




**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

---

# **UAB**

## **Universitat Autònoma de Barcelona**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS JÓVENES ADULTAS DE LA PROVINCIA DE BENGUELA (ANGOLA): RESULTADOS DE UN ESTUDIO MIXTO**

**Doctoranda:**

**Esperanza Esteban Serna**

**Directoras:**

**María Luisa Aznar Ruiz de Alegría**

**Olatz Larrea Estefanía**

**Tutor:**

**Vicenç Falcó Ferrer**

**Programa de Doctorado en Medicina**

**Departamento de Medicina**

**Universitat Autònoma de Barcelona**

**2026**

---

**A mi madre y mi padre, que me dieron raíces y me enseñaron el valor del esfuerzo; y a Víctor, Enric y Olivia, que me dan alas, amor y la fuerza para seguir creciendo.**

Mucha gente pequeña, en lugares pequeños,  
haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el  
mundo.

— Eduardo Galeano

---

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, deseo expresar mi profunda gratitud a Marisa y a Olatz por la valentía de asumir la dirección de esta tesis y por la dedicación constante con la que me han acompañado en este camino. Su compromiso, su rigor y su cercanía han sido un verdadero ejemplo para mí; son mujeres inspiradoras que han marcado mi trayectoria personal y académica. De ambas he aprendido una forma más profunda de mirar, de comprender y de hacer.

Quiero también agradecer de corazón a las organizaciones de la sociedad civil de Lobito y de Cubal, que han estado a mi lado desde el inicio de este proceso. Esta tesis nace y se sostiene gracias a ellas, y mi mayor deseo es que contribuya a mejorar la salud y el bienestar de sus comunidades. Extiendo este reconocimiento a la Organização da Interação Comunitária, à Associação Juvenil para a Solidariedade, al Centro de Apoio de Jovens y a todas las organizaciones y colectivos que, día a día, luchan por los derechos sexuales y reproductivos en Angola. Su labor, realizada muchas veces en condiciones adversas y en un contexto en el que defender estos derechos puede ser peligroso, es un acto de enorme valentía y entrega. Agradezco haber podido conocer, desde dentro, el activismo en Angola, un mundo que no se alcanza a comprender hasta que se camina junto a quienes lo viven. Esa experiencia me ha transformado y me ha enseñado lo que realmente significa creer en el cambio.

Mi gratitud también a Israel, por darme el espacio para crecer y por confiar en mí en el desarrollo de la línea de salud sexual y reproductiva. Además de ser un referente profesional, es un gran amigo, y me siento profundamente agradecida de que se haya cruzado en mi vida. Sé que apostar por este proyecto fue una decisión valiente, y por eso valoro aún más su confianza y su acompañamiento. Esta tesis es también fruto de esa amistad y de un desafío compartido que, confío, seguirá dando frutos en el futuro.

Agradezco de manera muy especial a Inés, porque sin ella no habría sido posible dar forma y rigor académico a algo que ya formaba parte de mi día a día. Ella fue quien me abrió los ojos con generosidad y claridad.

A mis compañeros de trabajo: Nano, Adrián, Tayná, Pau, Juan, Joan, Íñigo, Elena, Nuria y Diana, gracias por el buen humor, el clima de compañerismo y los valores humanos. Habéis estado siempre allí y lo valoro profundamente.

---

A mis padres, Isabel y Fernando, que siempre han creído en mí y me han dado la confianza y la fuerza para llegar hasta aquí. Su ejemplo me recuerda cada día que el compromiso con los demás empieza en casa.

A Víctor, compañero de mi vida, por su luz y su forma de convertir lo cotidiano en algo especial. Por su fuerza tranquila, su positividad y esa personalidad tan suya que da armonía a todo lo que toca.

A Enric y Olivia, mis joyas. Enric, con su creatividad y curiosidad; y Olivia, con su fuerza y su personalidad decidida. Siempre jugando, me recuerdan lo esencial: disfrutar, aprender y seguir adelante con alegría. Ojalá este esfuerzo sea también para ellos un ejemplo de dedicación y constancia en su propio camino.

A Maricruz y a Ángel, por su apoyo constante en todo momento y, especialmente, durante mis estancias en Angola, cuando sostienen a la familia con tanto cariño.

A mi familia extendida: mi tío Carlos, mi hermano Fernando, Shu, Yahui, Minerva y Hades, por estar siempre presentes con su afecto y su apoyo.

A todos, gracias de corazón por haber formado parte de este viaje.

---

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ASS:** África subsahariana

**DSR:** Derechos Sexuales y Reproductivos

**GD:** Grupo de discusión

**HJ:** Hombres jóvenes

**HSH:** Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

**IIMS:** Inquérito de Indicadores Múltiples y de Salud

**ITS:** Infecciones de transmisión sexual

**LGBTIQ+:** Lesbianas, Gais, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales, Queer y otras identidades y orientaciones sexuales y de género no normativas. El signo “+” hace referencia a la inclusión de otras identidades y expresiones de género que no están representadas en las siglas, como las personas asexuales, pansexuales, no binarias, entre otras.

**MJ:** Mujeres Jóvenes

**MINSA:** Ministério da Saúde de Angola

**ODSNU:** Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OSC:** Organizaciones de la Sociedad Civil

**PJA:** Personas jóvenes adultas

**RE:** Ruta de Empoderamiento

**SSR:** Salud Sexual Reproductiva

**TGF:** Tasa Global de Fecundidad

**VBG:** Violencia Basada en el Género

**VHB:** Virus de la Hepatitis B

**VIH-SIDA:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida

**VPI:** Violencia de pareja íntima

---

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Mapa político de Angola .....	35
Ilustración 2: Mapa 1. Áreas de Estudio: Benguela y Lobito (zonas urbanas), Caimbambo y Cubal (zonas rurales). Mapa 2. Provincia de Benguela: División administrativa y situación dentro de Angola Mapa 3. Angola: Localización del país en el contexto africano .....	36

---

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN .....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Conceptualización de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en el contexto global.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Personas jóvenes adultas y SSR: importancia y retos .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Intervenciones educativas y su efectividad en la promoción de la SSR.....</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Contexto nacional: la SSR en Angola .....</b>	<b>24</b>
1.4.1 Panorama histórico .....	24
1.4.2 indicadores de salud sexual y reproductiva en angola .....	25
1.4.2.1 Fecundidad y embarazo adolescente .....	25
1.4.2.2 Infecciones de Transmisión Sexual y VIH .....	26
1.4.2.3 Comportamiento sexual y prácticas de riesgo.....	27
1.4.2.4 Planificación familiar, anticonceptivos y uso del preservativo .....	29
1.4.3 Factores socioculturales y religiosos en la SSR .....	30
1.4.4 Marco legal, político e institucional en SSR .....	32
1.4.5 Ámbito territorial de la investigación .....	34
<b>2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....</b>	<b>39</b>
<b>3 HIPÓTESIS.....</b>	<b>41</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 Objetivo principal .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2 Objetivo secundario .....</b>	<b>42</b>

---

<b>5 COMPENDIO DE PUBLICACIONES .....</b>	<b>43</b>
5.1 Artículo 1 .....	43
5.1 Artículo 2 .....	55
<b>6 RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>7 RESUMEN GLOBAL DE LA DISCUSIÓN.....</b>	<b>75</b>
7.1 Limitaciones.....	90
<b>8 CONCLUSIONES.....</b>	<b>92</b>
8.1 Conclusions .....	93
<b>9 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS .....</b>	<b>94</b>
<b>10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>96</b>
<b>11 ANEXOS .....</b>	<b>112</b>
11.1 Anexo Descripción del cuestionario y sistema de puntuación .....	112
11.2 Cuestionario sobre SSR a jóvenes.....	113

---

## RESUMEN

Anualmente, más de dieciséis millones de adolescentes en el mundo afrontan embarazos no deseados, una problemática que afecta de manera desproporcionada a África subsahariana (ASS), donde se estima que una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada al menos una vez. En Angola, la tasa de fecundidad adolescente supera los 150 nacimientos por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad, una de las más altas del continente. Este fenómeno resulta de una interacción compleja entre factores estructurales y socioculturales: educación limitada, escaso acceso a información y servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y creencias culturales y religiosas profundamente arraigadas.

En Angola, las personas jóvenes adultas (PJA) constituyen un grupo especialmente vulnerable en materia de SSR. Los datos muestran que más del 40 % de las jóvenes menores de 19 años ha vivido un embarazo y que el 15 % de los nacimientos en el país corresponde a madres adolescentes. La prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) sigue siendo elevada: la tasa de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la población de 15 a 24 años alcanza el 2,1 %, mientras que la hepatitis B afecta aproximadamente al 8 % de la población general y la sífilis mantiene una prevalencia cercana al 3 %. Los abortos inseguros continúan siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad: se calcula que representan entre el 10 % y el 13 % de las muertes maternas en adolescentes de 15 a 19 años.

La provincia de Benguela refleja esta situación nacional, con indicadores que incluso superan los promedios del país. En esta región, la prevalencia del VIH entre jóvenes de 15 a 24 años se aproxima al 2,8 %, mientras que la tasa de embarazo adolescente alcanza alrededor de 165 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años. Menos de la mitad de las jóvenes sexualmente activas declaran conocer o utilizar métodos anticonceptivos modernos. Además, persiste un marcado estigma social hacia las ITS y el VIH, junto con una baja visibilidad de colectivos vulnerables y elevados niveles de violencia de género, especialmente en las zonas rurales.

En este contexto, se hace evidente la necesidad de comprender y abordar los desafíos específicos de la SSR en Benguela. Sin embargo, existe una notable escasez de investigaciones que analicen las percepciones, preocupaciones y factores asociados al comportamiento sexual y reproductivo las PJA en Angola.

Desde una perspectiva interseccional, esta tesis reconoce que la vulnerabilidad de las PJA no puede explicarse únicamente por su edad o etapa del desarrollo, sino por la confluencia de

---

diversas condiciones sociales y estructurales, como el género, la clase social, la etnicidad, la orientación sexual o el territorio, que interseccionan y configuran experiencias diferenciadas de desigualdad. En el contexto angoleño, marcado por los legados del colonialismo y las persistentes desigualdades históricas, estas intersecciones agudizan la brecha en el acceso a la información, a los servicios de SSR y al ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos (DSR). De este modo, las PJA se enfrentan a un entramado de vulnerabilidades múltiples que condicionan sus decisiones y oportunidades en materia de SSR.

La presente tesis doctoral responde a esta necesidad a través de dos estudios complementarios que, en conjunto, buscan comprender la realidad de la SSR entre PJA de Benguela y generar conocimiento orientado a ofrecer herramientas para su mejora.

El primer estudio, de carácter cuantitativo, parte de la hipótesis de que el conocimiento sobre SSR difiere entre zonas urbanas y rurales, y que variables sociodemográficas como el género masculino y el ámbito urbano se asocian con comportamientos de mayor riesgo. A través de un cuestionario estructurado aplicado a PJA de 18 a 25 años, este estudio identifica los conocimientos y comportamientos básicos en SSR antes de una intervención educativa.

El segundo estudio, de enfoque cualitativo, tiene como propósito comprender las prácticas, percepciones y preocupaciones en torno a la SSR desde la perspectiva de las propias PJA. En este se examinan factores socioculturales, educativos y de género que condicionan las actitudes y comportamientos sexuales, identificando diferencias entre zonas urbanas y rurales y entre mujeres y hombres. La hipótesis del artículo 2 establece que existen actitudes y comportamientos discriminatorios profundamente arraigados que reflejan una desigualdad de género en el acceso y la vivencia de la SSR de los y las jóvenes de la provincia de Benguela. Asimismo, se sostiene que existen diferencias relevantes en las actitudes, experiencias, percepciones, preocupaciones y factores que influyen en los comportamientos sobre SSR entre los ámbitos urbanos y rurales, y entre los géneros masculino y femenino. Estas diferencias podrían estar influenciadas por múltiples variables, como el acceso a la información y a los servicios de salud, la educación sexual, la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la reproducción y la sexualidad, la disponibilidad de métodos anticonceptivos, y las normas culturales y sociales que determinan los roles de género en cada contexto.

De esta manera, esta tesis doctoral se enmarca en un diseño mixto, de carácter exploratorio y descriptivo, que combina un enfoque cuantitativo y cualitativo. El primer estudio, de

---

naturaleza cuantitativa, se desarrolla en los municipios de Benguela, Lobito, Cubal y Caimbambo y aplica cuestionarios estructurados. El segundo estudio, de carácter cualitativo, tiene lugar en Lobito y Cubal y se basa en la realización de grupos de discusión (GD). En conjunto, ambos conforman una investigación de tipo mixto que sustenta la tesis doctoral.

Los hallazgos del primer estudio indican que el conocimiento profundo sobre SSR es limitado y que cerca de la mitad de las personas participantes reportan conductas sexuales de riesgo. El origen urbano, la edad avanzada, ser mujer y el uso de revistas e Internet como principales fuentes de información se asociaron significativamente a un buen conocimiento de SSR, mientras que las conductas sexuales de riesgo se asociaron al sexo masculino. No obstante, no se identifican diferencias significativas en el comportamiento sexual de riesgo entre los municipios urbanos y rurales, por lo que esta dimensión de la hipótesis no se confirma plenamente.

Por su parte, los hallazgos del segundo estudio muestran que las principales preocupaciones en torno a la SSR entre las PAJ de los municipios estudiados se centran en los métodos anticonceptivos y el aborto, el embarazo temprano, las ITS y la violencia basada en el género (VBG). Los comportamientos en SSR se encuentran condicionados por cuatro factores principales: la igualdad de género, la cultura y la religión, el acceso a los servicios de salud y la educación, información y nivel de conocimiento disponibles.

Asimismo, se identifican patrones diferenciados en actitudes, experiencias, percepciones y preocupaciones en torno a la SSR según el género y el ámbito de residencia. Se observaron diferencias en los niveles de participación, con una menor presencia de personas de áreas rurales y una mayor reticencia entre las mujeres, en un contexto marcado por normas de género y dinámicas de estigmatización. Esta situación se refleja en las temáticas que concentran mayor atención entre los distintos grupos. Entre las mujeres urbanas, las principales preocupaciones se centran en los métodos anticonceptivos y el aborto. En los hombres urbanos, el tema más mencionado es el embarazo precoz. En los hombres rurales, las ITS constituyen la principal preocupación. Por su parte, la VBG aparece como un tema que genera mayor nivel de preocupación en las mujeres que en los hombres.

De forma innovadora, esta tesis desarrolla y valida un modelo propio de identificación de circuitos de vulnerabilidad (CV), que permite comprender cómo interactúan distintos factores

---

(educativos, culturales, religiosos y de género), para generar desigualdad en el acceso y ejercicio de los DSR. Este modelo constituye uno de los principales aportes teóricos y prácticos del trabajo. Los CV identificados en esta tesis se relacionan estrechamente con las barreras para acceder a métodos anticonceptivos, lo que puede llevar a muchas mujeres jóvenes (MJ), por un lado, a someterse a prácticas de aborto inseguro o, por otro, a resignarse a continuar con embarazos no deseados, perpetuando así el ciclo de desigualdad. Además, los resultados evidencian que el activismo juvenil y religioso puede funcionar como estrategia de salida (ES) o resiliencia, promoviendo el empoderamiento y la autonomía sexual entre PJA.

Conocer en profundidad la realidad y entender los mecanismos que llevan a ella puede contribuir a la creación de intervenciones más efectivas, para las PJA de la provincia de Benguela.

---

## ABSTRACT

Every year, more than sixteen million adolescents worldwide face unintended pregnancies, a problem that disproportionately affects sub-Saharan Africa, where it is estimated that one in five girls aged 15 to 19 has been pregnant at least once. In Angola, the adolescent fertility rate exceeds 150 births per 1,000 women in this age group, one of the highest in the continent. This phenomenon results from a complex interaction between structural and sociocultural factors: limited education, poor access to information and Sexual and Reproductive Health (SRH) services, and deeply rooted cultural and religious beliefs.

In Angola, young adult people (YAP) constitute a particularly vulnerable group in terms of SRH. It is estimated that more than 40% of women under 19 have been pregnant at least once, and that 15% of births in the country correspond to adolescent mothers. The prevalence of sexually transmitted infections (STIs) remains high: the rate of Human Immunodeficiency Virus (HIV) among people aged 15 to 24 reaches 2.1%, while hepatitis B affects approximately 8% of the general population and syphilis maintains a prevalence of around 3%. Unsafe abortions continue to be a major cause of morbidity and mortality, accounting for an estimated 10% to 13% of maternal deaths among adolescents aged 15 to 19.

The province of Benguela reflects this national situation, with indicators that even exceed the country's averages. In this region, HIV prevalence among young people aged 15 to 24 reaches approximately 2.8%, while the adolescent pregnancy rate is around 165 per 1,000 girls aged 15 to 19. Fewer than half of sexually active young women report knowing or using modern contraceptive methods. Moreover, there remains a strong social stigma surrounding STIs and HIV, alongside low visibility of vulnerable groups and high levels of gender-based violence (GBV), particularly in rural areas.

In this context, it becomes evident that there is a need to understand and address the specific SRH challenges in Benguela. However, there is a notable lack of research analysing the perceptions, concerns, and factors associated with sexual and reproductive behaviour among YAP in Angola.

From an intersectional perspective, this thesis acknowledges that the vulnerability of YAP cannot be explained solely by their age or stage of development, but rather by the convergence of multiple social and structural conditions, such as gender, social class, ethnicity, sexual orientation, or territory, that intersect and shape differentiated experiences of inequality. In the

Angolan context, marked by the legacies of colonialism and persistent historical inequalities, these intersections deepen gaps in access to information, SRH services, and the effective exercise of sexual and reproductive rights (SRR). Thus, YAP face a web of multiple vulnerabilities that condition their decisions and opportunities in SRH matters.

This doctoral dissertation addresses this need through two complementary studies which, taken together, aim to understand the reality of SRH among YAP in Benguela and to generate knowledge oriented toward providing tools for its improvement.

The first study, quantitative in nature, is based on the hypothesis that knowledge about SRH differs between urban and rural areas, and that sociodemographic variables such as male gender and urban residence are associated with higher-risk behaviors. Through a structured questionnaire administered to YAP aged 18 to 25, this study identifies basic knowledge and behaviors related to SRH prior to an educational intervention.

The second study, using a qualitative approach, aims to understand practices, perceptions, and concerns regarding SRH from the perspective of YPA themselves. It examines sociocultural, educational, and gender-related factors that shape sexual attitudes and behaviors, identifying differences between urban and rural areas and between women and men. The hypothesis of Article 2 posits that deeply rooted discriminatory attitudes and behaviors exist, reflecting gender inequality in access to and experiences of SRH among young people in the province of Benguela. It also argues that there are significant differences in attitudes, experiences, perceptions, concerns, and factors influencing SRH related behaviors between urban and rural settings and between males and females. These differences may be influenced by multiple variables, such as access to information and health services, sex education, autonomy in decision-making related to reproduction and sexuality, availability of contraceptive methods, and the cultural and social norms that shape gender roles in each context.

In this way, the doctoral thesis is framed within a mixed-methods design of an exploratory and descriptive nature, combining both quantitative and qualitative approaches. The first study, quantitative in nature, was carried out in the municipalities of Benguela, Lobito, Cubal, and Caimbambo, using structured questionnaires. The second study, qualitative in nature, took place in Lobito and Cubal and was based on focus group discussions (FGDs). Taken together,

these two studies constitute a mixed-methods research project that provides the overall descriptive framework of the doctoral thesis

The findings of the first study indicate that in-depth knowledge of SRH is limited and that nearly half of the participants report engaging in risky sexual behaviors. Urban origin, older age, being female, and using magazines and the Internet as main sources of information were significantly associated with good knowledge of SRH, whereas risky sexual behaviors were associated with being male. However, no statistically significant differences were identified in risky sexual behavior between urban and rural municipalities; therefore, this dimension of the hypothesis is not fully confirmed.

The second study reveals that the main concerns regarding SRH among YAP in the municipalities examined focus on contraceptive methods and abortion, early pregnancy, STI, and GBV. SRH related behaviors are shaped by four main factors: gender equality, culture and religion, access to health services and the availability of education and information. Furthermore, differentiated patterns are identified in attitudes, experiences, perceptions, and concerns regarding SRH according to gender and place of residence. Differences were observed in levels of participation, with lower representation from rural areas and greater reluctance among women, within a context marked by gender norms and dynamics of stigmatization. This situation is reflected in the issues that receive greater attention among the different groups.

Among urban women, the main concerns focus on contraceptive methods and abortion. Among urban men, the most frequently mentioned issue is early pregnancy, while among rural men, STIs constitute the primary concern. GBV, in turn, emerges as an issue that generates a higher level of concern among women than among men.

Innovatively, this thesis develops and validates an original model for identifying circuits of vulnerability (CV), which enables understanding how various factors (educational, cultural, religious, and gender-related) interact to generate inequality in the access and exercise of SRR. This model represents one of the main theoretical and practical contributions of the research. Moreover, the CVs identified in this thesis are closely linked to barriers in accessing contraceptive methods, which may lead many young women either to undergo unsafe abortion practices or to resign themselves to continuing unwanted pregnancies, thereby perpetuating the cycle of inequality.

The results indicate that youth and religious activism can serve both as a resilience mechanism and as an exit strategy (ES), fostering empowerment and sexual autonomy among YAP.

Understanding this reality in depth and identifying the mechanisms that sustain it can contribute to the development of more effective interventions for the adolescent and young adult population of Benguela province.

## 1 INTRODUCCIÓN

### 1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) EN EL CONTEXTO GLOBAL

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y el sistema reproductivo, y no únicamente como la ausencia de enfermedad o disfunción.

A lo largo del tiempo, este concepto ha evolucionado desde un enfoque predominantemente biomédico, centrado en la reproducción y el control de la fertilidad, hacia una perspectiva integral que incorpora dimensiones psicológicas, sociales y de derechos humanos. Una buena SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y libre de coerción, así como la libertad para decidir si, cuándo y con qué frecuencia reproducirse. Supone, además, el acceso a servicios de salud adecuados, a información fiable y a una educación integral en sexualidad.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) son un conjunto de derechos humanos que reconocen la libertad y la autonomía de las personas en todo lo relativo a su sexualidad y reproducción. Estos derechos abarcan los siguientes aspectos fundamentales (1):

1. *Derecho a la SSR*: acceso a servicios de salud, información y educación sobre sexualidad y reproducción.
2. *Derecho a decidir libre e informadamente*: posibilidad de tomar decisiones sobre la vida sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos.
3. *Derecho a la igualdad y a la no discriminación*: garantía de igualdad en el acceso a los DSR, independientemente del género, orientación sexual, estado civil o situación económica.
4. *Derecho a la privacidad*: protección frente a interferencias indebidas en las decisiones sobre la propia vida sexual y reproductiva.
5. *Derecho a vivir libre de violencia*: protección contra la violencia basada en el género (VBG), la coerción y los abusos sexuales.

6. *Derecho a la educación*: acceso a información precisa, científica y accesible sobre sexualidad, SSR.

Estos derechos son esenciales para el bienestar físico, mental y emocional de las personas, y constituyen una condición indispensable para alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales subrayan que la SSR solo puede lograrse plenamente cuando se respetan, protegen y garantizan estos derechos (2).

El reconocimiento de los DSR está estrechamente vinculado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODSNU), en particular al Objetivo 3 (Salud y bienestar) y al Objetivo 5 (Igualdad de género), que incorporan metas específicas orientadas a asegurar el acceso universal a la SSR y a la educación en esta materia. Estos objetivos reflejan el compromiso global de integrar la SSR y los DSR como componentes esenciales de la cobertura sanitaria universal y del desarrollo humano sostenible (2).

No obstante, el cumplimiento efectivo de estos derechos se ve obstaculizado por factores estructurales, culturales y sociales. Las desigualdades de género, la falta de educación sexual integral, el limitado acceso a servicios de salud y la persistencia de estigmas y creencias restrictivas ponen en riesgo el logro de los ODSNU relacionados con la salud y los DSR. Comprender este contexto resulta esencial para diseñar estrategias e intervenciones que promuevan una SSR equitativa y sostenible, especialmente entre personas jóvenes adultas (PJA) y en contextos de vulnerabilidad.

## **1.2 PERSONAS JÓVENES ADULTAS Y SSR: IMPORTANCIA Y RETOS**

Las PJA comprendidas entre los 18 y 25 años presentan una vulnerabilidad particular en SSR debido a que atraviesan una etapa de transición hacia la adultez marcada por la búsqueda de identidad, autonomía y definición de proyectos de vida. Si bien en este trabajo se centra en este rango etario, se incorporan referencias a población adolescente mayor (15–17 años) exclusivamente con fines contextuales y epidemiológicos, dada la continuidad de los riesgos en esta etapa del curso vital. A esta situación se suman factores como la iniciación sexual temprana, las relaciones sin protección, la falta de educación sexual integral, los tabúes

culturales y las desigualdades de género, que pueden dificultar decisiones informadas y aumentar los riesgos asociados a su SSR.

Desde una perspectiva interseccional (3,4), esta vulnerabilidad no responde únicamente a la edad, sino también a la confluencia de condiciones sociales y estructurales, como el género, la clase o la orientación sexual, que, en contextos atravesados por desigualdades históricas, como Angola, profundizan las brechas de acceso a la información y a los servicios de SSR (5–8). El colonialismo portugués funcionó como una *estructura histórica heredada* cuyos efectos continúan modelando el presente. La imposición del portugués como lengua dominante, por ejemplo, ha condicionado la circulación del conocimiento, ya que mucha de la información disponible sobre SSR no se traduce a lenguas locales, lo que limita su comprensión y apropiación por parte de amplios sectores de la población. De igual forma, durante el periodo colonial la escolarización femenina fuera de las misiones religiosas era mínima, restringiendo el acceso de las mujeres a la educación formal y generando brechas educativas que se han transmitido de manera intergeneracional. En la actualidad, estos factores se reflejan en la baja formación de muchas mujeres adultas, en la vigencia de normas de género que restringen la autonomía reproductiva y en una mayor exposición al embarazo temprano y a la dependencia económica.

La orientación sexual y la identidad de género pueden constituir factores adicionales de vulnerabilidad. Las personas pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ (Lesbianas, Gais, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales, Queer y otras identidades y orientaciones sexuales y de género no normativas) enfrentan con frecuencia discriminación, estigma y barreras en el acceso a servicios de salud, lo que aumenta el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS) y a VBG. Estas desigualdades afectan de manera desproporcionada a las adolescentes y mujeres jóvenes (MJ): a nivel mundial, aproximadamente una de cada tres mujeres de entre 15 y 49 años y una de cada diez niñas menores de 20 ha sufrido violencia física y/o sexual (9).

En África subsahariana (ASS), la vulnerabilidad de las PJA en materia de SSR es especialmente elevada (10,11) como resultado de la interacción entre factores estructurales y sociales, tales como la debilidad de los sistemas sanitarios, las desigualdades económicas, las barreras educativas y la persistencia de normas culturales restrictivas que condicionan el acceso a la información y a los servicios de SSR. Estas limitaciones reducen el acceso a

---

métodos anticonceptivos y a servicios de salud adaptados a las necesidades juveniles, favoreciendo la elevada incidencia de ITS, embarazos precoces y abortos inseguros que caracterizan a la región (12–14).

Entre las ITS más prevalentes en este grupo destacan el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las hepatitis virales y la sífilis (12–14). De manera particular, la infección por *Chlamydia trachomatis*, presenta una alta prevalencia entre MJ y se asocia a complicaciones graves cuando no se diagnostica ni se trata de forma oportuna (15,16). La exposición a relaciones sexuales sin protección también incrementa el riesgo de embarazos no planificados y de experiencias de violencia o coerción (17,18). A nivel global, los comportamientos sexuales durante la juventud se caracterizan por una mayor diversidad de parejas y por la presencia de relaciones esporádicas, lo que, unido a la falta de información adecuada, incrementa las situaciones de vulnerabilidad (19). Sin embargo, reducir el análisis a las conductas individuales sería simplificar una realidad compleja en la que influyen normas de género, desigualdades sociales y estigmas asociados a la sexualidad, que limitan el ejercicio pleno de los DSR (20).

La evidencia demuestra que las PJA con mayor acceso a información sobre sexualidad tienden a adoptar comportamientos más seguros y responsables (21,22). No obstante, su impacto sigue siendo limitado debido a la implementación desigual de los programas y a la falta de enfoques inclusivos y culturalmente adaptados (23).

Los embarazos no planificados constituyen un problema de salud pública de gran magnitud. Cada año, cerca de dieciséis millones de adolescentes en todo el mundo enfrentan embarazos no deseados, siendo ASS la región más afectada. Países como Angola registran tasas particularmente elevadas de fecundidad adolescente (24), fenómeno que surge de la interacción de diversos factores estructurales y socioculturales, entre los que destacan la educación limitada, insuficiente acceso a información y servicios de SSR, y creencias culturales y religiosas profundamente arraigadas (25).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto continúan siendo una de las principales causas de muerte entre las niñas de 15 a 19 años (9). Los embarazos precoces y no planificados tienen consecuencias de amplio alcance. A menudo interrumpen la trayectoria educativa, reducen las oportunidades profesionales y perpetúan los ciclos de pobreza y vulnerabilidad (26). Además, la maternidad temprana conlleva un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como parto prematuro o bajo peso al nacer (27). En los casos en

que las adolescentes optan por interrumpir un embarazo, su decisión está condicionada por factores personales y contextuales. Aspectos como la edad, el nivel educativo, el estado civil, las creencias culturales y la exposición a los medios influyen en su grado de autonomía y en su posibilidad de acceder a servicios de aborto seguro (28). A ello se suma la violencia de pareja íntima (VPI), una forma de VBG que afecta a muchas MJ desde edades tempranas, limitando su capacidad de decisión y poniendo en riesgo su SSR (29,30).

La desigualdad de género agrava aún más todos estos fenómenos, contribuyendo a mayores tasas de embarazo temprano, abortos inseguros y mortalidad materna (9). Las brechas de género siguen siendo relevantes en distintos ámbitos de la SSR, sin indicios claros de reducción, especialmente en lo relativo a la edad de inicio de la actividad sexual y al primer matrimonio, lo que mantiene a las adolescentes africanas en una situación de especial vulnerabilidad frente a consecuencias adversas para su salud sexual y reproductiva (31,32,34). Esta situación se ve reforzada por normas sociales y de género ampliamente documentadas, como la limitada capacidad de decisión de las mujeres sobre su propia sexualidad, el estigma asociado al uso de anticonceptivos, la expectativa de obediencia o disponibilidad sexual femenina y la normalización de relaciones de pareja marcadas por desequilibrios de poder (35,36).

De manera paralela, persiste una elevada necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos entre la población adolescente africana, asociada a importantes barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre estas barreras destacan el estigma social, los costes económicos, la falta de información adecuada y la limitada disponibilidad de servicios adaptados a jóvenes, factores que dificultan el acceso efectivo a la planificación familiar y a la atención en SSR (31–33).

### **1.3 INTERVENCIONES EDUCATIVAS Y SU EFECTIVIDAD EN LA PROMOCIÓN DE LA SSR**

El logro de una buena SSR entre las PJA depende en gran medida de su capacidad para ejercer autonomía, tomar decisiones informadas y mantener relaciones basadas en la igualdad y el respeto mutuo. Este proceso requiere la creación de entornos sociales que fomenten la equidad de género, la prevención de la VBG y el reconocimiento de la diversidad sexual, así

---

como la promoción del empoderamiento individual y colectivo. En este sentido, la educación sexual integral de calidad y las estrategias de empoderamiento juvenil constituyen herramientas complementarias con un impacto directo en la vida de las PJA, especialmente en mujeres, niñas y colectivos históricamente vulnerables, como adolescentes y personas del colectivo LGTBIQ+.

Diversos estudios han demostrado que la educación sexual y reproductiva con un enfoque de derechos humanos no solo reduce la transmisión de ITS, sino que también protege frente al abuso, la explotación sexual y la VBG (37–39). Sin embargo, la evidencia sobre el impacto positivo y duradero de estas intervenciones es contradictoria. Las campañas educativas no siempre generan resultados consistentes, lo que puede atribuirse tanto a diferencias en los métodos pedagógicos como a la limitada sostenibilidad de los programas y a su falta de adaptación cultural (15). Asimismo, los estudios de base conductual señalan que el éxito de las intervenciones depende en gran medida de factores contextuales, como las normas socioculturales, el nivel educativo, la percepción comunitaria y el acceso a los servicios de salud.

Por ello, es necesario un análisis más profundo y multidimensional del impacto de las intervenciones educativas, incorporando una perspectiva de género y considerando no solo los conocimientos adquiridos, sino también las actitudes, comportamientos y los factores que los condicionan. Antes de implementar cualquier acción en salud y DSR, resulta esencial realizar un diagnóstico basal que permita analizar las necesidades específicas, las brechas de conocimiento y las barreras existentes dentro de la población objetivo. Comprender el contexto local y trabajar de forma articulada con las comunidades son elementos clave para garantizar la pertinencia y eficacia de las intervenciones (15).

Estas consideraciones adquieren especial relevancia debido a las marcadas disparidades observadas en los niveles de conocimiento y comportamiento en SSR según los contextos locales. El acceso universal a la SSR es esencial para el desarrollo sostenible, el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género, además de contribuir de manera decisiva a la prevención de las ITS y del cáncer de cuello uterino (16). La evidencia indica que la participación activa de las PJA en procesos educativos, de asesoramiento y en intervenciones en SSR incrementa el nivel de conocimiento, mejora el uso de anticonceptivos y reduce los embarazos no planificados. Asimismo, se destaca la efectividad de los espacios

adaptados a jóvenes, la educación entre pares y la inversión temprana en adolescencias muy jóvenes (37,40–42). La implicación directa de las PJA en el diseño e implementación de programas y políticas no solo aumenta su pertinencia y eficacia, sino que también fortalece su empoderamiento y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su propia SSR (43,44).

En conjunto, los estudios muestran que la efectividad de las intervenciones educativas en SSR depende tanto de la calidad de sus contenidos como del contexto en el que se implementan. Si bien los factores individuales y relacionales influyen en la vulnerabilidad de las PJA, es en el plano estructural y regional donde estas condiciones adquieren mayor complejidad, especialmente en ASS, donde persisten profundas desigualdades sociales, sanitarias y educativas que limitan el impacto de las estrategias globales.

En este marco, si bien aún se requieren metodologías más robustas para evaluar de forma precisa el impacto de determinadas intervenciones, la evidencia disponible indica que la educación entre pares resulta especialmente efectiva para mejorar los conocimientos, promover actitudes más responsables y aumentar el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos, particularmente en el contexto de África subsahariana (45).

En ASS, la promoción de la SSR entre PJA ha avanzado desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, aunque los progresos han sido desiguales. La evidencia regional confirma la importancia de la educación sexual integral en la mejora de la SSR; no obstante, los resultados siguen siendo heterogéneos y dependen de la adecuación cultural, la sostenibilidad de los programas y el grado de participación comunitaria (46). Diversos programas escolares y comunitarios han logrado incrementar el conocimiento sobre SSR, mejorar la percepción del riesgo y aumentar el uso del preservativo (47,48), aunque su impacto a largo plazo suele verse limitado por la falta de continuidad, la escasa capacitación del personal docente y la insuficiente integración en los planes de estudio nacionales.

Las metodologías de educación en SSR deben adaptarse a los contextos culturales, sociales y educativos. Las más exitosas incorporan contenidos interactivos, participación juvenil y enfoque de género. Los programas que combinan educación en las aulas con acciones comunitarias y asesoramiento personalizado logran mayor retención de conocimientos y mejoran las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos (49,50). Por el contrario, las

---

intervenciones basadas en mensajes normativos o moralistas tienden a generar resistencia y a reproducir estigmas en torno a la sexualidad.

## 1.4 CONTEXTO NACIONAL: LA SSR EN ANGOLA

### 1.4.1 PANORAMA HISTÓRICO

En el marco regional descrito, Angola constituye un caso representativo de las dinámicas sociales y sanitarias de ASS, con particularidades derivadas de su trayectoria histórica y política reciente. La evolución del país ha configurado las condiciones estructurales que actualmente determinan la salud y, de manera específica, la SSR de su población.

Tras la independencia en 1975, el prolongado conflicto armado que se extendió hasta 2002 dejó profundas secuelas demográficas, económicas y sociales, afectando la infraestructura sanitaria y el acceso equitativo a los servicios básicos (51). Durante este periodo, el sistema de salud se centró principalmente en la atención de urgencias y enfermedades transmisibles, relegando la prevención y la promoción de la SSR.

Con el fin del conflicto, Angola inició un proceso de reconstrucción institucional y sanitaria orientado a restablecer la cobertura de los servicios y fortalecer la red de atención primaria. Sin embargo, las desigualdades regionales y la concentración de recursos en áreas urbanas continuaron limitando el acceso universal. Estas disparidades históricas explican las brechas actuales en los indicadores de SSR y en la disponibilidad de programas educativos y preventivos dirigidos a PJA (51).

En las últimas dos décadas, el país ha experimentado una relativa estabilidad política y un crecimiento económico impulsado por el sector petrolero, que ha permitido ampliar la inversión pública en salud. No obstante, la distribución desigual de estos recursos y las persistentes limitaciones en recursos humanos y equipamiento siguen condicionando la capacidad del sistema para garantizar servicios de SSR accesibles, continuos y de calidad (52,53).

A pesar de estos avances, Angola continúa presentando un Índice de Desarrollo Humano (muy bajo). En 2021, su esperanza de vida era de 62,1 años, una de las más bajas del mundo. En los apartados siguientes se presentan los principales indicadores de SSR a nivel nacional, con

especial énfasis en las PJA y la provincia de Benguela, a fin de situar el marco en el que se inscribe esta tesis.

## 1.4.2 INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ANGOLA

### 1.4.2.1 FECUNDIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE

En Angola, la fecundidad continúa siendo elevada y desigual, reflejando tanto las condiciones estructurales del país como las brechas sociales y territoriales. Los principales indicadores nacionales, obtenidos del *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde* (IIMS) 2023–2024 y de estudios complementarios, muestran avances en cobertura y acceso, aunque persisten brechas territoriales y de género que condicionan la equidad en salud (52,53).

La fecundidad también varía significativamente según el grupo de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la tasa es de 122 nacimientos por cada 1.000 mujeres, mientras que la tasa global de fecundidad (TGF) alcanza su punto máximo entre los 20 y 24 años, con 203 nacimientos por cada 1.000 mujeres. La fecundidad adolescente representa un desafío prioritario de salud pública: aproximadamente el 35 % de las adolescentes de 15 a 19 años ha tenido al menos un hijo o se encuentra embarazada, y cerca del 27% de las jóvenes de 19 años ya ha sido madre (52,53). En promedio, las mujeres adolescentes en zonas rurales presentan tasas de fecundidad mucho más altas (195 nacimientos por cada 1.000) que las de áreas urbanas (88 por cada 1.000). Se estima, además, que alrededor del 10% de los embarazos ocurren antes de los 17 años, lo que refleja la persistencia del inicio temprano de la vida reproductiva entre las adolescentes (54). En este contexto, el embarazo adolescente constituye un fenómeno de especial relevancia en Angola, asociado a consecuencias biológicas, psicológicas y socioeconómicas significativas (56,57).

Estos patrones se vinculan estrechamente con los determinantes sociales de la salud, especialmente la educación y las condiciones económicas del hogar. Según los datos del IIMS 2023–2024 la mediana de edad al primer coito se sitúa en torno a los 16 años (52,53). Existe, además, una relación significativa entre la edad y el nivel educativo, los embarazos adolescentes son más frecuentes entre las jóvenes de 17 años, muchas de las cuales solo han completado la educación primaria. Asimismo, el inicio de la vida reproductiva es más del

doble entre las jóvenes sin estudios formales (58%) que entre quienes poseen educación secundaria o superior (25 %) (55), lo que evidencia el impacto de la escolarización sobre la SSR (56).

Una estructura familiar inestable, la residencia en áreas periurbanas y los antecedentes de embarazos precoces en el entorno familiar también influyen de forma notable. El embarazo adolescente en Angola se asocia con mayores tasas de padres desempleados, situaciones de vida en solitario y un menor número de consultas prenatales (58). Esta tendencia se mantiene en diferentes regiones del país (24). La mayoría de los embarazos adolescentes no son planificados, lo que pone de relieve la necesidad de mejorar los programas de planificación familiar y de educación sexual integral (59).

La elevada fecundidad general, combinada con la alta prevalencia de embarazos adolescentes, se inscribe en un contexto de vulnerabilidad estructural. La mortalidad materna sigue siendo elevada, aproximadamente dos mujeres mueren por cada 1.000 nacidos vivos durante el embarazo, el parto o en los dos meses posteriores (52,53). Estas desigualdades, sumadas a las brechas territoriales, profundizan las limitaciones en el acceso a información y servicios de SSR entre las jóvenes angoleñas (60).

En cuanto a las preferencias reproductivas, el 18% de las mujeres expresa el deseo de tener otro/a hijo/a en los próximos dos años, mientras que un 20% prefiere posponerlo. Un 8% aún no ha decidido cuándo tener otro/a hijo/a, pero manifiesta el deseo de hacerlo en el futuro. Por otro lado, el 33% de las mujeres informó no querer más hijos/as o haberse sometido a un procedimiento de ligadura de trompas. Entre las mujeres sin hijos/as vivos/as, el 71% manifestó el deseo de tenerlos/as en los próximos dos años, mientras que solo el 6 % de quienes tienen seis o más hijos/as expresó la intención de tener otro/a en breve (61).

#### **1.4.2.2 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH**

Las ITS continúan representando un importante desafío para la salud pública en Angola, especialmente entre la población joven. La prevalencia de infecciones como el VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) y la sífilis es elevada, y diversos estudios nacionales y provinciales ponen de manifiesto la necesidad de mejorar las estrategias de detección, prevención y tratamiento (37–39).

A nivel nacional, la prevalencia del VIH se estima en torno al 2%, según datos del Instituto Nacional de Salud Pública. En la provincia de Benguela, la prevalencia es ligeramente inferior, con un promedio del 1,5%. Existen, no obstante, diferencias entre municipios: Benguela (2,3%), Lobito (1,9%), Cubal (1,2 %) y Caimbambo (0,4%) (62).

No existen encuestas representativas para otras ITS, pero estudios realizados en áreas urbanas muestran tasas aproximadas del 10% para sífilis y VHB en campañas de cribado (37–39). Investigaciones recientes refuerzan esta tendencia. En un estudio desarrollado en Luanda, el 8,8% de las personas resultaron seropositivas al VIH y el 9,3% presentaron antígeno de superficie del VHB (63). De manera similar, en la ciudad de Lubango se notificó una prevalencia del 8,6% de VHB y del 3% de VIH entre mujeres en trabajo de parto (64). La sífilis también mantiene una prevalencia preocupante, en Luanda, el 10% de las personas fueron seropositivas para *Treponema pallidum* y el 4,6% presentaron sífilis activa; en Benguela, la tasa de sífilis activa fue del 2,9%, con entre un 15% y un 20% de coinfección con VIH (64).

Las coinfecciones son frecuentes, evidenciando la interconexión entre las ITS. En Luanda, el 25,5% de las personas con diagnóstico positivo para una ITS también presentaron otra de manera concomitante, principalmente combinaciones de VIH, VHB y sífilis (65). El diagnóstico de las ITS en Angola se enfrenta a limitaciones significativas derivadas de la escasez de recursos de laboratorio y de personal capacitado. En la mayoría de los centros de salud, el diagnóstico se realiza mediante enfoques sindrómicos, basados en la presencia de síntomas clínicos, debido a la falta de pruebas específicas y accesibles. Este modelo, aunque útil en contextos de baja disponibilidad tecnológica, presenta limitaciones importantes, muchas ITS cursan de forma asintomática, especialmente en mujeres, lo que conlleva un subregistro de casos y un aumento del riesgo de transmisión no diagnosticada.

### 1.4.2.3 COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PRÁCTICAS DE RIESGO

El comportamiento sexual de la población joven en Angola constituye un elemento central en la comprensión de la dinámica de la SSR. Las conductas sexuales de riesgo, el bajo nivel de conocimiento sobre el VIH y la escasa utilización de preservativos continúan siendo factores determinantes en la transmisión de ITS y embarazos no planificados. De acuerdo con los resultados del IIMS 2023–2024, los niveles de conocimiento sobre la prevención del VIH entre las personas jóvenes de 15 a 24 años siguen siendo bajos. Solo el 25% de las mujeres y el

34% de los hombres poseen información adecuada sobre cómo prevenir la infección (53). Estas cifras reflejan una disminución del 8% en las mujeres y un aumento marginal del 1% en los hombres respecto al IIMS 2015–2016 (55). La brecha urbano-rural es considerable, el 32% de las mujeres y el 42% de los hombres de zonas urbanas tienen conocimiento adecuado sobre el VIH, frente a apenas un 9% y un 13%, respectivamente, en áreas rurales. La educación también se muestra como un factor decisivo, entre quienes tienen formación superior, el conocimiento sobre el VIH alcanza el 66 % en mujeres y el 79 % en hombres.

En cuanto a las conductas sexuales, el mismo informe señala que un 3% de las mujeres y un 21% de los hombres de 15 a 49 años reportaron haber tenido más de dos parejas sexuales en los últimos 12 meses. Además, el 29% de las mujeres y el 48% de los hombres mantuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no estaban casados ni convivían. Pese a estas cifras, el uso del preservativo sigue siendo limitado, solo el 28 % de las mujeres y el 47% de los hombres afirmaron haberlo utilizado en su última relación sexual con una pareja no estable. La disparidad geográfica es nuevamente notable, en las zonas urbanas, el 45% de las mujeres y el 43% de los hombres declararon haber usado preservativo, mientras que en las zonas rurales las proporciones descienden al 8% y 17%, respectivamente.

Las pruebas de detección del VIH también evidencian desigualdades en el acceso y en la percepción del riesgo. Sólo el 25% de las mujeres y el 17% de los hombres de 15 a 49 años informaron haberse realizado la prueba y haber recibido el resultado en los últimos 12 meses. En las áreas urbanas, la proporción aumenta al 30% de las mujeres y al 21% de los hombres, pero en las zonas rurales cae al 15% y 10%, respectivamente

Diversos estudios coinciden en que la residencia urbana, el nivel educativo y la percepción de riesgo son factores determinantes en el uso del preservativo y la realización de pruebas de VIH (66,67). Estas cifras reflejan barreras estructurales, sociales y económicas que dificultan la adopción de conductas preventivas y el acceso equitativo a los servicios de diagnóstico.

Asimismo, creencias erróneas y normas de género restrictivas influyen negativamente en la adopción de prácticas sexuales seguras, especialmente entre las MJ, quienes suelen tener menor poder de decisión en la negociación del uso del preservativo. La comunicación entre familias sobre sexualidad es escasa, lo que limita la adquisición de conocimientos sobre prevención y refuerza normas sociales tradicionales que pueden desalentar su uso (64).

#### 1.4.2.4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ANTICONCEPTIVOS Y USO DEL PRESERVATIVO

La planificación familiar en Angola continúa siendo un componente esencial de la SSR, aunque persisten importantes desigualdades en el acceso y la utilización de métodos anticonceptivos. Los datos del IIMS 2023–2024 muestran que el 54% de las mujeres casadas o en unión estable manifiestan una demanda de planificación familiar, cifra que asciende al 78% entre las mujeres solteras sexualmente activas. Sin embargo, la necesidad no satisfecha sigue siendo elevada, afectando al 37% de las mujeres casadas o en unión y al 48% de las solteras sexualmente activas. Solo el 27% y el 35% de estos grupos, respectivamente, logran cubrir sus necesidades mediante métodos modernos (53).

Entre las mujeres casadas o en unión estable, el 17% utiliza algún método anticonceptivo, principalmente inyectables (6%), píldora anticonceptiva (3%), condón masculino e implantes (2% cada uno). Entre las mujeres solteras sexualmente activas, la prevalencia asciende al 30%, predominando el condón masculino (17%), seguido de los inyectables (4%) y los implantes (1%). En la provincia de Benguela, estas cifras se mantienen por debajo del promedio nacional. Las desigualdades geográficas son marcadas, la cobertura de métodos modernos es casi tres veces mayor en áreas urbanas (20%) que en zonas rurales (7%). En comparación con el IIMS 2015–2016 (55), se observa un incremento del 14% al 17% entre mujeres casadas o en unión y del 13% al 30% entre mujeres solteras sexualmente activas (68).

Diversos estudios señalan que factores como el nivel educativo, la accesibilidad percibida, la comunicación con la pareja y la exposición a los medios de comunicación influyen significativamente en la adopción de métodos modernos (69). Sin embargo, más del 57% de las personas adolescentes declaran no haber recibido información sobre anticoncepción en el entorno escolar (70). Las normas sociales y las expectativas culturales respecto al matrimonio y la fertilidad también actúan como barreras relevantes (71,72). En muchos contextos, el uso de anticonceptivos se percibe como contrario a los valores tradicionales o a la fidelidad conyugal, especialmente entre las MJ.

A estas limitaciones se suman obstáculos estructurales como la ineficacia de las políticas públicas, la falta de recursos y coordinación en el sistema de salud, las barreras económicas y las creencias religiosas, que limitan la disponibilidad y el acceso a los servicios (73,74). El uso de métodos modernos se asocia de manera consistente con el nivel educativo, la residencia urbana y la autonomía de decisión (75,76). En contraste, las normas sociales, la

---

desigualdad de género y la distribución desigual de los servicios siguen siendo factores restrictivos para su adopción (77).

El uso del preservativo en Angola está condicionado por factores educativos, culturales y de género. La residencia urbana, el nivel educativo y la escolarización se asocian de manera positiva con su utilización en la última relación sexual, tanto en relaciones regulares como ocasionales (67). Un mayor nivel educativo se relaciona con un uso más consistente, mientras que las personas casadas o en unión estable presentan una menor probabilidad de utilizarlo (67). Las mujeres que interpretan el uso del preservativo como un indicador de desconfianza hacia la pareja presentan una menor probabilidad de emplearlo de forma consistente. De manera inversa, aquellas que no atribuyen al preservativo esta connotación tienden a reportar un uso más regular. Entre los hombres se observa una dinámica comparable, la percepción del preservativo como un elemento de protección, así como la presencia de múltiples parejas sexuales, se asocia con una mayor consistencia en su utilización, mientras que su uso disminuye en quienes no lo consideran una medida eficaz de seguridad (66).

Las diferencias territoriales son marcadas, las personas que residen en zonas urbanas muestran una probabilidad significativamente mayor de utilizar preservativo que quienes viven en zonas rurales (66). Estas variaciones reflejan desigualdades en el acceso a información, a la educación sexual y a los servicios de salud. El acceso a los preservativos también se ve afectado por la falta de apoyo institucional, la ausencia de servicios de SSR adaptados a la población joven y la limitada educación sexual integral en las escuelas (71,72).

### **1.4.3 FACTORES SOCIOCULTURALES Y RELIGIOSOS EN LA SSR**

La SSR en Angola está influenciada por un conjunto complejo de factores sociales, culturales y religiosos que moldean las percepciones, actitudes y prácticas de la población. En muchas comunidades, la sexualidad sigue siendo un tema tabú, lo que limita la comunicación sobre estos temas tanto en el ámbito familiar como educativo (78). Estas actitudes restrictivas contribuyen al desconocimiento y dificultan el acceso a información y servicios de SSR, especialmente entre las personas jóvenes.

---

En muchos contextos, el recurso a curanderos tradicionales o a prácticas basadas en conocimientos ancestrales coexiste con la atención biomédica formal. Su utilización no responde únicamente a la falta de servicios sanitarios accesibles, sino también a factores como la confianza cultural, la proximidad, los costes y la continuidad de sistemas de cuidado profundamente arraigados. Esta combinación de elementos explica que las familias recurran a estos agentes para cuestiones relacionadas con la fertilidad, el embarazo o las ITS (35).

En los últimos años, las normas y valores culturales en torno a la sexualidad y el género han comenzado a transformarse, especialmente en entornos urbanos, donde la exposición a medios de comunicación y redes sociales ha promovido una visión más abierta sobre los DSR. Sin embargo, las normas patriarcales siguen profundamente arraigadas y continúan limitando la autonomía de las mujeres y las PJA en decisiones sobre su sexualidad y reproducción (79).

En este contexto, la religión ejerce una influencia significativa en la configuración de los comportamientos de SSR. Las creencias religiosas pueden funcionar tanto como factores de protección, al promover prácticas preventivas y de apoyo comunitario, como barreras, al restringir el uso de anticonceptivos o el acceso a servicios de SSR (80). Los líderes religiosos desempeñan un papel crucial como mediadores entre la comunidad y los servicios de salud, aunque a menudo carecen de información suficiente sobre los DSR de los adolescentes (81).

Diversos estudios señalan que, tras recibir formación específica, muchos líderes adoptan posturas más favorables hacia la educación sexual integral y la igualdad de género (82). Asimismo, las actitudes sociales hacia la diversidad sexual han experimentado cambios recientes. En 2019, Angola eliminó de su código penal las disposiciones que penalizaban las relaciones entre personas del mismo sexo e incorporó medidas contra la discriminación por orientación sexual (83,84). Sin embargo, a pesar de este avance legal, las actitudes sociales siguen siendo mayoritariamente conservadoras, aunque se observa un incremento progresivo de la tolerancia, especialmente entre mujeres, jóvenes y población de entornos urbanos (84,85).

#### 1.4.4 MARCO LEGAL, POLÍTICO E INSTITUCIONAL EN SSR

El marco legal, político e institucional de Angola en materia de SSR refleja avances normativos importantes, así como limitaciones estructurales y contextuales que condicionan la aplicación efectiva de las políticas públicas.

En el plano jurídico, la Lei n.º 38/20 de 11 de noviembre regula la interrupción voluntaria del embarazo, permitiéndola únicamente cuando existe riesgo para la vida o la salud de la mujer, en casos de violación o ante malformaciones fetales (86). Fuera de estos supuestos, el aborto es penalizado con penas de prisión para la mujer y para quien realice el procedimiento, lo que conduce a una alta prevalencia de abortos inseguros, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna (83–85). Las adolescentes de 15 a 19 años son el grupo más afectado por los abortos inducidos, con complicaciones graves como sepsis y otras infecciones postabortos. Estas situaciones se relacionan con embarazos no deseados, el bajo uso de anticonceptivos y el limitado acceso a servicios de SSR seguros (83,87).

En el plano internacional, Angola es signatario de instrumentos clave que promueven la igualdad de género y la SSR, como el *Protocolo de Maputo* (2003) y la *Estrategia de Cooperación País 2023–2027* de la OMS, los cuales enfatizan el acceso universal a la salud y los derechos de las mujeres. Sin embargo, la aplicación de estos compromisos enfrenta desafíos relacionados con limitaciones financieras, desigualdades territoriales y una baja capacitación del personal sanitario en enfoques de género y juventud (88).

El sistema sanitario angoleño es de carácter mixto, con predominio del sector público y coordinación a través del Ministerio de Salud (MINSa). Los servicios se organizan en tres niveles, primario (puestos y centros de salud), secundario (hospitales municipales y provinciales) y terciario (hospitales especializados y nacionales). El financiamiento del sistema refleja profundas inequidades, el 63% del gasto en salud proviene de fuentes privadas, de las cuales el 48% corresponde a pagos directos de bolsillo, mientras que solo el 37% tiene origen público (22% vía impuestos y 15% mediante seguridad social) (89). Esta estructura limita la cobertura universal, particularmente en el acceso a servicios de SSR.

El déficit de recursos humanos agrava la situación, Angola cuenta con solo 2,48 médicos, 16,45 profesionales de enfermería y 3,91 técnicos de diagnóstico terapéutico por cada 10.000 habitantes, cifras muy inferiores al umbral de 44,5 profesionales recomendado por la OMS para garantizar el acceso universal a servicios básicos (90).

---

El sistema de salud angoleño conserva elementos derivados del período colonial portugués, durante el cual las políticas sanitarias priorizaban el control poblacional y la atención a la población europea, con cobertura limitada en las comunidades rurales africanas (91). Estas políticas consolidaron desigualdades estructurales en la provisión de servicios y en la distribución de recursos humanos, que se mantuvieron tras la independencia. El modelo heredado de centralización administrativa y dependencia de la cooperación internacional continúa influyendo en la organización actual del sistema de salud y en la capacidad institucional para garantizar una cobertura equitativa (91,92).

Las OSC (Organizaciones de la Sociedad Civil) desempeñan un papel fundamental en este contexto. En colaboración con el Estado y organismos internacionales, estas entidades impulsan programas de sensibilización comunitaria, rendición de cuentas y defensa de políticas inclusivas, especialmente en áreas relacionadas con la VBG, la educación sexual integral y el acceso a anticonceptivos (93,94).

La política de SSR en Angola está moldeada por factores socioeconómicos, culturales y políticos, así como por la influencia de iniciativas globales en salud. Si bien el país ha avanzado en la formulación de políticas que promueven la equidad de género y la protección de los DSR, la brecha entre la formulación normativa y su implementación efectiva continúa siendo amplia.

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas nacionales de SSR se ha desarrollado de manera progresiva en el marco legal e institucional del país. No obstante, las desigualdades derivadas del legado histórico, las secuelas del conflicto armado y la persistencia de normas socioculturales patriarcales continúan condicionando la autonomía de las mujeres y las adolescentes (87), lo que limita el alcance efectivo de estas políticas.

En este contexto, la evidencia señala que la educación y la independencia económica constituyen factores clave para el ejercicio de los DSR, al asociarse con un mayor conocimiento sobre anticoncepción, una mayor capacidad de toma de decisiones y una menor tolerancia hacia la VPI (75,76,95). Sin embargo, pese a los avances normativos e institucionales, las actitudes patriarcales y las desigualdades en las relaciones de poder siguen reproduciendo prácticas discriminatorias, incluso en entornos educativos (79).

### 1.4.5 ÁMBITO TERRITORIAL DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tesis se enmarca en el contexto de Angola, un país de África Central caracterizado por una notable diversidad geográfica, cultural y socioeconómica. Dicha heterogeneidad hace necesario contextualizar el territorio donde se desarrolló la investigación, a fin de comprender las condiciones locales que inciden en la SSR, especialmente entre las PJA.

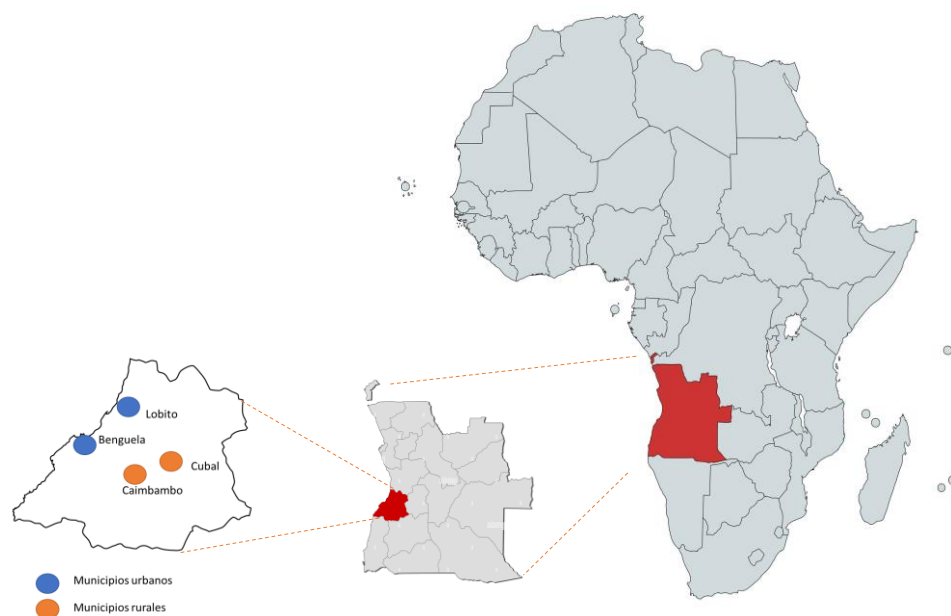
La Figura 1 muestra un mapa político de Angola, que ofrece una visión general del país y su división administrativa. La Figura 2 se compone de tres mapas:

- Mapa 1: localización de las áreas urbanas (Benguela y Lobito) y rurales (Caimbambo y Cubal) incluidas en la investigación;
- Mapa 2: provincia de Benguela;
- Mapa 3: ubicación de la provincia dentro del contexto nacional de Angola y su relación con otras provincias del país.

Ilustración 1: Mapa político de Angola



**Ilustración 2: Mapa 1. Áreas de Estudio: Benguela y Lobito (zonas urbanas), Caimbambo y Cubal (zonas rurales). Mapa 2. Provincia de Benguela: División administrativa y situación dentro de Angola Mapa 3. Angola: Localización del país en el contexto africano**



**Mapa 1.** Áreas de Estudio: Benguela y Lobito (zonas urbanas), Caimbambo y Cubal (zonas rurales)

**Mapa 2.** Provincia de Benguela: División administrativa y situación dentro de Angola

**Mapa 3.** Angola: Localización del país en el contexto africano

La provincia de Benguela muestra un contraste claro entre las áreas urbanas y rurales, tanto en términos de infraestructura como de acceso a servicios. Estas diferencias influyen directamente en la SSR de las PJA, donde las áreas urbanas, como Benguela y Lobito, ofrecen mayores oportunidades de acceso a información y servicios, mientras que las zonas rurales como Caimbambo y Cubal enfrentan desafíos significativos en términos de infraestructura, acceso a servicios y actitudes sociales. Esta disparidad debe ser considerada al analizar los datos sobre SSR juvenil en la provincia.

Las áreas urbanas de Benguela, como la ciudad de Benguela y Lobito, se destacan por tener una alta densidad poblacional, ya que albergan una gran parte de la población de la provincia. Estas ciudades cuentan con una infraestructura más desarrollada en comparación con las áreas rurales, lo que facilita un mejor acceso a servicios esenciales como salud, educación, comunicaciones y transporte. Esta infraestructura avanzada favorece la disponibilidad de programas y servicios de SSR, mejorando el acceso de la población, especialmente de las

---

PJA, a información y recursos en salud. Además, la proximidad al puerto de Lobito impulsa considerablemente la economía local, consolidando tanto a Benguela como a Lobito como centros comerciales clave en la región. Esto genera mayores oportunidades de empleo e ingresos para sus habitantes. Las áreas urbanas también se caracterizan por una notable diversidad cultural y social, producto de la influencia de diversas regiones de Angola y de países cercanos, lo cual se refleja en las actitudes y comportamientos respecto a la SSR y las normas sociales que prevalecen en estas localidades.

El corredor de Lobito, que conecta a la ciudad con el puerto y otras áreas estratégicas, representa una de las principales arterias económicas del país y actualmente es un tema central en la agenda nacional e internacional. Esta zona de alto desarrollo no solo mejora el acceso a bienes y servicios, sino que, a medida que se consolida como un centro de comercio y transporte, también puede tener un impacto significativo en la SSR.

Aunque el corredor de Lobito promueve el desarrollo económico y mejora la infraestructura en áreas urbanas, puede acentuar las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Las áreas rurales de Benguela y otras zonas cercanas podrían quedar rezagadas en términos de acceso a los servicios de SSR, lo que podría aumentar la disparidad en la cobertura de salud entre las áreas urbanas, donde la infraestructura es más avanzada, y las áreas rurales, donde los servicios de salud pueden ser limitados. Esto puede agravar la situación de SSR de las PJA en áreas más aisladas, aumentando la prevalencia de embarazos adolescentes y de ITS.

Las áreas rurales, como Caimbambo y Cubal, presentan características marcadamente diferentes a las de las zonas urbanas. En estas regiones, la población es más dispersa y se encuentra en lugares apartados, lo que dificulta el acceso a servicios de salud y educación en comparación con las ciudades.

En las zonas rurales, los centros de salud son menos frecuentes y la infraestructura sanitaria es más básica, lo que contribuye a una cobertura limitada en términos de SSR. Esta falta de recursos y servicios también puede generar un desconocimiento más generalizado sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS.

Las condiciones socioeconómicas en estas áreas suelen ser más desafiantes, ya que la población depende principalmente de la agricultura y de actividades económicas informales, lo que limita las oportunidades de empleo e ingresos. Como resultado, la pobreza tiende a ser más prevalente en comparación con las zonas urbanas, lo que agrava aún más la situación de

salud y bienestar de las PJA. Las normas sociales y culturales en las áreas rurales suelen ser más tradicionales, especialmente en lo que respecta al matrimonio, la maternidad y la sexualidad. Estas creencias pueden influir negativamente en el acceso a la educación sexual y en la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos, ya que las tradiciones suelen prevalecer sobre la información de salud pública disponible.

Este contexto territorial, marcado por contrastes urbano-rurales en infraestructura, acceso a servicios y condiciones socioculturales, constituye el escenario en el que se desarrolla la presente investigación y orienta la interpretación de sus resultados.

---

## 2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Aunque la SSR ha sido ampliamente investigada en diversos países de ASS, los estudios centrados específicamente en el contexto angoleño siguen siendo limitados y, en su mayoría, se basan en fuentes oficiales o en enfoques descriptivos de carácter nacional. Esta situación contrasta con la amplitud de la literatura regional y pone de relieve la falta de investigaciones empíricas que analicen la SSR juvenil en Angola desde perspectivas locales, en particular en contextos como la provincia de Benguela, y que complementen los enfoques biomédicos tradicionales.

La información disponible proviene principalmente de fuentes oficiales, como el IIMS, cuyo diseño metodológico no permite analizar con detalle las especificidades territoriales ni los factores socioculturales que influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos de la población joven (53,55). Asimismo, la literatura científica sobre Angola presenta una cobertura limitada en cuanto a estudios cuantitativos de base poblacional recientes y a investigaciones que integren enfoques complementarios de análisis.

En coherencia con lo anterior, la presente investigación contribuye a actualizar el conocimiento mediante un estudio cuantitativo de base poblacional (artículo 1), complementado con un análisis cualitativo (artículo 2) que permite interpretar los resultados estadísticos a la luz de los factores socioculturales que pueden influir en las conductas y decisiones relacionadas con la SSR.

El IIMS constituye la fuente más completa sobre indicadores de SSR en Angola, pero sus estimaciones son representativas únicamente a nivel nacional y provincial, lo que restringe la comprensión de las variaciones internas entre municipios y entre zonas urbanas y rurales. Además, en el momento de la recolección de datos (2021), la información más reciente correspondía al IIMS 2015–2016, cuyos datos no reflejaban con precisión la situación social y sanitaria existente en ese periodo. El nuevo IIMS 2023–2024 publicado después del trabajo de campo, actualiza la información a nivel nacional, pero no sustituye la necesidad de estudios que profundicen en contextos locales. En esta línea, organismos internacionales como ONUSIDA (96) han destacado la importancia de fortalecer la evidencia a escala comunitaria para optimizar las políticas y estrategias en materia de VIH y SSR.

En coherencia con lo anterior, la presente investigación produce datos primarios propios con el objetivo de examinar los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la SSR desde una perspectiva local, identificando factores estructurales, culturales y de género que influyen en las prácticas y decisiones reproductivas de las PJA. Esta aproximación complementa la información proveniente de fuentes nacionales y contribuye a reducir la falta de evidencia existente, aportando evidencia útil para el diseño de intervenciones y políticas públicas adaptadas a los distintos entornos del país.

Metodológicamente, la tesis adopta un diseño mixto, que integra un estudio cuantitativo (artículo 1) y uno cualitativo (artículo 2). Esta combinación permite abordar la SSR desde una doble dimensión, la cuantificación de conocimientos y comportamientos, y la interpretación de las percepciones y experiencias subyacentes. En conjunto, el estudio amplía el alcance analítico del IIMS y ofrece una comprensión más precisa y contextualizada de la SSR en Benguela.

### 3 HIPÓTESIS

La presente tesis doctoral se basa en la hipótesis de que el nivel de conocimiento acerca de la SSR entre PJA en cuatro municipios de la provincia de Benguela, Angola, es diferente y que persisten actitudes y comportamientos influenciados por desigualdades de género y factores socioculturales.

La hipótesis del artículo 1 se basa en que existen variables sociodemográficas que se asocian a diferentes conocimientos, actitudes y comportamientos en SSR.

La hipótesis del artículo 2 establece que existen actitudes y comportamientos discriminatorios profundamente arraigados que reflejan una desigualdad de género en el acceso y la vivencia de la SSR de las PJA de la provincia de Benguela. Además, se plantea que hay diferencias relevantes en las actitudes, experiencias, percepciones, preocupaciones y factores que influyen en los comportamientos sobre SSR entre los ámbitos urbanos y rurales, y entre los géneros masculino y femenino. Estas diferencias podrían estar influenciadas por diversas variables, como el acceso a la información y a los servicios de salud, la educación sexual, la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la reproducción y la sexualidad, la disponibilidad de métodos anticonceptivos y las normas culturales y sociales que determinan los roles de género en cada contexto.

Preguntas de investigación del artículo 1,

- ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes de las PJA en cuatro municipios de la provincia de Benguela (Angola)?
- ¿Cuáles son las variables sociodemográficas que se asocian a diferentes conocimientos, actitudes y comportamientos en SSR?

Preguntas de investigación del artículo 2,

- ¿Cuáles son las principales preocupaciones en torno a la SSR de las PJA en dos municipios de la provincia de Benguela (Angola)?
- ¿Qué factores influyen en los comportamientos sobre SSR entre PJA en dos municipios de la provincia de Benguela (Angola)?
- ¿Cuál es la vivencia de las PJA en torno a la SSR?
- ¿Qué factores socioculturales, contextuales y de género afectan las actitudes y comportamientos de la juventud en relación con la SSR?

---

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO PRINCIPAL**

Analizar los conocimientos, actitudes y comportamientos en SSR entre PJA en la provincia de Benguela (Angola), así como los factores sociales, culturales y de género que los determinan, con el fin de generar evidencia que contribuya al diseño de intervenciones educativas orientadas a mejorar la SSR juvenil desde un enfoque de derechos y equidad de género.

### **4.2 OBJETIVO SECUNDARIO**

OE1: Identificar los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre SSR entre PJA en cuatro municipios de la provincia de Benguela (Angola),

OE2: Analizar qué factores influyen en los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre SSR entre PJA en dos municipios de la provincia de Benguela (Angola), con un enfoque transversal en género.

OE3: Analizar las diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre SSR según el sexo y el entorno de residencia (urbano/rural).

## 5 COMPENDIO DE PUBLICACIONES

### 5.1 ARTÍCULO 1

Título: Sexual and reproductive health knowledge and behaviors and prevalence of sexually transmitted infections among adolescents and young adults from Angola

Autores: Sandra Aixut-Esperanza Esteban, Joan Martínez-Campreciós, Paula Regina Oliveira, Freddy Gómez-Martínez, Diana Martín-García, Domingos Luwawa, Edilson Canõma, Eugenia Neves, Nataniel Chinjengue5, Fernando Quilezi, Osvaldo Lueto, Naquarta Gomes, Raquel Iglesias, Pedro Bala, Vicente Descalzo, Inés Oliveira, Olatz Larrea, Eva López Guerrero, Israel Molina, and Maria Luisa Aznar

Artículo publicado: Journal of Public Health | pp. 1–11 |  
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054>.

Factor de Impacto 2025: 3,1

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

D.O.I: 10.1093/pubmed/fdaf054.

[https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054.](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf054)

## 5.1 ARTÍCULO 2

Unintended pregnancy and attitudes towards sexual and reproductive health among young people in Benguela Province, Angola

Esperanza Esteban, Olatz Larrea, María Gabriela Irrazabal, Alba Sánchez, Francisca Zacarias, Paula Regina Oliveira, Domingos Vita, Jackson Ceita, Carlos Pacatolo, Maria Luisa Aznar and Israel Molina

Artículo publicado: Reproductive Health  
<https://doi.org/10.1186/s12978-025-02164-1>

Factor de Impacto 2025: 3,4

RESEARCH

Open Access



# “Unintended pregnancy and attitudes towards sexual and reproductive health among young people in Benguela Province, Angola”

Esperanza Esteban<sup>1,2,3\*</sup>, Olatz Larrea<sup>4</sup>, María Gabriela Irrazabal<sup>5</sup>, Alba Sánchez<sup>6</sup>, Francisca Zacarias<sup>7</sup>, Paula Regina Oliveira<sup>8,9</sup>, Domingos Vita<sup>10,11,12,13</sup>, Jackson Ceita<sup>14</sup>, Carlos Pacatolo<sup>15</sup>, Maria Luisa Aznar<sup>1,3†</sup> and Israel Molina<sup>1,3†</sup>

## Abstract

**Background** Young women (YW) in Angola face multiple, intersecting challenges related to sexual and reproductive health (SRH), including high rates of early and unintended pregnancy, limited access to contraception, gender-based violence (GBV), and unsafe abortion. These issues are shaped by structural inequalities, restrictive laws, stigma, and inadequate youth-friendly services. Despite the urgency, qualitative research exploring youth perspectives on SRH in Angola remains scarce.

**Methods** This qualitative study was conducted in May 2023 in Benguela Province, Angola, as part of the formative phase of the [Anonymised] project. Four focus group discussions (FGDs) were held with 27 young people aged 18–25, stratified by sex and setting (urban Lobito, rural Cubal). Participants were purposively selected to ensure diversity of background and recruited through civil society networks. Discussions followed a semi-structured guide and were analysed using thematic content analysis, integrating systems thinking and Bronfenbrenner's ecological model.

**Results** Participants identified early pregnancy as the most pressing concern, frequently linked to stigma, misinformation, social pressure, and lack of confidential services. Contraceptive use was limited by fear, myths, and gender dynamics, with abortion often emerging as a stigmatized but common response to unintended pregnancy. Testimonies revealed four “Itineraries of Reality” (IR): [1] abortion as moral crime [2], clandestine abortion as escape [3], forced continuation of pregnancy, and [4] an aspirational path toward safe, legal abortion. These trajectories were embedded in two “Vulnerability Circuits” (VC): unsafe abortion and intergenerational poverty. However, two Exit Strategies (ES)—social activism and legal-health system reform—and one Empowerment Pathway (EP) linked to youth-led associations and community spaces emerged as means of resistance and resilience.

†Israel Molina and Maria Luisa Aznar contributed equally to the study.

\*Correspondence:  
Esperanza Esteban  
Esperanza.esteban@vhir.org

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2025. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

**Conclusions** Young people's SRH decisions in Benguela are shaped not only by individual attitudes but by social norms, gender inequality, systemic barriers, and restrictive policies. Early motherhood often reflects constrained agency rather than choice. Addressing these issues requires expanding SRH education and services, decriminalizing abortion, and strengthening youth empowerment mechanisms. Findings support the design of rights-based, context-sensitive interventions rooted in young people's lived realities.

**Keywords** Sexual and reproductive health, Young people, Unintended pregnancies, Contraception, Unsafe abortion, Vulnerability, Gender norms, Angola, Qualitative research.

## Background

Young women (YW) in Angola face multiple, interrelated challenges concerning sexual and reproductive health (SRH), including high rates of sexually transmitted infections (STIs), limited access to contraception, gender-based violence (GBV), early and unintended pregnancy, and unsafe abortion practices [1–3]. HIV is also a significant concern, particularly among adolescent girls and YW, who are disproportionately affected due to a combination of behavioural vulnerabilities and structural inequalities. These issues are further exacerbated by a lack of youth-friendly SRH services, widespread stigma, and insufficient comprehensive sexuality education in schools [4, 5].

Globally, sixteen million adolescents experience unintended pregnancy each year, with Sub-Saharan Africa (SSA) disproportionately affected. Angola ranks among the highest in adolescent fertility with 46.6% of YW (aged 18–24) reporting unintended pregnancies, nearly double the SSA average [6].

These pregnancies often interrupt education, limit opportunities, and reinforce cycles of poverty and exclusion [7]. Adolescent motherhood is also associated with poor birth outcomes such as low birth weight and pre-term birth [8]. Abortion decisions are shaped by a range of personal factors including education, marital status, culture, media exposure, and experiences of violence [9], with gender inequality and intimate partner violence further exacerbating SRH risks [2]. Despite limited legal exceptions (rape, maternal risk), access to safe abortion in Angola remains restricted by law and stigma (Lei n.º 38/20) [10, 11].

Angola's Human Development Index (HDI) remain among the lowest globally. Social determinants like education, place of residence, and income strongly influence fertility. The median age at first sex is 16, and first child-birth typically occurs by 19.5. Early motherhood is most prevalent among girls with no education (58%) compared to those with higher education (25%) [12, 13]. For every 1,000 live births, approximately two women die during pregnancy or postpartum [1]. To address these challenges, the [Anonymised] Project was launched in Benguela to improve the knowledge, attitudes, and practices (KAP) related to SRH among young people in Benguela province. These patterns reflect not individual decisions

alone, but structural inequalities, cultural norms, and lack of SRH services, addressing key challenges such as STIs, GBV, unintended pregnancies, and unsafe abortions [14, 15].

This qualitative study was conducted as part of the project's formative phase. Its objective was to explore young people's perceptions, identify key SRH concerns, and analyse the social and structural factors influencing their reproductive behaviours in a context of high adolescent fertility and restrictive abortion laws.

While the study acknowledges broader SRH concerns such as access to contraception and education, its primary focus lies in exploring young people's experiences with unintended pregnancy and their attitudes toward pregnancy continuation or termination in a legally and socially restrictive context.

There is a notable lack of qualitative research on youth SRH perceptions in Angola, particularly in Benguela [9, 16–18]. This study contributes to filling that gap and underscores the need for context-specific evidence to inform the design of effective, youth-centred interventions.

## Data and methods

This qualitative study was conducted in May 2023 in Benguela Province, Angola, during the formative phase of the [Anonymised] project, which aims to improve SRH knowledge, attitudes, and practices (KAP) among young people aged 18–25. The objective was to explore youth perceptions, concerns, and the social and structural factors shaping SRH-related behaviours.

Fieldwork was conducted in two contrasting municipalities: Cubal, a rural inland town with limited SRH services, and Lobito, an urban area with greater infrastructure. These sites were purposively selected to capture geographic, social, and infrastructural diversity.

FGD (Focus Group Discussion) method allowed us to observe interactions and capture collective views to understand how youth perceive and navigate sensitive issues like unintended pregnancy, contraception, and abortion.

## Sampling and recruitment

We conducted a total of four FGDs, one with YW and one with young men (YM) in each location (Cubal and

Lobito). Each group consisted of six to eight participants, totalling 27 individuals: (1) eight women from urban area (Lobito), (2) seven women from rural area (Cubal), (3) seven men from rural area and (4) six men from urban area. All participants were aged between 18 and 25 and were selected using purposive sampling to ensure diversity in gender, geographic origin, marital and parental status. Educational level was not used as a selection criterion, but was documented to reflect participant diversity.

Fifteen participants (56%) were women, and the majority had completed secondary or high school education ( $n = 25$ ; 93%), with only two participants having reached post-secondary or university level. The median age was of 23 in urban groups and 21 in rural groups. Five participants were parents: three women (two from Lobito and one from Cubal) and two men (both from Cubal), while the remaining 22 participants had no children.

Young adults were recruited through snowball sampling, with support from key informants in local civil society organizations involved in the [Anonymised] Project. Informants, such as youth coordinators, identified or referred participants aged 18–25 from both municipalities. Eligible participants had to be able to express themselves freely and spontaneously in a group setting. None

of the FGD participants had a prior personal relationship with other members of their discussion group.

#### Data collection

FGDs lasted 75–90 min, were conducted in Portuguese in safe community settings, and followed a semi-structured guide covering: [1] perceptions of early and unintended pregnancy; [2] attitudes toward abortion and motherhood; [3] access to and use of contraceptive methods; [4] perceptions of SRH services and barriers to care; and [5] influence of stigma, religion, and gender roles.

Each group was facilitated by a trained moderator of the same gender as participants, assisted by a co-facilitator. A research team member observed each session to monitor dynamics and ensure ethical oversight. Discussions were audio-recorded with informed consent, transcribed verbatim, and anonymised to protect confidentiality.

The study received ethical approval from the Ministry of Health of Angola (MINSA) (n°14/2021), and all participants provided written informed consent.

#### Data analysis

The analysis combined systems thinking [19–21] and Bronfenbrenner's ecological model [22] to explore how individual behaviours, social norms, institutional practices, and policy frameworks interact to shape SRH outcomes.

A thematic content analysis approach [23] was performed using a combination of deductive and inductive strategies. Two researchers independently coded a sample of transcripts using ATLAS.ti and refined categories through iterative comparison. Discrepancies were resolved by consensus and themes were validated by the wider research team, including local facilitators. To create more refined themes, the codes that represented similar interpretations were merged. Finally, illustrative quotations were selected to represent each major theme, with brief descriptions provided to clarify the meaning and scope of each theme as used in the analysis. This information is summarized in Table 1.

#### Results

Participants identified four main SRH concerns: contraceptive methods and abortion, early pregnancy, STI, and GBV. Although no participant was under 18 years old at the time of the study, we did not explicitly ask whether their pregnancies or parenthood had occurred during adolescence. However, the topic of early pregnancy emerged spontaneously in several FGD, particularly in references to friends, siblings, or their own past experiences. These narratives suggest that adolescent pregnancy remains a salient and personal concern for many participants.

**Table 1** Description of thematic codes used in the analysis

Theme	Description
Contraceptive methods and abortion	Refers to young people's knowledge, access, attitudes, and experiences related to modern contraceptive methods, as well as views and experiences concerning abortion, including legal, moral, and social dimensions. Treated as a single code due to their frequent overlap in participants' narratives as interconnected reproductive choices.
Early pregnancy	In this study, the term refers not only to adolescent pregnancies (under 20 years) but also to unintended or socially premature pregnancies among YW up to age 25. This broader framing reflects local perceptions in which early motherhood, regardless of biological maturity, can carry significant social and economic consequences, particularly regarding education, employment, and autonomy.
STI	Covers awareness, prevention practices, stigma, and experiences related to STIs, including HIV.
GBV	Refers to experiences or perceptions of violence based on gender, including coercion, abuse, or fear.
Gender equality	Covers youth reflections on gender roles, rights, equity in relationships, and SRH decision-making.
Culture and religion	The theme captures the influence of cultural norms, traditions, and religious beliefs on young people's SRH decisions and behaviours.
Access to health services	Refers to the availability, affordability, quality, and acceptability of SRH services, including structural and social barriers to access.
Education, information and knowledge	Sources, quality, and accessibility of SRH education, both formal (schools) and informal (peers, media).

Contraceptive methods and abortion were grouped together because participants often discussed them as interrelated, abortion was frequently described as a consequence of contraceptive failure or lack of access. This thematic grouping reflects how the issues emerged in the discussions. This information is summarized in Fig. 1.

Themes included in the analysis were either frequently mentioned or clearly identified as relevant by participants.

Contraceptive methods and abortion emerged as the most frequently referenced theme overall, particularly among urban YW (71 mentions), followed by urban males [24] and rural males [25]. Although rural females referred to this theme slightly less (30 mentions), their contributions still highlight its centrality.

Although contraception dominated the discourse, early pregnancy was identified as the main SRH concern by all groups, particularly urban males (41 mentions), highlighting its perceived relevance across diverse contexts, despite fewer mentions by rural and female participants.

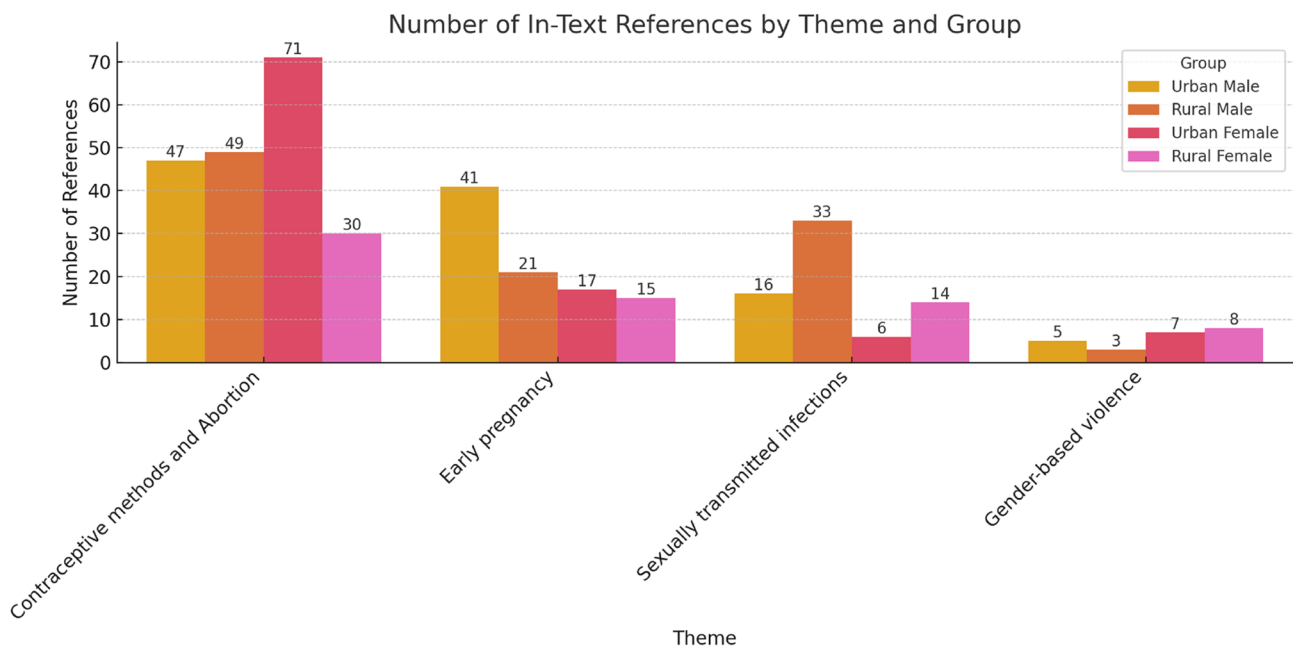
With regard to STIs, rural males stood out with 33 mentions, more than twice that of any other group, possibly indicating heightened concern or awareness of risk in this subgroup.

In contrast, GBV received fewer explicit mentions, with a maximum of 8 references among rural females. However, as frequency of mention does not necessarily equate to thematic importance, it is essential to interpret these figures with caution. Sensitive issues like GBV may be underreported due to stigma, fear, or discomfort in group settings. These topics warrant deeper exploration through more discreet qualitative methods.

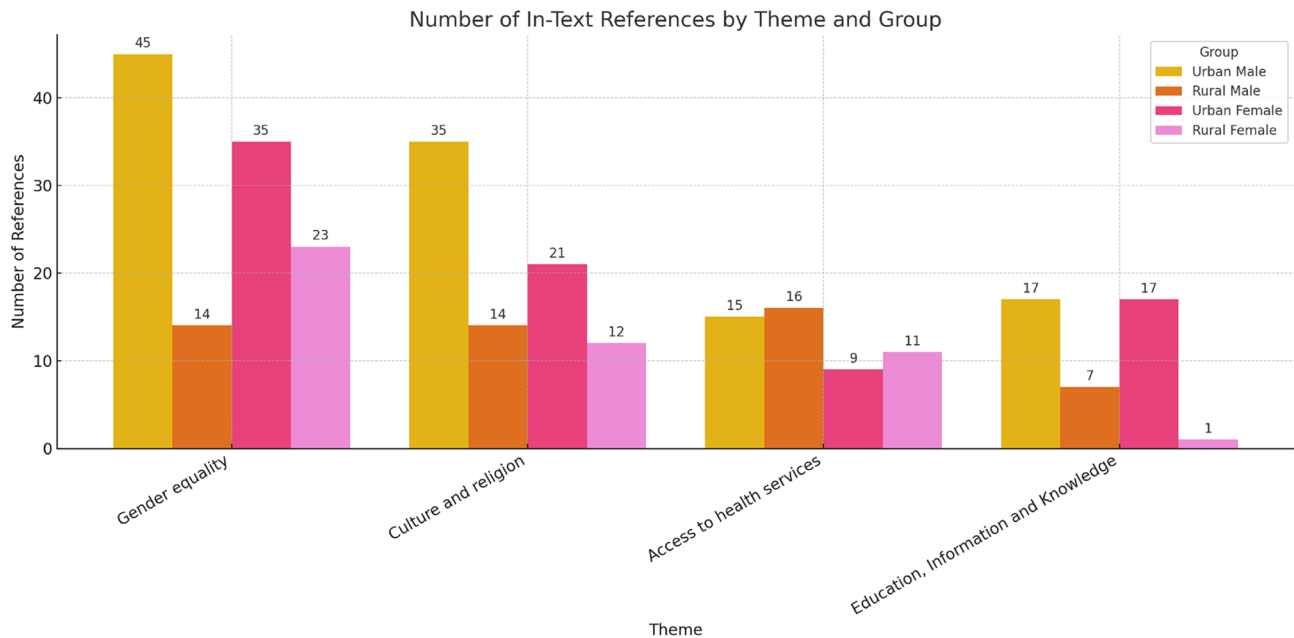
Four central themes emerged from the analysis as factors influencing SRH: gender equality, culture and religion, access to health services, and education, information and knowledge. Figure 2 describes the main factors influencing SRH.

Clear differences emerged between urban and rural participants. Gender equality was the most referenced among them (117 mentions), with nearly equal engagement from male [26] and female participants [27]. Within this theme, urban males (45 references) stood out as the most vocal group, potentially reflecting exposure to diverse perspectives in urban environments. Culture and religion also received substantial attention (82 mentions), especially from urban males [28] and rural males [13]. While female participants mentioned it less frequently, this does not imply lesser importance but rather reflects the distribution of discourse across groups. Access to health services was highlighted in 51 instances, with rural males [15] making the most references. This theme's presence in the analysis underlines its perceived relevance, especially in rural contexts. Education, information and knowledge was cited 42 times, the least among the four—but still significant within the overall qualitative analysis. Mentions came primarily from urban participants, with very limited references by rural females [1]. Again, this should not be interpreted as a lack of importance, but rather as a reflection of how different groups voiced their concerns or experiences.

Rural participants were generally less expressive and required more prompting. Gender differences were also evident: YM participated more actively, while YW were more hesitant, likely due to persistent gender norms and



**Fig. 1** Main concerns about SRH among adolescents in Benguela. Number (N) of mentions



**Fig. 2** Number of mentions of key factors influencing sexual and reproductive health (SRH)

stigma, despite efforts to ensure comfort through gender-matched facilitators.

#### Qualitative findings

Participants consistently identified early and unintended pregnancy as the most pressing concern in their communities. This was acknowledged across all groups:

*“... It’s normal here in Angola” (female, urban).*

*“...I have a neighbour, I think she must be about 15, and she’s a mother (...).” (male, rural)*

Early pregnancy was described not only as common but also deeply disruptive. Several participants highlighted its psychosocial and developmental consequences, especially for girls:

even in cases of rape or emotional distress.

Although GBV was not often named explicitly, several testimonies implied experiences of coercion and sexual violence, which were frequently minimized. Abortion was rarely seen as acceptable. Instead, YM emphasized psychological support or adoption as alternatives:

*“...She should receive (psychological) assistance to continue with the baby...” (male, urban).*

*“...They don’t have to abort them ...send the child away from her, because it will be difficult... she’ll remember what she’s been through” (male, rural)*

*“...In the African vision, reproduction is seen as something divine, it cannot be interrupted.” (male, urban).*

This reflects strong moral and cultural resistance to abortion, especially among male participants.

Social pressure, misconceptions, fear of infertility and religious beliefs are significant barriers to accessing contraception and safe abortion services. These barriers are compounded by systemic limitations in the availability and accessibility of contraceptive methods. Participants, particularly YW, described a social environment where contraceptive use is stigmatized or misunderstood, leading to increased risks of early pregnancy or unsafe abortion. Many girls face intense social pressure to avoid using contraception, which increases their risk of experiencing unsafe abortions or early pregnancies.

Condoms were the only contraceptive method explicitly mentioned by participants, often associated with ambivalence and low use, indicating a potential gap in awareness about their protective function beyond pregnancy prevention.

*“...Most of the time we don’t use [condoms]... and that’s the cause of the high rate of early pregnancies...” (female, urban).*

*“...I don’t want to use a condom because it gives me allergies... I don’t like it...” (female, urban).*

Other methods such as pills or injectables were not discussed, which may reflect limited awareness or access. In some testimonies, abortion appeared as a response to unintended pregnancies, suggesting it may be perceived by some as a substitute for contraception in contexts where regular use of methods is not normalized.

Rural women associated abortion with danger and future infertility:

*“...Abortion is life-threatening... we’re going to become mothers without children, aren’t we?”*  
(female, rural).  
*“...You’ve spoilt yourself with so many abortions.”*  
(female, rural)

This discursive link helps explain why participants referred to contraception and abortion together, as part of a continuum of strategies to manage fertility amid significant structural and social barriers. Among rural males, alternative methods like fidelity were framed as more acceptable or effective:

*“I agree when he says that fidelity is the most effective method.”* (male, rural)

This quote refers to mutual monogamy within a committed relationship as a strategy to prevent both unintended pregnancy and STIs. This suggests reliance on traditional moral frameworks over biomedical strategies. It also illustrates how gender norms, misinformation, and stigma converge to limit young people’s ability to make informed and autonomous reproductive health decisions.

Finally, systemic barriers, such as limited access to youth-friendly services, lack of confidentiality, and reliance on external interventions, were repeatedly noted, especially in rural areas, where service provision is scarce and often dependent on external interventions or personal contacts:

*“...If there are no project activities, it’s more difficult... there’s no access to condoms in health centres.”*  
(male, rural).  
*“...Getting a condom is really difficult...without personal contacts, it’s almost impossible.”* (male, rural).

#### **Navigating reality: conceptual model for YW in Benguela**

Based on the participants’ narratives, a conceptual model was developed to represent the lived experiences of YW facing unintended pregnancy in Benguela. The model includes four Itineraries of Reality (IRs), grounded in two Vulnerability Circuits (VCs) and linked to two Exit Strategies (ESs) and one Empowerment Pathway (EP). Early pregnancy emerged as the shared starting point across all trajectories.

By IR, we mean the description of possible scenarios that YW may face in the event of an unintended pregnancy. They are grounded in VC that shape personal experiences, decisions, and behaviours on SRH. ESs are alternatives that allow some YW to interrupt VC. In this

scenario, EP is a transformative trajectory where YW gain autonomy and decision-making power often linked to sustained supportive environments. The model developed is described in Fig. 3.

#### **IR1: abortion as a crime against life that destroys traditions and cultural values**

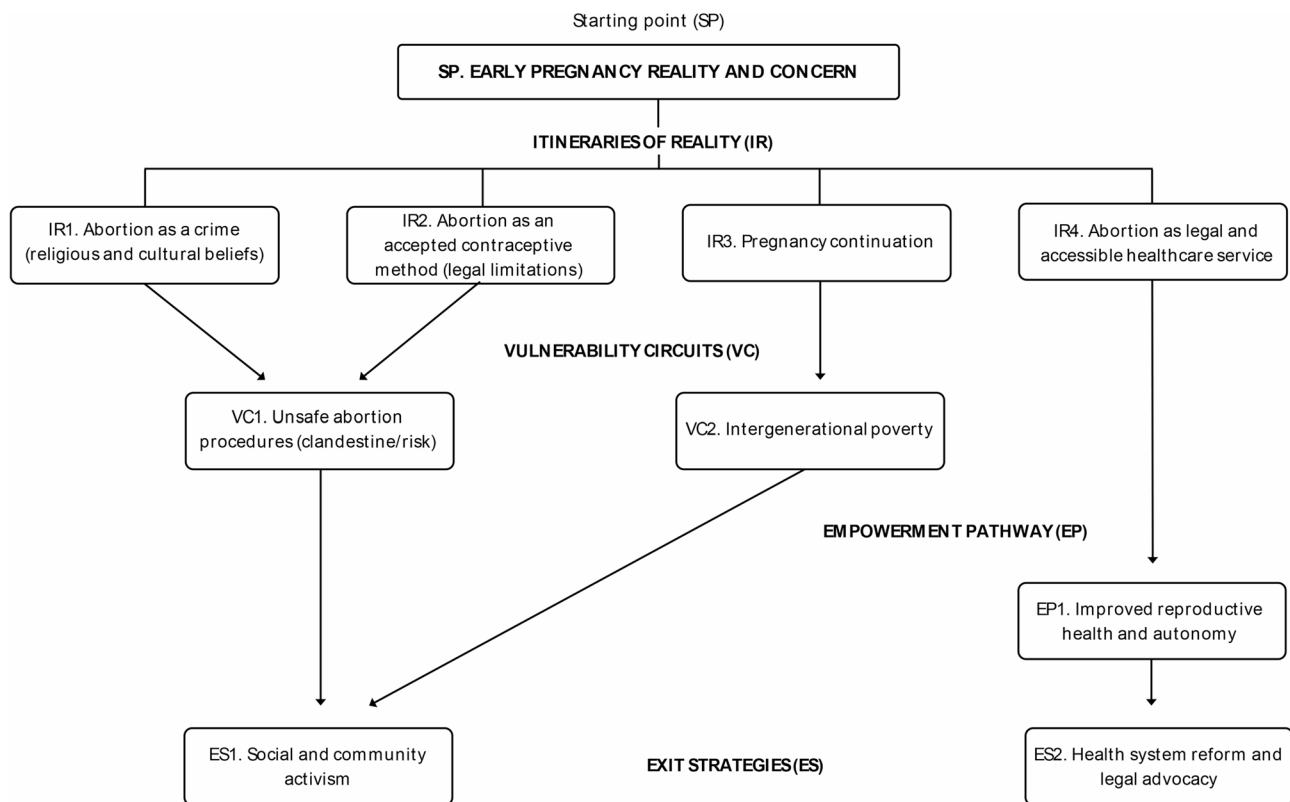
Abortion was commonly framed as morally and legally unacceptable, particularly by YM, reflecting religious doctrine and cultural norms that equate abortion with sin and the destruction of life. This view, rooted in both law and social norms in Angola, where abortion is legally restricted and only permitted in cases of risk to the mother’s life or rape, significantly limits YW’s autonomy and decision-making capacity regarding pregnancy.

The widespread stigma attached to abortion constitutes a major barrier to family planning in Angola [29], undermining YW’s SRHR (Sexual and Reproductive Health and Right) and limits their autonomy to make informed decisions about their reproductive lives, often pushing them toward unsafe and clandestine procedures. Furthermore, the attitudes of YM often act as an additional layer of restriction, preventing women from exercising independent decision-making and exposing them to significant health risks [30].

*“...Abortion is a crime.” according to our law. In the law it’s a crime. you’ve taken a life.”* (male, rural).

The high level of religiosity in both YM and YW is linked to more negative attitudes towards abortion, often resulting in complete disapproval of pregnancy termination, even in cases where it is legally permitted, such as rape or risk to the mother’s life [31]. Religious and cultural norms framed abortion not only as morally unacceptable but, in some cases, as a “crime” against both the unborn child and the divine order. This perception persisted even when participants acknowledged the traumatic circumstances of conception. Although GBV was not always explicitly named, several testimonies pointed to rape and coercion as existing realities, often minimized or normalized within their social context. In these narratives, legal frameworks permitting abortion in such cases were overshadowed by religious teachings and community norms that demanded pregnancy continuation regardless of circumstances:

*“...Killing is a sin, yes. But also we would have at least one. it would be a bit flexible in other cases even”* (male, rural)  
*“...Even I think that a woman who has been raped must give birth.”* (female, urban)



**Fig. 3** A model of early pregnancy outcomes of young women in Benguela. Relationship between itineraries of reality (IR), vulnerability circuits (VC), exit strategies (ES) and Empowerment Path (EP)

This highlights the complex interplay between legal rights, social norms, and personal beliefs, and underscores the urgent need to integrate GBV prevention and response mechanisms within youth-centred SRH interventions. While these same religious and cultural frameworks often reinforced restrictive views—leading to abortion being perceived as morally unacceptable or even a “crime”—participants also described religion as a protective force, guiding young people toward abstinence, responsibility, and family values. This dual influence reflects the simultaneous role of religion in both limiting and safeguarding SRH decision-making.

*“...A child who always goes to church... He'll try his best not to make a mistake, because God or the law tells him to, and that helps.” (female, urban).*

Family and education also emerge as protective elements in the face of a future lack of opportunities that can support healthier sexual relationships, which are central elements of SRH [32].

*“...Education at school helps so much, a person who has studied is different from someone who hasn't. Scientific and moral education makes a big differ-*

*ence to the personality of young teenagers.” (female, urban).*

**IR2: clandestine abortion as a risky escape route**

YW in Benguela province are more likely to use clandestine abortion methods, leading to devastating consequences such as sepsis, severe anaemia, disabilities, and, in some instances, infertility and death [33]. They are performed without legal provision, often alone, and using friends or partners for support [34]. It is common for young women seeking a clandestine abortion to go to the town square, where they can purchase over-the-counter medications intended to induce termination of pregnancy. This evidences the normalization of unsafe abortion practices among female youth. The use of pharmaceuticals such as metronidazole and tetracycline, referred to colloquially as “metro” and “tetra”, has become widespread as a perceived means of pregnancy termination among female youth.

*“...They drink a metro with soda.” (female, urban).*

*“ Metro costs fifty, tetra maybe a hundred... and they'll take it away.” (female, rural).*

YM, by contrast, showed little knowledge about these methods:

*"...They break glass and ingest the pieces to cause an abortion. s... can't it cause serious harm to the person" (male, rural).*

Clandestine abortion practices create uncertainty and fear, can also lead to complications highlighting the need for legalization and availability [35, 36].

*"...Nowadays, ending a pregnancy is a normal thing for children. You'll find children 12, 11 years old who have already done it. I think it's a very risky thing because they say it brings pain and. sometimes you won't be able to abort." (female, rural).*

Despite awareness of these risks [37] both YW and YM in Benguela province continue to consider clandestine abortion a viable response to unintended pregnancy, often in order to escape poverty and social stigma.

The normalisation of unsafe practices underscores VC1: the Unsafe Abortion Circuit, driven by lack of information, stigma, and legal constraints.

*"...It's a problem because it breaks dreams... Early pregnancy hides development within society. If a 14-year-old gets pregnant, sometimes she's just in 7th grade... she can't continue studying, then she breaks down." (male, rural).*

YM's involvement plays a critical role in abortion decision-making. Male participants described a YW's decision to terminate a pregnancy as strongly influenced by her partner's support, the status of their relationship, and the attitudes of family and peers [38].

*"If the father didn't plan the pregnancy... the mother will be abandoned." (male, urban).*

Stigma from parents and peers further shapes YW's reproductive choices. Some families threaten to expel pregnant daughters from the home, while peers may downplay the risks, normalizing early pregnancy through their own experiences.

*"...You'll get pregnant, and you'll have to leave my house." (male, urban).*

*"...When one girl gets pregnant, she tells the others, 'Hey, I'm fine, I'm here.' Without realizing that while everything may go well for her, other problems could arise for others." (male, urban).*

### **IR 3: continuation of the pregnancy as the only option**

During the urban male FGD, the facilitator asked directly: 'If an underage girl was raped, do you think she would have the right to have an abortion?'

*"...she should be assisted to continue with the baby... until the expulsion period" (male, urban).*

Cultural views and values also play an important role in the attitudes and behaviours toward abortion among both YM and YW [28]. Cultural views equate having children with having wealth, and in some instances, abortion is blamed for destroying cultural values and traditions. YW in Benguela province are encouraged to marry and get pregnant, early [39].

*"...The African vision is from the perspective of reproduction. We see it as something divine that cannot be interrupted." (male, urban)*

*"...This is what Africans constantly. the more children I have, the more wealth." (male, urban).*

This trajectory illustrates VC2: The Cycle of Intergenerational Poverty, where YW lack resources, education, and agency to avoid early pregnancy and are trapped in structural disadvantage.

*"...If the mother is abandoned... the child may grow up influenced by criminals." (male, urban).*

### **IR4. Safe abortion as a legal and accessible healthcare service**

In our conceptual model, *Itinerary of Reality 4 (IR4)* represents a normative and aspirational scenario in which abortion is safe, legal, and integrated into the public health system. While this is not yet the reality in Angola, including IR4 in the model allows for reflection on the potential impact of rights-based approaches.

Although no participant explicitly called for the legalisation of abortion or the introduction of safe abortion services, several testimonies highlighted the health risks associated with clandestine procedures, indirectly pointing to the importance of safer options. As one male participant from a rural group explained:

*"...Something always happens after the fact, there are always consequences... either they die, or it gets very complicated. And they're aware. They're aware when they do it." (male, rural).*

These reflections reveal a shared awareness of the dangers of unsafe abortions, even among those who expressed moral or religious opposition to pregnancy termination. Within the IR4 scenario, individuals could access abortion care without stigma or legal risk, while

health professionals would be trained, equipped, and legally protected to provide these services.

In this hypothetical pathway, the integration of safe abortion into the health system would lead to an *Expected Pathway 3 (EP3)*, characterised by improved reproductive health outcomes and enhanced autonomy for women. IR4 also connects to *Exit Strategy 2 (ES2)*, which focuses on health system reform and legal advocacy to ensure that such services are both available and accessible.

#### **VC1: unsafe abortion circuit (related to IR1 & 2)**

Limited access to contraception, often due to systemic barriers like lack of education and comprehensive sexual education, can lead to unintended pregnancies. This, in turn, can increase the likelihood of unsafe abortions, which pose significant health risks to women and girls [40, 41].

This is particularly problematic in rural areas and close-knit communities where access to healthcare and confidential services is limited. The lack of intimacy and trust between young people and healthcare providers can further hinder their ability to access necessary reproductive health services. YW, in particular, are vulnerable to early or unwanted pregnancies due to financial and legal barriers in accessing contraceptives or safe abortion procedures.

This reality results from restrictive laws that only allow abortion in cases of rape or risk to the mother's life. The criminalization of abortion (Law No. 38/20), combined with stigma, creates an environment where SRHR are systematically violated [42].

As a result of this desperate situation, YW often resort to purchasing drugs in the town square without prescriptions, frequently following the advice of their peers [61]. While some are able to induce abortions at home, for others these methods prove ineffective. In such cases, they turn to trusted individuals in their communities who can facilitate alternative clandestine procedures, often under unsafe conditions and without medical oversights.

These practices place YW at significant risk of severe health complications resulting from unsafe abortion, including infections, bleeding, and long-term reproductive health issues.

*The physical consequences are often compounded by psychological distress, with some women experiencing depression and, in extreme cases, suicidal thoughts: "It's really difficult...it's sad, and they end up falling into depression. We still don't understand depression as a disease [...]That's why we're seeing people who can commit suicide"(female, urban).*

#### **VC2: intergenerational poverty and social reproduction of vulnerability (related to IR 3)**

Systemic barriers trap YW in a cycle of vulnerability that socially shapes the lives of future generations. Economic constraints, lack of education, belonging to a broken family, and lack of accessible health services hinder YW's ability to access effective contraceptive methods and safe abortion procedures when they need them. Consequently, these YW lack agency in their reproductive choices and often experience unintended early pregnancies.

This social determinism, in turn, perpetuates itself over generations. Children born to adolescent mothers are more likely to face similar situations, such as lack of economic resources or access to education. These children are at a higher risk of becoming victims of early pregnancy themselves, and continuing the cycle of poverty and limited resources, shaping the opportunities for future generations

*"...there are a lot of children on the streets, because if the father didn't plan the pregnancy, it's very likely that the mother will be abandoned." (male, urban).*

#### **ES 1: social and community activism**

Social and community activism emerged as a pathway for young people, particularly YW, in Benguela to break cycles of vulnerability and gain agency over their sexual and reproductive lives. This includes a range of initiatives which, although distinct in their approaches, serve complementary roles in providing support, guidance, advocacy, and structure for young people.

Within the broader category of social and community activism, we include both youth-led associations and religious communities, such as churches and religious leaders, who play an influential role in shaping norms and supporting young people, NGO activists are often involved in advocacy, peer education, and mobilization efforts to promote youth SRH and rights. Religious communities, by contrast, tend to provide moral and spiritual guidance while fostering values around abstinence and family support. Both groups, although distinct in approach, play a crucial role in shaping norms and providing support mechanisms for young people navigating SRH challenges.

#### **Youth associations: spaces of empowerment and opportunities**

In the province of Benguela, youth associations play a very important role in getting young people out of the cycle of vulnerability. They serve as a space of communion where young people from the same context meet to discuss their concerns, including SRH. Social connectedness through activism can improve adolescent SRH and reduce unintended pregnancy rates [43].

In a context marked by scarce educational and professional opportunities, youth-led associations and community initiatives allow young people to explore intellectual interests and develop personal agency. Youth activism programs foster increased self, social and global awareness while also teaching important skills like technical, interpersonal, and networking benefits [44].

*"...The normal thing that could be done is more lectures, talks, dialogues, talking to the community." (male, urban).*

Community engagement and local activism positively correlates with mental health and well-being, with some studies linking it to reduced health-risk behaviours [45]. Beyond SRH education, these spaces promote mental well-being and combat social isolation:

*"... I have no occupation. I'm a bit depressed. Because I have nothing to do." (female, urban).*

For some young people, particularly YW, a lack of opportunities and chronic hopelessness lead them to view early pregnancy as one of the few available paths to gaining identity, stability, or recognition especially in social contexts where motherhood is valued and may offer a sense of purpose. In the absence of education, employment, or supportive environments, pregnancy can appear as the only socially acceptable or meaningful option.

At the same time, low self-esteem and a lack of empowerment make many YW more vulnerable to coercion or to entering relationships where they cannot freely make decisions about their bodies or futures. In this context, community-based interventions can play a key role in building confidence and offering alternative life pathways.

*"...Some interventions have helped me to discover more about myself... to gain more experience and to help others, like young people who were in prostitution or dependency." (female, urban).*

Youth associations provide a supportive environment for young people in which they can develop autonomy, self-confidence, and feel empowered. At the same time, they highlight alternatives and opportunities focused on education and professional development.

*"...I'm already able to go places. With the experience I've received from activities. I won't have that feeling anymore. I'll feel at ease..." (female, urban).*

In rural areas, participants expressed different preferences, with many valuing radio programs as safer and

more socially acceptable channels to access SRH information without facing stigma.

*"...I would like the projects to do more radio programs to raise awareness..." (female, rural).*

#### **Religious communities: values, limits, and protection**

Religion can act as a double-edge sword depending on how the individual interprets it. On the one hand, religion can be a protective or a risk factor in SRH. Religious groups offer moral orientation and community belonging, often promoting abstinence, fidelity, and emotional commitment in relationships:

*"...He'll do his best not to make a mistake, because God or the law tells him to, and that helps..." (female, urban).*

This spiritual grounding was seen by some as a protective factor, especially when combined with educational values:

*"...Scientific and moral education makes a big difference to the personality of young teenagers..." (female, urban).*

However, strong religious beliefs, particularly around abortion, can act as restrictive forces, reinforcing stigma and limiting access to safe reproductive health services.

*"...Abortion is a criminal offence.... Biblically it's a crime, killing is a sin." (male, rural).*

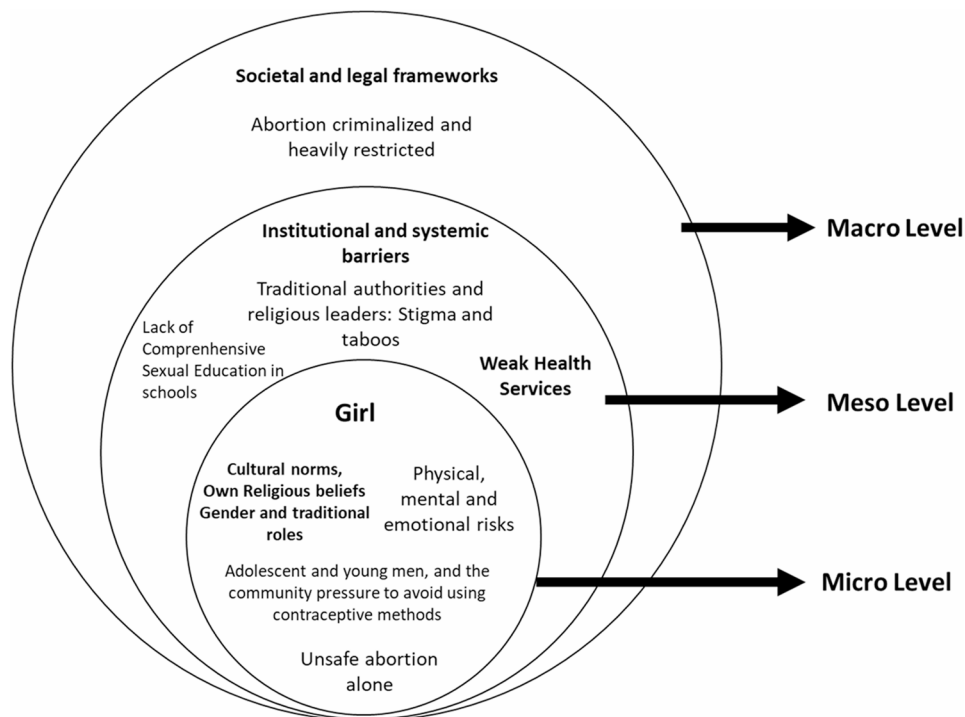
*"...If we abort, abort, abort...Then we'll live without children...my partner is going to worry about being in a relationship with me..." (female, urban).*

Combining youth-led initiatives and religious guidance, offers young people connection, identity, and support to navigate SRH decisions in a context of limited structural resources.

#### **ES2: health system reform and legal advocacy**

This exit strategy focuses on structural responses designed to expand access to safe and rights-based reproductive healthcare. In the context of Angola, where abortion remains illegal except in very limited circumstances, this strategy points to the need for legal reform and health system strengthening. It includes advocating for decriminalization, ensuring provider protection, and aligning national policies with international human rights standards, thereby promoting autonomy and reducing preventable health risks.

The urgent need for reform is evidenced by testimonies such as that of a health professional, who described



**Fig. 4** Social structures that favour early and unwanted pregnancies in Benguela Province

the direct consequences of current restrictions on public health services:

*“...In our hospital...I’ve seen a lot of girls. I’m going to give them a blood transfusion because they’ve had an abortion.” (male, rural)*

#### Social structures that contribute to early and unwanted pregnancies operate at multiple levels

The social structures that favour early and unwanted pregnancies, and unsafe abortion operate at multiple levels in Benguela Province:

At the micro-level, cultural norms, religious beliefs, and societal expectations place strong pressure on young women to avoid contraception, which often leads them to resort to unsafe abortions. Within intimate relationships, male partners play a critical role in shaping reproductive decisions: discussions with young men revealed that they frequently discourage condom use, citing reduced sexual pleasure, and tend to shift responsibility for contraception onto women. These dynamics are further reinforced by peer pressure and dominant notions of masculinity, which undermine shared decision-making and heighten young women’s physical and emotional vulnerability.

At the meso-level, institutional and systemic barriers hinder access to contraceptive methods and SRH services. These barriers include shortages of contraceptives, inadequate staff training, lack of young-friendly health centers, and limited or inadequate sex education

in schools. Additionally, community authorities and religious leaders may enforce beliefs that conflict with SRH practices.

At the macro-level, Angola’s Penal Code (Law No. 38/20) criminalizes abortion in most cases, creating a hostile legal and policy environment. The absence of implementation mechanisms and the persistence of stigma make safe abortion services largely inaccessible, pushing many women toward dangerous, unregulated options. Social stigma surrounding contraception and abortion further isolates and discriminates against women seeking these services. These social structures are illustrated in Fig. 4.

#### Discussion

This study explored how young people in Benguela Province perceive and navigate issues related to SRH, with a focus on unintended pregnancy and attitudes toward contraception and abortion. Four core concerns emerged in the discussions: early pregnancy, contraception and abortion, STIs, and GBV. These concerns were shaped by four intersecting structural and sociocultural factors: gender inequality, cultural and religious norms, access to health services, and the availability of SRH education and information.

It is important to note the intricate relationship between contraception, gender equality, and early pregnancy [40]. Although GBV and other sensitive issues were not as frequently mentioned as others, their significance

remains critical. Low frequency of mention may reflect stigma, fear, or the normalisation of certain experiences, particularly among YW, rather than their irrelevance. Testimonies referring to coercion, sexual abuse, and unequal power dynamics in relationships point to under-reported forms of GBV that directly affect SRH outcomes and autonomy [46]. Gender norms and power asymmetries played a prominent role in shaping the group discussions [47]. Despite using gender-matched facilitators, male participants generally spoke more openly and at greater length, while some YW appeared hesitant, especially on topics related to abortion or intimate partner relationships. These differences reveal how cultural expectations around gender still strongly influence how youth express themselves and make decisions. For instance, YM often rejected condom use, citing discomfort or loss of pleasure, while transferring responsibility for contraception to their female partners. In contrast, many YW described contraception as a tool for self-protection, but frequently lacked the power to negotiate its use [40]. These dynamics align with prior studies showing that low contraceptive uptake and early pregnancy often reflect constrained choices, not lack of awareness [24, 48, 49]. These risks can have lasting negative impacts on their mental health [50]. Lack of access to comprehensive sex education and contraceptive information, coupled with widespread poverty, contributes significantly to high rates of teenage pregnancy in Benguela Province [7, 25]. Additionally, the absence of open and honest communication between young people and their parents about SRH further exacerbates these challenges [32].

As echoed by classical theorists such as Maslow (1942), Fromme (1955), and Reiss (1976), sexual attitudes and behaviours are deeply shaped by socialisation, cultural meaning, and institutional constraints [51, 52].

Thematic analysis revealed four “Itineraries of Reality” (IR) representing different ways in which young people respond to unintended pregnancy. IR1 positions abortion as a moral transgression and a violation of cultural and religious values. This attitude was also highlighted by several recent studies where culture is used as a discursive resource to oppose safe abortion and where abortion is constructed as a destructive force of cultural values and traditions [39, 53]. IR2 presents abortion as a clandestine practice used to manage unwanted pregnancy, often involving unsafe and emotionally distressing methods. Similarly, several systematic reviews carried out in Africa report the same reality and bring to the table different control strategies, among which we can highlight improving access to contraceptive methods, the use of adolescent-friendly services, and comprehensive sexual-ity education [33].

IR3 describes the continuation of the pregnancy as the only viable path, particularly where motherhood is

idealised and alternatives are lacking. The reality that conforms to this itinerary is also highlighted by other studies that conclude that early age at first birth is associated with christianity among other factors [53]. They also suggest that high fertility in SSA is explained by a religious belief system and a social structure that gives spiritual and economic rewards to high fertility. Traditional African religious values have sustained high fertility in two ways: they have acted directly to equate fertility with virtue and reproductive failure with sin [54]. Social pressure and false beliefs, along with fear, appear as the main barriers to accessing contraceptive methods or safe abortion procedures. A recent study on abortion stigma among women in Luanda, Angola, suggests that some abortion stigma in Angola stems not from abortion itself but rather from judgment about socially unacceptable pregnancies [29].

IR4 introduces an aspirational scenario in which abortion is legal, safe, and accessible, illustrating the transformative potential of legal and health system reform [55–57].

The identification of diverse IR has enabled the recognition of VCs, ESs and one EP [16, 29, 54]. Each itinerary is embedded in broader Vulnerability Circuits (VC). VC1 reflects how restricted access to contraception and safe abortion can lead to harmful health and emotional outcomes. It is characterised by early pregnancies and the pursuit of unsafe abortion services, calling for urgent attention to unmet reproductive needs [58].

VC2 exposes the intergenerational consequences of early motherhood—perpetuating cycles of poverty, school dropout, and limited life opportunities for YW. Participants pointed to ES and one EP that could challenge these patterns. It is supported by different studies that concluded that adolescent pregnancy in East Africa is influenced by factors such as education, age at first sexual encounter, household wealth, family structure (58). In addition, in Angola, most adolescent mothers come from early pregnancies and that it is related to poor family structure, low education and peri-urban residence [4, 6, 27, 58].

The way out of these circuits of vulnerability is possible through ES and, more sustainably, through the EP. In this context, community-based youth associations, both secular and religious, emerged as critical support systems. In the path of addressing unmet needs and offering viable alternatives, youth associations in Benguela province can play a crucial transformative role and contribute to social change [26]. These youth associations connect directly with the needs of young people, helping them to escape from circuits of vulnerability and serving them to reach their full potential. Their role as protective spaces is critical for SRH education and emotional well-being [59].

Importantly, some narratives suggested that early motherhood was not a fully voluntary choice, but rather the only socially available path for YW living in conditions of structural hopelessness. In environments where education, employment, and mobility are inaccessible, motherhood may be perceived as a way to attain social recognition. This reflects a form of constrained agency, not necessarily a desire to become pregnant, but a response to limited alternatives. Consistent with our findings, previous studies from East Africa have found adolescent pregnancy and early motherhood to be common across the region. More than half of the adolescents' most recent pregnancies and or births in these countries were unintended [27]. Indeed, a recent study in Malanje province in Angola found that teenage pregnancy is a public issue influenced by low-income family structure, low education, and peri-urban residence [6].

These findings align with classical theories of sexual development and behaviour, which argue that sexual attitudes are shaped not only by individual psychology but also by broader social structures. The work of Reiss, Fromme, and Maslow [51, 52], among others, highlights how socialisation, cultural meaning, and structural conditions influence decision-making. In Benguela, young people's sexual and reproductive lives are embedded in systems of inequality and control, where legal restrictions, gendered expectations, and lack of services converge to limit autonomy. Finally, participants indirectly called for health system reform and legal advocacy. In Angola, abortion remains illegal except in rare cases, as established in Law No. 38/20. The current legal framework and social stigma drive women to unsafe practices with serious health implications.

## Conclusion

This study examined how adolescents and young adults in Benguela Province, Angola, perceive and experience SRH, with a focus on unintended pregnancy and attitudes toward contraception and abortion. The findings reveal that young people's reproductive decisions are shaped by a complex interplay of gender norms, cultural and religious beliefs, limited access to health services, and insufficient SRH education.

Four reproductive trajectories, Itineraries of Reality, were identified, reflecting the diverse ways young people respond to unintended pregnancy in a legally and socially restrictive environment. These pathways are embedded in vulnerability circuits that perpetuate early pregnancy, unsafe abortion, and intergenerational cycles of disadvantage. Nevertheless, participants also identified existing support systems, particularly youth associations and community-based spaces, as potential avenues for empowerment and change.

Barriers to accessing modern contraceptives and safe abortion services remain central to young people's reproductive challenges. In this context, early motherhood is often not a free choice but a reflection of limited life opportunities. Expanding access to youth-friendly SRH services, improving comprehensive sexuality education, and advancing legal reform around abortion are essential steps toward ensuring young people's right to bodily autonomy and informed decision-making.

The voices of youth in this study underscore the urgency of designing rights-based, context-sensitive interventions that not only improve service delivery but also challenge the structural and normative barriers that limit reproductive freedom. SRH policies and programmes must be grounded in the lived realities of young people, recognising that health, gender equity, and social justice are inseparable [60].

## Abbreviations

SRH	Sexual and Reproductive Health
SAA	Sub-Saharan Africa
YW	Young Women
YM	Young Men
FGD	Focus Group Discussion
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights
STIs	Sexually Transmitted Infections
GBV	Gender-based violence
IR	Itinerary of Reality
VC	Vulnerable Circuit
ES	Exit Strategy
EP	Empowerment Pathway
KAP	knowledge, attitudes, and practices

## Acknowledgements

This work has been carried out within the framework of the Doctoral Program in Medicine of the Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). The authors would like to thank all participants for volunteering to take part in this study. Further, the authors are grateful to Francisca Zacarias (Organizaçao de Interaçao Comunitaria, Benguela, Angola) and Joaquim Culembe (Círculo Rastafari de Benguela, Angola) for their help during data collection.

## Sources of funding

Study funded by the European Union (NDICI HR INTPA/2023/450-200).

## Authors' contributions

Authors contribution: Conceptualization: [E.E]; Methodology: [E.E, O.L, G.I, A.S, M.L.A]; Formal analysis and investigation: [E.E, A.E]; Writing - original draft preparation: [E.E, G.I]; Writing - review and editing: [E.E, G.I, O.L, A.S, F.Z, P.O, D.V, J.C, C.P, M.L.A, I.M]; Resources: [E.E, M.L.A, I.M]; Supervision of EE: [O.L, M.L.A, I.M]. All authors read and approved the final manuscript.

## Funding

This study was funded by the European Union through the CHANCE project (Estrategias de melhoria dos Conhecimentos e Atitudes dos jovens angolanos em matéria de saúde reprodutiva e sexual). Its contents are the sole responsibility of CHANCE Project and do not necessarily reflect the views of the European Union.

## Data availability

Derived data supporting the findings of this study are available from the corresponding author [E.E] on request.

## Declarations

### Ethics approval and consent to participate

The study was designed, implemented, and reported in accordance with the Declaration of Helsinki's Good Clinical Practice guidelines. The ethics committee of the Ministry of Health of the Republic of Angola (MINSa) (n°14/2021) requested approval. Written informed consent was obtained from all participants to participate and record interviews, and the transcriptions were anonymized. This study adheres to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist to ensure transparency and comprehensiveness in the reporting of qualitative methods, data collection, analysis, and findings.

### Competing interests

The authors declare no competing interests.

### Author details

- <sup>1</sup>International Health Unit Vall d'Hebron-Drassanes, Infectious Diseases Department, Vall d'Hebron University Hospital, PROSICS Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebron 119, Barcelona 08035, Spain
- <sup>2</sup>Department of Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain
- <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain
- <sup>4</sup>Faculty of Philology and Communication, University of Barcelona, Barcelona, Spain
- <sup>5</sup>RMIT University, GPO Box 2476, Melbourne 3001, Australia
- <sup>6</sup>Department of Public Health, Reproductive Health Program, Ministry of Health and Social Welfare of Equatorial Guinea, Malabo, Equatorial Guinea
- <sup>7</sup>Organização de Interação Comunitária (OIC), Benguela, Angola
- <sup>8</sup>Medicine Faculty, Katyavala Bwila University (UKB), Benguela, Angola
- <sup>9</sup>National Center for Scientific Research (CNIC), Luanda, Angola
- <sup>10</sup>Universidade Oscar Ribas, Luanda 2850, Angola
- <sup>11</sup>Vita International Health Agency, London SW8 4EP, UK
- <sup>12</sup>Instituto Superior Técnico Militar (ISTM), Luanda 2850, Angola
- <sup>13</sup>Department of Forensic Science, Geeta University, Panipat 13215, India
- <sup>14</sup>Direcção Nacional de Saúde Pública, Luanda, Angola
- <sup>15</sup>Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela, Benguela, Angola

Received: 16 January 2025 / Accepted: 13 September 2025

Published online: 10 November 2025

## References

- Instituto Nacional de Estatística de Angola. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde de Angola (IIMS 2023–2024). Luanda: INE, Ministério da Saúde, e UNICEF;2024.
- Girlhood N. Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy. New York: UNFPA. 2015. <https://www.unfpa.org/publications/girlhood-not-motherhood>
- World Health Organization. WHO. Global Abortion Policies Database. Geneva: WHO; 2024. <https://abortion-policies.srhr.org>
- Chandra-Mouli V, et al. A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reprod Health*. 2017. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0347-9>.
- UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators. Revised Edition. Paris: UNESCO;2018. <https://unesdoc.unesco.org>
- Aragão K, Sacomboio EN, Van-Dúnem JC, Santos AC, Campos PA. Sociodemographic and family characteristics of pregnant adolescent in malanje. *Int J Health Sci*. 2023;3(49):2–13.
- United Nations Population Fund (UNFPA). The state of world population 2017. Reproductive health and rights in an age of inequality. New York: UNFPA; 2017. <https://www.unfpa.org/swop-2017>
- Mombo-Ngoma G, Mackanga JR, González R, Ouedraogo S, Kakolwa MA, Manego RZ, et al. Young adolescent girls are at high risk for adverse pregnancy outcomes in sub-Saharan Africa: an observational multicountry study. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011783.
- Ahinkorah BO. Socio-demographic determinants of pregnancy termination among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):598.
- Amnesty International [cited 2025 May 29]. Amnesty International's policy on abortion. London: Amnesty International; 2020. <https://www.amnesty.org/en/documents/pol30/3682/2020/en/>
- Bankole A, Remez L, Owolabi O, Philbin J, Williams P. From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress. New York: Guttmacher Institute; 2020. <https://www.guttmacher.org/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-sub-saharan-africa>
- Adinma J, Umeononihu O, Umeh M. Adolescent and pre-pregnancy nutrition in Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol*. 2017;34(1):1.
- Bearinger LH Sieving RE, Ferguson J, Sharma V Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*. 2007;369(9568):1220–31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60367-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5).
- Hindin MJ, Christiansen CS, Ferguson BJ. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2013;91(1):10–8.
- Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet*. 2006;368(9551):2001–16.
- Ahinkorah BO. Individual and contextual factors associated with mistimed and unwanted pregnancies among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa: a multilevel mixed effects analysis. *PLoS ONE*. 2020;15(10):e0241050.
- Yaya S, Kunnuji MON, Bishwajit G. Intimate partner violence: A potential challenge for women's health in Angola. *Challenges*. 2019;10(1):21.
- Ahinkorah BO, Kang M, Perry L, Brooks F, Hayen A. Prevalence of first adolescent pregnancy and its associated factors in sub-Saharan Africa: a multi-country analysis. *PLoS ONE*. 2021;16(2):e0246308.
- de Adam T. Systems thinking for strengthening health systems in Imics: need for a paradigm shift. *Health Policy Plan*. 2012;4(1–3):27.
- de Savigny D Adam T, eds. Systems thinking for health systems strengthening: Moving forward. Geneva: World Health Organization; 2009. p. 87–107.
- Maani KE, Maharaj V. Links between systems thinking and complex decision making. *Syst Dyn Rev*. 2004;20(1):21–48. <https://doi.org/10.1002/sdr.281>.
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development, vol. 32. Cambridge: Harvard University Press; 2016.
- Smith J, Firth J. Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse Res*. 2011;18(2):52–62.
- Redinger S, Pearson RM, Houle B, Norris SA, Rochat TJ. Thoughts of self-harm in early and late pregnancy in urban South Africa: investigating prevalence, predictors and screening options. *South Afr Med J*. 2021;111(7):627.
- United Nations Population Fund (UNFPA). Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy, 2015.
- Santoshkumar, Youth activism: the role of young people in social change. *ShodhKosh: Journal of Visual and Performing Arts*. 2024;5(2).
- Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):59.
- Ekeocha O. The abortion agenda in Africa. *Issues Law Med*. 2017;32(2):265–8.
- Blodgett M, Weidert K, Nieto-Andrade B, Prata N. Do perceived contraception attitudes influence abortion stigma? Evidence from Luanda, Angola. *Popul Health*. 2018;5:38–47. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.05.003>.
- MOORE, AM, JAGWE-WADDA G, BANKOLE A. MEN'S ATTITUDES, ABOUT ABORTION IN UGANDA. *J Biosoc Sci*. 2011;43(1):31–45.
- Selebalo-Bereng L, Patel CJ. Reasons for abortion: religion, religiosity/spirituality and attitudes of male secondary school youth in South Africa. *J Relig Health*. 2019;58(6):2298–312.
- Usonwu I, Ahmad R, Curtis-Tyler K. Parent-adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. *Reprod Health*. 2021;18(1):202.
- Atuhaire S. Abortion among adolescents in africa: A review of practices, consequences, and control strategies. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(4).
- Ferrari W, Peres S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de Uma Favela Da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2020;36:1.
- Palma Manríquez I, Moreno Standen C, Álvarez Carimoney A, Richards A. Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study. *Contraception*. 2018;97(2):100–7.
- Jules Cesar M, Levy Max Emery E, Gauthier Regis Jostin B, Mpia Sekangue Samantha Nuelly P, Ossibi Pierlesky E, Berthrand Lori N, et al. Clandestine abortion complicated by intestinal eversion by vaginal route: about a case at the university hospital of Brazzaville. *J Gynecol Obstet*. 2021;9(1):5.

37. Alhassan AY, Abdul-Rahim A, Akaabre PB. Knowledge, awareness and perceptions of females on clandestine abortion in Kintampo North Municipality, Ghana. *Eur Sci J ESJ*. 2016;12(12):95.
38. Freeman, Coast. Murray. Men's roles in women's abortion trajectories in urban Zambia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2017;43(2):89.
39. Macleod C, Sigcau N, Luwaca P. Culture as a discursive resource opposing legal abortion. *Crit Public Health*. 2011;21(2):237–45. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.492209>.
40. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):15.
41. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalaw AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):195.
42. República de Angola. Código Penal de Angola. Lei n.º 38/20, de 11 de novembro. Secção II: Crimes contra a vida intrauterina. Luanda: Diário da República; 2020.
43. Kedzior SGE, Lassi ZS, Oswald TK, Moore VM, Marino JL, Rumbold AR. A systematic review of school-based programs to improve adolescent sexual and reproductive health: considering the role of social connectedness. *Adolesc Res Rev*. 2020;5(3):213–41.
44. Carey RL, Akiva T, Abdellatif H, Daughtry KA. And school won't teach me that! urban youth activism programs as transformative sites for critical adolescent learning. *J Youth Stud*. 2021;24(7):941–60.
45. Testa D, Cavallini F. How activism correlates with Well-Being in adolescence: a systematic review. 2021.
46. Palermo T, Bleck J, Peterman A. Tip of the iceberg: reporting and gender-based violence in developing countries. *Am J Epidemiol*. 2014;179(5):602–12.
47. Marshall B, Mehoul-Loko C, Mazibuko S, Madladla M, Knight L, Humphries H. Exploring perceptions of gender roles amongst sexually active adolescents in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *PLoS ONE*. 2024;19(1):e0296806.
48. Roberts KJ, Smith C, Cluver L, Toska E, Sherr L. Understanding mental health in the context of adolescent pregnancy and HIV in Sub-Saharan Africa: a systematic review identifying a critical evidence gap. *AIDS Behav*. 2021;25(7):2094–107.
49. Osok J, Kigamwa P, Stoep A, Vander, Huang KY, Kumar M. Depression and its psychosocial risk factors in pregnant Kenyan adolescents: a cross-sectional study in a community health centre of Nairobi. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):136. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1706-y>.
50. Osok J, Kigamwa P, Huang KY, Grote N, Kumar M. Adversities and mental health needs of pregnant adolescents in Kenya: identifying interpersonal, practical, and cultural barriers to care. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):96.
51. DeMartino MF. Attitudes toward sex and strength of sexual drive. In: Calderone MS, editor. *Sex and the intelligent women*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 1974. pp. 13–25.
52. Reiss IL. The influence of contraceptive knowledge on premarital sexuality. *Medical aspects of human sexuality*. Hospital Publications, Inc. 1970;14(2):75–86.
53. Motsima T. The Risk Factors Associated With Early Age At First Birth Amongst Angolan Women. : Evidence from the 2015–2016 Angola demographic and health survey. *Eur J Med Health Sci*. 2020;2(2).
54. Caldwell JC, Caldwell P. The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev*. 1987;13(3):409.
55. Glover AL, Mulunda JC, Akilimali P, Kayembe D, Bertrand JT. Expanding access to safe abortion in DRC: charting the path from decriminalisation to accessible care. *Sex Reprod Health Matters*. 2023. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2273893>.
56. Hefez J, Mulunda J, Tumba A, Mpoyi M, Dabash R. Domestication of the Maputo protocol in the Democratic Republic of Congo: leveraging regional human rights commitments for abortion decriminalization and access. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;164(5):12–20.
57. DD O, AC A, EB O. The unmet need for abortion law reforms and modern contraceptive uptake in Nigeria, Kenya, Ghana and Ethiopia: A systematic review. *Int J Clin Obstet Gynecol*. 2022;6(1):42–7.
58. Munakampe MN, Zulu JM, Michelo C. Correction to: Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):441.
59. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1).
60. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78.
61. Mbou Essie DE, Ndinga H, Niama A, Oyere G, Kifoueni G, Ibara JR. Avortements clandestins compliqués et médicaments de la rue à Brazz

## Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

## 6 RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS

En el componente cuantitativo participaron 1.400 PJA, 424 (30,3%) de municipios rurales y 976 (69,7%) de municipios urbanos. La edad media fue de 19,5 ( $\pm 2,9$ ) años y 856 (61,1%) eran hombres.

En general, 1226 (87,6%) refirieron tener algún conocimiento sobre SSR y las principales fuentes de información fueron la escuela en 1125 (91,8%), las amistades en 960 (78,3%), la televisión en 947 (77,2%) e internet en 884 (72,1%). Un mayor porcentaje de personas de zonas urbanas refirieron tener algún conocimiento sobre SSR en comparación con personas de áreas rurales (92,1% frente a 77,1%,  $p < 0,001$ ).

Globalmente, 818 (58,4%) participantes tenían conocimientos adecuados sobre SSR. En cuanto a temas específicos, 357 (25,5%) personas tenían buenos conocimientos sobre salud sexual general, 961 (68,6%) personas tenían buenos conocimientos sobre el VIH y otras ITS, 528 (37,7%) personas tenían buenos conocimientos sobre equidad de género y 710 (50,7%) personas conocían 3 o más métodos anticonceptivos.

Se identifican variables sociodemográficas que se asocian a diferentes conocimientos, actitudes y comportamientos en SSR. El origen urbano [OR 1,52; IC 95%: 1,35-2,04], la edad [OR 1,14; IC 95%: 1,09-1,20], el sexo femenino [OR 2,06; IC 95%: 1,57-2,71] y el uso de revistas e Internet como principales fuentes de información [OR 1,37; IC 95%: 1,00-1,86 y OR 2,33; IC 95%: 1,69-3,21 respectivamente] se asociaron significativamente a un buen conocimiento de SSR en el análisis multivariado.

Se observó que las personas sin estudios, con estudios primarios o con estudios secundarios presentaban un menor conocimiento en SSR en comparación con quienes tenían educación superior [OR 0,19 (IC 95%: 0,14–2,58); OR 0,14 (IC 95%: 0,06–0,31) y OR 0,37 (IC 95%: 0,23–0,60), respectivamente].

En total, 986 (70,4%) participantes declararon haber tenido relaciones sexuales. La edad media de la primera relación sexual fue de 15,9 ( $\pm 2,7$ ) años. Cuatrocientos cincuenta y tres (45,9%) participantes declararon haber tenido un comportamiento sexual de riesgo durante el último año. Un total de 252 (18%) participantes habían realizado previamente la prueba del VIH. En el análisis multivariado, observamos que las conductas sexuales de riesgo estaban asociadas al sexo masculino (OR 2,89; IC 95%: 2,13-3,92;  $p < 0,001$ ). No se observaron

diferencias significativas entre los municipios urbanos y rurales en cuanto al comportamiento sexual de riesgo.

El componente cualitativo permitió identificar cuatro preocupaciones principales en torno a la SSR: los métodos anticonceptivos y el aborto, el embarazo temprano, las ITS y la VBG.

Aunque la anticoncepción fue el tema más mencionado, el embarazo temprano emergió como la preocupación más transversal y significativa en todos los grupos sobre todo entre los varones de zonas urbanas (41 menciones). Los métodos anticonceptivos y el aborto se agruparon en una misma categoría analítica, entendido como consecuencia del fracaso o la falta de acceso a métodos anticonceptivos. Este fue, además, el tema mencionado con mayor frecuencia, especialmente entre MJ de áreas urbanas (71 menciones), seguido por hombres jóvenes (HJ) residentes en áreas rurales (49) y HJ de áreas urbanas (47). Si bien las mujeres de áreas rurales lo mencionaron en menor medida (30 menciones), el tema continuó ocupando un lugar central en sus discursos. Las principales barreras para el acceso a métodos anticonceptivos fueron de carácter social y estructural, incluyendo la presión social, el miedo a la infertilidad, las creencias religiosas y las limitaciones en la disponibilidad de métodos.

El preservativo masculino emergió como el método anticonceptivo predominante en los grupos de discusión, acompañado de percepciones ambivalentes y referencias a un uso inconsistente. La limitada mención espontánea de otros métodos no debe interpretarse como una falta de conocimiento. De hecho, el análisis cuantitativo mostró una clara convergencia al evidenciar que el preservativo era ampliamente reconocido (91,1%), mientras que métodos como las píldoras anticonceptivas (51,3%) o el preservativo femenino (50,7%) presentaban menores niveles de reconocimiento. Asimismo, casi la mitad de las personas participantes identificaba tres o más métodos anticonceptivos.

Esta diferencia parece reflejar la distancia entre los métodos que las personas jóvenes son capaces de identificar cuando se les pregunta directamente y aquellos que ocupan un lugar más visible en su imaginario. Así, aunque varias opciones eran reconocidas, no todas parecían tener la misma relevancia como alternativas reales de prevención.

El aborto fue mayoritariamente considerado inaceptable desde el punto de vista moral y cultural, especialmente entre los hombres, mientras que las mujeres rurales lo asociaron al riesgo para la salud y la infertilidad.

Las ITS fueron más mencionadas por hombres de zonas rurales (33 menciones), superando ampliamente al resto de grupos. Mientras que la VBG, aunque poco verbalizada (máximo 8 menciones entre mujeres rurales), aparece como un tema sensible probablemente subrepresentado por barreras sociales y culturales.

En cuanto a los factores que influyen en la SSR, surgieron cuatro ejes principales, igualdad de género, cultura y religión, acceso a servicios de salud, y educación, información y conocimiento.

La igualdad de género fue el tema más mencionado (117 referencias), con una participación equilibrada entre hombre (59) y mujeres (58), aunque los hombres de áreas urbanas (45 menciones) fueron los más activos. La cultura y la religión también fueron muy citadas (82 menciones), especialmente por hombres de zonas urbanas (35) y rurales (14). El acceso a los servicios de salud fue señalado en 51 ocasiones, principalmente entre hombres de áreas rurales (16). Asimismo, las barreras del sistema de salud emergieron como un aspecto recurrente, destacándose la existencia de servicios poco adaptados a PJA, la falta de confidencialidad y la dependencia de proyectos externos o de contactos personales para acceder a la atención.

Finalmente, la educación, información y conocimiento fue el tema menos citado (42), aunque sigue siendo relevante en el análisis cualitativo global, con mayor presencia en los grupos urbanos y referencias muy limitadas entre mujeres rurales.

Se observaron diferencias por género y contexto, las personas de áreas rurales participaron menos y las mujeres mostraron mayor reticencia, probablemente por normas de género y estigma.

A partir de la centralidad del embarazo temprano, se construyó un modelo conceptual con cuatro itinerarios de realidad, desde la condena moral del aborto hasta un escenario aspiracional de aborto seguro y accesible. Estos itinerarios se articulan en dos circuitos de vulnerabilidad (aborto inseguro y pobreza intergeneracional) y dos estrategias de salida (activismo comunitario y reforma del sistema de salud). Finalmente, la ruta de empoderamiento muestra que la autonomía de las jóvenes aumenta cuando existen redes de apoyo sostenidas y entornos que favorecen su agencia.

Por itinerario de realidad se entiende la descripción de los posibles escenarios a los que pueden enfrentarse las MJ en caso de un embarazo no intencionado. Estos escenarios se

fundamentan en los circuitos de vulnerabilidad, que configuran las experiencias personales, las decisiones y los comportamientos en materia de SSR. Las estrategias de salida constituyen alternativas que permiten a algunas mujeres jóvenes interrumpir dichos circuitos de vulnerabilidad. En este contexto, el empoderamiento personal se concibe como una trayectoria transformadora mediante la cual las mujeres jóvenes adquieren autonomía y capacidad de toma de decisiones, generalmente vinculada a la existencia de entornos de apoyo sostenidos.

## 7 RESUMEN GLOBAL DE LA DISCUSIÓN

Existen variables sociodemográficas que se asocian a diferentes conocimientos, actitudes y comportamientos en SSR. Se observaron diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre la SSR entre zonas urbanas y rurales, de modo que el origen urbano se asoció de forma significativa con un mejor conocimiento en el análisis multivariado. Asimismo, el sexo femenino se asoció significativamente con un buen conocimiento sobre SSR. Por otra parte, las conductas sexuales de riesgo se asociaron significativamente con el sexo masculino. No obstante, no se identificaron diferencias significativas en el comportamiento sexual de riesgo entre los municipios urbanos y rurales. Estos hallazgos sugieren que, si bien el contexto territorial influye en el acceso al conocimiento en SSR, los comportamientos sexuales de riesgo responden a dinámicas más complejas, en las que el género desempeña un papel más determinante que el ámbito de residencia. De este modo, se confirma la hipótesis 1 planteada, demostrando la existencia de asociaciones relevantes entre las variables sociodemográficas y los conocimientos y comportamientos en SSR.

Los resultados del estudio también respaldan la hipótesis 2, evidenciando que las principales preocupaciones en torno a la salud sexual y reproductiva (SSR) entre las personas jóvenes y adolescentes de los municipios analizados se concentran en los métodos anticonceptivos y el aborto, el embarazo temprano, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la violencia basada en género (VBG). Asimismo, los comportamientos en SSR aparecen condicionados por cuatro factores clave: la igualdad de género, las normas culturales y religiosas, el acceso a los servicios de salud y el nivel de educación e información disponible.

Asimismo, se identifican patrones diferenciados en actitudes, experiencias, percepciones y preocupaciones en torno a la SSR según el género y el ámbito de residencia. Se observaron diferencias en los niveles de participación, con una menor presencia de personas de áreas rurales y una mayor reticencia entre las mujeres, en un contexto marcado por normas de género y dinámicas de estigmatización. Esta situación se refleja en las temáticas que concentran mayor atención entre los distintos grupos.

Entre las mujeres urbanas, las principales preocupaciones se centran en los métodos anticonceptivos y el aborto. En los hombres urbanos, el tema más mencionado es el embarazo precoz. En los hombres rurales, las ITS constituyen la principal preocupación. Por su parte, la

VBG aparece como un tema que genera mayor nivel de preocupación en las mujeres que en los hombres.

### **Conocimientos de las PJA de la provincia de Benguela**

En nuestro estudio transversal, observamos que el 58,4% de las personas participantes presentaron un conocimiento adecuado sobre SSR, definido como una puntuación  $\geq 17$  de un máximo de 25 puntos. Asimismo, nuestros resultados muestran un nivel de conocimiento superior al reportado en una revisión sistemática que evaluó brechas de conocimiento sobre ITS entre 5900 adolescentes y adultos jóvenes en 35 países africanos (97).

El conocimiento en SSR fue significativamente mayor en los municipios urbanos, entre las PJA de más edad y entre las que utilizaban Internet o revistas como fuentes de información. En nuestro primer artículo observamos que una menor proporción de PJA de zonas rurales tenía acceso a fuentes de información sobre SSR, con especial limitación en el acceso a Internet, revistas, libros y televisión. Estas desigualdades en el acceso a la información probablemente contribuyen a los niveles más bajos de conocimiento en SSR observados entre las PJA procedentes de áreas rurales. Respaldando así la hipótesis 1 sobre la influencia de variables sociodemográficas en el conocimiento en SSR.

Aunque la mayor edad y el entorno urbano se han asociado de forma consistente a un mejor conocimiento en SSR (98–100), estudios recientes sugieren que la estratificación urbano-rural puede resultar excesivamente simplista, ya que los grupos urbanos en situación de mayor vulnerabilidad presentan indicadores comparables a los de sus homólogos rurales (31). En nuestro estudio, consideramos que la mayor edad y el mayor porcentaje de participantes con estudios superiores en los municipios urbanos (19 % frente a 3 %) podrían contribuir a explicar la asociación observada con un mejor nivel de conocimientos en SSR (98).

Asimismo, se observó que ser mujer se asocia con un mayor nivel de conocimiento sobre SSR (98,101); sin embargo, este mayor conocimiento no necesariamente se traduce en prácticas sexuales más seguras, tal como se ha descrito en investigaciones previas (102,103). Estos hallazgos refuerzan la idea de que los niveles de conocimiento en SSR están condicionados no solo por el entorno urbano o rural, sino también por la posición social, el género, la clase y la edad, que en conjunto configuran distintas oportunidades de acceso a la información y a los recursos sanitarios. En este sentido, las PJA de zonas rurales, especialmente las mujeres,

enfrentan múltiples desventajas superpuestas que limitan su capacidad para adquirir información y ejercer una autonomía real en materia de SSR (5–7).

Por otro lado, persisten importantes lagunas de conocimiento, especialmente en torno a la igualdad de género y la planificación familiar, en comparación con los conocimientos más consolidados sobre el VIH y otras ITS. Esta percepción coincide con los informes de un estudio observacional realizado en siete países africanos que incluyó a más de 7600 adolescentes de 10 a 19 años y donde se evidenciaron mejores resultados en las preguntas relacionadas con el VIH en comparación con otros temas de SSR (97,98).

En coherencia con estas lagunas, la presente tesis doctoral permite profundizar y matizar el alcance del conocimiento en SSR identificado en el estudio cuantitativo. Aunque el nivel global de conocimiento se consideró adecuado según la puntuación obtenida, el análisis cualitativo evidenció un conocimiento limitado y poco diversificado en planificación familiar y anticoncepción. En los GD, el preservativo masculino fue prácticamente el único método mencionado, con una percepción ambivalente y un bajo nivel de uso, lo que sugiere un conocimiento parcial sobre las alternativas disponibles. La ausencia de referencias a otros métodos anticonceptivos, como las píldoras orales o los inyectables, podría reflejar tanto déficits informativos específicos como dificultades de acceso a métodos distintos del preservativo. Asimismo, el aborto fue mayoritariamente considerado moral y culturalmente inaceptable, especialmente entre los hombres, mientras que las mujeres rurales lo asociaron a riesgos para la salud y a la infertilidad, lo que apunta a la persistencia de creencias socioculturales y desinformación que condicionan la vivencia de la SSR. En este sentido, los hallazgos de ambos artículos no se contradicen, sino que muestran la coexistencia de un conocimiento general con limitaciones relevantes en su dimensión práctica y contextualizada.

### **Comportamientos de las PJA de la provincia de Benguela**

En el presente estudio, se identificó una elevada proporción de PJA sexualmente activas (70,4%), siendo la edad media de inicio de las relaciones sexuales de 15,9 años, ligeramente inferior a la reportada en estudios realizados en otros países del ASS (98).

Asimismo, observamos que casi el 46% declararon haber realizado al menos un comportamiento sexual de riesgo. Esta evidencia es especialmente relevante si se considera

el creciente nivel de preocupación internacional respecto al aumento de conductas sexuales de riesgo entre PJA.

La elevada proporción de jóvenes clasificados con conductas sexuales de riesgo podría estar influenciada, al menos en parte, por la amplitud de la definición operativa empleada (104–106). En este estudio, el riesgo se definió como la presencia de una o más situaciones, entre ellas mantener múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses, sostener relaciones simultáneas, mantener relaciones bajo los efectos de sustancias, no utilizar preservativo en encuentros esporádicos, intercambiar sexo por dinero o presentar antecedentes de ITS.

Dado que el criterio de múltiples parejas sexuales podría ampliar la estimación de la prevalencia, se realizó un análisis adicional excluyendo este indicador. La proporción de jóvenes clasificados en riesgo se redujo de 45,9% al 37,9%; sin embargo, la prevalencia se mantuvo elevada, lo que refuerza la solidez de los hallazgos y sugiere que la magnitud del fenómeno no depende exclusivamente de la definición adoptada. No obstante, estos resultados deben interpretarse en el contexto de las múltiples vulnerabilidades que atraviesan a esta población, ya que las conductas sexuales de riesgo no ocurren de forma aislada, sino que están moldeadas por factores estructurales como el género, la edad, la situación económica y el entorno sociocultural (3,4).

Se observa que la prevalencia de comportamiento sexual de riesgo es muy similar entre las personas que no presentaban conocimientos en SSR (33,2%) y aquellas que declaraban un conocimiento adecuado (32%), lo que sugiere que la presencia de conocimiento, tal y como ha sido medido, no se asocia de forma diferencial con la adopción de conductas sexuales seguras.

Este hallazgo pone de relieve la existencia de una brecha entre el conocimiento y la conducta, ampliamente documentada en el ámbito de la salud pública (107–109). Disponer de información sobre los riesgos asociados a determinadas prácticas sexuales no garantiza, por sí mismo, la modificación de los comportamientos, ya que el conocimiento puede permanecer en un plano teórico y no traducirse en decisiones concretas en contextos reales, especialmente en situaciones marcadas por la impulsividad, la carga emocional o la presión social.

## **Preocupaciones de las PJA de la provincia de Benguela**

Las principales preocupaciones expresadas por las PJA durante los Grupo de discusión (GD) fueron métodos anticonceptivos y aborto, el embarazo temprano, ITS y VBG. Tales preocupaciones no se presentan de manera aislada, sino que están profundamente condicionadas por factores estructurales y socioculturales, como la desigualdad de género, las normas religiosas y culturales, el acceso limitado a servicios amigables para jóvenes y la falta de educación sexual integral, que restringen su capacidad de tomar decisiones informadas y autónomas en materia de SSR.

### *Métodos anticonceptivos y aborto*

A pesar de la supuesta gratuidad de los métodos anticonceptivos, Angola figura entre los países con las tasas de fecundidad más elevadas. Aunque las proyecciones muestran una tendencia a la baja (110), es relevante que sólo el 50% de las personas participantes del primer estudio sexualmente activas declararon utilizar anticonceptivos. Sorprendentemente, casi el 20% declaró tener dificultades económicas para comprar preservativos. Esto podría estar relacionado con varias razones, como el desconocimiento de su disponibilidad gratuita, un bajo porcentaje de adherencia a la planificación familiar, o que, en realidad, aunque sean gratuitos, la disponibilidad de preservativos en el día a día es escasa. Además, aproximadamente el 25% de las personas participantes creían que la anticoncepción es sólo un deber de la mujer.

Por otro lado, el 32% de las mujeres que habían tenido un embarazo anterior declararon haber tenido al menos un aborto, porcentaje significativamente más alto en las zonas urbanas y en consonancia con las estimaciones regionales (111). En este sentido, la ilegalidad del aborto en Angola y las fuertes restricciones sociales generan un contexto en el que muchas interrupciones del embarazo se realizan en condiciones inseguras. Los GD reflejaron esta realidad a través de testimonios que ilustran distintos itinerarios de realidad. En el itinerario de realidad 1, el aborto se concibe como un acto moralmente condenable y una violación de los valores culturales y religiosos; en el itinerario de realidad 2, se aborda como una práctica clandestina y desesperada para resolver un embarazo no deseado; mientras que, en el itinerario de realidad 3, la continuación del embarazo aparece como la única opción posible, reforzada por el ideal de la maternidad como destino inevitable.

### *Embarazo temprano*

Aproximadamente el 18% de las encuestadas del primer artículo, había estado embarazada anteriormente, con un alto porcentaje de embarazos tempranos que contribuye a las desigualdades de género.

Este hallazgo cuantitativo se ve reforzado por los resultados de los GD, en los que el embarazo temprano emergió como una de las principales preocupaciones de las PJA, percibida no solo como una situación de salud preocupante, sino también como una consecuencia directa de las desigualdades de género, las normas culturales restrictivas y la falta de recursos institucionales para la prevención y el apoyo.

Las percepciones recogidas en los GD son coherentes con la literatura cualitativa existente en ASS, que vincula el embarazo temprano y no deseado con las desigualdades de género, las normas sociales restrictivas y el escaso poder de las mujeres para negociar las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos (112,113). En este marco, muchas jóvenes describieron situaciones de “agencia condicionada”, en que las decisiones sexuales y reproductivas no responden necesariamente a una elección libre, sino a las limitadas opciones disponibles en contextos de desigualdad estructural.

En la misma línea, el segundo artículo de esta tesis señala la intrínseca relación entre la anticoncepción, la igualdad de género y el embarazo temprano (56). Las jóvenes participantes también expresaron de forma reiterada las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del embarazo temprano. Muchas describieron sentimientos de depresión, ansiedad, negación del embarazo y pérdida de oportunidades educativas y laborales (114–116). Estos riesgos, además de afectar la salud mental (117), perpetúan los circuitos de vulnerabilidad descritos en el análisis cualitativo, en los que el embarazo temprano, la deserción escolar y la pobreza se retroalimentan, restringiendo el desarrollo personal y la movilidad social.

Consistente con nuestros hallazgos, estudios previos de África Oriental han encontrado que el embarazo adolescente y la maternidad temprana son comunes. Más de la mitad de los embarazos y nacimientos más recientes de adolescentes en estos países fueron no deseados (118). En Angola, un estudio reciente en la provincia de Malanje encontró que el embarazo adolescente es un desafío de salud pública condicionado por factores como la estructura familiar de bajos ingresos, el bajo nivel educativo y la residencia periurbana (24).

## *ITS*

El 68,6% de las PJA demostraron un buen nivel de conocimiento sobre el VIH y otras ITS. Este nivel se consideró adecuado cuando se respondió correctamente al menos a dos tercios del tema evaluado. Sin embargo, los resultados del segundo artículo muestran que las ITS continúan emergiendo como una de las principales preocupaciones entre las PJA. Esta aparente paradoja pone de relieve que un mayor nivel de conocimiento no se traduce necesariamente en una reducción de la preocupación ni del riesgo percibido.

En particular, estas preocupaciones se encuentran estrechamente vinculadas al estigma social que rodea al VIH y a las ITS, el cual sigue condicionando las actitudes, las prácticas preventivas y la búsqueda de servicios de diagnóstico y tratamiento. El temor a la discriminación, al juicio social y a la falta de confidencialidad refuerza la percepción de vulnerabilidad y actúa como una barrera persistente, incluso entre PJA que cuentan con información adecuada sobre estas infecciones. En este contexto, el estigma continúa representando un obstáculo crítico para el acceso oportuno a los servicios de salud, lo que subraya la necesidad no solo de mantener, sino de reforzar las intervenciones orientadas a mejorar el conocimiento sobre las vías de transmisión y las opciones terapéuticas disponibles, con el fin de reducir la estigmatización y la discriminación asociadas al VIH y a las ITS (103).

## *VBG*

Aunque en ocasiones menos visibilizada, la VBG se identificó como un factor transversal que condiciona fuertemente las conductas sexuales de riesgo. Las dinámicas de poder desiguales y los roles de género tradicionales restringen la capacidad de las MJ para negociar el uso de anticonceptivos o decidir sobre su vida sexual y reproductiva.

## **Factores de riesgo identificados por las PJA de la provincia de Benguela**

Cuatro temas principales surgieron del análisis como factores que influyen la SSR de las personas jóvenes en la provincia de Benguela, igualdad de género, cultura y religión, acceso a servicios de salud y educación, información y conocimientos.

### *Igualdad de género*

La presente tesis evidencia que el género constituye un eje transversal que estructura las experiencias, conocimientos y comportamientos en torno a la SSR. En el estudio cuantitativo se observó que las mujeres presentan un mejor conocimiento sobre SSR. Sin embargo, este conocimiento no se traduce necesariamente en prácticas sexuales más seguras, lo que sugiere que la información por sí sola no basta para modificar conductas cuando existen barreras sociales, culturales y estructurales que limitan la capacidad de decisión.

Las mujeres, especialmente en contextos rurales, pueden estar más expuestas a la maternidad temprana, lo que las lleva a adquirir información sobre SSR de manera directa y empírica, más por necesidad que por acceso a educación formal. Esta tendencia podría explicar por qué, pese a tener un conocimiento relativamente mayor, las mujeres continúan enfrentando condiciones de vulnerabilidad y desigualdad en el ejercicio de sus DSR.

Diversos estudios, así como nuestros resultados, señalan que las mujeres tienden a involucrarse más en la planificación familiar debido a las expectativas sociales y religiosas que las sitúan como principales responsables del ámbito reproductivo. En cambio, los hombres, aunque no necesariamente desinteresados, suelen estar menos implicados, en parte porque las normas de género les asignan un rol menos activo en estos temas. Este desequilibrio reproduce la idea de que la SSR es una “cuestión femenina”, limitando la participación masculina y reforzando desigualdades estructurales en la corresponsabilidad sexual y reproductiva.

### *Cultura y religión*

Nuestro estudio permite comprender con mayor profundidad cómo estas desigualdades de género interactúan con otros factores socioculturales y religiosos. Las discusiones grupales mostraron que las creencias religiosas tradicionales continúan desempeñando un papel fundamental en la configuración de las actitudes hacia la sexualidad, la anticoncepción y el aborto. En particular, los discursos sobre la fertilidad siguen vinculados la maternidad con la virtud moral y el valor social de las mujeres, mientras que el fracaso reproductivo o la decisión de interrumpir un embarazo se asocia al pecado y la transgresión. Esta concepción, ya descrita por diversos autores como una característica persistente de los valores africanos tradicionales

(119), actúa como un mecanismo simbólico que legitima la alta fecundidad y perpetúa la desigualdad de género.

Estas narrativas ponen de manifiesto cómo las normas culturales y religiosas no solo influyen en la toma de decisiones reproductivas, sino que definen los límites de lo que socialmente puede considerarse una elección legítima. En este sentido, los hallazgos cualitativos coinciden con estudios sobre el estigma del aborto en Angola, que muestran que dicho estigma no se asocia necesariamente al aborto en sí, sino al juicio social hacia los embarazos considerados “inapropiados” o fuera de las normas culturales aceptadas (120).

Otra expresión relevante de vulnerabilidad identificada es la recurrencia de abortos inseguros, impulsada por valoraciones negativas de la interrupción del embarazo, la presión social y las barreras de orden cultural y religioso. El análisis cualitativo muestra que el aborto suele interpretarse dentro de marcos morales que lo asocian con la falta ética, lo que conduce a muchas MJ a recurrir a prácticas clandestinas y de alto riesgo.

#### *Acceso a servicios de salud*

Este estudio identifica de manera reiterada barreras sistémicas en el acceso a los servicios de SSR, especialmente en las zonas rurales, donde la provisión de servicios es limitada y con frecuencia depende de intervenciones externas o de redes informales y contactos personales. Las PJA señalaron la escasa disponibilidad de servicios amigables para jóvenes, la falta de confidencialidad y el débil apoyo institucional como factores clave que condicionan las conductas de búsqueda de atención en salud.

La presión social, las concepciones erróneas, el miedo a la infertilidad y las creencias religiosas emergieron como barreras significativas para el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de aborto seguro. Estas restricciones socioculturales se ven reforzadas por limitaciones estructurales en la disponibilidad, accesibilidad y continuidad de los métodos anticonceptivos. En particular, las MJ describieron un entorno social en el que el uso de anticonceptivos está fuertemente estigmatizado o mal comprendido, lo que desalienta su utilización y limita la toma de decisiones informadas. Como consecuencia, muchas jóvenes enfrentan una mayor vulnerabilidad frente a embarazos tempranos o no deseados, así como un mayor riesgo de recurrir a prácticas de aborto inseguro.

---

### *Educación, información y conocimientos*

La investigación desarrollada pone de manifiesto la coexistencia de desigualdades en el acceso a la información y a los recursos educativos, junto con la pobreza estructural, en un contexto caracterizado por elevadas tasas de embarazo adolescente en la provincia de Benguela (26,121). Además, la ausencia de una comunicación abierta y honesta entre las PJA y sus padres sobre la SSR refuerza el silencio y la desinformación, reproduciendo los tabúes culturales que dificultan el diálogo intergeneracional sobre sexualidad (122).

También revela que la información disponible sobre SSR no siempre es percibida como confiable o accesible. Muchas PJA, especialmente mujeres y participantes de áreas rurales, señalaron que, aunque buscan orientación, se enfrentan a mensajes contradictorios provenientes de fuentes religiosas, educativas y familiares. Estas tensiones generan confusión y desconfianza hacia los servicios de salud, percibidos a menudo como poco confidenciales o moralizantes.

En este contexto, la falta de información no debe interpretarse únicamente como una limitación a nivel individual, sino como el resultado de un entorno estructuralmente desigual. La limitada conectividad digital, los bajos niveles educativos y la persistencia de normas culturales restrictivas crean un círculo de exclusión informativa que restringe el acceso a conocimientos actualizados sobre SSR. Esta carencia de información rigurosa se traduce, en muchos casos, en decisiones sexuales y reproductivas poco seguras o condicionadas por la desinformación.

En coherencia con los hallazgos del estudio desarrollado, la desigualdad informativa aparece entrelazada con las asimetrías de género y los circuitos de vulnerabilidad identificados. Las MJ suelen tener un mayor interés por adquirir información sobre SSR, pero enfrentan más barreras culturales y sociales para acceder a ella, mientras que los hombres disponen de más libertad para hablar del tema, aunque tienden a recibir información menos estructurada y basada en mitos, lo que favorece la normalización del riesgo (123,124). Estos patrones reflejan una socialización sexual marcada por el control sobre las mujeres y la negligencia educativa hacia los hombres, reforzada por el estigma y las normas de género, que restringen especialmente el acceso de niñas a información y servicios fiables (125,126). En los servicios de salud, los hombres suelen carecer de puntos de entrada claros (127), y las mujeres, aunque los utilizan más, denuncian desinformación y limitada autonomía (125,128,129).

Estas desigualdades informativas reflejan también un patrón interseccional de exclusión, en el que las brechas de género, educación y territorio interactúan con condiciones materiales y simbólicas de desigualdad. Desde este enfoque (3,4,6), la falta de información no puede entenderse únicamente como un déficit educativo, sino como el resultado de relaciones de poder históricas que sitúan a determinados grupos, MJ, de áreas rurales y con menor nivel educativo, en posiciones estructuralmente desfavorecidas respecto al acceso al conocimiento, los recursos y la autodeterminación sexual y reproductiva.

Esta dinámica coincide con los planteamientos de los teóricos clásicos de la sexualidad, como Maslow (1942), Fromme (1955), Reiss (1976) y Demartino (1974), ya señalaban, las actitudes y comportamientos sexuales no se forman únicamente a partir del conocimiento racional, sino del contexto educativo, social y cultural que define qué información es accesible, legítima y transmitida (130).

### **Desarrollo del modelo: itinerarios de realidad, circuitos de vulnerabilidad y estrategias de salida**

En conjunto, la integración de los resultados cuantitativos y cualitativos permite comprender que las conductas sexuales de riesgo entre las PJA de Benguela no pueden explicarse únicamente por una falta de información o de conocimiento, sino que responden a un entramado más complejo de desigualdades estructurales, normas de género y restricciones culturales. Estas condiciones, al limitar la autonomía y la toma de decisiones, refuerzan los circuitos de vulnerabilidad identificados en el segundo estudio, donde el embarazo temprano, el aborto inseguro y la VBG se configuran como manifestaciones interconectadas de un mismo sistema de exclusión social y de salud.

Este enfoque permite comprender por qué las jóvenes, especialmente en contextos rurales o de bajos recursos, enfrentan mayores limitaciones para acceder a métodos anticonceptivos o negociar prácticas seguras. Así, las desigualdades estructurales y simbólicas se entrelazan, reproduciendo los circuitos de vulnerabilidad descritos en el segundo estudio.

La vivencia de la SSR de las PJA en Angola se comprende mejor a través de los itinerarios de realidad desarrollados, los cuales ilustran cómo las creencias culturales, religiosas y sociales modelan sus decisiones, percepciones y comportamientos frente al embarazo, la anticoncepción, el aborto y la maternidad. Estas narrativas permiten entender la SSR no solo

como un conjunto de prácticas o conocimientos, sino como una experiencia condicionada por los valores morales, las normas sociales y las desigualdades estructurales que definen el contexto angoleño.

La identificación de los distintos itinerarios de realidad permite reconocer circuitos de vulnerabilidad, estrategias de salida y una ruta de empoderamiento, que reflejan los mecanismos a través de los cuales las PJA intentan gestionar su sexualidad en contextos de restricción y desigualdad. El análisis muestra que el embarazo temprano es una experiencia recurrente entre las jóvenes, coherente con estudios observacionales realizados en países de ASS con alta fecundidad, donde se reporta una tasa de embarazo no deseado del 22,4%, alcanzando en Angola la cifra más alta, con un 46,6% (131).

En el itinerario de realidad 1, el aborto se destaca como un crimen contra la vida que destruye las tradiciones y los valores culturales africanos. Esta actitud también fue resaltada por varios estudios recientes donde la cultura se utiliza como un recurso discursivo para oponerse al aborto seguro y donde el aborto se construye como una fuerza destructora de los valores y tradiciones culturales (132,133).

El itinerario de realidad 2 refleja una narrativa de desesperanza y clandestinidad: el aborto aparece como una salida posible, pero insegura y emocionalmente traumática ante un embarazo no deseado. Las jóvenes que se sitúan en este itinerario describen la experiencia del aborto como un proceso oculto, peligroso y lleno de miedo, que en muchos casos deja secuelas físicas y psicológicas. Esta situación coincide con lo reportado en revisiones sistemáticas sobre África, donde el aborto inseguro se asocia con la falta de acceso a métodos anticonceptivos, la ausencia de servicios de salud amigables para adolescentes y la carencia de educación sexual integral (134).

En el caso del itinerario de realidad 3, la continuación del embarazo es la única opción viable. En este itinerario, la religión, los valores culturales y las tradiciones africanas desempeñan un papel relevante. En este caso, las decisiones de las jóvenes están profundamente determinadas por las normas religiosas, las expectativas de género y la presión familiar. La maternidad es interpretada como un destino inevitable y como un medio para obtener reconocimiento social en contextos donde las oportunidades educativas y laborales son limitadas. La realidad que se ajusta a este itinerario también se pone de relieve en otros estudios que concluyen que la edad temprana del primer parto se asocia, entre otros factores,

al cristianismo y con sistemas de creencias tradicionales que otorgan un valor moral y espiritual a la alta fecundidad (135).

De manera transversal, los tres itinerarios evidencian cómo la SSR se vive en un entorno moral restrictivo, donde las posibilidades de elección están condicionadas por estructuras de poder y sistemas de creencias que limitan la autonomía reproductiva. No obstante, en los GD también emergieron relatos de resistencia y búsqueda de alternativas, las llamadas ES, donde las PJA recurren a redes de apoyo entre pares, asociaciones juveniles o comunidades religiosas progresistas para acceder a información, contención emocional y acompañamiento. Estas estrategias, aunque limitadas, representan formas de agencia frente a un contexto adverso.

Finalmente, el estudio identifica una ruta de empoderamiento que simboliza un horizonte de cambio posible, en el que las PJA imaginan un futuro con mayor libertad sexual y reproductiva, acceso a servicios de salud seguros y educación sexual integral. Esta aspiración, expresada en el itinerario de realidad 4, asocia la legalización del aborto y la reforma de los sistemas de salud con una vida más justa y digna, donde las decisiones sobre el cuerpo y la maternidad puedan ser tomadas desde la autonomía y el conocimiento.

La investigación desarrollada refuerza esta interpretación al mostrar que las MJ, pese a tener conciencia de los riesgos asociados con los embarazos tempranos, el aborto inseguro y la falta de anticoncepción, enfrentan graves restricciones para ejercer su autonomía sexual y reproductiva. La búsqueda de abortos inseguros entre las jóvenes de Benguela refleja las consecuencias de un entorno marcado por el estigma, la desigualdad de género y la criminalización del aborto. Estas experiencias subrayan la violencia estructural que atraviesa la vida sexual y reproductiva de las mujeres y la necesidad de intervenciones urgentes para reducir estas necesidades insatisfechas (136).

Por otro lado, los HJ tienden a reproducir modelos tradicionales de masculinidad que refuerzan su posición de poder dentro de las relaciones sexuales, lo que se traduce en una menor implicación en la planificación familiar y en la responsabilidad compartida sobre la anticoncepción. Estas desigualdades de poder afectan directamente la capacidad de las mujeres para negociar prácticas seguras y para evitar embarazos no deseados.

Los resultados de ambos estudios coinciden con la literatura previa que identifica el género, la educación, la edad de la primera relación sexual, la riqueza del hogar y la estructura familiar como determinantes clave del embarazo adolescente en ASS (118).

Además, en Angola, la mayoría de las madres adolescentes son madres de embarazos tempranos y esto está relacionado con una estructura familiar deficiente, fenómeno estrechamente relacionado con contextos de pobreza, bajo nivel educativo y residencia en zonas periurbanas (24).

Desde el marco analítico desarrollado, estas dinámicas pueden entenderse como parte de los circuitos de vulnerabilidad, donde las normas de género, la religión y las condiciones socioeconómicas se entrecruzan para limitar las oportunidades vitales de las MJ. Sin embargo, también se identifican estrategias de salida y una ruta de empoderamiento, expresadas en los discursos de quienes buscan resistir estas normas y acceder a información, apoyo y espacios seguros a través de asociaciones juveniles, pares o redes comunitarias.

Nuestros resultados evidencian que el género no actúa de manera aislada, sino que intersecciona con otras dimensiones de desigualdad como la edad, la clase social, la educación, la religión y el territorio, produciendo experiencias diferenciadas de vulnerabilidad en materia de SSR (3–5,7).

Este enfoque permite entender que las limitaciones que enfrentan las MJ de áreas rurales no solo responden a su condición de género, sino a la suma de factores estructurales que restringen su autonomía sexual y reproductiva. De igual modo, las masculinidades tradicionales, al reforzar la desigualdad y el poder asimétrico en las relaciones sexuales, también son parte de un sistema interseccional de dominación que condiciona las prácticas y percepciones de la SSR.

### **Estrategias de intervención**

La presente tesis doctoral remarca la necesidad de diseñar intervenciones educativas adaptadas a las realidades de las PJA, considerando tanto su contexto urbano como rural. Asimismo, subraya la necesidad de utilizar múltiples fuentes de información, como la escuela, la televisión y la radio, en lugar de depender únicamente de Internet.

Si bien las nuevas tecnologías y las redes sociales pueden ser herramientas efectivas para difundir información sobre SSR (137–139), la limitada conectividad, el alto costo de Internet y las brechas digitales, especialmente en zonas rurales, restringen su alcance y refuerzan la exclusión informativa. Por lo tanto, a la hora de diseñar campañas educativas también se deberían utilizar otras fuentes de información como la escuela, los medios de comunicación (televisión y radio) o expresiones culturales como el teatro.

---

Del mismo modo, se resalta la importancia del activismo social y el papel de las asociaciones de jóvenes para cambiar las actitudes hacia la SSR y romper los ciclos de vulnerabilidad.

Se describe como la salida de los circuitos de vulnerabilidad que se definen, es posible a través del activismo social y/o las comunidades religiosas. En el camino para abordar las necesidades insatisfechas y ofrecer alternativas viables, las OSC de la provincia de Benguela, que pueden tener una base religiosa, pueden desempeñar un papel transformador crucial y contribuir al cambio social. Estas organizaciones conectan directamente con las necesidades de las PJA, apoyándolas para salir de los circuitos de vulnerabilidad y favorecer el desarrollo de su máximo potencial.

Asimismo, pueden actuar como agentes de cambio al fortalecer la conciencia de las PJA en materia de SSR mediante iniciativas concretas y adaptadas a sus necesidades específicas. Al estar impulsadas por la propia comunidad, estas asociaciones están en una posición privilegiada para identificar los principales desafíos que enfrentan en este ámbito. Finalmente, la identificación y el fortalecimiento de liderazgos comunitarios juveniles, junto con la articulación con otras partes interesadas, contribuyen a crear un entorno favorable que permita a las PJA romper los ciclos de vulnerabilidad y ampliar sus oportunidades de desarrollo.

En este sentido, se revela que estas asociaciones y movimientos juveniles representan una ruta de empoderamiento colectiva, donde la acción social y la participación cívica se convierten en medios para cuestionar las normas restrictivas y promover nuevas narrativas sobre la sexualidad y la autonomía.

En consonancia con lo descrito en la literatura, la participación juvenil en estas redes no se limita a la adquisición de conocimientos en SSR, sino que favorece el desarrollo de competencias psicosociales clave, tales como el liderazgo, la autoestima y la capacidad de incidencia social, que resultan fundamentales para fortalecer la agencia individual y colectiva y para interrumpir dinámicas de vulnerabilidad y desigualdad estructura (140–142).

Finalmente, las estrategias de intervención en SSR deberían diseñarse desde un enfoque interseccional y de derechos, que reconozca la diversidad de experiencias y condiciones sociales que atraviesan las PJA (5–8).

## 7.1 LIMITACIONES

Deben considerarse algunas limitaciones al interpretar los resultados de esta investigación. En primer lugar, el desequilibrio de género en la muestra y la falta de información sobre el nivel socioeconómico impidieron incluir este factor como covariable en los análisis, lo que habría permitido una comprensión más completa de los determinantes del conocimiento en SSR.

Asimismo, aunque los datos cuantitativos ofrecieron una visión general de los conocimientos y comportamientos de las personas jóvenes y adolescentes, no permitieron profundizar en los significados, percepciones y factores socioculturales subyacentes. El cuestionario tampoco abordó de manera específica aspectos clave como las experiencias de violencia, incluida la VBG y la VPI, ni los procesos de toma de decisiones relacionados con el embarazo temprano y el aborto.

Otra limitación se vincula con la definición operativa de las conductas sexuales de riesgo. La inclusión de haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses como indicador podría ampliar la estimación de la prevalencia de estos comportamientos. No obstante, tras realizar un análisis adicional excluyendo este criterio, la proporción de jóvenes clasificados en riesgo se mantuvo elevada, lo que refuerza la consistencia de los hallazgos y sugiere que la magnitud del fenómeno no depende exclusivamente de la definición adoptada.

El carácter transversal del componente cuantitativo impide, además, establecer relaciones causales entre los factores examinados. A ello se suma que el uso de autoinformes puede introducir sesgos de deseabilidad social, especialmente en temas sensibles como las prácticas sexuales o el uso de anticonceptivos, donde las respuestas pueden verse influidas por normas culturales, religiosas o por la búsqueda de aceptación social.

Desde el punto de vista cualitativo, la investigación se circunscribió a la provincia de Benguela, lo que limita la transferibilidad de los hallazgos a otros contextos del país. Aunque los grupos de discusión permitieron recoger una diversidad de opiniones, el número de grupos no resulta suficiente para capturar plenamente la heterogeneidad social, cultural y geográfica de la población angoleña. Asimismo, la propia dinámica grupal puede haber condicionado la expresión de algunas experiencias individuales, favoreciendo la participación de quienes se sentían más cómodos con el tema.

La ausencia de una triangulación metodológica más amplia constituye otra limitación relevante. La incorporación de entrevistas individuales en profundidad u otras técnicas complementarias habría permitido contrastar las narrativas colectivas con experiencias personales, aportando una comprensión más rica de los significados asociados a la SSR.

En conjunto, estas limitaciones metodológicas y contextuales reflejan la complejidad inherente al estudio de la salud sexual y reproductiva en contextos socioculturales diversos. No obstante, la integración de enfoques cuantitativos y cualitativos permitió aproximarse al fenómeno desde distintas perspectivas, contribuyendo a una comprensión más amplia y contextualizada de las experiencias y determinantes que influyen en la SSR de las personas jóvenes y adolescentes.

Futuras investigaciones deberían considerar diseños longitudinales, ampliar la diversidad territorial de las muestras e incorporar estrategias metodológicas complementarias que permitan profundizar en los factores estructurales, culturales y relacionales que median entre el conocimiento y las prácticas sexuales.

---

## 8 CONCLUSIONES

Conclusión 1: Los conocimientos en SSR de las PJA son globalmente adecuados, aunque presentan importantes desigualdades temáticas, con mayor dominio en VIH e ITS, seguidos de métodos anticonceptivos y un menor nivel de conocimiento en igualdad de género.

Conclusión 2: El origen urbano, la edad avanzada, ser mujer y el uso de revistas e Internet como principales fuentes de información se asociaron significativamente a un buen conocimiento de SSR. En contraste, las conductas sexuales de riesgo se asociaron principalmente con el sexo masculino, sin observarse diferencias significativas entre ámbitos urbanos y rurales, lo que indica que estas conductas responden a dinámicas más complejas en las que el género resulta más determinante que el contexto territorial.

Conclusión 3: Las principales preocupaciones en torno a la SSR fueron los métodos anticonceptivos y el aborto, el embarazo temprano, las ITS y VBG, identificándose como factores subyacentes la igualdad de género, cultura y religión, acceso a servicios de salud y educación, información y conocimiento.

Conclusión 4: Las experiencias de las mujeres jóvenes frente al embarazo temprano se organizan en distintos itinerarios de realidad y circuitos de vulnerabilidad, condicionados por el estigma, la desinformación y la pobreza intergeneracional, pero atravesados también por rutas de empoderamiento y estrategias de salida vinculadas al activismo social, las redes comunitarias y la transformación del sistema de salud y del marco legal.

---

## 8.1 CONCLUSIONS

Conclusion 1: Overall, young people's knowledge of SRH is adequate; however, important thematic inequalities remain, with greater knowledge in HIV and STIs, followed by contraceptive methods, and lower levels of knowledge regarding gender equality.

Conclusion 2: Urban residence, older age, being female, and the use of magazines and the Internet as main sources of information were significantly associated with better knowledge of sexual and reproductive health (SRH). In contrast, sexual risk behaviors were primarily associated with the male gender, with no significant differences observed between urban and rural settings, indicating that these behaviors are shaped by more complex dynamics in which gender plays a more decisive role than territorial context.

Conclusion 3: The main concerns regarding SRH were contraceptive methods and abortion, early pregnancy, STIs, and GBV. Underlying factors identified included gender equality, culture and religion, access to health and education services, as well as information and knowledge.

Conclusion 4: Young women's experiences of early pregnancy are organized around different life trajectories and pathways of vulnerability, shaped by stigma, misinformation, and intergenerational poverty, but also traversed by routes of empowerment and exit strategies linked to social activism, community networks, and the transformation of the health system and the legal framework.

## 9 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Las futuras líneas de investigación deberían ampliar el foco más allá de la población joven, incorporando otros actores clave que desempeñan un papel central en la configuración de los discursos, las prácticas y el acceso a la SSR. En este sentido, resulta especialmente relevante explorar los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de los y las profesionales de la salud, los profesores y profesoras del sistema educativo formal, las personas líderes comunitarias y religiosas, así como de las autoridades tradicionales.

El análisis de los y las profesionales de la salud es prioritario, dado su papel como principales referentes en el asesoramiento, la prevención y la atención en materia de anticoncepción, ITS, embarazo, VBG y su capacidad para facilitar o limitar el acceso a servicios de calidad. De igual modo, la inclusión de profesoras y profesores resulta fundamental por su rol en la transmisión de conocimientos, valores y normas sobre sexualidad en el entorno escolar. El estudio de personas líderes comunitarias y religiosas, junto con las autoridades tradicionales, es clave debido a su legitimidad social y a su influencia en la definición de normas culturales, morales y de género que condicionan las decisiones sexuales y reproductivas, actuando como mediadores entre las políticas públicas, las normas socioculturales y las experiencias cotidianas de la población.

Por otro lado, se hace necesario profundizar en el estudio de poblaciones clave que experimentan formas específicas de vulnerabilidad y exclusión, como las mujeres trabajadoras del sexo y las personas LGTBI, con el fin de identificar barreras diferenciadas en el acceso a información, servicios de salud y protección legal.

Dado que el embarazo temprano emerge como una de las principales preocupaciones entre la población joven, futuras investigaciones deberían ampliar el rango etario e incorporar franjas de edad más tempranas, incluyendo a niños y niñas a partir de los 11 años. Muchas de las desigualdades y conductas que se manifiestan durante la adolescencia se gestan en etapas previas del desarrollo, por lo que abordar estas edades antes del inicio de la vida sexual puede contribuir a reducir el riesgo de embarazo temprano y otras vulnerabilidades asociadas.

Desde una perspectiva temática, futuras investigaciones deberían profundizar en aspectos aún poco explorados, como la prevalencia, el conocimiento y las percepciones en torno a ITS distintas del VIH, así como las experiencias de trato y la calidad de la atención en las consultas

de SSR. De igual modo, resulta prioritario explorar de manera específica la violencia entre la población joven y en edades tempranas, dado que la VBG emerge como una de las principales preocupaciones identificadas en este estudio.

Asimismo, se considera fundamental analizar los itinerarios institucionales vinculados a la VBG, en particular los circuitos de denuncia ante la policía y el sistema judicial, con el fin de identificar barreras, vacíos de protección y posibles puntos de mejora en la respuesta institucional.

Futuras investigaciones deberían explorar también el papel de la medicina tradicional en la SSR, analizando cómo la población joven transita entre los sistemas tradicionales y biomédicos. Comprender estos itinerarios mixtos permitiría identificar tensiones, complementariedades y riesgos, así como su impacto en la toma de decisiones relacionadas con el embarazo temprano, el aborto, las ITS y el acceso a los servicios de salud.

Por último, se propone incorporar un enfoque territorial en futuras investigaciones que permita analizar cómo los contextos de movilidad y economía informal influyen en la SSR en Angola. En este sentido, la creciente relevancia estratégica del Corredor del Lobito, como eje de transporte, comercio y movilidad regional, puede intensificar dinámicas ya identificadas en este estudio. Anticipar el impacto de estos procesos permitiría comprender mejor las trayectorias de SSR de la población joven y de poblaciones especialmente vulnerables, como las mujeres vendedoras ambulantes o las mujeres trabajadoras de sexo.

---

## 10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018 Jun;391(10140):2642–92.
2. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. *The Lancet*. 2006 Dec;368(9551):2001–16.
3. N WC, A S. Associated Risk Factors of STIs and Multiple Sexual Relationships among Youths in Malawi. *PLoS One*. 2015 Aug 6;10(8):e0134286.
4. Leon-Larios F, Gómez-Baya D. [Design and validation of a brief questionnaire to assess young´s sexual knowledge]. *Rev Esp Salud Publica*. 2018 Jun 1;92.
5. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)*. 2012 May;138(12):534–40.
6. Petersson C, Swahnberg K, Peterson U, Oscarsson M. Experience of violence and self-rated health: Do youths disclose their experiences when visiting a Youth Centre in Sweden. *Scand J Public Health*. 2021 May 26;49(3):277–84.
7. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. *Journal of Adolescent Health*. 2007 Mar;40(3):206–17.
8. LaChausse RG. A Clustered Randomized Controlled Trial of the Positive Prevention PLUS Adolescent Pregnancy Prevention Program. *Am J Public Health*. 2016 Sep;106(S1):S91–6.
9. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to Reduce Teen Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, and Associated Sexual Risk Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*. 2014 May;54(5):499–507.
10. Goesling B, Scott ME, Cook E. Impacts of an Enhanced Family Health and Sexuality Module of the HealthTeacher Middle School Curriculum: A Cluster Randomized Trial. *Am J Public Health*. 2016 Sep;106(S1):S125–31.

11. Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy. UNFPA. 2015;
12. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Jan;56(1):S22–41.
13. Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low-income countries: and information brief. Department of Child and Adolescent Health and Development, Geneva, 2008, WHO.
14. Psaki SR, Chuang EK, Melnikas AJ, Wilson DB, Mensch BS. Causal effects of education on sexual and reproductive health in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *SSM Popul Health*. 2019 Aug;8:100386.
15. Desrosiers A, Betancourt T, Kergoat Y, Servilli C, Say L, Kobeissi L. A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. *BMC Public Health*. 2020 Dec 12;20(1):666.
16. Temmerman M, Khosla R, Say L. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *The Lancet*. 2014 Aug;384(9941):e30–1.
17. Jennings L, George AS, Jacobs T, Blanchet K, Singh NS. A forgotten group during humanitarian crises: a systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people including adolescents in humanitarian settings. *Confl Health*. 2019 Dec 27;13(1):57.
18. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *Journal of Adolescent Health*. 2016 Oct;59(4):S11–28.
19. Igras SM, Macieira M, Murphy E, Lundgren R. Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. *Glob Public Health*. 2014 May 28;9(5):555–69.
20. Villa-Torres L, Svanemyr J. Ensuring Youth's Right to Participation and Promotion of Youth Leadership in the Development of Sexual and Reproductive Health Policies and Programs. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Jan;56(1):S51–7.

21. Cavet J, Sloper P. The participation of children and young people in decisions about UK service development. *Child Care Health Dev.* 2004 Nov 4;30(6):613–21.
22. Brieger WR, Delano GE, Lane CG, Oladepo O, Oyediran KA. West African youth initiative: outcome of a reproductive health education program. *Journal of Adolescent Health.* 2001 Dec;29(6):436–46.
23. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2015;131.
24. Hindin MJ, Christiansen CS, Ferguson BJ. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2013 Jan 1;91(1):10–8.
25. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* 2019 Aug 1;97(8):548-562P.
26. Cooke GS, Andrieux-Meyer I, Applegate TL, Atun R, Burry JR, Cheinquer H, et al. Accelerating the elimination of viral hepatitis: a Lancet Gastroenterology & Hepatology Commission. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019 Feb;4(2):135–84.
27. Frank TD, Carter A, Jahagirdar D, Biehl MH, Douwes-Schultz D, Larson SL, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *Lancet HIV.* 2019 Dec;6(12):e831–59.
28. Aragão K, Sacomboio EN, Van-Dúnem JC, Santos AC, Campos PA de. SOCIODEMOGRAPHIC AND FAMILY CHARACTERISTICS OF PREGNANT ADOLESCENT IN MALANJE, ANGOLA. *International Journal of Health Science.* 2023 Jul 4;3(49):2–13.
29. Ahinkorah BO. Individual and contextual factors associated with mistimed and unwanted pregnancies among adolescent girls and young women in selected high fertility countries

- in sub-Saharan Africa: A multilevel mixed effects analysis. *PLoS One*. 2020 Oct 22;15(10):e0241050.
30. United Nations Population Fund (UNFPA). *The State of World Population 2017. Reproductive health and rights in an age of inequality*.
  31. Mombo-Ngoma G, Mackanga JR, González R, Ouedraogo S, Kakolwa MA, Manego RZ, et al. Young adolescent girls are at high risk for adverse pregnancy outcomes in sub-Saharan Africa: an observational multicountry study. *BMJ Open*. 2016 Jun 29;6(6):e011783.
  32. Ahinkorah BO. Socio-demographic determinants of pregnancy termination among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Sep;21(1):598.
  33. Naidoo K, Adeagbo O, Pleaner M. *Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescent Girls and Young Women in Sub-Saharan Africa: Research, Policy, and Practice*. Sage Open. 2019 Jul 4;9(3).
  34. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 26;15(8):1583.
  35. Melesse DY, Mutua MK, Choudhury A, Wado YD, Faye CM, Neal S, et al. Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? *BMJ Glob Health*. 2020 Jan;5(1):e002231.
  36. Melesse DY, Cane RM, Mangombe A, Ijadunola MY, Manu A, Bamgboye E, et al. Inequalities in early marriage, childbearing and sexual debut among adolescents in sub-Saharan Africa. *Reprod Health*. 2021 Jun 17;18(S1):117.
  37. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 26;15(8):1583.

38. Chandra-Mouli V, Neal S, Moller AB. Adolescent sexual and reproductive health for all in sub-Saharan Africa: a spotlight on inequalities. *Reprod Health*. 2021 Jun 17;18(S1):118.
39. Mbadu Muanda F, Gahungu NP, Wood F, Bertrand JT. Attitudes toward sexual and reproductive health among adolescents and young people in urban and rural DR Congo. *Reprod Health*. 2018 Dec 4;15(1):74.
40. Amanu A, Birhanu Z, Godesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: evidence synthesis and implications. *Glob Health Action*. 2023 Dec 31;16(1).
41. Chandra-Mouli V, Ferguson BJ, Plesons M, Paul M, Chalasani S, Amin A, et al. The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development. *Journal of Adolescent Health*. 2019 Dec;65(6):S16–40.
42. Sani AS, Abraham C, Denford S, Ball S. School-based sexual health education interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2016 Dec 10;16(1):1069.
43. Kalembo FW, Zgambo M, Yukai D. Effective Adolescent Sexual and Reproductive Health Education Programs in Sub-Saharan Africa. *Calif J Health Promot*. 2013 Sep 1;11(2):32–42.
44. de Walque D. How does the impact of an HIV/AIDS information campaign vary with educational attainment? Evidence from rural Uganda. *J Dev Econ*. 2007 Nov;84(2):686–714.
45. Bastien S, Ferenchick E, Mbassi SM, Plesons M, Chandra-Mouli V. Improving health worker motivation and performance to deliver adolescent sexual and reproductive health services in the Democratic Republic of Congo: study design of implementation research to assess the feasibility, acceptability, and effectiveness of a package of interventions. *Glob Health Action*. 2022 Dec 31;15(1).

46. Almeida N, Teixeira A, Garcia J, Martins N, Ramalho C. Effects of an Educational Intervention on Angolan Adolescents' Knowledge of Human Reproduction: A Quasi-Experimental Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec 17;16(24):5155.
47. de Almeida NPS, da Silva CL, Garcia JRM, Sachiteque AC, da Fonseca WC, Ramalho C, et al. Characteristics of Students in Three Schools of General Education and Council of Christian Churches of Angola in the City of Huambo-Angola on Sexuality for Educational Intervention. *Open J Obstet Gynecol*. 2016;06(10):572–87.
48. Almeida N, Teixeira A, Garcia J, Martins N, Ramalho C. Effects of an Educational Intervention on Angolan Adolescents' Knowledge of Human Reproduction: A Quasi-Experimental Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec 17;16(24):5155.
49. Adinma J, Umeononihu O, Umeh M. Adolescent and pre-pregnancy nutrition in Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol*. 2017;34(1):1.
50. Angola Multiple Indicators and Health Survey 2015-2016. 2016;
51. Guimarães Nebenzahl H, Lopes Â, Castro R, Pereira F. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis C virus, hepatitis B virus and syphilis among individuals attending anonymous testing for HIV in Luanda, Angola. *South African Medical Journal*. 2013 Jan 24;103(3):186.
52. Oliveira D, Martins M do R, Castro R, Cordeiro L, Barroso MR, Nazaré MA, et al. Seropositivity rate and sociodemographic factors associated to HIV, HBV, HCV and syphilis among parturients from Irene Neto Maternity of Lubango city, Angola. *Sex Transm Infect*. 2020 Dec;96(8):587–9.
53. Guimarães Nebenzahl H, Lopes Â, Castro R, Pereira F. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis C virus, hepatitis B virus and syphilis among individuals attending anonymous testing for HIV in Luanda, Angola. *South African Medical Journal*. 2013 Jan 24;103(3):186.
54. Francis SC, Mthiyane TN, Baisley K, Mchunu SL, Ferguson JB, Smit T, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among young people in South Africa: A nested survey in a health and demographic surveillance site. *PLoS Med*. 2018 Feb 27;15(2):e1002512.

55. Yefimenko L, Gasparinho C, Lopes Â, Castro R, Pereira F. Treponema pallidum infection rate in patients attending the general hospital of Benguela, Angola. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2023 Jan 31;17(01):125–8.
56. Hensen B, Floyd S, Phiri MM, Schaap A, Sigande L, Simuyaba M, et al. The impact of community-based, peer-led sexual and reproductive health services on knowledge of HIV status among adolescents and young people aged 15 to 24 in Lusaka, Zambia: The Yathu Yathu cluster-randomised trial. *PLoS Med*. 2023 Apr 21;20(4):e1004203.
57. Osvaldo Chitumba H, Nhime Nungulo V, Nanduva Kahuli C. Perfil das adolescentes grávidas atendidas no Centro de Saúde Materno-Infantil da Mineira (Huambo, Angola). *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. 2022 May 31;8(1):1–15.
58. Tavares HDP, Tavares SBMP, Capingana DP, Da Gama SGN, Da Silva LGP. Obstetric, Sociodemographic, and Psychosocial Problems of Postpartum Adolescents of Huambo, Angola. *Clin Med Insights Womens Health*. 2016 Jan 19;9:CMWH.S27161.
59. Weidert K, Prata N, Bell S, Nieto-Andrade B, Carvahlo A, Neves I. Varying family planning strategies across age categories: differences in factors associated with current modern contraceptive use among youth and adult women in Luanda, Angola. *Open Access J Contracept*. 2016 Jan;1.
60. Kaboré A, BM, ML, KI, PY, KC, HH, & MN. Factors associated with unmet need for birth spacing among Angolan women. *Afr J Reprod Health*. 2022;26(6):22–6.
61. de Vargas Nunes Coll C, Ewerling F, Hellwig F, de Barros AJD. Contraception in adolescence: the influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low- and middle-income countries. *Reprod Health*. 2019 Dec 21;16(1):21.
62. Guimarães AM d'Ávila N, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003 Jun;11(3):293–8.
63. Yaya S, Ghose B. Prevalence of unmet need for contraception and its association with unwanted pregnancy among married women in Angola. *PLoS One*. 2018 Dec;13(12):e0209801.

64. Ba DM, Ssentongo P, Agbese E, Kjerulff KH. Prevalence and predictors of contraceptive use among women of reproductive age in 17 sub-Saharan African countries: A large population-based study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2019 Oct;21:26–32.
65. Decker M, & CN. Factors associated with contraceptive use in Angola. 2011;15 4,:68–77.
66. Calipi EDJF, Manzini F, Leite SN. Access to contraceptives and the right to health in Angola: experiences of a woman and pharmacist. *Saúde em Debate*. 2024;48(140).
67. Darteh EKM, Dickson KS, Doku DT. Women’s reproductive health decision-making: A multi-country analysis of demographic and health surveys in sub-Saharan Africa. *PLoS One*. 2019 Jan 9;14(1):e0209985.
68. Antai D, Namasivayam, Osuorah, Syed. The role of gender inequities in women’s access to reproductive health care: a population-level study of Namibia, Kenya, Nepal, and India. *Int J Womens Health*. 2012 Jul;351.
69. Michael TO, Naidoo K. The influence of wife abuse on women’s reproductive choices in Southern African Countries: Findings from a cross-sectional analysis of demographic and health surveys. *Afr J Reprod Health*. 2024 Oct 31;28(10):99–111.
70. Lagarde E, Caraël M, Glynn JR, Kanhonou L, Abega SC, Kahindo M, et al. Educational level is associated with condom use within non-spousal partnerships in four cities of sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2001 Jul;15(11):1399–408.
71. Prata N, Vahidnia F, Fraser A. Gender and Relationship Differences in Condom Use Among 15–24-Year-Olds in Angola. *Int Fam Plan Perspect*. 2005 Dec;31(04):192–9.
72. Shibre G, Zegeye B, Idriss-Wheeler D, Ahinkorah BO, Oladimeji O, Yaya S. Socioeconomic and geographic variations in antenatal care coverage in Angola: further analysis of the 2015 demographic and health survey. *BMC Public Health*. 2020 Dec 15;20(1):1243.
73. Hellwig F, Coll CVN, Blumenberg C, Ewerling F, Kabiru CW, Barros AJD. Assessing Wealth-Related Inequalities in Demand for Family Planning Satisfied in 43 African Countries. *Front Glob Womens Health*. 2021 Jul 26;2.

- 
74. Calipi EDJF, Manzini F, Leite SN. Access to contraceptives and the right to health in Angola: experiences of a woman and pharmacist. *Saúde em Debate*. 2024;48(140).
  75. Melesse DY, Mutua MK, Choudhury A, Wado YD, Faye CM, Neal S, et al. Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? *BMJ Glob Health*. 2020 Jan;5(1):e002231.
  76. Egbende L, Mayala V, Mbunga B, Viberg N, Mapatano MA, Alfvén T, et al. Perspectives on delivering sexual and reproductive health and rights information and services to young people: focus group discussions with civil society organizations in the Democratic Republic of Congo. *Glob Health Action*. 2024 Dec 31;17(1).
  77. de Almeida N, Teixeira A, Capoco Sachiteque A, Molina JR, dos Prazeres Tavares H, Ramalho C. Characterisation of induced abortion and consequences to women's health at Hospital Central do Huambo – Angola. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2020 May 18;40(4):558–63.
  78. Blodgett M, Weidert K, Nieto-Andrade B, Prata N. Do perceived contraception attitudes influence abortion stigma? Evidence from Luanda, Angola. *SSM Popul Health*. 2018 Aug;5:38–47.
  79. Willis B, Church K, Perttu E, Thompson H, Weerasinghe S, Macias-Konstantopoulos W. The preventable burden of mortality from unsafe abortion among female sex workers: a Community Knowledge Approach survey among peer networks in eight countries. *Sex Reprod Health Matters*. 2023 Dec 31;31(1).
  80. de Almeida N, Teixeira A, Capoco Sachiteque A, Molina JR, dos Prazeres Tavares H, Ramalho C. Characterisation of induced abortion and consequences to women's health at Hospital Central do Huambo – Angola. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2020 May 18;40(4):558–63.
  81. Torres M, BD, YÁ, BR, & AA. Caracterización de adolescentes con aborto inducido en el Hospital Municipal de Libolo, Kwansa Sul, Angola. 2018;97:244–52.

- 
82. Morris N, Prata N. Abortion history and its association with current use of modern contraceptive methods in Luanda, Angola. *Open Access J Contracept*. 2018 Jul;Volume 9:45–55.
  83. Cantu L, Murray SO, Roscoe W. Boy-Wives and Female Husbands: Studies of African Homosexualities. *Contemp Sociol*. 1999 Sep;28(5):554.
  84. Bivens RT. Progress and Skepticism: What Angola’s New Penal Code Means for Its LGBTQIA+ Community. *Afr Today*. 2024 Jun;70(4):25–46.
  85. Dionne KY, Dulani B. African Attitudes Toward Same-Sex Relationships, 1982–2018. In: *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. Oxford University Press; 2020.
  86. Bivens R. Progress and Skepticism: What Angola’s New Penal Code Means for Its LGBTQIA+ Community. *Africa* . 2024;
  87. Sequeira Rodrigues E. Continuity and ruptures in the hegemonic model of femininity in Angola: an analysis of the experience of female lecturers at the Katyavala Bwila-Benguela University (Angola). *J Br Acad*. 2022;10s6:11–30.
  88. Ndossy IJ. Transition to gender equality. *KAS African Law Study Library - Librairie Africaine d’Etudes Juridiques*. 2023;10(4):592–600.
  89. Singh K, Bloom S, Brodish P. Gender Equality as a Means to Improve Maternal and Child Health in Africa. *Health Care Women Int*. 2015 Jan 2;36(1):57–69.
  90. Relaciones de pareja de estudiantes angolanos de la Universidad Central “Martha Abreu” de Las Villas. Un análisis desde las desigualdades de género. 2019;14:1–9.
  91. Rasanathan JJK. Religion and health, and the search for common ground. *BMJ*. 2023 Jul 20;p1661.
  92. Arousell J, Carlbom A. Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016 Apr;32:77–87.
  93. Yaya S, Kunnuji MON, Bishwajit G. Intimate Partner Violence: A Potential Challenge for Women’s Health in Angola. *Challenges*. 2019 Mar 18;10(1):21.

- 
94. Trinitapoli J. The AIDS-related activities of religious leaders in Malawi. *Glob Public Health*. 2011 Jan;6(1):41–55.
  95. Murungi T, Kunihiro I, Oyella P, Mugerwa M, Gift P, Aceng MJ, et al. The role of religious leaders on the use of HIV/AIDS prevention strategies among young people (15–24) in Lira district, Uganda. *PLoS One*. 2022 Oct 27;17(10):e0276801.
  96. Chimatiro CS, Hajison P, Muula AS. The role of community leaders on adolescent's HIV and sexual reproductive health and rights in Mulanje, Malawi. *Reprod Health*. 2020 Dec 14;17(1):66.
  97. Baturaine Barbara N, Kizito O. Qualitative study of roles of religious leaders in promoting adolescent sexual reproductive health and rights in Iganga municipality Uganda. *Int J Med (Dubai)*. 2021 Feb 19;9(1):23–30.
  98. Achigibah AD, AmdjadFar M, Krugu JK, Ruitter RAC, Mevissen FEF. The end point of it is abstinence: a qualitative analysis of underlying factors influencing Christian leaders' adoption and implementation of sex and sexuality education in Bolgatanga, Ghana. *Cult Health Sex*. 2024 Oct 16;26(10):1301–15.
  99. Gichuru E, Kombo B, Mumba N, Sariola S, Sanders EJ, van der Elst EM. Engaging religious leaders to support HIV prevention and care for gays, bisexual men, and other men who have sex with men in coastal Kenya. *Crit Public Health*. 2018 May 27;28(3):294–305.
  100. Situational analysis on young key populations' sexual and reproductive health and rights in Angola Key Findings. 2020;
  101. Kendall T, CJ, DN, & UE. Community Mobilization to Promote and Protect the Sexual and Reproductive Rights of Women Living with HIV in Latin America. *Health and Human Rights*. 2020;22:213-225.
  102. Eghtessadi R, Mukandavire Z, Mutenherwa F, Cuadros D, Musuka G. Safeguarding gains in the sexual and reproductive health and AIDS response amidst COVID-19: The role of African civil society. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020 Nov;100:286–91.

103. Matos C. NGOs and advocacy communications on sexual and reproductive health and rights: From the North to the South. *Fem Media Stud.* 2022 Feb 17;22(2):183–204.
104. Nibogora BD. Novel approaches to identify and characterize young key population networks in southern Africa. *J Int AIDS Soc.* 2021 Jul 30;24(S3).
105. Lissoni A. South Africa's Revolutionary Era - *Spear: Mandela and the Revolutionaries* By Paul S. Landau. Athens: Ohio University Press, 2022. Pp. 372. \$80.00, hardcover (ISBN: 9780821424704); \$36.95, paperback (ISBN: 9780821424797); ebook (ISBN: 97808214476970). *The Journal of African History.* 2023 Jul 17;64(2):316–20.
106. Pinto da Cruz B. The Penal Origins of Colonial Model Villages: From Aborted Concentration Camps to Forced Resettlement in Angola (1930–1969). *J Imp Commonw Hist.* 2019 Mar 4;47(2):343–71.
107. Antunes MJL. A crack in everything: Violence in soldiers' narratives about the Portuguese colonial war in Angola. *Hist Anthropol Chur.* 2022 Oct 20;33(5):611–30.
108. Garraio J. Framing Sexual Violence in Portuguese Colonialism: On Some Practices of Contemporary Cultural Representation and Remembrance. *Violence Against Women.* 2019 Oct 10;25(13):1558–77.
109. Habte A, Dessu S, Bogale B, Lemma L. Disparities in sexual and reproductive health services utilization among urban and rural adolescents in southern Ethiopia, 2020: a comparative cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2022 Jan 31;22(1):203.
110. Folayan MO, Adebajo S, Adeyemi A, Ogungbemi KM. Differences in Sexual Practices, Sexual Behavior and HIV Risk Profile between Adolescents and Young Persons in Rural and Urban Nigeria. *PLoS One.* 2015;10(7):e0129106.
111. Finlay JE, Assefa N, Mwanyika-Sando M, Dessie Y, Harling G, Njau T, et al. Sexual and reproductive health knowledge among adolescents in eight sites across sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health.* 2020 Jan 8;25(1):44–53.
112. Fasil N, Worku A, Oljira L, Tadesse AW, Berhane Y. Association between sexual and reproductive health education in peer group and comprehensive knowledge of HIV

- among adolescent girls in rural eastern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022 Oct 3;12(10):e063292.
113. Fubam RM TNOOOA. Sexual and reproductive health knowledge of secondary school adolescents in Fako, Cameroon. *Pan Afr Med J* 2022 Apr 27;41:340.
  114. Badawi MM, SalahEldin MA, Idris AB, Hasabo EA, Osman ZH, Osman WM. Knowledge gaps of STIs in Africa; Systematic review. *PLoS One*. 2019 Sep 12;14(9):e0213224.
  115. Instituto Nacional de Estatística (INE) M da S (MINSÁ), M do P e do DT (MINPLAN) e I. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola2015-2016. 2017;
  116. Cohn J, Owiredú MN, Taylor MM, Easterbrook P, Lesi O, Francoise B, et al. Eliminating mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus, syphilis and hepatitis B in sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ*. 2021 Apr 1;99(4):287–95.
  117. Kadengye DT, Dalal S. Social intolerance, risky sexual behaviors and their association with HIV knowledge among Ugandan adults: results from a national survey. *AIDS Care*. 2019 Feb 17;31(2):250–4.
  118. Menshawý A, Abushouk AI, Ghanem E, Senna M, Lotfy N, Abdel-Maboud M, et al. Break the Silence: Knowledge and Attitude Towards Sexual and Reproductive Health Among Egyptian Youth. *Community Ment Health J*. 2021 Feb 22;57(2):238–46.
  119. Morojele NK, Ramsoomar L, Dumbili EW, Kapiga S. Adolescent Health Series – Alcohol, tobacco, and other drug use among adolescents in sub-Saharan Africa: A narrative review. *Tropical Medicine & International Health*. 2021 Dec 2;26(12):1528–38.
  120. Ranganathan M, Heise L, MacPhail C, Stöckl H, Silverwood RJ, Kahn K, et al. ‘It’s because I like things... it’s a status and he buys me airtime’: exploring the role of transactional sex in young women’s consumption patterns in rural South Africa (secondary findings from HPTN 068). *Reprod Health*. 2018 Dec 29;15(1):102.
  121. United Nations Population Fund (UNFPA): *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*, 2015.

- 
122. Usonwu I, Ahmad R, Curtis-Tyler K. Parent–adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. *Reprod Health*. 2021 Dec 10;18(1):202.
  123. DeMartino MF. Attitudes toward Sex and Strength of Sexual Drive. In: *Sex and the Intelligent Women*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1974. p. 13–25.
  124. Reiss IL. The influence of contraceptive knowledge on premarital sexuality. *Medical Aspects of Human Sexuality*. Hospital Publications, Inc. 1970;14(75).
  125. Finlay JE, Assefa N, Mwanyika-Sando M, Dessie Y, Harling G, Njau T, et al. Sexual and reproductive health knowledge among adolescents in eight sites across sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health*. 2020 Jan 8;25(1):44–53.
  126. Nubed CK, Akoachere JFTK. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior secondary school students in Fako Division, South West Region, Cameroon. *BMC Public Health*. 2016 Dec 22;16(1):847.
  127. Hindin MJ FA. Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an overview of trends and interventions. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009;35(2):58–62.
  128. Caldwell JC, Caldwell P. The Cultural Context of High Fertility in sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev*. 1987 Sep;13(3):409.
  129. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division . 2022;
  130. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep;8(9):e1152–61.
  131. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2018 Dec 27;15(1):15.

132. Roberts KJ, Smith C, Cluver L, Toska E, Sherr L. Understanding Mental Health in the Context of Adolescent Pregnancy and HIV in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review Identifying a Critical Evidence Gap. *AIDS Behav.* 2021 Jul 15;25(7):2094–107.
133. Osok J, Kigamwa P, Stoep A Vander, Huang KY, Kumar M. Depression and its psychosocial risk factors in pregnant Kenyan adolescents: a cross-sectional study in a community health Centre of Nairobi. *BMC Psychiatry.* 2018 Dec 18;18(1):136.
134. Redinger S, Pearson RM, Houle B, Norris SA, Rochat TJ. Thoughts of self-harm in early and late pregnancy in urban South Africa: Investigating prevalence, predictors and screening options. *South African Medical Journal.* 2021 Jun 30;111(7):627.
135. Osok J, Kigamwa P, Huang KY, Grote N, Kumar M. Adversities and mental health needs of pregnant adolescents in Kenya: identifying interpersonal, practical, and cultural barriers to care. *BMC Womens Health.* 2018 Dec 15;18(1):96.
136. Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 Dec 6;19(1):59.
137. Ahinkorah BO. Individual and contextual factors associated with mistimed and unwanted pregnancies among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa: A multilevel mixed effects analysis. *PLoS One.* 2020 Oct 22;15(10):e0241050.
138. Macleod C, Sigcau N, Luwaca P. Culture as a discursive resource opposing legal abortion. *Crit Public Health.* 2011 Jun;21(2):237–45.
139. Macleod CI, Hansjee J. Men and talk about legal abortion in South Africa: equality, support and rights discourses undermining reproductive 'choice.' *Cult Health Sex.* 2013 Sep 1;15(8):997–1010.
140. Atuhaire S. Abortion among adolescents in Africa: A review of practices, consequences, and control strategies. *Int J Health Plann Manage.* 2019 Oct 9;34(4).

- 
141. Motsima T. The Risk Factors Associated With Early Age At First Birth Amongst Angolan Women: Evidence From The 2015-2016 Angola Demographic And Health Survey. *European Journal of Medical and Health Sciences*. 2020 Apr 1;2(2).
  142. Munakampe MN, Zulu JM, Michelo C. Correction to: Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2019 Dec 2;19(1):441.
  143. Jones K, Eathington P, Baldwin K, Sipsma H. The Impact of Health Education Transmitted Via Social Media or Text Messaging on Adolescent and Young Adult Risky Sexual Behavior. *Sex Transm Dis*. 2014 Jul;41(7):413–9.
  144. Rea S, Zynda A, Allison B, Tolleson-Rinehart S. Adolescent Perceptions of Technology-Based Sexual and Reproductive Health Services: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*. 2022 Nov;71(5):533–44.
  145. Reynolds C, Sutherland MA, Palacios I. Exploring the Use of Technology for Sexual Health Risk-Reduction among Ecuadorean Adolescents. *Ann Glob Health*. 2019 Apr 15;85(1).

## 11 ANEXOS

### 11.1 ANEXO DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO Y SISTEMA DE PUNTUACIÓN

El cuestionario constaba de tres apartados principales. En primer lugar, variables sociodemográficas que incluían edad, sexo biológico, identidad sexual, estado civil, hijos, religión, máximo nivel educativo alcanzado, ocupación, autopercepción de tener alguna SRHK y fuentes de las que los participantes obtenían información sobre SSR. En segundo lugar, evaluamos la SRHK en tres bloques: 1) ITS y su prevención (incluyendo VIH, ITS curables, vías y fuentes de infección y signos y síntomas), 2) planificación familiar (centrada en el conocimiento sobre métodos anticonceptivos) y 3) igualdad de género incluyendo preguntas relacionadas con el placer sexual o los deberes de anticoncepción. Por último, preguntamos por el comportamiento sexual incluyendo edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales en los últimos doce meses, actividad sexual bajo la influencia de alcohol o drogas, sexo a cambio de dinero, uso de preservativo, antecedentes de ITS, tratamiento y notificación a la pareja sexual, prueba voluntaria de VIH, embarazo, embarazos precoces y aborto (incluyendo aborto espontáneo y aborto electivo). La conducta sexual de riesgo se definió como tener múltiples parejas sexuales (>1 en los últimos 12 meses), múltiples parejas sexuales a la vez, sexo bajo el efecto de drogas o alcohol, no usar condón en sexo esporádico, sexo a cambio de dinero, HSH y participantes que informaron antecedentes de ITS.

La puntuación se realizó de la siguiente manera: se otorgó 1 punto por cada respuesta correcta y 0 puntos por cada respuesta incorrecta o "no sabe". La puntuación más alta posible fue de 25 puntos y consideramos  $\geq 17$  puntos (más de 2/3 de las respuestas correctas) como el valor de corte para un conocimiento "adecuado" sobre SSR. Específicamente, el bloque de ITS estuvo compuesto por 6 preguntas de verdadero/falso/no sabe (puntuación más alta: 6 puntos), 7 preguntas de sí/no (puntuación más alta: 7 puntos) y 1 pregunta de opción múltiple (3 respuestas correctas y 3 incorrectas con una puntuación más alta de 6 puntos). El bloque de igualdad de género estuvo compuesto por 5 preguntas de acuerdo/en desacuerdo (puntuación más alta de 5 puntos) y el bloque de planificación familiar tuvo 1 pregunta de opción múltiple ( $\geq 3$  de 12 opciones correctas = 1 punto).

## 11.2 CUESTIONARIO SOBRE SSR A JÓVENES



## QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

- Número de identificação:
- Município:
- Paróquia/Bairro:
- Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade

\_\_\_\_\_ anos

Data de nascimento (dia/mês/ano): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2. Sexo (Qual é o seu sexo biológico?)

Homem

Mulher

3. Identidade sexual (Psicologicamente como você se sente em relação ao sexo?)

Homem

Mulher

Nenhum dos dois

4. Estado civil

Solteiro/a

Casado / a ou maritalmente

Divorciado/a

Separado/a

Viúvo/a

5. Filhos

Sim

Não

Caso **afirmativo**, diga o número de filhos: \_\_\_\_\_

6. Religião

Católica

Adventista

Testemunha de Jeová

Baptista

IURD

Metodista

Assembleia de Deus

Sem Religião

Outra: \_\_\_\_\_

7. Nível de educação

Nenhuma

Primária

Secundária

Superior

- Marque se concluído o não concluído

Concluído

Concluído

Concluído

Não concluído

Não concluído

Não concluído

**8. Trabalho** Sim     NãoCaso **afirmativo**, especifique o tipo de trabalho:

- Camponês                       Profissional da saúde                       Doméstica
- Comerciante                       Funcionário administrativo                       Professor
- Outras: \_\_\_\_\_

**CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA****1. Tem algum conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva?** Sim     NãoCaso **sim**, pontualize numa escala de 1 a 5 a importância delas (onde apontar 1 é “menos importante” e 5 “muito importante”)

	1	2	3	4	5
• Escola					
• Mãe					
• Pai					
• Irmãos/as					
• Trabalhadores da Saúde					
• Amigos					
• Televisão					
• Revistas/livros					

• Internet					
• Rádio					
• Outros (especificar): _____					

**2. Das seguintes afirmações, marque verdadeiro, falso ou desconhecido.**

	Verdadeiro	Falso	Desconhecido
Uma mulher pode engravidar depois de uma primeira relação sexual.			
A masturbação provoca problemas de saúde.			
As infeções de transmissão sexual podem manifestar-se pela presença de secreção através do pénis, alteração no corrimento vaginal, feridas genitais, mas também podem não apresentar nenhum sintoma.			
Os preservativos podem ser utilizados mais de uma vez, se tiveres cuidado.			
O uso do preservativo é um dos métodos mais eficazes para prevenir as doenças de transmissão sexual.			
Se utilizar ervas e outros produtos sem prescrição do Profissional de Saúde para diminuir o fluxo vaginal, ou se fazer lavagens intravaginais, pode aumentar o risco de contrair infeções de transmissão sexual.			

**3. Alguma vez já ouviu falar de VIH-SIDA?**  Sim  Não Se a resposta for **não**, não responda as seguintes questões

3.1. Uma pessoa aparentemente saudável pode ter VIH-SIDA  Sim  Não

3.2. Como se transmite o VIH-SIDA? Marque a/as opção/s que considere correta/s.

- Por contacto sexual       De mãe para filho (durante a gravidez, parto e amamentação)       Por abraços e beijos
- Por contacto com sangue       A través da picada do mosquito       Por compartilhar, comida e roupa

3.3. Uma pessoa pode saber se tem VIH-SIDA realizando um simples teste.

- Sim       Não

3.4. Alguma vez fez um teste de HIV-SIDA?

- Não       Sim

• Data do último teste: \_\_\_\_\_

• Foi positivo?

- Não       Sim

• Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

• No caso de ser **positivo** para HIV-SIDA, faz tratamento?

- Sim       Não

3.5. Existe um tratamento que permite as pessoas que vivem com VIH-SIDA manterem-se em bom estado de saúde.

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

3.6. É possível curar o VIH-SIDA.

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

3.7. A circuncisão masculina diminui o risco de contágio do VIH-SIDA e de outras infeções de transmissão sexual.

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

3.8. Um casal pode prevenir o VIH e outras infeções de transmissão sexual, se mantiver sexo apenas entre eles e se realizar frequentemente o teste para descartá-las.

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

3.9. Para além do VIH-SIDA, existem outras infeções que podem ser transmitidas por contacto sexual (infeções de transmissão sexual)?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Nome da infeção que conheces: \_\_\_\_\_

## ACTIVIDADE E CONDUTAS SEXUAIS

### 1. Alguma vez já teve relações sexuais?

- Nunca       Apenas beijos e carinho       Masturbação       Relação com penetração

### 2. Se a resposta da pergunta anterior for NUNCA, assinale as razões:

- Não me sinto preparado/a       O sexo antes do casamento não é correto
- Nunca tive oportunidade       Tenho medo de ficar grávida ou engravidar a minha parceira
- Tenho medo de contrair o VIH-SIDA e outras doenças de transmissão sexual
- Outras (especificar): \_\_\_\_\_

### 3. No caso de teres mantido relações sexuais com penetração alguma vez, responda as seguintes perguntas:

3.1. Com que idade teve a sua primeira relação sexual com penetração? \_\_\_\_\_

3.2. Tem relação estável?

- Sim       Não

• No caso afirmativo, indique o número de parceiros estáveis nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

• Utilizam preservativo?

- Sempre       Quase sempre       Quase nunca       Nunca

3.3. Teve alguma relação ocasional nos últimos 12 meses?

- Sim       Não

• No caso afirmativo, indique o número de parceiros esporádicos nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

• Utilizou preservativo?

- Sempre       Quase sempre       Quase nunca       Nunca

3.4. Nos últimos 12 meses, tem mantido relações sexuais ...

... com alguma pessoa diagnosticada com alguma doença de       Sim       Não

transmissão sexual e/o HIV-SIDA?

... com duas ou mais pessoas ao mesmo tempo?

Sim  Não

... sobre influência de alguma droga?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

... sobre influência de álcool?

Sim  Não

... em troca de receber dinheiro, drogas ou qualquer outro benefício?

Sim  Não

... em troca de dar dinheiro, drogas ou qualquer outro benefício?

Sim  Não

**4. Algumas pessoas sentem-se atraídas por pessoas do mesmo sexo. Responda as seguintes perguntas se aconteceu alguma vez:**

4.1. Teve relações sexuais com ou sem penetração com pessoas do mesmo sexo?

Sim  Não

4.2. Se a resposta anterior for sim, responda as seguintes perguntas:

• Indique o número de parceiras do mesmo sexo que se relacionou nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

• Considera-se:

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

4.3. Responda em caso de ser homem:

• Que tipo de relação anal costuma praticar?

Insertiva

Receptiva

Ambas

Nenhuma

• Utiliza preservativo?

Sempre

Quase sempre

Quase nunca

Nunca

**5. Alguma vez teve doença sexualmente transmissível?**

Sim

Não

Se a resposta anterior for **sim**, responda as seguintes perguntas:

5.1. Quantas vezes foi diagnosticada/o com alguma doença sexualmente transmissível? (Especificar número de vezes): \_\_\_\_\_

5.2. Qual (quais) foi (foram) as doenças: \_\_\_\_\_

5.3. Fez algum tratamento?

Sim  Não

5.4. No caso de não ter realizado o tratamento/quais foram os motivos:

Crenças religiosas  Vergonha  Custo  Outros (especificar): \_\_\_\_\_

5.5. Onde fez o tratamento?

Centro de saúde ou Hospital  Medicina tradicional  Amigo ou familiar  Automedicação

5.6. Seu (sua) parceiro/a sexual fez tratamento?

Sim  Não  Desconheço

### VIOÊNCIA DO GÉNERO E EMPODERAMENTO DAS MULHERES

1. Verifique se concorda ou discorda das seguintes afirmações:

	Concordo	Discordo
Se uma mulher sugere ao seu parceiro que utilize o preservativo significa que não confia nele.		
Os homens necessitam ter relações sexuais mais frequentemente que as mulheres		
A contraceção é tarefa da mulher, o homem não deve preocupar-se.		
Uma mulher promíscua e com problemas de saúde, apresenta maior corrimento vaginal.		
O mais importante no ato sexual é que o homem sinta prazer.		

## PLANEAMENTO FAMILIAR

### 1. Que método contraceptivo você conhece?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pílula                         | <input type="checkbox"/> Preservativo feminino  | <input type="checkbox"/> Coito interrompida                     |
| <input type="checkbox"/> Implante (Chipe)               | <input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte | <input type="checkbox"/> De acordo com o dia do ciclo menstrual |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino (DIU) | <input type="checkbox"/> Vasectomia             | <input type="checkbox"/> Espermicida                            |
| <input type="checkbox"/> Preservativo                   | <input type="checkbox"/> Laqueação tubária      | <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____            |

### 2. Utiliza algum método anticoncepcional?

Sim.

Não.

Qual? \_\_\_\_\_

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

### 3. Alguma vez já teve dificuldade financeira para pagar o anticoncepcional?

Sim

Não

### 4. Já foi a um centro de saúde para aprender sobre Planeamento Familiar?

Sim

Não

### 5. Já esteve grávida ou engravidou uma mulher?

Sim

Não

No caso que a resposta anterior seja **afirmativa**, responda as seguintes perguntas:

4.1. Idade da primeira gravidez: \_\_\_\_\_

4.2. Quantas vezes já esteve grávida ou engravidou uma mulher? \_\_\_\_\_

4.3. Durante a gravidez, fez um teste de VIH-SIDA?

Sim

Não

4.4. Você ou a sua parceira já fez um aborto?

Sim

Não