



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD
Año 11 Vol. 1 N° 13 – 2011 (Págs. 7 - 22)

SALUD Y SEXUALIDAD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

Consuelo Vélez Álvarez¹, José Armando Vidarte Claros²

Fecha de recepción: Marzo 25-2011

Fecha de aceptación: Junio 13-2011

RESUMEN

El presente trabajo es parte de los resultados del macroproyecto "Caracterización del Desarrollo Humano Juvenil en Caldas Colombia" en el área Salud y Sexualidad. **Objetivo:** Reconocer las características de salud y sexualidad de los jóvenes de Caldas. **Métodos:** El área presentada (salud y sexualidad) fue cuantitativa, con población de jóvenes del departamento de Caldas 237.130, muestra: 4.479 jóvenes, diseño muestral (aleatorio simple). **Resultados:** Existe diferencia por sexo frente a condición de salud, el 91,6% de los hombres manifestó una respuesta positiva y en las mujeres fue del 87,6%. La prueba de chi cuadrado mostró dependencia entre estas variables $p < 0.000$. Los problemas de salud identificados fueron fumar y no hacer deporte, problemas respiratorios, estrés, depresión y problemas cardiacos. La afiliación a salud mostró una diferencia por sexo, siendo mayor en mujeres, existe dependencia entre estas variables, $p = 0,004$. La relación por sexo frente a haber tenido relaciones sexuales fue de 75,5% en hombres vs 74,8% en mujeres. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 15,6 años. El 38,9% usó algún método anticonceptivo en la primera relación. **Conclusión:** Existen diferencias por sexo para categorías como condición de salud, uso de métodos de planificación familiar, personas con la que tuvieron la primera relación y la última e interrupción del embarazo.

Palabras clave: Salud, sexualidad, adolescente, anticoncepción (Fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

This work is part of the results of the macro-project "Characterization of Juvenile Human Development in Caldas Colombia" in the area of Health and Sexuality. **Objective:** To recognize the characteristics of health and sexuality of young people in Caldas. **Methods:** The area presented (health and sexuality) was quantitative with youth population of 237,130 in Caldas Department, the sample was of 4,479 young people with a sampling design (simple random). **Results:** There is difference in gender regarding health condition, 91.6% of men reported a positive response, and in women was 87.6%. The chi-square showed dependence between these variables $p < 0.000$. The identified health problems were smoking and not practicing sports, respiratory problems, stress, depression and heart problems. The registration in health services showed a gender difference, being higher in

-
1. Ph.D. en Salud Pública. Docente Departamento de Salud Pública. Universidad Autónoma de Manizales. Integrante Grupo Cuerpo Movimiento y Salud Pública. e-mail: cva@autonoma.edu.co
 2. Ph.D. en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Docente Departamento de Movimiento Humano Universidad Autónoma de Manizales. Líder Grupo Cuerpo Movimiento. e-mail:jovida@autonoma.edu.co

women, there is dependence between these variables, $p < 0.004$. The sex ratio compared to having had sexual intercourse was 75.5% versus 74.8% in men and women. The average age of first intercourse was 15.6 years old. 38.9% used a contraceptive method at first intercourse. **Conclusion:** There are gender differences for categories such as health status, use of family planning methods, people who they had first and last intercourse with, and abortion.

Key words: Health, sexuality, adolescent, contraception (Source: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

Si bien la comunidad nacional e internacional reconoce la importancia de la salud de los y las jóvenes en el marco de las políticas de juventud, el tema todavía aparece disperso en las agendas políticas. En la actualidad en Colombia es poco el conocimiento que se tiene sobre el verdadero estado de salud de los jóvenes, lo que hace que los programas de atención a esta población no tengan el impacto que se espera con respecto a disminuir las tasas de morbi-mortalidad juvenil estrechamente vinculadas con fenómenos de tipo social, como la violencia y la rápida propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA); por lo que se hace necesario establecer medidas de prevención y diagnóstico oportuno de acuerdo con las necesidades y características de la salud juvenil. En este mismo sentido, si bien la importancia de la salud de las y los jóvenes se reconoce como parte de la atención prioritaria para los sectores de la población más desprotegidos, su tratamiento aún se mantiene disperso en las agendas políticas de los estados y organismos internacionales.¹

De acuerdo con CEPAL-OIJ² “aspectos socio-económicos y culturales configuran un panorama de alta heterogeneidad en el estado de salud y la exposición a riesgos de los jóvenes. La segmentación de mercados, la segregación territorial y las desigualdades sociales exacerbadas tal diferenciación, manteniendo ocultas sus expresiones concretas. A nivel regional en cada país, según áreas geográficas o estamentos sociales, se registran distintos

perfiles epidemiológicos, de mortalidad y morbilidad juvenil, derivados del nivel de ingresos de los hogares y su acceso a la atención en salud. Pese a ello, la salud juvenil todavía se trata como extensión de campañas generales y desvinculada de la situación específica de los jóvenes, como si estos no constituyeran un grupo de personas con necesidades e intereses particulares”. Este apartado será abordado presentando las características básicas de salud en la población juvenil, para posteriormente hacer un análisis de su sexualidad en la cual se realizará un abordaje desde tópicos como infecciones de transmisión sexual, planificación familiar, atención en salud. El comportamiento sexual se aborda teniendo en cuenta el número de parejas que ha tenido el joven y las medidas preventivas, entre otras características. Según la OPS,³ la Juventud a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA.⁴ Tal como lo manifiesta la OPS en su documento “Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes”, la sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son

intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. El periodo adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes.

La UNICEF,⁵ uno de los pocos análisis diferenciales que hace al adolescente socialmente visible en su especificidad, es el embarazo. Aun en el reconocimiento del protagonismo y de las consecuencias psico-sociales que el embarazo temprano implica tanto para la joven como para el joven, es innegable que el impacto en los recorridos biográficos de uno y otro serán diferentes, incidiendo en mayor medida en el caso de la mujer, en forma muy concreta, en sus oportunidades educativas y laborales. El embarazo adolescente es una problemática referida, hasta ahora, casi exclusivamente a las mujeres, como si la única particularidad femenina fuera su capacidad de embarazarse. Se vuelven invisibles, así, tanto otras necesidades de las adolescentes como el requerimiento de estudios y políticas dirigidas a hombres adolescentes que procrean o evitan procrear. Asimismo, cuando las políticas y los programas se orientan a adecuar una maternidad responsable, la responsabilidad recae una vez más exclusivamente en las mujeres. Las conductas de riesgo de las adolescentes en las que más se ha reparado han sido las ligadas a la salud reproductiva, descuidando, sin embargo, abordajes anticipatorios y que den cuenta de las otras dimensiones de la salud de las jóvenes, como es el cuidado de su cuerpo y, en general, su autoestima.⁶ Plantear la especificidad de la mujer adolescente conduce necesariamente a pensar en la especificidad del hombre adolescente. Una vez más, la mirada tendrá que detenerse en las diferencias en cuanto a los aspectos biológicos, como la diferenciación de sexo, y también en

los aspectos de género, considerados como su ubicación en una sociedad, en un tiempo histórico, con la definición de roles, expectativas, oportunidades y desafíos que esto significa.

Para finalizar este apartado es relevante retomar los planteamientos dados por la CEPAL,⁷ en los cuales afirman cómo la persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes se atribuyen a la combinación de un inicio cada vez más temprano de la sexualidad activa en los y las jóvenes, la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas y deudas claras en los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. Además, los riesgos de maternidad adolescente no deseada tienden a concentrarse en las adolescentes con menos recursos, pues se inician más temprano y registran niveles de protección anticonceptiva muy inferiores. Por tanto, urge mejorar las condiciones de acceso de las y los adolescentes a servicios gratuitos de protección de una sexualidad activa sin riesgos y con prevención del embarazo. En los programas y en los servicios públicos no debe existir discriminación por condición de gestación, género, comportamiento sexual o nivel de ingresos.

Dados los anteriores planteamientos en los que se refleja de manera clara que existe un problema en las condiciones de salud y la manera como se asume la sexualidad en la población juvenil, para el desarrollo de este trabajo se toma la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de salud y sexualidad de la población juvenil del departamento de Caldas?

MATERIALES Y MÉTODOS

Debido a la naturaleza del objeto de estudio de esta investigación, se asume el enfoque mixto.^{8,9} Al relacionar ambos enfoques, se buscó reconocer

las características de la realidad juvenil, que dan cuenta de las múltiples relaciones entre las diferentes dimensiones y aproximarse a una mirada comprensiva de los resultados y de sus múltiples relaciones. La investigación usó técnicas de recolección cuantitativas y cualitativas, con el fin de triangular la información para cualificar los datos, hecho que se consideró en esta investigación de máxima importancia, pues permitió a los jóvenes conocer de primera fuente los resultados de la investigación, cuestionarlos, retroalimentarlos y apoyar a los investigadores en el proceso de interpretación con las justificaciones y explicaciones brindadas por los jóvenes. Para este trabajo se retoman los resultados del área de salud y sexualidad que como se observa en su desarrollo en su esencia tienen un enfoque cuantitativo, haciendo la claridad que en el macroproyecto se asumieron también algunas preguntas en los grupos focales de corte cualitativo.

Población y muestra

La población objetivo del estudio fue entre 14 y 26 años del departamento de Caldas. según el Censo (DANE 2005), estimada para el año 2007 en 237.130 jóvenes, de los cuales 97.789 tenían entre 14 y 18 años, 74.413 de 19 a 22 años, y de 64.928 de 23 a 26 años.

El tamaño de muestra se definió en términos del indicador más real obtenido, referido a la tasa de empleo o de ocupación establecida por el DANE según el CENSO de 2005 para cada municipio. Se asumió para el error relativo o precisión de la proporción un 5,5% que es el límite, considerado generalmente por los investigadores sociales, de una variabilidad homogénea y un nivel de confianza del 95%. La muestra se distribuyó proporcionalmente al tamaño de cada municipio. Fue de 4.479 jóvenes de acuerdo con el diseño muestral (aleatorio simple) ajustado después de la prueba piloto y las proyecciones poblacionales con una diferencia proporcional por municipio

y al mismo tiempo de acuerdo con las variables género, vinculación al sistema educativo, grupo etario, municipio, zona de ubicación de la vivienda. Para la estimación de los parámetros de las variables objeto de estudio, se realizó una prueba piloto. Se tomó como criterio para la definición del tamaño de la muestra el promedio de los tamaños calculados, dando como resultado un tamaño de 257 jóvenes (con quines se realizó la prueba piloto). El grado de representación y confiabilidad permitió realizar estimaciones para cada uno de los municipios del departamento, teniendo en cuenta el género, discriminados en tres grupos etarios (14-18; 19-22 y 23-26) y considerando su residencia habitual en la zona urbana o rural.

Los jóvenes participantes en los talleres fueron elegidos teniendo en cuenta que existiera un promedio de 5 representantes de cada uno de los municipios pertenecientes a la subregión, y de acuerdo con el género, los grupos etarios, las diferentes actividades y el área de ubicación. En el estudio, las características de interés del objeto de estudio partieron del reconocimiento de las áreas especificadas en el Decreto 0654 de 2007 y otras recomendadas por los jóvenes e instituciones que se constituyeron en interés particular para el grupo de investigación. Estas características pretenden dar cuenta de la realidad juvenil en estas áreas: familia, educación, salud, trabajo, deporte, recreación y tiempo libre, comunicación, cultura, convivencia, percepción de país, capital social, participación política y medio ambiente.

El diseño muestral empleado en esta investigación para la selección de una muestra con fines analíticos está determinado por el muestreo probabilístico que garantiza la equiprobabilidad de selección de todas las unidades de la muestra. Se utilizaron como instrumentos de recolección fichas con los resultados más sobresalientes por áreas. Estos datos fueron analizados por los jóvenes de manera individual

y posteriormente grupal. Este análisis permitió la discusión en plenaria general de cada una de las áreas, logrando triangular la información obtenida en las encuestas. Los cuestionarios se recibieron, revisaron y corrigieron en la Oficina del Observatorio de Juventud de Caldas, después de la recolección de las 4.559 encuestas se sistematizó la información en la base de datos Statistical Package for the Social Sciences –SPSS– versión 11.5. La información de los 6 talleres subregionales y uno en la ciudad de Manizales, se manejó en el programa Atlas ti versión 5.0. El análisis multivariado se realizó en el SPAD.N versión 4.5. Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la descripción univariada de todas las variables objeto de estudio en las 14 áreas y un análisis bivariado de acuerdo con las 5 variables transversales.

RESULTADOS

Salud

Se encontró cómo los jóvenes del estudio los temas que más abordan con sus padres o adultos son las infecciones de transmisión sexual, seguido del ciclo menstrual y de cómo ocurre el embarazo, en menor número de respuestas están los métodos de planificación familiar. Al analizar el comportamiento de esta variable por grupos de edad se evidencia cómo por encima del 25% de los jóvenes han hablado de todos los temas en todas las edades, seguida por la opción de todas menos planificación familiar y por infecciones de transmisión sexual con porcentajes superiores al 12%, el tema que menos hablan es sobre ciclo menstrual y cómo ocurre el embarazo. Este mismo comportamiento se observa cuando se analiza la información por área urbana y rural. Parece existir una diferencia en los temas abordados por los jóvenes por sexo, donde las mujeres hablan más sobre todos los temas (32,5%), ciclo menstrual y embarazo (30%) y los hombres sobre Infecciones de transmisión sexual (36,5%), embarazo (9,8%) y SIDA (8,4%).

De los 4.356 jóvenes que respondieron la pregunta sobre si considera su condición de salud buena se encontró que existe una diferencia entre lo expresado por los hombres comparado con las mujeres ya que el 91,6% manifestó una respuesta positiva y en las mujeres fue del 87,6%. Al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró una gran dependencia entre estas variables $p < 0.000$. Al analizar este comportamiento por subregión todos los resultados fueron muy similares, superiores al 87%. Al observar esta diferencia por grupos de edad se encontró que en los tres grupos analizados por encima del 85% consideran que tienen buena salud, el comportamiento por área mostró similar porcentaje (90%) de respuesta positiva. Son pocas las manifestaciones por las que los jóvenes consideran que no tienen buena salud, entre algunas de las mencionadas se resaltan fumar y no hacer deporte, problemas respiratorios, estrés, depresión y problemas cardíacos.

En todos los grupos de edad los jóvenes manifestaron en mayor porcentaje que no requieren atención en salud en el momento de la entrevista, este mismo comportamiento se observó por área, sexo y escolaridad, con porcentajes superiores al 80%. Cuando se analizaron las diferentes subregiones se encontró que en la que con mayor porcentaje los jóvenes consideraron que requerían atención fue en la región de Magdalena caldense con un 23,5% de respuestas positivas, seguida del alto oriente con un 22,2%. Los de menor porcentaje fueron los jóvenes de la subregión norte. El 40% de los jóvenes cuando requieren atención en salud es para revisión general, el 13,1% para odontología, el 9,2% para oftalmología, las otras atenciones que más requieren son ortopedia, medicina interna, psicología, neurología, gineco-obstetricia entre otros. Esta variable presenta algunas diferencias por subregiones; en todas, la de mayor porcentaje es la revisión general, seguida de odontología en todas excepto en la

subregión del norte donde el segundo lugar lo ocupa la oftalmología.

Tabla 1. Posibilidad económica para acceder a la atención de salud según edad. Población juvenil. Caldas - 2007

	14-18 años	19-22 años	23-26 años	Total
No	31,4	41,9	41,3	38,1
Si	68,6	58,1	58,7	61,9
Total	100	100	100	100

El 38,1% de los jóvenes encuestados no tiene la posibilidad económica para acceder a la atención en salud que requiere. Y este porcentaje es más alto en los grupos de mayor edad, sin embargo, el coeficiente de contingencia no evidenció dependencia entre estas variables. De igual manera, los jóvenes del área rural en un 43,5% manifestaron que no tienen la posibilidad de acceder a servicios de salud. Al observar esta diferencia por sexo se encontró una relación de 39,8% Vs. 36,5% entre hombres y mujeres y no se encuentra dependencia entre ambas variables. Los jóvenes de la subregión de occidente bajo fueron los que manifestaron en mayor porcentaje que no tienen esta posibilidad económica (48,8%), seguidos de los de occidente alto (44%) y alto oriente (44%).

Los jóvenes manifiestan que las enfermedades más frecuente entre ellos son las infecciones respiratorias, seguidas del sida, las infecciones de transmisión sexual y migrañas, dentro de las otras enfermedades descritas por los jóvenes se encuentran, el acné, cardiopatías y diabetes, entre otras. Los jóvenes del estudio reconocen los trastornos alimenticios como una enfermedad. Cuando se observa esta diferencia por sexo es importante anotar que las mujeres en un 16,9% manifestaron que los trastornos alimenticios resultan ser muy frecuentes comparados con un 13,5% de respuesta en los hombres, y frente al alcohol el 9,1% de los hombres lo reconocen

como una enfermedad, comparado con un 8,3% de mujeres. Otro aspecto a destacar es que a mayor edad los jóvenes reconocen con mayor frecuencia este tipo de problemas.

La afiliación al sistema de salud tiene una diferencia porcentual por sexo, donde las mujeres parecen tener mayor afiliación que los hombres. Esta diferencia mostró una dependencia entre estas variables, con valor de $p=0,004$. Al analizar las diferentes subregiones, la de menor afiliación es la centro sur, seguida de la de occidente bajo. Sin embargo se resalta cómo el porcentaje de afiliación en todas las subregiones se encuentra por encima del 85%. Al analizar esta relación por edad, el coeficiente de contingencia no mostró ninguna dependencia entre estas variables. Con respecto a los programas de promoción y prevención que más han utilizado los jóvenes se resalta cómo éstos manifiestan que en primer lugar se ubica la vacunación con un 89%, seguido del examen visual con un 55.2% y atención nutricional con un 37.2%, el menos utilizado es el programa de prevención de enfermedades crónicas. Entre los otros programas que han utilizado, mencionaron programas en prevención infecciones de transmisión sexual y drogas. Existen algunas diferencias por sexo frente a la utilización de los programas de promoción y prevención, es así que en la planificación familiar la relación es de 45,5% para mujeres frente a 27,6% en hombres, en atención del embarazo la respuesta fue de 29,8% Vs. 15,1%, atención del parto de 26,5% Vs. 11,8%, en farmacodependencia la relación fue de 23,8% Vs. 27,4%.

Sexualidad

Cuando los jóvenes hablan de sexualidad en primer lugar la relacionan con el enamoramiento seguido del atractivo personal, el placer y las relaciones sexuales íntimas, nótese que con lo que menos la relacionan es con el erotismo y la pornografía. Dentro de otros temas con

los que lo relacionan enunciaron la zoofilia, el matrimonio, la salud sexual y reproductiva, y las relaciones sexuales íntimas, entre otras. Existe gran similitud en la manera como los hombres y las mujeres califican su orientación sexual siendo la de mayor frecuencia heterosexual con un 86,4%.

El 75,2% de los jóvenes manifestaron que sí han tenido relaciones sexuales. Existen diferencias porcentuales por grupos de edad, siendo mucho menor la frecuencia para los jóvenes de 14 a 18 años. El grupo que con mayor frecuencia manifestó haber tenido relaciones sexuales fue el de 23 a 26 años. Sin embargo, las diferencias encontradas no muestran dependencia entre estas variables. Las diferencias entre las respuestas positivas dadas por los jóvenes del área urbana comparadas con los rurales fue de 76,7% Vs 73,7%. Llama la atención que porcentualmente la relación entre los hombres que han tenido relaciones con las mujeres es de 75,5% Vs 74,8% y la prueba de chi cuadrado no evidenció ningún tipo de dependencia por sexo. Si se tienen en cuenta las diferentes subregiones, la de menor porcentaje de respuestas positivas fue la del norte con un 67,4%, seguida por la del alto oriente con un 69,1%; el porcentaje más alto fue en Magdalena caldense con un 77,6%, lo que puede estar influido por las características culturales de las diferentes regiones. El 23,3% de las jóvenes tuvo su primera relación entre los 10 y 14 años, el 42,2% entre los 15 y 18 años. El promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 15,6 años, siendo para los hombres de 15,5 años y 15,7 años para las mujeres.

Frente a la edad de la pareja en la primera relación, se encontró, a diferencia de la anterior respuesta, la edad para el 9,4% fue entre 10 y 14 años, para el 31,2% entre 15 y 18 años y entre 19 y 22 años para el 17,6%. Lo anterior podría sugerir que los jóvenes eligen para su primera relación una pareja de mayor edad. Al realizar la prueba de comparación de medias

se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo para esta variable $p < 0.00$.

El 50,9% de los jóvenes manifestó que la primera relación fue con el novio (a), el 22,5% que fue con un amigo, y el 7,2% con un enamorado. Se resalta que un bajo porcentaje informó que fue con un trabajador sexual, lo que podría plantear un cambio de concepción en el inicio de las relaciones sexuales que hace que se pueda generar en el joven un elemento más hacia la cultura de la protección. De igual manera, tal como se observa en la tabla, al diferenciar por sexo se encuentra que las mujeres manifestaron en mayor porcentaje haber tenido su primera relación con el novio y el esposo. Al analizar esta información por subregión los resultados se encontraron muy semejantes.

No se encontró relación de dependencia entre el sexo y la relación con la persona que tuvo la primera relación sexual.

Tabla 2. Consideración sobre la preparación para la primera relación sexual por edad y sexo

	14-18 años	19-22 años	23-26 años	Total	Hombre	Mujer
No	39,8	41,5	39,3	40,2	39,1	41,5
Si	60,2	58,5	60,7	59,8	60,9	58,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tal como se observa en la tabla, en porcentajes superiores al 39% los jóvenes de todos los grupos de edad manifestaron que no se encontraban preparados cuando tuvieron la primera relación sexual. Con respecto al área, la respuesta fue del 40,6% Vs 39,9% entre urbana y rural. Dentro de las razones expresadas por las que sí estaban preparados para la primera relación sexual, los jóvenes se encontraron: información de los padres, a que sabían lo que hacían, sentían gusto y placer y a que no fue obligado. De otro lado, los que no estaban preparados los justificaron en que se encontraban confundidos, no les

gustaba, no lo consideraban apropiado o faltaba conocimiento en el tema.

El 38,9% informó que en la primera relación usó algún método anticonceptivo, de los cuales usó el condón el 66,3%, pastas anticonceptivas el 21,5%, la inyección el 2,9%, el ritmo el 4,6% y otros métodos el 4,7%. A mayor edad, mayor fue el porcentaje de respuesta por el no uso de método anticonceptivo en la primera relación, sin embargo estas diferencias no resultaron estadísticamente relevantes. En el área rural el 51,7% de los jóvenes informó que no lo usó comparado con el 46,3% del área urbana, los porcentajes de no uso entre hombres y mujeres fueron de 48,3% para hombres Vs. 49,4% para mujeres, diferencias que estadísticamente no muestran dependencias entre las variables. Si se tiene en cuenta el estudio, los jóvenes que no estudian ni trabajan tienen porcentajes más altos de no uso con un 53,6%, seguidos de los que trabajan con un 51,2%. Los de porcentaje mínimo, es decir que si lo usaron, fueron los jóvenes que solo estudian con un 46,7%. Al analizar las diferentes subregiones llama la atención que la de mayores porcentajes de no uso son occidente alto con un 53,2%, seguida del alto oriente con un 50,9%. Las de menores porcentajes para esta categoría fueron norte y occidente bajo con 43% y 43,5% respectivamente.

Vida de pareja: El 44.5% de los jóvenes encuestados manifestó que sí tenía pareja estable y el 43.8% que no, sin embargo existe un porcentaje de no respuesta del 11.7%. La estabilidad con la pareja es más alta a medida que aumenta la edad. Este dato resultó también ser diferente por área, ya que el 54,3% de los jóvenes a nivel urbano manifestaron que sí, comparado con el 46,1% del rural.

Las mujeres manifiestan en mayor porcentaje que tienen pareja estable. Esta diferencia al aplicar la prueba de chi cuadrado mostró un alto grado de dependencia entre las variables

$p:0.000$. Se evidencia que a medida que aumenta la edad existe un mayor porcentaje en la categoría pareja habitual.

El 64.8% de los encuestados manifestó que usó algún método anticonceptivo en la última relación sexual. No se encontraron diferencias porcentuales importantes por grupos de edad frente a esta categoría. Al analizar las áreas a nivel rural se encuentra un porcentaje de no uso levemente mayor que a nivel urbano 36,4% Vs 33,9%; existe una pequeña diferencia por sexo, ya que los hombres reportaron el no uso en un 36,1% y las mujeres en un 34,3%. Sin embargo, esta diferencia no mostró dependencia entre las variables al aplicar las pruebas estadísticas. Por subregión el porcentaje más alto de respuesta negativa fue para el occidente alto con un 38,2%, el resto osciló entre el 32% y el 35%. Al analizar estadísticamente esta variable con respecto a la edad se encontró que existe dependencia entre éstas (valor coeficiente de contingencia de 0,67). Frente al método usado el 73,5% manifestó usar el condón, el 15,2% pastillas y el 8,2% ampollas.

Dentro de las razones expresadas para el uso de anticonceptivos por los jóvenes se encuentran, en primer lugar, el evitar embarazos seguido por prevenir enfermedades de transmisión sexual y los que no lo usaron expresan, en primer lugar, que no les gusta usar ningún anticonceptivo a él o a su pareja, seguido que no se atrevió a sugerirlo, y otros manifestaron que no se atrevieron a preguntar si la pareja usaba algún método. Dentro de las otras razones de no uso se manifestaron: había confianza y se sintió segura, fue un imprevisto por placer, estaba operada, entre otros.

El 35% de los jóvenes manifiesta que se deberían tener relaciones sexuales si ambos lo desean, el 18,5% tener relaciones sexuales sólo si hay amor, el 13,9% manifestaron que los jóvenes cada vez inician más temprano su sexualidad y el 12,3% responden que se deben tener relaciones

si se aman y ambos lo desean. Un alto porcentaje de mujeres reportó haber estado en embarazo alguna vez. De igual manera este porcentaje resultó ser más alto en quienes trabajan (35,2%) y en quienes no estudian ni trabajan (37,5%). Los jóvenes que estudian lo reportaron en un 15,2%. Por subregión, las subregiones con reporte más alto de embarazo son Magdalena caldense y occidente alto con 24,9% y la de menor reporte fue el norte con un 17,5% de respuesta positiva. Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres mostraron una dependencia por sexo en esta variable $p < 0.000$.

A medida que aumenta la edad aumenta la posibilidad de haber estado embarazado con porcentajes de respuesta que van de 6,7% para los de 14 a 18 años a 35,2% para los de 23 a 26 años, mientras que los de 19 a 22 años tienen una frecuencia de 26,8%. A nivel urbano y rural las respuesta positiva fue de 23,9% Vs 21,8%, respectivamente. El 65,3% de los embarazos terminó en nacimiento, el 12,5% fue interrumpido por otras causas y el 10,3% fue interrumpido voluntariamente. Cuando se analiza esta información por área urbana y rural los porcentajes para embarazo interrumpido voluntariamente fueron de 11,6% Vs 9,1%, respectivamente. Las categorías de interrupción de embarazo fueron reportadas en mayor porcentaje por los hombres. Cuando se analiza esta información por subregión se encuentran algunas diferencias en la interrupción voluntaria que resultó ser más alta en Magdalena caldense, con un 15%, comparada con la mínima que fue en alto oriente, con un 4,7%. Entre las causas de interrupción de embarazo que los jóvenes del estudio señalan se encuentran temor a los padres 30,7%, enfermedad 23%, presión social 17,8%. Entre las otras causas mencionan aborto espontáneo, no era el momento, accidente o caída. Con relación a los controles prenatales, el 30,9% de las encuestadas informó que durante el embarazo le realizaron 9 controles, el 11,2% que

le realizaron 8 controles, el 9,8%, 7 controles, y el 10,6% no realizó ningún control. El promedio de controles prenatales en las jóvenes fue de 6,9 controles.

El conocimiento de los síntomas resulta ser más alto a medida que aumenta la edad, los jóvenes del área urbana manifestaron un mayor desconocimiento (44,4% de respuesta negativa Vs. 40,8%). No se encontraron diferencias importantes por sexo en esta pregunta. Llama la atención que el desconocimiento más alto lo manifestaron los jóvenes que estudian con un 46,2% de respuesta negativa. Por subregión, en el oriente alto se reportó el mayor desconocimiento con un 46,8%, seguido de centro sur con 43,5%. El 3% de los jóvenes informó que ha sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual; entre las enfermedades que han sufrido se encuentran la gonorrea en 18 casos, condilomas en 3, herpes en 9, infección vaginal en 1, VIH-SIDA en 6, sífilis en 5 y manifiestan otras diferentes 23 jóvenes del departamento.

No se observan diferencias importantes por área, ni género frente a esta pregunta. Los jóvenes que no estudian ni trabajan tienen porcentaje más alto en esta categoría con 4,3% de haber sufrido enfermedad de transmisión sexual, por subregión las respuestas también resultaron ser muy similares. El coeficiente de contingencia mostró una dependencia entre la edad y haber sufrido ITS con un valor de éste de 0,73. Los jóvenes manifestaron que el VIH-SIDA se transmite por relaciones sexuales, seguidas de sangre, transfusiones y heridas, y jeringas y agujas. Nótese cómo la menor frecuencia fue para sexo oral. Dentro de las otras formas los jóvenes mencionan violaciones, uso de ropas contaminadas, entre otras. Los jóvenes identifican el uso del condón como una forma de protección, seguido de vivir sanamente, pareja estable y uso de anticonceptivos. La abstinencia también es reconocida por los jóvenes en esta categoría.

DISCUSIÓN

En primera instancia es relevante tener en cuenta que el presente trabajo reflejó que existen diferencias entre los temas que abordan las mujeres y los hombres con sus familias, sin embargo el hecho que ambos busquen a sus familias para este aspecto se puede convertir en un factor protector en la vida de los jóvenes según Blum.¹⁰ La característica de mayor protección de la familia son las relaciones significativas (“*connectedness*”), la percepción de cercanía que el joven tiene con al menos uno de los padres o con una figura adulta. De otro lado, afirman otros estudios que la cercanía de un adulto cariñoso, que se preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo.¹¹

Lo anterior tiene estrecha relación con lo planteado por otros autores que afirman que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, y la familia influye decisivamente en la conducta sexual de los adolescentes.¹² Sin embargo, los jóvenes identifican a los padres como su influencia primaria cuando toman decisiones relacionadas con el sexo (38%), seguidos de los amigos (32%), con los medios de comunicación en el último puesto (4%).¹³ Sobre este aspecto la CEPAL,¹⁴ manifiesta que el estigma social inhibe a las muchachas para solicitar estos servicios; la negación o rechazo familiar, que puede ser una barrera infranqueable basada en brechas generacionales u otros mecanismos culturales; la restricción administrativa, que limita la posibilidad de los adolescentes de solicitar directa y confidencialmente los servicios; y la falta de pertinencia de los programas existentes, que no logran atraer a los y las adolescentes, quienes requieren un trato diferente a los otros grupos de edad. Un testimonio dado por los jóvenes del estudio refuerza la relevancia de la familia en su contexto “Crear escuelas de padres ya que la planificación familiar se brinda con

el ejemplo del hogar”. Los jóvenes del estudio manifestaron que no requieren atención en salud, al respecto existen pocos trabajos que hayan indagado; sin embargo la adolescencia es una etapa muy especial de la vida en la que entre otras características se destaca un estado de ánimo que aunque cambiante es en general “positivo”.¹⁵ Así mismo manifiesta este autor que es raro encontrar un adolescente hiper preocupado de su propio cuerpo como objeto de enfermedad, esto explica en parte la escasa concurrencia a servicios médicos.

Los jóvenes del estudio manifestaron que las enfermedades más frecuentes entre ellos son las infecciones respiratorias, seguidas del sida, las infecciones de transmisión sexual y migrañas, se encontraron algunas diferencias en las causas por sexo. Otro aspecto a destacar es que los jóvenes de mayor edad son quienes reconocen este tipo de problemas con mayor porcentaje. Al respecto, en América Latina las causas mayoritarias de morbilidad son los accidentes, enfermedades ligadas a la reproducción y los trastornos mentales.¹⁶ En este estudio ellas tienen una baja incidencia. La diferencia radica, en gran medida, en que las estadísticas internacionales se basan en general en egresos hospitalarios, mientras que este trabajo analiza patologías que pueden no ameritar una atención directa en salud. En este mismo sentido la CEPAL,¹⁷ informa que, respecto de los problemas de morbilidad y mortalidad juveniles, cabe destacar que los jóvenes se enferman menos y normalmente mueren menos que las personas que están en otras etapas de la vida. Pero hay un perfil específico de la juventud relacionado con los problemas de morbilidad y mortalidad que les afectan. Tal perfil cuenta con poca atención en los sistemas de salud, pues se vincula a causas externas y a comportamientos de riesgos: traumatismos y defunciones por accidentes, enfrentamientos violentos (homicidios, agresiones), consumo de sustancias y suicidios, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

En el presente estudio se encontró que el 23,3% de las jóvenes tuvo su primera relación entre los 10 y 14 años, el 42,2% entre los 15 y 18 años. La 5ta encuesta Nacional de Juventud de Chile,¹⁸ encontró en relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales que el 7,2% de los varones declara haberse iniciado a los 13 años y antes, mientras que en el caso de las mujeres, dicha edad de iniciación disminuye al 2,6%. Al respecto, otros autores encontraron que el inicio del coito en edades precoces generalmente significa que se tendrá mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a enfermedades que los individuos que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta la adolescencia tardía o adultez joven.^{19,21} Hoy en día, los jóvenes están alcanzando la madurez sexual a edades más tempranas, lo que tiene implicaciones a largo plazo en la conducta sexual, incluyendo el coito. Las estadísticas indican que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquía y espermarquia.^{22,23}

La iniciación prematura de la actividad sexual sin madurez cognitiva puede llevar a los jóvenes a estrés emocional. Los jóvenes tienden a iniciarse sexualmente durante los años de la adolescencia intermedia (entre los 15 y 19 años), una etapa de desarrollo en la que comparten tiempo con sus pares. En la encuesta de salud de los y las adolescentes realizada en nueve países del Caribe, se ha reportado que un 42% de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los diez años, un 20% entre los 11 y 12 años, un 28% entre los 13 a 15 años, y un 7.6% a los 16 años o más.²⁴ Otros estudios plantean que los patrones de inicio de actividad sexual en los/las adolescentes varían considerablemente en la región. Entre el 46 y el 63% de las mujeres latinoamericanas y caribeñas ha tenido una relación sexual antes de los 20 años de edad, incluidas las que ocurren dentro del matrimonio. Las familias encabezadas por madres solteras jóvenes han aumentado en

la región, particularmente en el Caribe.²⁵ Los estudios en relación con el inicio de la vida sexual en los y las adolescentes, muestran que si bien la actividad sexual no es “mayoritaria”, tampoco es un evento poco frecuente.^{26,27}

Entre la quinta y tercera parte de las mujeres de América Latina y el Caribe ha tenido una relación sexual premarital y luego ha contraído matrimonio antes de cumplir los 20 años. Es evidente que las relaciones sexuales prematrimoniales, así como las que ocurren dentro del matrimonio, en una edad temprana suceden con mayor frecuencia en las áreas rurales.²⁸ La tendencia es variable a través de la región y está ligada a una serie de determinantes sociales y económicos, así como culturales. Existe un aumento en la edad media de la primera relación sexual en Colombia, República Dominicana y Perú, pero está disminuyendo en El Salvador y Guatemala. Sobre este aspecto la CEPAL, en el 2004 y 2008, informó que los adolescentes latinoamericanos y caribeños comienzan cada vez más tempranamente su vida sexual activa y la persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes se vincula a la combinación de un inicio cada vez más temprano de la sexualidad activa, con insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países.

Tal como lo evidenció este estudio frente al inicio de relaciones sexuales, los jóvenes manifestaron que inician sus relaciones en mayor porcentaje con sus parejas y esta diferencia se da tanto en el inicio como en la continuidad de éstas. Otros estudios manifiestan que los jóvenes son sexualmente activos a una edad temprana, aunque en las mujeres adolescentes, la actividad sexual por lo general se da dentro del matrimonio.²⁹ Algunos países incluso muestran un incremento en la actividad sexual entre grupos de edad más joven, lo cual conlleva serias implicaciones para la salud.³⁰ Resultados similares a los encontrados en este estudio se presentan en la Encuesta

Nacional de Juventud de Chile,³¹ la cual plantea que respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales el 7,2% de los varones declara haber iniciado a los 13 años y antes, mientras que en el caso de las mujeres, dicha edad de iniciación disminuye al 2,6%.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 38,9% informó que en la primera relación usó algún método anticonceptivo. De los cuales usaron el condón en el 66,3%, pastas anticonceptivas 21,5%, la inyección el 2,9%, el ritmo el 4,6% y otros métodos el 4,7%. De igual manera manifiestan los jóvenes de este estudio que *“los menores de 16 años no conocen todos los temas relacionados con el tema de salud, por ejemplo en el tema de planificación aún existe tabús para hablar de dicho tema”* en contravía a esta afirmación otro grupo de los jóvenes del estudio planteó *“Los jóvenes conocen los métodos de planificación pero no los utilizan porque no les interesa su cuerpo, simplemente actúan y luego piensan”*. En la encuesta Nacional de Juventud de Chile,³² en coherencia con nuestros resultados, se advierte que el condón es el método anticonceptivo más usado en la primera relación sexual en un 88,1%, seguido de la píldora anticonceptiva (14,7%), y de manera muy marginal y distante del coito interrumpido (1,3%).

Al respecto, otros estudios plantean que son muy pocas las parejas solteras que utilizan métodos anticonceptivos en el momento de la primera relación sexual. En mujeres entre 15 y 24 años de edad encuestadas en América Latina y el Caribe, el nivel de uso de métodos anticonceptivos varía entre un 4% en Quito hasta un 43% en Jamaica. En el caso de los varones entre 15 y 24 años, el porcentaje de uso de algún método anticonceptivo con la pareja en la primera relación sexual varía del 14% en Quito y Guayaquil al 31% en ciudad de México.³³ El presente estudio encontró que a mayor edad mayor porcentaje de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación, a diferencia, en los países de América Latina y el

Caribe, el uso de anticoncepción en la primera relación sexual aumenta con el incremento de la edad. Las variaciones son significativas; la diferencia en el uso de anticonceptivos en Jamaica fue de 31% antes de los 15 años de edad comparada con un 59% entre aquellas que iniciaron sus relaciones sexuales después de los 20 años.³⁴

En coherencia con estos planteamientos, en relación al uso de métodos anticonceptivos en la última relación, el presente estudio encontró dependencia entre la edad y el uso de métodos, es decir a mayor edad, mayor adherencia a los métodos anticonceptivos. Para concluir este aspecto según datos de la Organización Panamericana de la Salud,³⁵ se estima que el 45% de los embarazos de las jóvenes entre 15 y 19 años no han sido planeados y son el resultado de la falta o el mal uso de un método anticonceptivo. La Encuesta Nacional de Juventud de Chile 2007 encontró que, en términos específicos, el 44,7% de la población joven señala que sí utilizó algún método de prevención en su primera relación sexual, mientras que el 52,5% declara no haberlo hecho. En general, los hombres tienden a usar más el condón en relaciones casuales que las mujeres. La evidencia muestra que aunque los jóvenes pueden tener más parejas, los jóvenes sexualmente activos usan más el condón con su pareja casual reciente. El uso de condón en relaciones sexuales de riesgo también aumenta con el nivel de educación.³⁶ Los estudios demuestran que las personas jóvenes adoptan conductas sexuales seguras siempre que dispongan de los medios para hacerlo.³⁷

El presente estudio evidenció que un alto porcentaje de las mujeres reportó haber estado en embarazo alguna vez y que éstos en mayor porcentaje terminaron en nacimientos. Se resalta al respecto, como la vivencia del embarazo no planificado ha sido experimentada por un tercio de las y los jóvenes chilenos, siendo declarada en forma mayoritaria por las mujeres, y

umentando en la medida que incrementa la edad del joven y disminuye su nivel socioeconómico.³⁸ En este mismo sentido WAS, manifestó que la salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección.³⁹

Según los planteamientos hechos por la OPS,⁴⁰ históricamente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación femenina, y al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso. Como los varones no se embarazan ni enfrentan las mismas consecuencias que las mujeres que quedan embarazadas, y la mayoría de los métodos anticonceptivos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, su papel en el uso de anticonceptivos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los varones adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar anticonceptivos.

Muchas veces los hombres admiten sentirse presionados para ser independientes, asumir riesgos y esconder sus emociones, reforzando así los conceptos del machismo. Los muchachos también ven la actividad sexual como rito de iniciación a la edad adulta, y asumen el liderazgo en la toma de decisiones relacionadas con el sexo.⁴¹ Se evidenció que el 10.6% de las mujeres no asistieron a ningún control asumiendo de esta manera un riesgo tanto para la madre como para el bebé. De otro lado la frecuencia con que las embarazadas acuden al control prenatal refleja la disponibilidad de servicios accesibles, la confianza que tienen en el personal de salud que la atiende y el resultado de orientación y educación que realizan los trabajadores de salud como estrategia de convencimiento del valor sanitario del control prenatal.⁴² En este mismo sentido las adolescentes ostentan probabilidades más altas de pérdida intrauterina, de mortalidad y morbilidad infantiles, y de complicaciones

obstétricas y en el puerperio para las madres, tendencia que se da en los distintos estratos y condiciones socioeconómicas.⁴³

Frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el 3% de los jóvenes del estudio informó haber sufrido una ITS, existiendo diferencias por edad. Al respecto, diferentes estudios manifiestan como las ITS constituyen una consecuencia adversa de la conducta sexual, que afecta particularmente a los jóvenes. El inicio del coito a una edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS. Para las mujeres, esto está relacionado con factores biológicos. La ectopia del cuello uterino, algo común en muchachas adolescentes, facilita la infección de clamidia, el virus de papiloma humano (VPH) y otros virus tales como el herpes y el VIH.⁴⁴ En América Latina un 15% de los y las adolescentes entre 15 y 19 años adquieren cada año alguna ITS; tricomoniasis, clamidia, gonorrea y sífilis son las causas principales de infecciones del tracto reproductivo.⁴⁵⁻⁴⁸

Las mujeres, y especialmente las más jóvenes, son más vulnerables a contraer una ITS, debido a factores biológicos, relacionados con la inmadurez del cérvix que aumenta la probabilidad de contagio.⁴⁹ Entre las enfermedades que han sufrido con mayor frecuencia los jóvenes de este estudio se encuentran la gonorrea, los condilomas, el herpes, la infección vaginal, el VIH-SIDA y la sífilis. El presente estudio evidenció que los jóvenes conocen la manera como se transmite el VIH-SIDA.

Estos mismos resultados se encontraron en la 5ª Encuesta Nacional de Juventud de Chile,⁵⁰ en la cual informan cómo la pregunta en torno a las formas a través de las cuales se puede transmitir el VIH/SIDA, permitió dar cuenta de que las y los jóvenes poseen un adecuado nivel de conocimiento acerca del tema, logrando identificar mayoritariamente las vías correctas de contagio, al igual que la manera como se

protege. Al respecto, otros estudios demuestran que algunos de los programas centrados en la educación sobre VIH aumentaron el uso de condones entre los jóvenes sexualmente activos.⁵¹

Los jóvenes de este estudio identifican el uso del condón (56,4%) como una forma de protección, contra las ITS, seguido de uso de anticonceptivos y métodos de protección. La abstinencia y la pareja estable también son reconocidas por los jóvenes en esta categoría. Al respecto, como se encontró en el presente trabajo, afirma la OMS, 2000: aunque los hombres tienen menos opciones de anticonceptivos, el condón es probablemente el método más importante para las parejas jóvenes, pues ofrece doble protección contra el embarazo y contra las infecciones. Más aún, es un hecho conocido que los hombres adolescentes inician la actividad sexual antes que las mujeres y tienden a acumular mayor número de parejas sexuales durante sus vidas. Por lo tanto, ellos están en mayor riesgo de contribuir a embarazos no intencionados o a contraer una infección. Otro estudio plantea que el logro educativo constituye una variable significativa en la predicción de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo, tamaño reducido de la familia, matrimonio a edad madura, actividad sexual tardía, abstinencia y uso del condón.⁵²

CONCLUSIONES

Existen diferencias para algunas categorías específicas como condición de salud, uso de métodos de planificación familiar, personas con la que tuvieron la primera relación y la última, interrupción del embarazo ante todo por género y edad. Puede estar influenciado por la subregión donde vive el paciente.

El conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual es diferente acorde al nivel de escolaridad, edad, área y subregión.

Existe una importante claridad en los jóvenes sobre la manera de prevenir las infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

Frente al no uso de métodos de planificación familiar y las ITS los jóvenes concluyen: “Es un problema cultural: en los jóvenes hasta el momento está iniciando el proceso de protección sexual ya que tenemos algunos problemas sociales como: nos da pena comprar productos anticonceptivos, presiones sociales, a veces no tenemos los recursos económicos.

REFERENCIAS

1. OIJ. Plan Iberoamericano de Cooperación e Integración de la Juventud. 2009-2015. 2008; [fecha de acceso Julio 2009] en:<http://juventud.gob.do/LinkClick.aspx?fileticket=isl%2Bg2TAMUc%3D&tabid=103&mid=615>
2. CEPAL, OIJ. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago de Chile, CEPAL, Naciones Unidas. 2004; [fecha de acceso junio 2009]. En http://www.oij.org/documentos/Juventud_Cohesion_Social_CEPAL_OIJ.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. (S.F.); [fecha de acceso Julio 2009]. En: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf>.
4. Jessor R. New perspectives on adolescence risk behavior. USA: Cambridge University Press.1998; 1-10.
5. UNICEF. Por la ciudadanía de las niñas. Ponencia presentada en el taller de embarazo adolescente, maternidad temprana y políticas públicas. Kingston; 3-7. 1997.
6. Rojas A. L. Donas S. “Adolescencia y juventud, aportes para una discusión”. Costa Rica. OPS.1995
7. CEPAL OIJ. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago de Chile, CEPAL, Naciones Unidas, 2008; [fecha de acceso junio 2009]. En:http://www.oij.org/documentos/Juventud_Cohesion_Social_CEPAL_OIJ.pdf
8. Creswell J. Qualitative inquiry and research design. United States of America: 2a edición. SAGE Publications, 1998.
9. Denzin N. Giardina M. Qualitative inquiry and the

- politics of evidence. United States of America: Left Coast press. 2008.
10. Blum R.W. Positive youth development: reducing risk, improving health. Informe preparado para el departamento de salud y desarrollo de niños y adolescentes, Organización Mundial de la Salud. Diciembre, 1999 (no publicado).
 11. Gottlieb B.H. "Children and youth: Determinants of health." Strategies to promote the optimal development of Canada's youth. Canada health action: building on the legacy, editions Multi-Mondes. 1998.
 12. Sieving R.E. Olphan J. Ablum R.W. "Adolescent sexual behavior and sexual health." *pediatrics in review*. Vol. 23, no. 12, diciembre 2002.
 13. National campaign to prevent teen pregnancy. With one voice: America's adults and Teens Sound Off about Teen Pregnancy. Washington, DC. 2001.
 14. CEPAL OIJ. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago de Chile, CEPAL, Naciones Unidas, 2008; [fecha de acceso junio 2009]. En: http://www.oij.org/documentos/Juventud_Cohesion_Social_CEPAL_OIJ.pdf
 15. Litt I. Medicina en adolescentes. (Clin Pediatr North Am) Philadelphia: WB Saunders, 1980.
 16. Suárez O. E. Roberts E, Korin A. Cumnisky M. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1985.
 17. CEPAL OIJ. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago de Chile, CEPAL, Naciones Unidas, 2008; [fecha de acceso junio 2009]. En: http://www.oij.org/documentos/Juventud_Cohesion_Social_CEPAL_OIJ.pdf
 18. Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Juventud, 5ta Encuesta Nacional de Juventud. Chile. 2007
 19. Coupey S.M. Klerman L.V. Adolescent medicine: State of the art reviews. Adolescent sexuality: Preventing unhealthy consequences. 1992 Prefacio.
 20. Howard M. "Delaying the Start of intercourse among adolescents." Adolescent medicine: state of the art reviews. 1992; 3 (2): 181-193.
 21. Morris L. Sexual experience and contraceptive use among young adults in Central America. Presentado en el simposio sobre la población en Centroamérica, San José, Costa Rica. 1995.
 22. Morris N.M. "Determinants of adolescent initiation of coitus." Adolescent medicine: State of the Art reviews. 1992; 3 (2): 165-189.
 23. Haffner D.W. Facing facts: Sexual health for America's adolescents. National commission on adolescent sexual health. Sexuality information and education council of the United States (SIECUS). 1995.
 24. Organización Panamericana de la Salud (OPS). A portrait of adolescent health in the Caribbean. OPS/OMS, Universidad de Minnesota. 2000.
 25. Alan Guttmacher Institute. Into a new world: Young women's sexual and reproductive lives, Nueva York. 1998.
 26. Morris L. "Young Adults in Latin America and the Caribbean: Their sexual experience and contraceptive use." *international family planning perspectives*, 1998; 14(4): 153-58.
 27. Langer A. Tolbert K. Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council. 1996.
 28. Alan Guttmacher Institute. Adolescents today, tomorrow's parents: A Portrait of the Americas, Nueva York, 1990
 29. Singh S. Wulf D. Samara R. Cuca Y.P. "Gender differences in the timing of first intercourse: Data from 14 Countries". *International family planning perspectives*. 2000; 26 (1).
 30. Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) UNFPA and adolescents. Nueva York. 1997.
 31. Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Juventud, 5ta Encuesta Nacional de Juventud. Chile. 2007
 32. *Ibidem*.
 33. *Ibidem*.
 34. Morris N.M. "Determinants of adolescent initiation of coitus." Adolescent medicine: state of the art reviews. 1992;3 (2): 165-189.
 35. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas, vol. 1, Washington, D.C. 2007 a)
 36. Morris N.M. "Determinants of adolescent initiation of coitus." Adolescent medicine: State of the art reviews. 1992;3 (2): 165-189.
 37. ONUSIDA. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Epidemic update. 1998.
 38. Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Juventud, 5ta Encuesta Nacional de Juventud. Chile. 2007
 39. World association for sexology (WAS). Declaration of sexual rights. Declaración adoptada en Hong Kong durante el 14o. Congreso Mundial de Sexología, 26 de agosto de 1999.
 40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC. 2003.
 41. Alan Guttmacher Institute. Into a new world: Young women's sexual and reproductive lives, Nueva York. 1998.
 42. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Washington, DC. 2000.
43. Rodríguez J. Hopenhayn M. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos, Desafíos, N° 4, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2007.
 44. Litt I. Medicina en adolescentes. (Clin Pediatr North Am) Philadelphia: WB Saunders, 1980.
 45. Alan Guttmacher Institute. Into a New World: Young women's sexual and reproductive lives, Nueva York. 1998.
 46. Morris L. "Young adults in Latin America and the Caribbean: Their sexual experience and contraceptive use." International family planning perspectives, 1998; 14(4): 153-58.
 47. Langer A. Tolbert K. Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council. 1996.
 48. Alan Guttmacher Institute. Adolescents today, tomorrow's parents: A portrait of the Americas, Nueva York, 1990.
 49. Eng T. y Butler W. The Hidden Epidemic: Confronting sexually transmitted diseases. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 1997.
 50. Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Juventud, 5ta Encuesta Nacional de Juventud. Chile. 2007
 51. Kirby D. Emerging Answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Washington, DC. 2001.
 52. Magnani R.J. Seiber E. Gutierrez E.Z. Vereau D. "Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru." Studies in family planning. 2001; 32(1).