo de perder a mi pareja	0.1 [0.0,0.4]	1.1 [0.4,3.0]	0.5 [0.2,1.3]
Otra razón	4.7 [3.4,6.4]	2.7 [1.7,4.2]	3.9 [3.0,5.0]
Había tomado alcohol en la primera relación sexual			
	12.4 [9.5,16.1]	7.2 [5.5,9.5]	10.3 [8.3,12.6]
Habló con alguien sobre qué método usar antes la primera relación sexual			
	9.9 [7.8,12.6]	8.6 [5.8,12.5]	9.4 [7.6,11.5]
Habló con alguien sobre qué método anticonceptivo usar después de la primera relación sexual			
	10.8 [8.0,14.4]	11 [8.1,14.8]	10.9 [9.0,13.2]
Total	100	100	100

En relación con el inicio de vida sexual y el uso de anticonceptivos muestra que, entre las mujeres 1 de cada 4 (25.7%) que inician vida sexual no utilizaron anticonceptivos en esa primera relación sexual. Además, cerca del 36% de las escolares que iniciaron vida sexual antes de los 15 años no

utilizó método anticonceptivo, entre las que iniciaron más tardíamente, el 23.3% no utilizó método (Cuadro 7.4).

Entre los métodos más utilizados por las mujeres en su primera relación sexual, destaca el condón (68%), el 70% de las que iniciaron entre de los 15 y 18 años utilizaron condón.

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual en los hombres, presenta tendencia similar al reportado por las mujeres: uno de cada 4, no utilizó nada en su primera relación sexual y mayor reporte entre los que iniciaron en edades más tempranas (33.7%) que entre los que iniciaron en edades más jóvenes (20.2%). El 70.4% usó condón, mayor entre los que iniciaron entre los 15 y 18 años (75.1%).

Cuadro 7.4. Porcentaje de adolescentes con inicio de vida sexual, por uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y edad al inicio de vida sexual

	Hombre			Mujer		
	<15 años %	15-18 años %	Total %	<15 años %	15-18 años %	Total %
Nada	33.7 [26.0,42.4]	20.2 [17.0,23.8]	25.1 [21.8,28.7]	35.9 [27.2,45.6]	23.3 [19.5,27.6]	25.7 [21.5,30.4]
Condón	62 [53.6,69.6]	75.1 [71.6,78.3]	70.4 [66.9,73.6]	58.7 [48.3,68.4]	70.2 [64.6,75.3]	68 [62.3,73.2]
Hormonal	2 [0.6,5.9]	2 [1.0,4.0]	2 [1.0,4.1]	3.2 [1.2,8.1]	3.9 [2.3,6.5]	3.7 [2.4,5.9]
AE	0.8 [0.1,4.6]	1.6 [0.8,3.1]	1.3 [0.6,2.8]	0.4 [0.0,2.9]	1.5 [0.7,3.2]	1.3 [0.6,2.6]
Otro*	1.6 [0.6,3.9]	1.1 [0.3,4.4]	1.3 [0.5,3.1]	1.8 [0.3,12.3]	1.1 [0.3,3.6]	1.2 [0.5,2.9]
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

*Incluye espumas, eyacular afuera, ritmo, billings, temperatura

Uno de los aspectos importantes en esta encuesta es que permitió explorar el conocimiento de los hombres sobre su probable paternidad mediante la pregunta *¿Alguna vez has embarazado a alguien?*. Así el 5.5% de los hombres refirió haber embarazado a alguien y el 0.6% respondió que su pareja estaba embarazada al momento de la encuesta. En el caso de las mujeres el 9.5% respondió haber estado alguna vez embarazada y el 1.6% se encontraba actualmente embarazada. Mientras que el reporte de no saber alcanzó 6.6% entre los hombres y 1.6% entre las mujeres (Cuadro 7.5).

Cuadro 7.5. Distribución porcentual de escolares con inicio de vida sexual por antecedente de embarazo y sexo

	Hombre*	Mujer	Total
	%	%	%
Sí	5.5 [4.0,7.5]	9.5 [7.5,11.9]	7.1 [5.7,8.8]
Sí, embarazada actualmente	0.6 [0.3,1.6]	1.6 [0.6,3.8]	1 [0.5,2.0]
No	87.2 [84.3,89.7]	87.4 [85.2,89.3]	87.3 [85.2,89.2]
No se	6.6 [5.0,8.7]	1.6 [0.8,3.4]	4.5 [3.5,5.9]
Total	100.00	100.00	100.00

*En los hombres se preguntó ¿Alguna vez has embarazado a alguien?

El cuadro 7.6 explora la asociación entre casamiento y embarazo, se encuentra que más de la mitad (65.4%) de las mujeres alguna vez unida estaba o había estado embarazada. El 34.4% de los adolescentes hombres alguna vez unidos reportó que su pareja estaba o había estado embarazada al menos una vez en la vida.

Cuadro 7.6. Distribución porcentual de adolescentes con antecedente de embarazo (ella o su pareja) por casamiento precoz y sexo

Embarazo alguna vez	Hombres			Mujeres		
	Alguna vez unidos		Total	Alguna vez unidos		Total
	No	Sí		No	Sí	
	%	%	%	%	%	%
No	94.9 [92.9,96.4]	65.6 [49.5,78.7]	93.4 [91.1,95.1]	93.7 [91.4,95.4]	34.6 [24.6,46.2]	88.8 [86.7,90.6]
Sí	5.1 [3.6,7.1]	34.4 [21.3,50.5]	6.6 [4.9,8.9]	6.3 [4.6,8.6]	65.4 [53.8,75.4]	11.2 [9.4,13.3]
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

El 39.7% de las escolares embarazadas al momento de la encuesta refirieron que su embarazo había sido planeado, el 45.6% respondió que su embarazo era no deseado. En el caso de las mujeres que reportaron de manera general estar o haber estado embarazadas, el 48.5% refirió que su último embarazo había sido planeado, 11.3% era no planeado y el 40.2% era no deseado (Cuadro 7.7).

Cuadro 7.7. Porcentaje de mujeres por antecedente de embarazo y embarazo actual, embarazo planeado y deseado, (ultimo embarazo).

	Alguna vez embarazadas	Actualmente embarazadas
	%	%
Planeado	48.5 [48.5,48.5]	39.7 [12.0,76.1]
No planeado	11.3 [11.3,11.3]	14.7 [3.5,45.0]
No deseado	40.2 [40.2,40.2]	45.6 [12.0,83.7]
Total	100.00	100.00

Esta encuesta también exploró las preferencias reproductivas por deseo de tener hijos. En su mayoría, las mujeres desean tener hijos, tanto las que tienen antecedente de embarazo (76.5%) como las que nunca han estado embarazadas (83.2%) (Cuadro 7.8).

Cuadro 7.8. Distribución porcentual de mujeres por deseo de tener hijos y alguna vez embarazadas

Deseo de tener hijos	Alguna vez embarazadas	Nunca embarazadas
	%	%
No	23.5 [12.8,39.0]	16.8 [13.9,20.2]
Sí	76.5 [61.0,87.2]	83.2 [79.8,86.1]
Total	100.00	100.00

El uso de anticonceptivos es importante para prevenir embarazos no planeados o no deseados, así como las infecciones de transmisión sexual. De los que iniciaron vida sexual, el 11% no utilizó nada en la última relación sexual, tanto en hombres como en mujeres, entre las mujeres el 13% reportó usar anticonceptivos hormonales y 9.8% anticoncepción de emergencia. Entre los hombres el condón se reportó en el 81.1%. El reporte de métodos naturales como retiro y calendario alcanza 19.2% en el caso de las mujeres y 12.3% en el caso de los hombres. Entre los sexualmente activos, el 23.4% de las mujeres y el 15.7% de los hombres reportan usar métodos tradicionales, mayor (26.9% y 17.2% respectivamente) entre la población más joven (Cuadro 7.9).

Cuadro 7.9. Porcentaje[&] de adolescentes con inicio de vida sexual y sexualmente activos por uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual y edad actual

Inicio de vida sexual	Hombres			Mujeres		
	15-16 años %	17-18 años %	Total	15-16 años %	17-18 años %	Total
Condón	80.1 [75.9,83.7]	81.9 [78.7,84.7]	81.1 [78.8,83.2]	77 [70.9,82.2]	72.7 [68.7,76.4]	74.1 [70.6,77.3]
Hormonales	8.4 [5.7,12.3]	6.9 [4.6,10.3]	7.6 [5.6,10.2]	13.2 [9.0,19.1]	13.4 [10.2,17.3]	13.3 [10.2,17.2]
Anticoncepción de Emergencia	5 [3.5,7.0]	3.5 [2.0,6.0]	4.2 [3.0,5.8]	9.5 [5.5,16.0]	9.9 [7.0,13.7]	9.8 [7.3,13.0]
DIU	1.4 [0.4,5.2]	0.5 [0.1,2.7]	0.9 [0.3,2.8]	0.2 [0.0,1.3]	4.3 [2.9,6.3]	2.9 [2.1,4.2]
Naturales o tradicionales*	13.8 [9.8,19.2]	11.2 [7.9,15.5]	12.3 [9.7,15.6]	18.3 [13.7,23.9]	19.7 [15.4,25.0]	19.2 [15.9,23.1]
Nada	9.9 [7.0,13.8]	11.8 [8.8,15.7]	11 [8.5,14.1]	12 [8.4,16.9]	10.9 [7.8,15.1]	11.3 [8.4,14.9]
Sexualmente activos						
Condón	85.3 [79.9,89.4]	86.8 [80.5,91.3]	86.2 [81.7,89.7]	83.3 [72.5,90.4]	67.7 [61.9,73.1]	72.4 [67.4,76.9]
Hormonales	8.8 [5.1,14.9]	10.8 [7.1,16.1]	10 [6.8,14.5]	10.6 [6.9,15.9]	14 [10.6,18.2]	12.9 [10.1,16.4]
Anticoncepción de Emergencia	5.6 [3.3,9.4]	4.6 [2.1,9.6]	5 [2.9,8.6]	9.7 [5.1,17.7]	10.2 [6.8,15.0]	10.1 [7.1,14.0]
DIU	0.6 [0.1,4.2]	1 [0.2,4.9]	0.8 [0.1,4.5]	0 6.3	[4.1,9.6] 4.4	[3.0,6.4]
Métodos tradicionales*	17.2 [11.5,24.8]	14.6 [9.8,21.2]	15.7 [12.2,19.9]	26.9 [21.3,33.2]	21.8 [16.7,28.0]	23.4 [19.8,27.3]
Nada	6.5 [4.0,10.6]	8 [4.5,13.8]	7.4 [4.7,11.6]	9.8 [5.2,17.5]	13.2 [8.9,19.3]	12.2 [8.8,16.6]

*Incluye retiro y calendario

[&]La suma de los porcentajes puede superar al 100% debido a las respuestas múltiples

El uso consistente de métodos anticonceptivos entre los adolescentes se exploró por el número de relaciones sexuales y el no uso de anticoncepción en la primera ni en la última relación sexual. Así bajo este esquema el 13.4% de los hombres y el 29.8% de las mujeres solteras con mayor número de relaciones sexuales declaró no haberse protegido en la primera ni en la última relación sexual (Cuadro 7.10).

Cuadro 7.10. Porcentaje de estudiantes solteros que no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera ni en la última relación sexual por sexo y número de relaciones sexuales

Número de relaciones sexuales	Hombres	Mujeres
	%	%
1	14.6 [7.4,26.8]	14.6 [8.6,23.8]
2-4	14 [9.3,20.7]	5.3 [3.0,9.3]
5-9	4.2 [1.7,10.1]	14.9 [8.3,25.5]
10-24	7.5 [3.2,16.5]	7.4 [3.5,15.0]
25 o más	13.4 [6.2,26.5]	29.8 [19.6,42.6]
Total	10.4 [7.6,14.1]	11.7 [8.4,16.1]

El nivel de negociación del uso del condón en la primera relación sexual entre la población adolescente es bajo, con menos de 20% para ambos sexos. Evidentemente, esto implica que 80% de las y los adolescentes escolarizados no negociaron el uso del condón en su primera relación sexual (Cuadro 7.11).

Cuadro 7.11. Prevalencia de prácticas y actitudes en el uso de anticonceptivos y condón por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Negociación del uso del condón en la primera relación sexual	19.1 [17.2,21.2]	19.7 [17.6,21.9]	19.4 [17.9,21.0]
Uso consistente de métodos anticonceptivos incluyendo condón	29 [27.1,30.9]	18.5 [15.8,21.4]	23.5 [21.8,25.4]
Uso frecuente de métodos anticonceptivos incluyendo condón	23.1 [21.0,25.4]	17.3 [14.6,20.3]	20.1 [18.2,22.2]

Vinculado a esto, los niveles de uso consistente de métodos anticonceptivos de cualquier tipo entre las y los adolescentes escolarizados también es bajo en ambos sexos (23.5%), y significativamente menor en mujeres adolescentes (18.5%) que en varones de este grupo de edad (29%). El uso frecuente de métodos anticonceptivos incluyendo el condón es aún más bajo, con

sólo 20.1% para ambos sexos, siendo mayor para hombres adolescentes (23.1%) que mujeres (17.3%)

La utilización de anticonceptivos de larga duración como el DIU, implante e inyecciones lo utilizan el 4.6% las adolescentes que han iniciado vida sexual. El cuadro 7.12 muestra que el 1.7% de las escolares con inicio de vida sexual y sin antecedente de embarazo utiliza dichos métodos, mientras que en las mujeres que alguna vez han estado embarazadas la utilización de métodos de larga duración es del 33.3%, mientras que el 9.5% reportó no haber utilizado ningún anticonceptivo en la última relación sexual.

Cuadro 7.12. Uso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada[&] y uso de ningún método anticonceptivo en la última relación sexual en mujeres por condición de embarazo *

Uso de método anticonceptivo	Alguna vez embarazadas	Nunca embarazadas
	%	%
No usó método anticonceptivo	9.5 [6.9,13.0]	17.6 [11.5,26.0]
Método de larga duración ^{&}	33.3 [21.5,47.6]	1.7 [1.0,2.9]

[&] Considera DIU, implante e inyecciones

*No incluye adolescentes con embarazo en curso al momento de la encuesta

La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre adolescentes muestra que el 6.8% de las adolescentes sexualmente activas están expuestas al riesgo embarazarse a pesar de manifestar su deseo de espaciar o limitar su fecundidad, la cifra es mayor entre las de 17 y 18 años (8%) (Cuadro 7.13).

Cuadro 7.13. Necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres de 15 a 18 años, sexualmente activas* por grupo de edad actual

NIA	15-16 años	17-18 años	Total
	%	%	%
No	95.8 [90.1,98.3]	92 [88.3,94.7]	93.2 [90.3,95.2]
Sí	4.2 [1.7,9.9]	8 [5.3,11.7]	6.8 [4.8,9.7]
Total	100.00	100.00	100.00

*Las cifras presentadas excluyen a las mujeres embarazadas al momento de la encuesta

En una mirada retrospectiva que considera los embarazos en curso al momento de la encuesta, donde las mujeres declaran que su embarazo no fue planeado o deseado, la NIA se incrementa a 7.5%, mayor entre las adolescentes de 17 a 18 años (8.9%) en comparación con las de 15-16 años (4.2%).

Entre las repercusiones de las prácticas sexuales se encuentran embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. El uso del alcohol o droga durante las relaciones sexuales se encontró que el 13.2% de los hombres, 10.3% en mujeres (Cuadro 7.14).

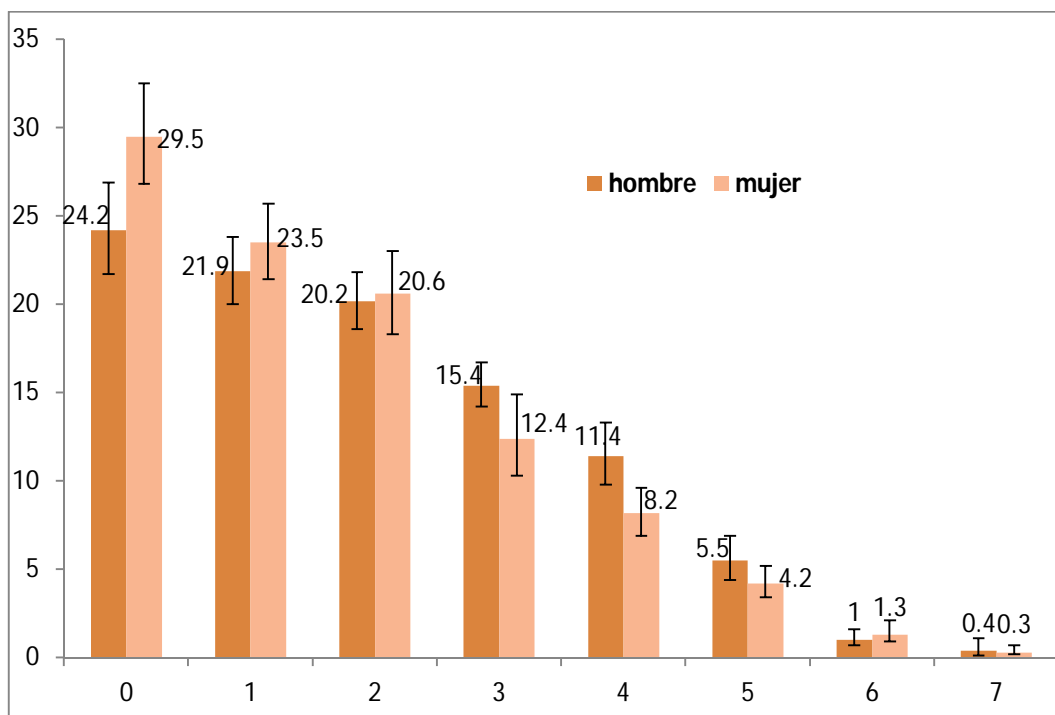
Cuadro 7.14. Distribución porcentual de escolares por prácticas seleccionadas y sexo. Última relación sexual

Uso de alcohol o droga en la URS	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
No	86.8 [83.5,89.5]	89.7 [86.3,92.3]	88 [85.7,90.0]
Sí	13.2 [10.5,16.5]	10.3 [7.7,13.7]	12 [10.0,14.3]
Total	100	100	100
Motivos de uso de condón en la última relación sexual			
Prevenir VIH	54 [48.6,59.3]	46.5 [41.9,51.1]	51.1 [47.2,55.0]
Prevenir infección diferente a VIH	53.4 [47.2,59.4]	51.5 [45.2,57.8]	52.7 [48.0,57.3]
Prevenir embarazo no deseado	83 [79.9,85.7]	92.5 [88.7,95.1]	86.7 [84.0,89.0]
Su pareja lo pide pero no conoce motivo	6.9 [5.3,8.9]	1.8 [0.7,4.6]	4.9 [3.6,6.6]

En relación con los motivos de uso del condón en la última relación sexual, se encontró una brecha de 9 puntos porcentuales entre los hombres y las mujeres en el uso del condón para prevenir un embarazo no deseado, siendo mayor entre las mujeres que en los hombres (92.5% y 83%, respectivamente). Los hombres tienen mayor reporte que las mujeres sobre la utilización del condón para prevenir VIH con 54% y 46.5%. El uso de condón porque la pareja lo pide sin conocer el motivo se reportó en el 6.9% de los hombres, mientras que en las mujeres el reporte fue de 1.8%.

Dentro de los comportamientos que contribuyen a lesiones no intencionales y violencia, en esta encuesta se exploraron diferentes exposiciones a eventos violentos, abuso o discriminación, se encontró que más de la mitad de las mujeres reportó 1 (23.5%) o ningún (29.5%) punto de exposición a eventos violentos. En el caso de los hombres, el 18% reportó entre 4 y 7 puntos de exposición a eventos violentos, abuso o discriminación (Gráfica 7.2).

Gráfica 7.2: Distribución porcentual del índice de exposición a violencia por sexo



Las adicciones contribuyen como factor de riesgo en las prácticas sexuales, ya que en muchas ocasiones el uso de alcohol tiende a desinhibir el control de los impulsos sexuales, así el 44.7% de los hombres y 31% en las mujeres son fumadores actuales, mientras que el 17.3% de los hombres y 25% en las mujeres nunca han fumado. El abuso del alcohol se reportó en más del 80% en los últimos 30 días, tanto en los hombres como en las mujeres (Cuadro 7.15).

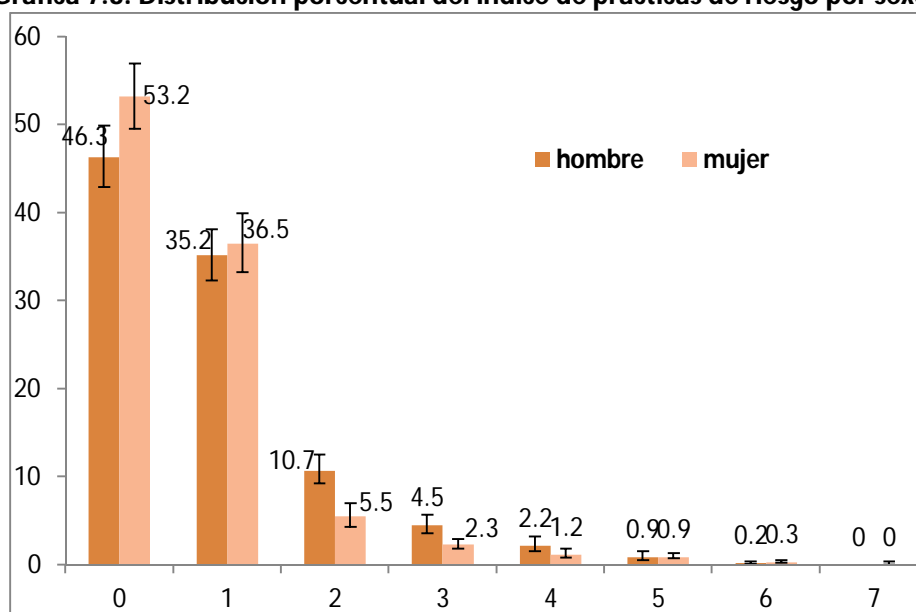
Cuadro 7.15. Porcentaje de adolescentes con consumo de tabaco y alcohol por sexo

	Hombre %	Mujer %	Total %
Nunca fumador	17.3 [14.8,20.2]	25 [20.4,30.2]	20.4 [18.5,22.5]

Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida	34.5 [31.2,38.1]	23.2 [18.4,28.8]	29.9 [27.0,33.0]
Fumador actual	44.7 [40.3,49.2]	31 [26.0,36.6]	39.1 [35.5,42.9]
Abuso del alcohol en los últimos 30 días	84.6 [81.0,87.7]	81.3 [75.3,86.1]	83.3 [79.5,86.5]

A partir de 9 prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva entre los escolares, se encontró que el 53.2% de las mujeres y el 46.3% en los hombres no reportó prácticas de riesgo, sin embargo, el 7.8% de los hombres y el 4.7% de las mujeres reportó 3 o más prácticas de riesgo (Gráfica 7.3).

Gráfica 7.3: Distribución porcentual del índice de prácticas de riesgo por sexo



8. Exposición a contenidos de la Educación Sexual Integral y prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva, conocimientos, actitudes y factores psicosociales.

En los capítulos anteriores se presentaron los aspectos fundamentales de la Educación Sexual Integral (ESI), incluyendo su cobertura y satisfacción percibida por parte de los adolescentes

estudiantes en escuelas públicas y privadas de la república Mexicana. Asimismo se describió la instrumentación y análisis de un conjunto de indicadores más amplio, relacionados con el espectro de dimensiones que se plantean en la ESI, incluyendo conocimientos, actitudes y determinantes psicosociales relevantes.

El objetivo de este capítulo final es integrar las dimensiones hasta ahora presentadas en un análisis que permita valorar la magnitud de la asociación entre la exposición a contenidos de ESI *completos y adecuados* y un conjunto de características de los estudiantes. Los contenidos ESI se organizaron en las tres áreas temáticas descritas en el Capítulo 2 (salud sexual y reproductiva autoeficacia, relaciones y derechos), y se consideraron completos y adecuados cuando incluyeron la totalidad de los temas adentro de cada área temática. Con base a esta clasificación, se comparan los estudiantes expuestos a ESI completa con los estudiantes expuestos a ESI incompleta, respecto un conjunto de prácticas de riesgo, conocimientos y actitudes en SSR, y factores psicosociales, incluyendo la exposición a violencia, abuso ó discriminación.

Contenidos ESI relacionados con Salud Sexual y Reproductiva

En la tabla 8.01 se comparan los estudiantes expuestos a contenidos completos e incompletos relacionados con salud sexual y reproductiva (SSR). Los estudiantes expuestos a contenidos ESI completos reportan prevalencias más bajas para la totalidad de los comportamientos de riesgo en SSR explorados en esta tabla, cuando comparados con sus compañeros expuestos a contenidos incompletos, incluyendo, menor prevalencia de casamiento precoz (2.8% vs 5.2%), de embarazo (7.0% vs 13.3%), de no uso de anticonceptivos en la última relación sexual (8.9% vs 21.6%), intoxicación por sustancias en la última relación sexual (11.4% vs 15.1%) y necesidad insatisfecha de anticoncepción (6.3% vs 9.5%). La ESI completa en materia de SSR se asocia significativamente a mejores conocimientos y actitudes, incluyendo menor prevalencia de actitudes negativas en SSR y género (26.9% vs 37.6%), menor prevalencia de concepciones no equitativas de género (19.4% vs 24.7%) y de conocimientos incorrectos en SSR (50.6% vs 54.2%). Asimismo, los estudiantes expuestos a contenidos ESI completos reportan mayor reconocimiento de derechos en SSR (48.4% vs 37.1%), mas auto-eficacia para hablar del uso de condón con cualquier pareja (53.9% vs 48.8%) e mejores conocimientos sobre el uso correcto de condón (83.1% vs 78.3%). La exposición a contenidos ESI completos en materia de SSR se asocia también a un conjunto de factores psicosociales. La prevalencia de función reflexiva elevada es mayor en adolescentes expuestos a contenidos ESI completos (14.8%) que en adolescentes expuestos a contenidos ESI incompletos (10.7%). Asimismo, un mayor porcentaje de estudiantes expuestos a contenidos de ESI incompletos reportan impulsividad (15.7%) cuando comparados con estudiantes expuestos a contenidos de ESI completos (12.8%).

Cuadro 8.01. Distribución porcentual de prácticas de riesgo, conocimientos, actitudes y determinantes psicosociales de acuerdo a contenidos ESI completos o incompletos, en materia de salud sexual y reproductiva

	ESI incompleta	ESI completa	Total
	media	media	media
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
	14.9	15.1	15.0
Edad inicio de vida sexual	[14.4-15.4]	[14.9-15.2]	[14.9,15.2]
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Riesgos en SSR			
Casamiento precoz	5.2 [3.3,8.0]	2.8 [2.4,3.3]	3.2 [2.7,3.7]
Embarazo alguna vez	13.3 [9.8,17.8]	7 [5.5,8.7]	8.2 [6.6,10.1]
No uso AC ultima relación sexual (URS)	21.6 [15.9,28.7]	8.9 [6.9,11.4]	11.3 [9.1,14.0]
Intoxicación por alcohol o droga en la URS	15.1 [11.9,19.0]	11.4 [9.2,14.0]	12.1 [10.1,14.5]
Necesidad insatisfecha de AC	9.5 [5.4,16.0]	6.3 [4.3,9.1]	6.9 [4.8,9.9]
Actitudes y conocimientos			
Actitudes negativas en SSR y género	37.6 [33.3,42.1]	26.9 [24.2,29.8]	28.5 [25.7,31.5]
Concepciones no equitativas de género	24.7 [20.8,29.1]	19.4 [17.5,21.4]	20.1 [18.2,22.2]
Reconocimiento de derechos	37.1 [32.4,41.9]	48.4 [44.7,52.2]	46.7 [43.1,50.3]
Auto-eficacia para hablar del uso de condón con cualquier pareja	48.8 [43.6,53.9]	53.9 [50.4,57.3]	53.1 [49.8,56.4]
Conocimientos incorrectos en SSR	54.2 [49.6,58.7]	50.6 [48.1,53.1]	51.1 [48.6,53.6]
Conocimiento del número de veces de uso de condón	.78 [.73,.82]	.83 [.81,.84]	.82 [.80,.83]
Factores psicosociales			
Sintomatología Depresiva	15.1 [11.4,19.6]	14.2 [12.9,15.6]	14.3 [12.9,15.8]
Impulsividad	15.7 [12.4,19.6]	12.8 [11.6,14.1]	13.3 [12.1,14.6]
Función reflexiva alta	10.7 [7.9,14.2]	14.8 [13.0,16.7]	14.2 [12.5,16.0]
Exposición a violencia, abuso o discriminación	50.3 [46.2,54.3]	50.4 [48.1,52.8]	50.4 [48.1,52.7]

Contenidos ESI relacionados con auto-eficacia

Cuadro 8.02. Distribución porcentual de prácticas de riesgo, conocimientos, actitudes y determinantes psicosociales de acuerdo a contenidos ESI completos ó incompletos, en materia de auto-eficacia

	ESI incompleta media [IC 95%]	ESI completa media [IC 95%]	Total media [IC 95%]	
	14.9 [14.8,15.1]	15.3 [15.1,15.4]	15.0 [14.9,15.2]	
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]	
Riesgos en SSR	Casamiento precoz	3.6 [3.0,4.4]	2.8 [2.0,3.8]	3.3 [2.8,3.9]
	Embarazo alguna vez	8.8 [6.8,11.3]	8.5 [5.8,12.5]	8.7 [7.0,10.8]
	No uso AC ultima relación sexual (URS)	12.8 [9.9,16.5]	8.7 [6.4,11.7]	11.3 [9.0,14.1]
	intoxicación por alcohol o droga en la URS	13.3 [10.8,16.3]	9.2 [6.3,13.3]	11.8 [9.6,14.5]
	Necesidad insatisfecha de AC	7.8 [5.1,11.7]	5.8 [3.4,9.7]	7.1 [5.0,9.9]
		30.6 [27.1,34.4]	26.7 [24.2,29.3]	29.2 [26.4,32.0]
Actitudes y conocimientos	Actitudes negativas en SSR y Género	20.6 [18.4,23.1]	20.1 [17.9,22.4]	20.4 [18.6,22.3]
	Concepciones no equitativas de género	46.8 [43.1,50.5]	47.6 [43.2,52.0]	47.1 [43.6,50.6]
	Reconocimiento de derechos	50.8 [47.6,54.0]	57.3 [52.9,61.5]	53.2 [50.0,56.4]
	Auto-eficacia para hablar del uso de condón con cualquier pareja	53.1 [50.0,56.2]	47.7 [44.7,50.7]	51.1 [48.5,53.7]
	Conocimientos incorrectos en SSR	80.4 [78.2,82.4]	84.9 [83.2, 86.4]	82.1 [80.6, 83.5]
		16.2 [14.2,18.5]	10 [9.0,11.1]	13.8 [12.3,15.5]
Factores psicosociales	Sintomatología Depresiva	13.7 [12.2,15.3]	11.5 [9.7,13.6]	12.9 [11.6,14.3]
	Impulsividad	14.1 [12.0,16.4]	13.9 [12.2,15.8]	14 [12.4,15.8]
	Función reflexiva alta	51.8 [49.0,54.7]	46.4 [42.6,50.3]	49.8 [47.5,52.1]
	Exposición a violencia, abuso o discriminación			

En la tabla 8.02 se comparan los estudiantes expuestos a contenidos completos e incompletos relacionados con auto-eficacia. En promedio, los estudiantes expuestos a contenidos ESI completos reportan edad de inicio de vida sexual más elevada que los estudiantes expuestos a contenidos ESI incompletos en materia de auto-eficacia (15.3 años vs 14.9 años). Los estudiantes expuestos a contenidos ESI completos en materia de auto-eficacia reportan prevalencias más bajas de casamiento de precoz (2.8% vs 3.6%), de embarazo (8.5% vs 8.8%), de no uso de anticonceptivos en la última relación sexual (8.7% vs 12.8%) y de intoxicación por sustancias en la última relación sexual (9.2% vs 13.3%). La ESI completa en materia de auto-eficacia se asocia significativamente a mejores conocimientos y actitudes, incluyendo menor prevalencia de actitudes negativas en SSR y género (26.7% vs 37.6%), mas reconocimiento de derechos en SSR (47.6% vs 46.8%), mas auto-eficacia para hablar del uso de condón con cualquier pareja (57.3% vs 50.8%) y mejores conocimientos sobre el uso correcto de condón (84.9% vs 80.4%). La exposición a contenidos ESI completos en materia de auto-eficacia se asocia también a un conjunto de factores psicosociales. La prevalencia de sintomatología depresiva es mayor entre adolescentes expuestos a contenidos de ESI incompletos (16.2%) que entre adolescentes expuestos a contenidos de ESI completos (10.0%). Asimismo, un mayor porcentaje de estudiantes expuestos a contenidos de ESI incompletos reportan impulsividad (13.7%) cuando comparados con estudiantes expuestos a contenidos de ESI completos (11.5%). Los contenidos ESI completos en materia de auto-eficacia se asocian negativamente con la exposición a violencia, abuso ó discriminación, es decir, los adolescentes expuestos a contenidos completos reportan menor prevalencia de exposición a violencia, abuso o discriminación (46.4%) que los adolescentes expuestos a contenidos incompletos (51.8%).

Contenidos ESI relacionados con relaciones y derechos

En la tabla 8.03 se comparan los estudiantes expuestos a contenidos completos e incompletos relacionados relaciones y derechos. Los estudiantes expuestos a contenidos ESI completos en materia de derechos y relaciones reportan prevalencias más bajas de casamiento precoz (2.8% vs 3.2%), de embarazo (8.5% vs 8.8%), de no uso de anticonceptivos en la última relación sexual (8.7% vs 12.8%) y de necesidad insatisfecha de anticoncepción (6.0% vs 8.1%). La ESI completa en materia de relaciones y derechos se asocia significativamente a mejores conocimientos y actitudes, incluyendo menor prevalencia de actitudes negativas en SSR y género (25.7% vs 31.6%), menos concepciones no equitativas de género (18.8% vs 21.3%) más reconocimiento de derechos en SSR (47.8% vs 46.6%), mas auto-eficacia para hablar del uso de condón con cualquier pareja (57.6% vs 50.4%) y mejores conocimientos sobre el uso correcto de condón (84.1% vs 81.0%). La exposición a contenidos ESI completos en materia de relaciones y derechos y se asocia también a un conjunto de factores psicosociales. La prevalencia de sintomatología depresiva es mayor entre adolescentes expuestos a contenidos de ESI incompletos (16.4%) que entre adolescentes expuestos a contenidos de ESI completos (10.3%). Asimismo, un mayor porcentaje de estudiantes expuestos a contenidos de ESI incompletos reportan impulsividad (14.0%) cuando comparados con estudiantes expuestos a contenidos de ESI completos (11.0%). Los contenidos ESI completos en materia de relaciones y derechos se asocian negativamente con la exposición a violencia, abuso ó

discriminación, es decir, los adolescentes expuestos a contenidos completos reportan menor prevalencia de exposición a violencia, abuso ó discriminación (46.9%) que los adolescentes expuestos a contenidos incompletos (51.4%). Finalmente, la prevalencia de función reflexiva alta entre alumnos que reportan contenidos ESI completos en materia de relaciones y derechos es mas elevada que entre alumnos expuestos a contenidos completos (14.1% vs 13.9%).

Cuadro 8.03. Distribución porcentual de prácticas de riesgo, conocimientos, actitudes y determinantes psicosociales de acuerdo a contenidos ESI completos ó incompletos, en materia de relaciones y derechos

	ESI incompleta	ESI completa	Total
	media	media	media
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Edad inicio de vida sexual	15.01 [14.8,15.2]	15.04 [14.9,15.2]	15.0 [14.9,15.2]
	%	%	%
	[IC 95%]	[IC 95%]	[IC 95%]
Riesgos en SSR			
Casamiento precoz	3.2 [2.6,3.8]	2.8 [2.1,3.8]	3 [2.6,3.6]
Embarazo alguna vez	8.8 [6.8,11.3]	8.5 [5.8,12.5]	8.7 [7.0,10.8]
No uso AC ultima relación sexual (URS)	12.6 [9.9,16.0]	9.8 [7.4,12.7]	11.4 [9.2,14.1]
intoxicación por alcohol o droga en la URS	12.2 [9.6,15.2]	10.7 [7.6,14.8]	11.5 [9.4,14.0]
Necesidad insatisfecha de AC	8.1 [5.3,12.2]	6 [3.5,10.1]	7.3 [5.1,10.3]
Actitudes y conocimientos			
Actitudes negativas en SSR y Género	31.6 [27.6,36.0]	25.7 [23.2,28.4]	29.1 [26.1,32.3]
Concepciones no equitativas de género	21.3 [19.2,23.6]	18.8 [16.4,21.5]	20.3 [18.3,22.3]
Reconocimiento de derechos	46.6 [42.7,50.5]	47.8 [42.8,52.8]	47.1 [43.3,50.9]
Auto-eficacia para hablar del uso de condón con cualquier pareja	50.4 [47.1,53.6]	57.6 [53.3,61.8]	53.5 [50.4,56.5]
Conocimientos incorrectos en SSR	50.7 [47.7,53.7]	50.5 [47.3,53.8]	50.6 [48.1,53.1]
Conocimiento del número de veces de uso de condón	81 [78.7,83.1]	84.1 [82.5,85.6]	82.3 [80.8,83.7]
Factores psicosociales			
Sintomatología Depresiva	16.4 [14.0,19.1]	10.3 [8.9,11.9]	13.8 [12.4,15.3]
Impulsividad	14 [12.6,15.6]	11 [9.3,13.0]	12.7 [11.4,14.2]
Función reflexiva alta	13.9 [12.3,15.8]	14.1 [11.8,16.8]	14 [12.3,15.9]

Exposición a violencia, abuso o discriminación	51.4 [47.7,55.0]	46.9 [43.3,50.6]	49.5 [47.2,51.8]
--	---------------------	---------------------	---------------------

9. Conclusiones y recomendaciones

La evidencia ha demostrado de manera consistente que los estudiantes que reciben educación sexual independientemente del currículo, reportan mejores conocimientos y se sienten mejor preparados para enfrentar situaciones y decisiones importantes relativas a su salud. Transmitir información sobre sexualidad a los adolescentes, no aumenta su actividad sexual más bien, mejora los conocimientos, actitudes y autoeficacia hacia la salud sexual y reproductiva, aumentando la edad de inicio de vida sexual, reduciendo el número de parejas sexuales y mejorando las prácticas de protección contra infecciones transmitidas sexualmente¹. Un meta-análisis reciente reportó que la educación sexual implementada a nivel escolar es una estrategia efectiva para reducir los riesgos asociados al VIH, aumentar el conocimiento sobre el VIH, la autoeficacia asociada al uso de condón y el uso de condón.^{xxx}

En México, a pesar de esfuerzos para la consolidación de currículos de ESI en contexto escolar, no se contaba, hasta este momento, con evidencia sobre los procesos y resultados asociados a la ESI. El objetivo de este estudio fue describir la cobertura y la satisfacción percibida respecto a la Educación Sexual Integral (ESI) y evaluar un conjunto de indicadores integrados en 4 dimensiones: contenidos, componentes (actitudes, conocimientos), determinantes y resultados en salud sexual y reproductiva (SSR). Para instrumentar estas cuatro dimensiones se aplicó un cuestionario a una muestra, representativa a nivel nacional, de 3,824 adolescentes, de 15 a 18 años de edad, inscritos en 45 escuelas de educación media/superior en las 5 regiones de la república mexicana.

A continuación se presentan las principales conclusiones con base a los resultados presentados a lo largo de los 8 capítulos de este informe, junto con una serie de recomendaciones centradas en reforzar la ESI y la promoción de la salud sexual en contexto educativo, bien como posibles estrategias de coordinación y alineación entre el sector educativo y el sector salud.

9.1 Cobertura y contenidos

Dependiendo del tema, entre el 16 y 50% de los adolescentes recibieron educación sexual integral en la primaria. Este porcentaje aumentó a más del 80% durante la secundaria. Sin embargo, durante la escuela media superior solo la mitad de los adolescentes han revisado temas de ESI en la escuela. Temas importantes durante la adolescencia como el uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos, la violencia, dónde y cómo vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos, implicaciones del uso de alcohol y drogas, el respeto a la diversidad y el acceso a los servicios de salud, fueron revisados entre el 50 y el 59% de los adolescentes. Los resultados indican también que si bien una gran mayoría de los alumnos recibió contenidos completos en materia de salud sexual y reproductiva, solo menos de la mitad recibió

contenidos completos en materia de autoeficacia y de relaciones y derechos.

Más del 95% de los estudiantes están satisfechos con los puntos tratados, la intensidad, el formato y la claridad con la que se presentó el tema. Sin embargo, la mitad propusieron que otros temas fueran revisados en la escuela, como: relaciones sexuales, diversidad y discriminación, identidad y violencia.

Hay temas sobre educación sexual integral que los hombres adolescentes prefieren sean tratados en la escuela, como la salud sexual y reproductiva, la pubertad, el sistema reproductivo. Sobre este último las mujeres, también, prefieren que sea tratado por los maestros. Temas de salud sexual y reproductiva, como la pubertad, las mujeres prefieren tratarlos con sus padres. La fuente de información favorita de los y las adolescentes del tema de las relaciones, son sus padres. Finalmente es importante referir que solo una pequeña proporción de los estudiantes mencionan preferir recibir información por parte de personal de salud. Estos resultados hacen visible la importancia de una perspectiva ecológica e intersectorial que incluya los varios contextos escolar, familiar y médico como fuentes de información para temas de salud sexual.

Los resultados respecto la frecuencia de temas tratados de acuerdo a grado de estudios indican que existe una falta de homogeneidad y de continuidad. La falta de homogeneidad se refleja en que si bien los temas de salud sexual se impartieron a la mayoría de los estudiantes, lo mismo no pasa con los temas sobre relaciones y derechos y menos con los temas referentes a la autoeficacia. Respecto la falta de continuidad los resultados indican que, si bien a nivel secundario la gran mayoría de los estudiantes reportan haber recibido información sobre una gran cantidad de temas en los tres dominios explorados, en nivel primario y en nivel medio superior, hay temas que casi no son abordados ó que solo son reportados por proporciones mucho menores de estudiantes.

9.1.1 Recomendaciones en materia de cobertura y contenidos:

- Promover la articulación de los contextos escolar, familiar y de salud como actores fundamentales para la generación y trasmisión de información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la edad.
- Asegurar la integralidad de los contenidos, enfatizando la importancia de que los jóvenes reciban no solo información adecuada sobre los riesgos asociados a la actividad sexual, sino también conocimientos y orientación sobre como cuestionar de manera crítica las normas sociales sobre género y sexualidad, las dinámicas de poder adentro de las relaciones interpersonales y de la sociedad en general, así como herramientas de autoeficacia y empoderamiento necesarias para el ejercicio de sus derechos.
- Homogeneizar contenidos, asegurando que se imparten la totalidad de los temas adentro de los varios dominios planteados por las recomendaciones nacionales e internacionales para la ESI

- Asegurar la continuidad de los temas, promoviendo la adaptación de los contenidos de acuerdo a la edad de los estudiantes

9.2 Componentes de la ESI (actitudes y conocimientos)

A pesar del elevado reporte de haber recibido información sobre diversos aspectos de la SSR en escuelas mexicanas, los resultados indican una amplia variabilidad en el nivel de conocimientos correctos, actitudes positivas para la salud y habilidades adquiridas, los cuales constituyen los componentes esenciales de una ESI efectiva y de calidad.

9.2.1 Actitudes

Existen bajos niveles de actitudes equitativas de género entre la población adolescente, especialmente en los hombres. Hay bajos niveles de actitudes positivas hacia el condón y bajos niveles de autoeficacia para el uso del condón. Menos de la mitad de los adolescentes buscaron atención para la salud sexual y reproductiva y sólo ligeramente más del 50% recibieron condones gratuitos en el último año. Además, menos mujeres reciben condones y las que sí, reciben una menor cantidad de preservativos. Las adolescentes reciben los condones principalmente en la escuela y los varones en los servicios de salud.

Los niveles de actitudes positivas hacia la sexualidad y el placer sexual no son altos, aunque ligeramente mejores entre mujeres que hombres. Sin embargo, algo positivo es que la población adolescente en general concibe a las relaciones violentas entre los géneros y dentro del noviazgo como inaceptables. Menos del 20% de las y los adolescentes reportan violencia familiar (con más mujeres que hombres), la cuarta parte reporta violencia de noviazgo (con niveles similares en ambos géneros) y casi la mitad reporta violencia de pares en la escuela (bullying) en general mientras la cuarta parte reporta bullying homofóbico.

9.2.2 Conocimientos:

La falta de conocimientos correctos y la presencia de conocimientos incorrectos son importantes barreras para el ejercicio de comportamientos saludables y específicamente para aumentar la demanda de anticonceptivos entre adolescentes. A pesar de que existen buenos niveles de conocimientos básicos sobre los anticonceptivos y el condón, se observa una falta de conocimientos sobre aspectos como la efectividad del condón, confianza o seguridad en poder negociar el uso de los preservativos y posteriormente utilizarlos. Por otra parte, la mayoría de la población adolescente no identifica los métodos anticonceptivos efectivos como apropiados para adolescentes y una tercera parte concibe los anticonceptivos hormonales como dañinos para la salud. Asimismo, es preocupante que tan sólo el 3% de la población adolescente escolarizada sabe que la anticoncepción de emergencia se puede tomar hasta 120 horas después de una relación sexual no protegida.

Es importante destacar que la mayoría de los adolescentes no reconocen sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, lo que implica una barrera importante para el ejercicio de comportamientos protectores de la salud. Por ejemplo, sólo el 27.5% saben que tienen derecho a recibir anticoncepción de emergencia y sólo un poco más de la mitad saben que tienen derecho a recibir educación sexual y a recibir condones. Posiblemente, estos resultados expliquen por qué menos de la mitad de las y los adolescentes reportaron haber visitado algún centro de salud, clínica o un médico para recibir servicios o información sobre la salud sexual y reproductiva.

La comunicación sobre temas de la sexualidad entre padres e hijos promueve un conjunto de actitudes y comportamientos saludables, incluyendo uso consistente de anticonceptivos y menos comportamientos riesgosos. Los resultados de este estudio indican que uno de cada 5 adolescentes escolarizados en México no tuvieron comunicación con sus padres y madres sobre temas de salud sexual y reproductiva en los 6 meses anteriores a la encuesta. Este resultado es particularmente importante considerando que la fuente preferida de información sobre varios temas de salud sexual y relaciones en adolescente son los padres de familia. Por otro lado, varios estudios han demostrado que los padres de familia enfrentan importantes retos para discutir aspectos del foro relacional y sexual con sus hijos. Esto refleja la necesidad de articular los sectores de educación y salud para generar un mensaje conjunto que sensibilice a los padres de familia sobre la importancia de mantener una comunicación abierta, cálida e informativa con sus hijos e hijas y en la promoción de estrategias que orienten a los padres de familia para sentirse preparados para este fin.

9.2.3 Recomendaciones en materia de los componentes de la ESI

A través de la ESI en el ámbito educativo y de la consejería y educación grupal desde el sector salud, hay que promover el desarrollo de conocimientos y actitudes correctos y la adquisición de habilidades prácticas en varios ámbitos de la salud sexual y reproductiva.

- Fortalecer los contenidos de los currículos de ESI en materia de la promoción de actitudes de género equitativas, de actitudes positivas hacia la sexualidad y el placer.
- Promover actitudes positivas hacia el condón y los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
- Aportar habilidades de autoeficacia para el uso del condón, así como de antemano su negociación.
- Incluir en los currículos ESI información actualizada, precisa y completa sobre todos los métodos anticonceptivos, incluyendo la pastilla de emergencia
- Promover mejores conocimientos sobre el uso, efectividad, carácter no nocivo para la salud y ventajas de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
- Informar de manera clara cuáles son los derechos que amparan a los adolescentes para el ejercicio de su ciudadanía sexual y en general y promover las habilidades para ejercerlos

- Promover métodos de enseñanza participativa y de prácticas simuladas que ayuden a consolidar habilidades para el acceso a la atención para la salud sexual y para el acceso a los anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia y el condón.
- Crear mecanismos o iniciativas para que los sectores educativos y de salud apoyen a los padres y las madres de familia en la comunicación con sus hijos e hijas sobre temas de salud sexual y reproductiva, que a la vez promueva estrategias y opciones para que los padres puedan monitorear, guiar e implementar disciplina con sus hijos e hijas de manera no violenta y con respeto a sus derechos.
- Apoyar a las escuelas para lograr la oferta de condones con equidad de género, para que se ofertan tanto a mujeres como hombres.

9.3 Determinantes psicosociales

Los resultados en términos de determinantes psicosociales reflejan la naturaleza multidimensional de la ESI y la asociación entre un conjunto de características individuales que constituyen importantes factores de riesgo o de protección para prácticas y resultados de riesgo.

En términos sociodemográficos el sexo femenino se constituye como un factor de riesgo para la sintomatología depresiva y la ideación suicida, y el sexo masculino como un factor de riesgo para la impulsividad y la falta de orientación hacia el futuro. La prevalencia de sintomatología depresiva, auto-concepto desfavorable e impulsividad es más elevada en estudiantes de niveles socio económicos más elevados y de escuelas privadas.

En términos generales, la población estudiada presenta niveles elevados de varios factores de riesgo psicosocial. El 14.6% de los y de las estudiantes presenta sintomatología depresiva indicadora de depresión moderada ó severa, y el 23.2% presenta ideación suicida. No sorprendentemente, aproximadamente la mitad de los y de las adolescentes presentan actitudes que reflejan auto-estima y auto-concepto desfavorables, lo que refleja un conjunto de vulnerabilidades emocionales importantes que constituyen un riesgo para desarrollo tanto de psicopatología severa como problemas en términos de desempeño académico y funcionamiento social^{xxxii}. El 10.7% de los estudiantes presentaron falta de orientación hacia el futuro y el 13.3% reportaron comportamientos impulsivos.

Los resultados permiten también identificar un conjunto de determinantes asociados a prácticas riesgosas en SSR y a exposición a violencia, abuso o discriminación. La sintomatología depresiva y la impulsividad son factores asociados tanto con prácticas riesgosas en SSR como de exposición a violencia. La auto-estima y auto-concepto desfavorables se asocian con los riesgos por exposición a violencia. La función reflexiva alta es un factor protector tanto en relación a prácticas riesgosas en SSR como en relación a exposición a violencia. Estos resultados son importantes pues reflejan la vulnerabilidad aumentada que experimentan sub-grupos específicos de la población adolescente. Por ejemplo, estudios anteriores han demostrado que las adolescentes deprimidas son más propensas a incurrir en relaciones sexuales que ellas no desean^{xxxiii}. En este sentido es

recomendable implementar estrategias de prevención, detección y atención oportuna de estos determinantes de riesgo. Por otro lado, se recomienda el diseño de acciones que promuevan la función reflexiva de los jóvenes ya que esta aparece como un factor de protección importante hacia los resultados riesgosos que se exploraron. Por ejemplo programas enfocados en mejorar las capacidades de mentalización¹ de los estudiantes, promoviendo su empatía, sentido crítico, auto-concepto y empoderamiento para la toma de decisiones y orientación hacia el futuro, ya sea a través de modelos de abogacía ó de otras intervenciones en contexto escolar.

9.3.1 Recomendaciones en materia de determinantes psicosociales

- Implementar estrategias de prevención, detección y atención oportuna de los determinantes psicosociales (por ejemplo, depresión, auto-estima, impulsividad)
- Diseñar programas enfocados en mejorar las capacidades de mentalización^{xxxiii} de los estudiantes ya sea a través de modelos de consejería ó de otras intervenciones en contexto escolar
- Enfatizar la importancia de que los y las jóvenes reciban no solo información adecuada sobre los riesgos asociados a la actividad sexual, sino también apoyo y orientación específica sobre como cuestionar de manera crítica las normas sociales sobre genero y sexualidad y las dinámicas de poder adentro de las relaciones interpersonales y de la sociedad en general.

9.4 Prácticas y condiciones de vida sexual

Los datos muestran que el 3% de los adolescentes encuestados se ha unido alguna vez a lo largo de su vida. El 34.4% de los adolescentes hombres alguna vez unidos reportó que su pareja estaba o había estado embarazada al menos una vez, el reporte de embarazo entre las mujeres alguna vez unidas alcanzó el 65.4%. En este estudio se encontró que el 75.1% de los que inician vida sexual tuvo relaciones en los últimos tres meses.

Del total de escolares el 20.2% (hombres 23.1% y 17.6% mujeres) se clasifica como sexualmente activo. La cifra reportada por la encuesta es mayor a la reportada en mujeres entre los 15-19 años de edad a nivel nacional clasificadas como sexualmente activas (15.2%), el motivo de la diferencia es el periodo de referencia, ya que CONAPO considera sexualmente activas durante el mes previo al levantamiento de la encuesta².

El no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual se reportó en 25.7% entre las mujeres y mientras más jóvenes la cifra mayor (36% para el grupo que inició antes de los 15 años). Los hallazgos entre la población escolar son menores que lo reportado a nivel nacional y reflejan la misma tendencia que a nivel nacional. Datos de la Encuesta de Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 reporta no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en 75% entre las

² Cifras reportadas por ENADID 2009. CONAPO, Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana.

mujeres de 15-19 años que inician vida sexual antes de los 15 años, mientras que las que iniciaron más tardíamente el no uso de anticonceptivos es del 58.9%³.

Uno de los aspectos importantes a señalar es que el uso del condón entre los jóvenes escolarizados es alto, 68% entre las mujeres y 70.4% entre los hombres. Por otro lado, la utilización de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) como el DIU, implante e inyecciones se reporta en solo el 4.6% las adolescentes que han iniciado vida sexual. Entre las adolescentes sin antecedente de embarazo esta cifra se reduce a 1.7%. Además, el no uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres que han estado embarazadas fue del 9.5% durante la última relación sexual. En este mismo grupo el uso de ARAP es de 33.3%.

El 5.5% de los hombres adolescentes señaló haber embarazado a alguien y 0.6% refirió que su pareja estaba embarazada al momento de la encuesta. El embarazo entre las mujeres adolescentes se reportó en el 9.5% alguna vez durante su vida y el 1.6% estaban embarazadas al momento de la encuesta.

Considerando la maternidad durante la adolescencia al explorar sobre el último embarazo, se encontró que el embarazo no planeado fue del 14.7% en las mujeres embarazadas al momento de la encuesta y el 45.6% tuvo un embarazo no deseado, cifras menores a lo reportado por la ENADID en 2009 donde el embarazo no planeado entre adolescentes y jóvenes se reporta en 27.8% y 23.2%, mientras que el embarazo no deseado, las mayores cifras se reportan entre mujeres con 35 años y más con 32%. Ahora bien, es importante que estas cifras se tomen con precaución, ya que se ha documentado que es posible que al momento de la entrevista la decisión de la mujer sobre su deseo de embarazarse haya cambiado durante el período de gestación⁴.

Entre los sexualmente activos, el reporte de métodos como el retiro y calendario alcanza el 23.4% en mujeres y el 15.7% en hombres, las cifras se incrementan a 26.9% y 17.2% respectivamente entre la población más joven.

En los motivos del uso de condón durante las relaciones sexuales destacan los que respondieron que lo utilizan porque la pareja lo pide, pero desconocen el motivo, se reportó en el 6.9% de los hombres, mientras que en las mujeres el reporte fue de 1.8%.

9.4.1 Recomendaciones en términos de prácticas y condiciones de vida sexual

- Fortalecer los temas relacionados con la efectividad de los métodos anticonceptivos ya que una parte importante de los adolescentes utiliza métodos como el ritmo y calendario.
- Apoyar en la difusión, acceso y uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales y fortalecer el uso consistente de métodos anticonceptivos en los adolescentes

³ Cifras reportadas por ENADID 2009. CONAPO, Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana.

⁴ CONAPO, Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana, pp36.

- Promover la información sobre las ventajas y elevada efectividad del uso de doble protección utilizando anticonceptivos reversibles de acción prolongada junto con métodos de barrera
- En relación a las necesidades en salud reproductiva es importante disminuir la demanda insatisfecha de anticoncepción en la población adolescente para prevenir futuros embarazos no planeados o no deseados
- Fortalecer estrategias para que las madres adolescentes continúen sus estudios y planifiquen sus decisiones reproductivas

9.5 Asociación entre contenidos ESI completos y prácticas y resultados de riesgo, conocimientos, actitudes y determinantes psicosociales

Nuestro estudio no incluye una evaluación de la calidad de los currículos de la ESI, sin embargo se generaron variables para identificar a los estudiantes expuestos a contenidos de ESI completos en términos de los número de temas cubiertos a lo largo de su recorrido académico. Los resultados indican de manera concertada que no solo existe una variabilidad importante en el número de temas cubiertos, pero también que la exposición a la totalidad de los temas de acuerdo a las tres macro dimensiones temáticas se asocia de manera significativa con las prácticas de riesgo en SSR, conocimientos, actitudes y determinantes psicosociales de los estudiantes.

En términos de los comportamientos que ponen a los jóvenes en riesgo de contraer ITS incluyendo el VIH y de embarazo, es importante destacar que los alumnos expuestos a contenidos completos de ESI reportan mayor promedio de edad de inicio de vida sexual, menos antecedentes de embarazo, menor prevalencia de no uso de anticonceptivos en la última relación sexual y menos demanda insatisfecha de anticoncepción.

En términos de los conocimientos y actitudes que se relacionan con los comportamientos antes descritos y con la ESI en general, la exposición a contenidos completos de ESI se asocia con menos conocimientos incorrectos y más conocimientos correctos en SSR y anticoncepción, menores actitudes negativas en SSR y género, mayor reconocimiento de derechos y más autoeficacia para hablar de uso de condón.

Finalmente, el reporte de exposición a contenidos ESI completos se asocia también con menos sintomatología depresiva, impulsividad, menor exposición a violencia, abuso ó discriminación y con mayor prevalencia de función reflexiva alta.

Es notable la relación directa con la disminución de prácticas y resultados de riesgo, pero también con otros factores que aumentan ó disminuyen la vulnerabilidad de los adolescentes. Esta evidencia es relevante pues implica que la ESI puede afectar la vida de los jóvenes a través de diferentes mecanismos, por ejemplo, reduciendo la impulsividad y mejorando la capacidad de pensamiento crítico y reflexivo, la toma de decisiones informadas y de comunicación, promoviendo su capacidad de involucrarse en relaciones interpersonales respetadoras, benignas y

placenteras. Asimismo estos mismos mecanismos preparan a los jóvenes para involucrarse en el desarrollo social como ciudadanos activos y productivos, aumentando la motivación y orientación hacia promover su salud, su desarrollo personal y objetivos de vida futuros.

9.5 Recomendaciones en materia de la integralidad de los contenidos ESI

Estos resultados respaldan la necesidad de promover la integralidad de la educación sexual, asegurando que los contenidos son completos y cubran la totalidad de las dimensiones recomendadas. La ESI se deberá basar en una visión holista que promueva la trasmisión de información completa, científicamente precisa y adecuada a la edad de los estudiantes.

9.5 Articulación de estrategias, alineación de metas y armonización de mensajes entre los sectores educación y salud

Los resultados de este estudio hacen visible la importancia de articular estratégicamente los sectores educación y salud, proponiendo metas alineadas y promoviendo un mensaje coherente sobre la importancia de la ESI hacia los tomadores de decisiones y la población en general.

Articular estrategias para aumentar la demanda y asegurar la oferta de anticonceptivos en población adolescente

Es fundamental fortalecer el vínculo en el trabajo intersectorial encaminado a lograr que los adolescentes atiendan sus necesidades en salud sexual y reproductiva. Esto implica tener de un abordaje integral, que por un lado permita el fortalecimiento en la parte educativa a nivel escolar, aumentando la demanda de anticonceptivos, y por otro, mejorar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva para asegurar la oferta eficiente y equitativa de anticonceptivos, promoviendo la disponibilidad y acceso a servicios de salud amigables. A este respecto es importante destacar que casi el 14% de los adolescentes no saben si están afiliados a algún servicio médico, lo que refleja barreras al uso de servicios de salud sexual a un nivel muy básico. En este sentido, promover la articulación entre ambos sistemas demanda y oferta, implica trabajar desde la ESI para empoderar a los adolescentes con los conocimientos y competencia que necesitan para el ejercicio de sus derechos hasta la capacitación de los prestadores de salud para garantizar el apego a las normas y a las recomendaciones en materia de calidad.

Proponemos tres ejes de alineación estratégica entre los sectores educación y salud, con algunos ejemplos de acciones:

1. Aumentar la demanda de anticonceptivos en población adolescente:
 - Reducir la información incorrecta y aumentar el conocimiento y manejo de información correcta sobre los temas que componen la ESI, incluyendo información sobre los derechos sexuales de los adolescentes
 - Consolidar conocimientos, actitudes y habilidades positivas para el uso de

- anticonceptivos, incluyendo la pastilla de emergencia
 - Promover la información sobre las ventajas y elevada efectividad del uso de doble protección utilizando anticonceptivos reversibles de acción prolongada junto con métodos de barrera
 - Promover métodos de enseñanza participativa y de prácticas simuladas que ayuden a consolidar habilidades para el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva
2. Asegurar el acceso a servicios de salud accesibles, aceptables, equitativos, apropiados y efectivos para la población adolescente:
 - Eliminar los obstáculos al acceso a servicios de SSR para adolescentes.
 - Promover el apego a las normas por parte de los prestadores de salud.
 - Mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención para la salud sexual y reproductiva, explorando opciones para ofrecer ciertos tipos la atención dentro de las escuelas.
 3. Garantizar la oferta de abasto de métodos anticonceptivos adecuados a las necesidades individuales de las y los adolescentes incluyendo los métodos modernos.
 - Garantizar el abasto de una amplia variedad de anticonceptivos en los sistemas de salud y promover la consejería para la elección informada y adaptada a las necesidades individuales de los adolescentes
 - Incrementar el uso de la anticoncepción dual con anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) y condón en adolescentes sexualmente activas
 - Promover el uso de anticonceptivos en el periodo post evento obstétrico

Alinear metas entre los sectores salud y educación

Los resultados presentados ponen en evidencia la necesidad de que los mecanismos de evaluación de programas relacionados con SSR, en ambos sectores, incluyan metas e indicadores que reflejen el espectro de dimensiones y determinantes planteados en la ESI.

Armonizar un mensaje coherente

Es fundamental traducir estos resultados en un mensaje claro y coherente que armonice las perspectivas de salud y educativa y que pueda resonar con facilidad al contexto más alargado de los tomadores de decisiones en SSR de los adolescentes, a los padres de familia y a la sociedad en general, de manera a promover la apropiación del tema y la toma de conciencia a nivel más amplio. Es imprescindible que los resultados contundentes y basados en la evidencia que aquí se presentan avalen una línea de argumento a favor de la necesidad de contar con programas de ESI de calidad. Proponemos dos marcos para orientar este mensaje: la perspectiva de salud pública y el marco de derechos humanos.

Desde el punto de salud pública: es importante dejar claro los beneficios asociados a promover la educación sexual de calidad en contexto escolar y los elevados costos de no hacerlo. La ESI tiene implicaciones inmediatas en el bienestar y salud de los y las adolescentes, a mediano plazo permitiendo el pleno desarrollo para su vida futura como adultos, reduciendo costos para la salud a corto, mediano y largo plazo.

Desde el punto de vista de derechos humanos: es importante transmitir que además de promover la capacidad de los adolescentes de ejercer sus derechos con plenitud y responsabilidad, la ESI efectiva y de calidad también promueve la igualdad y la no discriminación, reforzando las habilidades para la ciudadanía. El que todos las y los jóvenes no cuenten con ESI de calidad sería una violación de sus derechos como ciudadanos y seres humanos.

Referencias

- ⁱ Organización mundial para la salud. Women and AIDS: an agenda for action. Ginebra: OMS, 1995.
- ⁱⁱ Rivers K Aggleton P. Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic, United Nations Development Programme, Nueva York, EEUU, document sin numeración de páginas, 1999, <http://www.undp.org/hiv/publications/gender/adolesce.htm>
- ⁱⁱⁱ DePadilla L, Windle M, Wingood G, Cooper H, DiClemente R. Condom use among young women: modeling the theory of gender and power. *Health Psychol.* 2011;30(3):310-9.
- ^{iv} Grunseit A, Kippax S, Aggleton P, Baldo M, Slutkin G. Sexuality Education and Young People's Sexual Behaviour: a Review of Studies. *Journal of Adolescent Research.* 1997;12(4): 421-453.
- ^v Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" 1a Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/pdfs/declaracion.pdf>
- ^{vi} UNESCO. 2010. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Volumen I. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>
- ^{vii} UNESCO. 2012. Respuestas del Sector de Educación frente al bullying homofóbico. Disponible en: <http://www.oei.es/70cd/publication.pdf>
- ^{viii} Secretaría de Educación Pública. Sistema Nacional de Información de Escuelas. Disponible en: <http://www.sniesep.gob.mx/SNIESC/>
- ^{ix} Secretaría de Educación Pública. Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia en Escuelas Públicas de Educación Media Superior ENEIVEMS 2009 <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/en/enece/17-acervo/acervo/265-encuesta-nacional-de-exclusion-intolerancia-y-violencia-en-escuelas-publicas-de-educacion-media-superior-eneivems-2009>
- ^x Hanna KM. An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing,* 1999;14:59-66.
- ^{xi} Sayles JN, Pettifor A, Wong MD, MacPhail C, Lee SJ, Hendriksen E, Rees HV, Coates T. Factors associated with self-efficacy for condom use and sexual negotiation among South african youth. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;43(2):226-33.
- ^{xii} Thato S, Charron-Prochownik D, Dorn LD, Albrecht SA, Stone CA. Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(2):157-63.
- ^{xiii} Rew L, Whittaker TA, Taylor-Seehafer MA, Smith LR. Sexual health risks and protective resources in gay, lesbian, bisexual, and heterosexual homeless youth. *J Spec Pediatr Nurs.* 2005;10(1):11-9.
- ^{xiv} Sacolo HN, Chung MH, Chu H, Liao YM, Chen CH, Ou KL, Chang LI, Chou KR. High risk sexual behaviors for HIV among the in-school youth in Swaziland: a structural equation modeling approach. *PLoS One.* 2013;8(7):e67289.
- ^{xv} Bian C, Li C, Duan Q, Wu H. Reliability and validity of patient health questionnaire: Depressive syndrome module for outpatients. *Sci Res Essays* 2011;6(2):278-282.
- ^{xvi} Nava et al . Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental* 2011 36 (5) 375-397
- ^{xvii} Simon GE et al. Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatr Serv* 2013 Dec 1; 64:1195. (<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>)

- ^{xviii} Sharp, C., Williams, L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., et al. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent in-patient unit. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2009, 73, 311–338.
- ^{xix} Colin A y Villagomez P, “*Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009*”, en CONAPO, *La situación Demográfica de México*, 2010.
- ^{xx} Mendoza D, Sánchez M, Hernández MF, Mendoza Ma.E, “*La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes*”, en CONAPO *La situación Demográfica de México*, 2010.
- ^{xxi} Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños R, Ortega-Ceballos P, Flores Escartín MG, Lacano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de tabaquismo en jóvenes. México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
- ^{xxii} Kirby D, Roller L, Wilson MM. *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STD/HIV Education Programs*. Washington, DC: Healthy Teen Network, 2007.
- ^{xxiii} IPPF. *Marco de la IPPF Para La Educación Integral En Sexualidad*.
- ^{xxiv} DiClemente RJ, Crosby RA, Salazar LF. Family Influences on Adolescents' Sexual Health: Synthesis of the Research and Implications for Clinical Practice. *Current Pediatric Reviews*, 2006, 2, 369-373.
- ^{xxv} DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Cobb BK, Harrington K, Davies SL. Parent-adolescent communication about sexuality-related topics and adolescents' risky sexual behaviors, communication with sex partners, and self-efficacy to discuss sexuality-related issues with sex partners. *J Pediatr* 2001; 139: 407-12.
- ^{xxvi} DePadilla L, Windle M, Wingood G, Cooper H, DiClemente R. Condom use among young women: modeling the theory of gender and power. *Health Psychol.* 2011;30(3):310-9.
- ^{xxvii} Kirby, D, Roller, L & Wilson, MM. (2007). *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STD/HIV Education Programs*. Washington, DC: Healthy Teen Network.
- ^{xxviii} Kirby D. Abstinence, Sex, and STD/HIV Education Programs for Teens: Their Impact on Sexual Behavior, Pregnancy, and Sexually Transmitted Disease. *Annual Review of Sex Research*, 2007;18(1):143-177.
- ^{xxix} IPPF. *Sexualidad Integral: Informe resumido para la IPPF*. Londres, IPPF, 2005.
- ^{xxx} Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;
- ^{xxxi} Donnellan, M. B., Tresniewski, K. H., Robins, R.W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behaviour, and delinquency. *Psychological Science*, 16, 328-335.
- ^{xxxii} Mendle, J., Ferrero, J., Moore, S. R., & Harden, K. P. (2012, September 17). Depression and Adolescent Sexual Activity in Romantic and Nonromantic Relational Contexts: A Genetically-Informative Sibling Comparison. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0029816
- ^{xxxiii} Fonagy, P, Gergely, G, Jurist, E and Target, M 2005, *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, Other Press, New York.