

# SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN 11 MUNICIPIOS DE NICARAGUA



-Documento de trabajo-

Informe-resumen de resultados de estudio de línea de base del proyecto de restitución de derechos en salud sexual y reproductiva en 11 municipios de Nicaragua, implementado por el Ministerio de la Juventud



Elaborado por UNFPA  
para el Ministerio de la Juventud de la República de Nicaragua.  
Año 2015.

Informe-resumen de resultados de estudio de línea de base del proyecto de restitución de derechos en salud sexual y reproductiva en 11 municipios de Nicaragua, implementado por el Ministerio de la Juventud.

## CRÉDITOS

Estudio elaborado en el marco de la cooperación técnica del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con el Ministerio de la Juventud (MINJUVE).

### Coordinación general:

Adriana Alarcón y Deyanira Gutiérrez (MINJUVE)  
Henry Espinoza (AVESTA)  
David Orozco (UNFPA)

### Supervisión:

Silvia Altamirano (MINJUVE)

### Diseño y Diagramación:

Lic. Katherine Sevilla Torres

### Aportes técnicos al diseño, procesamiento y análisis de información:

David Orozco, Medea Morales, Timothy Hansell y Karla Aburto (UNFPA)  
Empresa consultora a cargo del diseño metodológico y levantamiento y análisis de datos: Avesta, Henry Espinoza, Yamileth Molina, Oscar Guerrero, Francisco Centeno y Bismark Rodríguez.

### Procesamiento de datos:

Alberto Sándigo, Carmen Sequeira, Karolina Torres, Kenia Corea y Melissa Brenes Aguilar.

### Equipo encuestador en Santo Tomás:

Bráham Steven Hurtado, Yórwin Amador Solís, Angela Rivas Amador, Michael Hernández Solís, Yóiner Rivas Morales, Yésmer José Oporta, Béyker Martín Pérez, Aníbal Antonio González, Reyna Isabel Lazo, Jébell Antonio Hernández, Jasson Wilfredo Tórrez, Miúrel Ojeda Aguilar, Kathy Jirón Zúniga, Selena Ríos Ramos, Alberto García García, Lambrini Rivera Flores, Jorleny Ortiz Dávila, Nésler Lira Morales.

### Por favor citar este texto de la siguiente manera:

“UNFPA (2015). Informe resumen de resultados de línea de base del proyecto del Ministerio de la Juventud para restitución de derechos en salud sexual y reproductiva. Managua, Nicaragua.”

### Foto de Portada

Enlaces territoriales y promotores de Ministerio de la Juventud durante el Taller para la Preparación de Conversatorios y video foros. ©UNFPA 2014

### Foto de Contraportada

Primera de Izquierda a derecha:

Enlaces territoriales y promotores de Ministerio de la Juventud durante el Taller para la Preparación de Fiestas Informativas. Claudia Porras/© UNFPA 2014

Segunda y tercera de izquierda a derecha:

Estudiantes del Instituto Josefa Toledo de Juigalpa participando del Cine Foro “La Sexualidad en la Juventud” para la prevención del embarazo en adolescentes. Claudia Porras/© UNFPA 2015

## AGRADECIMIENTO

A las y los adolescentes y jóvenes “Enlaces Territoriales” del MINJUVE por sus aportes en la validación de la metodología del estudio de línea de base del municipio de Santo Tomás.

A los jóvenes y adolescentes encuestadores, porque con su voluntad de llegar a cada casa seleccionada es posible hablar de las diferentes realidades de sus pares encuestados.

Al Equipo técnico del MINJUVE por los aportes valiosos a los temas en estudio y a la validación de la metodología, así como también por el apoyo logístico, por el seguimiento y la supervisión desde la concepción del estudio hasta su publicación.



Jóvenes estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) durante la Feria Informativa en ocasión del Día Mundial de la Población, conmemorado con el lema “Jóvenes Sumamos Más”. Alejandra Almanza/© UNFPA 2014

## LISTA DE ACRÓNIMOS

<b>AyJ</b>	Adolescentes y Jóvenes
<b>CMN</b>	Comisaría de la Mujer, Niñez y Adolescencia
<b>ACAPOL</b>	Academia de Policía
<b>DSSR</b>	Derechos Sexuales y Reproductivos
<b>ENDESA</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>ENSSR</b>	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>FES</b>	Federación de Estudiantes de Secundaria
<b>IML</b>	Instituto de Medicina Legal
<b>INIDE</b>	Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo
<b>ITS</b>	Infección(es) de Transmisión Sexual
<b>LQAS</b>	Muestreo por área de supervisión (Lot Quality Assurance Sampling)
<b>MAC</b>	Métodos Anticonceptivos
<b>MIFAN</b>	Ministerio de la Familia, la Adolescencia y la Niñez
<b>MINED</b>	Ministerio de Educación
<b>MINIM</b>	Ministerio de la Mujer
<b>MINJUVE</b>	Ministerio de la Juventud
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>M&amp;E</b>	Monitoreo y Evaluación
<b>MOSAFC</b>	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>PNDH</b>	Plan Nacional de Desarrollo Humano
<b>SIDA</b>	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>UNEN</b>	Unión Nacional de Estudiantes de Nicaragua
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de Naciones Unidas
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>Xi2</b>	Chi Cuadrada o Prueba estadística de Chi Cuadrada

## DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

<b>Adultismo</b>	Visión sobre las relaciones interpersonales derivada de una concepción patriarcal que identifica a las y los jóvenes como menos importantes que los adultos. Esta concepción considera que se le debe enseñar, disciplinar y castigar y guiar en el mundo de los adultos, sin tomar en cuenta sus propios criterios y aspiraciones. <sup>1</sup>
<b>Abuso Sexual</b>	Todo contacto con intencionalidad sexual que tiene origen en una relación de poder y que se produce a través de la seducción, chantaje, amenaza o engaño; produciendo secuelas traumáticas severas. En la mayoría de los casos se produce en lugares aparentemente “seguros”. <sup>2</sup>
<b>Acoso Sexual</b>	El acoso fundamentalmente se produce cuando una persona valiéndose de su condición de superioridad o autoridad demande o solicite cualquier actividad con fines sexuales a cambio de promesas, explícitas o implícitas de un trato preferencial. Incluye intimidación o amenazas mediante expresiones verbales o por cualquier medio, incluyendo el electrónico. Este tipo de delito está calificado como tal en la Ley 779, Art. 13. <sup>3</sup>
<b>Afro-descendiente</b>	Hace alusión a las personas descendientes de africanos esclavizados en América. <sup>4</sup>
<b>División Sexual del Trabajo</b>	Consiste en la distribución tradicional del trabajo entre hombres y mujeres en donde se diferencian las actividades y espacios en función del sexo, correspondiendo fundamentalmente a las mujeres desarrollar actividades en el ámbito doméstico, considerado como reproductivo, y a los hombres en el ámbito público, considerado como productivo. Esta asignación cultural ha producido aprendizajes diferentes para hombres y mujeres, que se valoran de manera desigual dentro de la sociedad. <sup>5</sup>
<b>Explotación Sexual Comercial</b>	Es usar o facilitar el uso sexual o erótico de chavalas y chavalos, niñas y niños a cambio de algún tipo de pago o beneficio. Por uso sexual se entiende todo tipo de actividades y tocamientos o manoseos sexuales directos del cuerpo y sus partes íntimas o también a utilizarlos desnudos o con poca ropa en fotografías y espectáculos eróticos o pornográficos. <sup>6</sup> La explotación sexual comercial es un delito penado por la ley, Arto. 175 Código Penal.
<b>Género</b>	Son las responsabilidades, pautas, comportamientos, valores, gustos, temores, actividades y expectativas que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres. Es el modo de ser hombre o ser mujer en una cultura determinada y que adquieren en el proceso de socialización a través de la familia, la escuela, y/o el grupo, entre otros. <sup>7</sup>
<b>Machismo</b>	Actitud y comportamiento de prepotencia ejercida generalmente por los hombres que impone como valor preponderante las características, condiciones que favorecen a los hombres en comparación con las mujeres. Se instrumenta mediante actitudes discriminativas, prohibitivas, silenciadoras o despreciativas dirigidas a las mujeres por el solo hecho de ser mujeres transmiten estos valores en la crianza de los hijos e hijas. <sup>8</sup>

1 Adaptado por UNFPA Nicaragua, 2012 en base a: Krauskopf, Dina (1998). Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes, en: Participación y Desarrollo Social en la Adolescencia, UNFPA, y Bell, John (2000). El Adultismo y el papel de los Adultos en el desarrollo del liderazgo juvenil, en: Manual de Desarrollo de liderazgos. Nueva York.

2 Adaptado por UNFPA Nicaragua, 2012 en base a: Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2001) Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud. Edición Piloto. Nueva York.

3 Asamblea Nacional, Ley 779, Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley No. 641. “Código Penal” Managua, 20 de febrero 2012.

4 Rangel, M. (2005). La población afrodescendiente en América Latina y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un examen exploratorio en países seleccionados utilizando información censal. Trabajo presentado en el seminario Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en América Latina y El Caribe” Sesión 1. CEPAL, Santiago, 27-29 de abril.

5 Adaptado por UNFPA Nicaragua, 2012 en base a: Ferreira, G. (1991) La educación que nos dieron y la que nos negaron. En: La mujer maltratada. Buenos Aires Suramericana.

6 Hernández, T. Juárez, M. Flores, E. & Cortés V. (2011). Protejamos a las adolescentes. Mi cuerpo no está en venta. La Boletina. Suplemento (84). Recuperado el 16 de abril de 2013, de <http://www.puntos.org.ni/index.php/es/suplementos/suplemento-esca-boletina/ique-es-la-explotacion-comercial-comercial.html>.

7 Adaptado por UNFPA Nicaragua, 2012 en base a: Fernández P. Montserrat., Welsh, Patricio. (2010). “Alternativas queremos y podemos tener una vida mejor cuidando nuestras relaciones” Manual para facilitadores y facilitadoras. Managua, UNFPA.

8 IDEM 5.

<b>Roles de Género</b>	Conjunto de normas y responsabilidades socialmente construidas, asociadas como masculinas o femeninas en la sociedad <sup>9</sup>
<b>Salud Sexual</b>	Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas. <sup>10</sup>
<b>Salud Reproductiva</b>	Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entrafía la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos <sup>11</sup>
<b>Violación</b>	Agresión sexual con penetración, ejercida hacia mujeres u hombres mediante el uso o la amenaza del uso de la fuerza por una persona que puede ser conocida o no por la víctima <sup>12</sup>
<b>Violencia de Género</b>	Es la violencia atribuida a las relaciones entre hombres y mujeres, en la que la mujer es comúnmente la víctima. Se deriva de relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Esta violencia se dirige específicamente contra la mujer debido a que es mujer, o afecta desproporcionadamente a las mujeres. Abarca los siguientes actos, aunque no se limita a ellos: los daños físicos, sexuales y psicológicos (incluidos la intimidación, el sufrimiento, la coacción y/o la privación de libertad dentro de la familia o de la comunidad en general). Incluye la violencia perpetrada o tolerada por el estado <sup>13</sup>
<b>Violencia Sexual</b>	Acción que obliga a una persona a mantener contacto sexual o físico o verbal con fines sexuales, o a participar en otras interacciones sexuales con una persona o que obligue a mantener relaciones con terceros, mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal <sup>14</sup>

9 IDEM 6.

10 OPS/OMS, 2000.

11 Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo El Cairo. (2004). p.53.

12 Adaptado por UNFPA Nicaragua, 2012 en base a: Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2001) Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud. Edición Piloto. Nueva York.

13 Fondo de Población de las Naciones Unidas. Violencia contra las niñas y las mujeres. Prioridad de salud pública. (1998). p.5.

14 Organización Panamericana de la Salud. Para vivir sin violencia: Dimensiones del problema compromisos de solución. (1999) p.2.

# CONTENIDO

PÁG.

<b>Presentación</b> .....	<b>10</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>Antecedentes</b> .....	<b>12</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>14</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>14</b>
Edad de inicio de las relaciones sexuales .....	14
Actitudes basadas en normas de género sobre la sexualidad .....	18
Actitudes hacia la prevención del embarazo en la adolescencia .....	21
Uso de otro método anticonceptivo en la primera relación sexual .....	24
Edad del primer embarazo en la adolescencia: .....	25
¿A quién consultó “la primera vez” que quiso saber sobre cómo prevenir un embarazo? .....	26
Búsqueda de información sobre MAC en los últimos 6 meses: el internet .....	27
Actitudes relacionadas con la búsqueda de apoyo y servicios ante violencia sexual .....	29
Actitudes de estigma y/o discriminación hacia las personas con VIH .....	31
Comportamientos de prevención de ITS y VIH .....	32
Organización y participación juvenil .....	34
Características de las y los adolescentes y jóvenes de 10-19 años que no van a la escuela .....	36
Principales características de la población de AyJ de 10 a 19 años escolar y no escolar .....	37
Factores asociados al uso de condón en la 1ra relación sexual en varones y mujeres .....	40
Factores asociados al uso de condón o de un MAC en la 1ra relación sexual en mujeres .....	41
<b>Resumen de recomendaciones para los equipos de trabajo del programa</b> .....	<b>42</b>
<b>Anexo 1</b>	
Resumen de la metodología .....	44

# INDICE DE TABLAS

PÁG.

Tabla 1. Proporción de encuestados que ya había tenido relaciones sexuales en cada municipio .....	15
Tabla 2. Edad de inicio de vida sexual en los varones en los municipios del proyecto.....	16
Tabla 3. Edad de inicio de vida sexual en las mujeres en los municipios del proyecto .....	17
Tabla 4. Edad de inicio de vida sexual (Solo las mujeres jóvenes (15-24 años).....	18
Tabla 5. ¿Qué pueden hacer los jóvenes para evitar un embarazo en la adolescencia?.....	19
Tabla 6. Opinión sobre uso de condón en la primera relación y antecedente de inicio de vida sexual .....	21
Tabla 7. Uso de condón en la primera relación sexual en AyJ de 15 a 24 años.....	22
Tabla 8. Edad al primer embarazo .....	24
Tabla 9. ¿De quién recibió información o consejo la primera vez que preguntó?.....	26
Tabla 10. Fuente de información sobre métodos anticonceptivos .....	27
Tabla 11. Acceso a tecnologías de la información y la comunicación.....	28
Tabla 12. Actitudes de norma de género hacia la sexualidad.....	29
Tabla 13. Búsqueda de servicios ante un caso de violación (grupo de edad).....	30
Tabla 14. Búsqueda de servicios ante un caso de violación.....	31
Tabla 15. El uso del condón en la última relación sexual con pareja estable.....	33
Tabla 16. El uso del condón en la última relación sexual con pareja ocasional.....	34
Tabla 17. Actitud hacia y participación en actividades de mejoras del barrio.....	36
Tabla 18. Características de AyJ 10-19 años con relación a si fueron a la escuela.....	38
Tabla 19. Características de AyJ 15-19 años con relación a si fueron a la escuela.....	39
Tabla 20. Características de AyJ 15-19 años con relación a si fueron a la escuela.....	40
Tabla 21. Factores asociados al uso de condón en la 1ra relación sexual entre las y los adolescentes en edades de 15-19 años .....	41
Tabla 22. Factores asociados al uso de condón o de un MAC en la 1ra relación sexual (ENDESA).....	42
Tabla 23. Distribución de los adolescentes y Jóvenes encuestados por zona .....	44



# ÍNDICE DE GRÁFICAS

PÁG.

Gráfica 1. “Hay gente que piensa que las madres son las culpables del abuso sexual contra sus hijas porque no las cuidan bien.” ¿Está de acuerdo con esa manera de pensar? .....20

Gráfica 2. Le darías un abrazo a una persona que tiene VIH .....32

Gráfica 3. Razones por las que Adolescentes y Jóvenes ya no iban a la escuela .....37



Joven enlace territorial del Ministerio de la Juventud, durante la presentación del trabajo en grupo sobre la promoción del plan de vida en adolescentes y jóvenes. Claudia Porras/© UNFPA 2014

## PRESENTACIÓN

Este documento está dirigido a promotores y promotoras de las instituciones con programas que promueven la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de adolescentes y jóvenes (AyJ), incluyendo especialmente a las y los jóvenes “Enlaces Territoriales” del MINJUVE.

El documento es un resumen de los resultados de los estudios de línea de base realizados en 2011 y 2014 por el UNFPA en 11 municipios sobre la situación de los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva de las y los AyJ. El estudio incluyó un módulo cualitativo, que permite valorar en qué medida y desde qué enfoques se están abordando los contenidos de SSR para adolescentes y jóvenes. Para contextualizar los resultados, en el documento se incorporaron datos pertinentes provenientes de otras fuentes, como la encuesta nacional de demografía y salud, mejor conocida por sus siglas como ENDESA.

Este estudio confirmó la importancia de la asociación que existe entre eventos reproductivos y del desarrollo social de adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, el embarazo en la adolescencia es más común entre los que dejaron de estudiar (deserción escolar) y entre los que tenían rezago escolar; confirmando también que la educación tiene un efecto protector que se debe potenciar.

Considerando la prioridad que significa la prevención del embarazo en las y los AyJ que ya iniciaron vida sexual, el estudio incluyó preguntas específicas que permitieron establecer que el uso

del condón desde el inicio de la vida sexual está asociado con su uso continuo y potencialmente con la prevención de embarazos e ITS/VIH.

Las cifras que aquí se comparten deberían servir de insumo para que los planes institucionales, incluyendo metas para indicadores relacionados con la prevención de embarazos en la adolescencia y el seguimiento de todos los casos de embarazadas menores de 15 años. Estos planes deberían contar con la perspectiva juvenil, lo que implica que los jóvenes estén presentes a la hora de planificar, definir los contenidos de la capacitación y del diseño de mensajes a comunicar. Una perspectiva juvenil también implica protagonismo, es decir que sean los mismos jóvenes a la par de las otras estructuras comunitarias organizadas, quienes implementan sus planes y propician los cambios de actitudes y comportamientos.

En base a los resultados obtenidos y a experiencias en distintas regiones del mundo, el abordaje integral requiere de un programa que garantice que todas las personas reciban información y consejería adecuada a su edad. Otra cuestión clave es tomar en cuenta a los padres y madres, quienes querrán tener herramientas para abordar los temas de sexualidad con los hijos. Así mismo, desde las escuelas, donde las y los AyJ puedan aprender sobre la sexualidad y reflexionar sobre los valores y responsabilidades que les atañen.



Jóvenes estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) durante la Feria Informativa en ocasión del Día Mundial de la Población, conmemorado con el lema “Jóvenes Sumamos Más”. Alejandra Almanza/© UNFPA 2014

## INTRODUCCIÓN

Esta publicación incluye los resultados del estudio de línea de base del Proyecto de restitución de derechos en salud sexual y reproductiva, implementado por el Ministerio de la Juventud, datos de encuestas previamente realizadas por UNFPA en 2011 y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 2011/12. Este conjunto de datos sirven de base para valorar en el futuro el progreso en los indicadores y el impacto de los planes de SSR orientados a adolescentes y jóvenes desde las instituciones públicas del sector social.

La información ha sido organizada de la siguiente manera: Primeramente, en la sección de

antecedentes se explica la aparente paradoja de la situación de SSR en AyJ de Nicaragua. En la metodología se mencionan los elementos más destacados con respecto a las encuestas, la muestra y tipo de muestreo empleado. Seguidamente se presentan los resultados en una sucesión de temas, destacando las diferencias que fueron identificadas entre grupos de edad, entre zonas urbanas y rurales y las diferencias por sexo.

Se incluye un análisis específico sobre la situación de adolescentes y jóvenes que no están yendo a la escuela (AyJ no escolares), con el fin de brindar recomendaciones para la acción.



Jóvenes promotores del Ministerio de la Juventud durante el Cine Foro para la prevención del embarazo en adolescentes realizado en el Auditorio del Instituto Josefa Toledo de Juigalpa. Claudia Porras/© UNFPA 2015

## ANTECEDENTES

Nicaragua tiene una aparente paradoja en SSR: tiene una alta tasa de fecundidad en población adolescente que coexiste con una alta cobertura de métodos anticonceptivos en esta misma población. Además, la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (TFA<sup>1</sup>) ha sido la más lenta en descender en las últimas décadas y presenta un considerable rezago con relación al descenso de la fecundidad general, de tal manera que su aporte en nacimientos (de madres adolescentes) al total de nacimientos se ha visto ligeramente aumentado (pasó de ser 17% en la medición de 1992/93 a un 19% en 2011/12).

Los niveles de cobertura de métodos anticonceptivos medidos en 2011/12 en la población de adolescentes mujeres en edades 15-19 años fueron de un 74% -en las adolescentes que tenían pareja- y de un 72% -en las adolescentes de la misma edad que no tenían pareja pero que eran sexualmente activas-. Estas cifras indican, además, que la cobertura de métodos anticonceptivos aumentó con respecto a la de 2005/06, que fue de alrededor de un 60%.

Una probable explicación de esta aparente paradoja radica en que el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes es muy tardío y que la mayoría sólo comienza a usar un método hasta después del primer embarazo. De acuerdo a la misma ENDESA, el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres menores de 20 años es muy alto, pero 6 de cada 10 lo adoptan por primera vez hasta después del nacimiento del primer hijo.

Otro aspecto más complejo de este

<sup>1</sup> La TFA se calcula a partir de la cantidad de nacimientos de mujeres adolescentes entre las edades de 15-19 años. La TFA más reciente, resultante de la medición de ENDESA, en 2011/12 fue de 92, cifra que está casi a media distancia entre la cifra promedio de los países del África oriental-meridional y el promedio latinoamericano. La TFA promedio del África oriental-meridional es de 109 y entre los países cercanos a ese promedio se encuentran Sierra Leona, Senegal y la República Centroafricana. En América Latina y el Caribe la TFA promedio es de 79 y cercanos a ese promedio se encuentran Bolivia, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México y Panamá (UNFPA 2013a).

problema se relaciona con la gran cantidad de nacimientos que ocurren en Nicaragua en niñas de entre 10 a 14 años de edad, porque de acuerdo al Código Penal vigente estos embarazos habrían resultado de violaciones, porque se presume la falta de consentimiento, aun cuando la adolescente dice que fue por su propia voluntad .

Según el artículo 168 del Código Penal, “todo acceso carnal” con una persona menor de 14 años se considera violación. De acuerdo al artículo 169 del mismo Código Penal, el Estado de Nicaragua considera que en estos casos la violación puede ser agravada por numerosos factores.

Por otro lado, según el Código de la Niñez vigente, en los casos de las adolescentes embarazadas menores de 14 años, las autoridades correspondientes deberán brindar la atención y las medidas de protección que sean necesarias. De acuerdo al protocolo de atención para casos de violación del MINSA, el director de la Unidad de Salud debería reportar a las autoridades todos los casos de mujeres en los que se sospeche violación. Lo que implicaría que de acuerdo al artículo 168 del Código Penal los embarazos o partos de las niñas de 10 a 14 años de edad son en sí la evidencia del “acceso carnal” de violación que se ha incrementado.

De acuerdo a las estadísticas del MINSA, cada año ocurren más de un mil nacimientos de madres adolescentes en edades de entre 10 y 14 años, los cuales se han incrementado. En el año 2000 fueron 1,066 los nacimientos, pero en el año 2009 la cifra aumentó hasta 1,577. Aunque los temas de abuso sexual y la violación no se abordaron directamente en las encuestas de este estudio en los municipios, sí resultaron muy evidentes en las entrevistas y a partir de la revisión de las otras fuentes consultadas,

incluyendo la ENDESA y las estadísticas de la Policía Nacional. De tal forma que se puede afirmar que la violación y el abuso sexual son aún delitos frecuentes en Nicaragua que han sido puestos en evidencia por encuestas nacionales y estadísticas de la Policía Nacional, del MINSA y del Instituto de Medicina Legal. De acuerdo a la ENDESA de 2011/12, la prevalencia o proporción de mujeres con antecedentes de violación es de un 8%. En la mitad de los casos de mujeres con este antecedente, la violación ocurrió por primera vez antes de los 18 años, pero en aproximadamente 1 de cada 4 mujeres la violación ocurrió antes de los 15 años. Por otro lado, el análisis de las denuncias de violación presentadas durante los diez años a la Policía Nacional entre 1998 y 2008 dejó constancia de 14,377 casos, de los cuales, más de dos tercios (9,695 casos) eran de mujeres menores de 17 años. Según los datos de la ENDESA y de la Policía los principales agresores son hombres familiares de las víctimas.

El escenario aquí descrito puede resumirse así: hay persistencia del embarazo en la adolescencia, ocurriendo el nacimiento del primer

hijo en la mayoría de mujeres antes de alcanzar su mayoría de edad (antes de los 18 años), de los cuales una cifra no despreciable, de alrededor de un mil quinientos nacimientos o más, se dan en el grupo de edad de entre los 10 y los 14 años.

Tomando en cuenta este contexto y de la prioridad que el Gobierno ha definido para el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes, MINJUVE se enfoca en liderar y acompañar esfuerzos de restitución de derechos SSR en AyJ en coordinación con instituciones vinculadas al abordaje de los factores que determinan la ocurrencia de este persistente problema, de su prevención y de su manejo.

En este proceso de restitución de derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven, el MINJUVE facilitará la incorporación de la perspectiva generacional (protagonismo juvenil) en el desarrollo e implementación de planes locales y nacionales que se espera resulten en un incremento en comportamientos saludables en las y los AyJ, con una eventual disminución significativa del embarazo en la adolescencia.



Enlaces territoriales y promotores de Ministerio de la Juventud durante el Taller para la Preparación de Conversatorios y video foros.  
Claudia Porras© UNFPA 2014

## METODOLOGÍA

Los resultados presentados corresponden a dos encuestas: una realizada en Santo Tomás, municipio del departamento de Chontales, en el año 2014 y la otra fue realizada previamente por UNFPA en 2011. En ambos casos, los datos son representativos para cada municipio, para AyJ varones y mujeres, urbanos y rurales, de los grupos de edades de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y de 20 a 24 años.

Para contextualizar los resultados, en el documento también se incorporan datos pertinentes provenientes de otras fuentes, como la encuesta nacional ENDESA, particularmente la correspondiente 2011/12. Una descripción más detallada de la metodología aparece en la sección de anexos.

## RESULTADOS

Para poder avanzar en el proceso de restitución de derechos sexuales y reproductivos en las y los adolescentes, es necesario saber cuál es la situación de sus indicadores relacionados con esos derechos y cómo éstos se interrelacionan. Por ejemplo, preguntas que fueron formuladas para este estudio de línea de base en los municipios priorizados fueron:

- ¿A qué edad comienzan los adolescentes a tener relaciones sexuales? ¿Hay diferencias entre varones con relación a las mujeres?
- ¿Cómo o de qué manera las y los adolescentes creen que se pueden reducir los embarazos en la adolescencia, según ellos mismos?
- ¿Con qué información cuentan las y los adolescentes sobre sexualidad y cuáles son las prácticas o medidas que utilizan para reducir los riesgos? ¿Cómo se informan?

- ¿A dónde acuden a pedir ayuda ante una situación violencia sexual?

## EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

El estudio de Línea de Base confirma que en el grupo de 15 a 19 años hasta el 65% de los varones y 34% de mujeres iniciaron ya relaciones sexuales; sin embargo, solamente 4 de cada 10 de ellos tomó medidas de prevención para evitar un embarazo a temprana edad.

Este estudio también identificó que los consejeros escolares son una de las fuentes de consulta en temas de sexualidad, pero que hay aún un sector que no acude a una consejería cuando tiene preguntas relacionados con la SSR. Estos dos elementos son una referencia para las acciones y contenidos de los planes de trabajo en los territorios.

A través de un cuestionario auto-administrado<sup>1</sup> y anónimo, a las y los AyJ encuestados de 15 años o más se les preguntó si ya habían tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. De acuerdo a sus respuestas, lo primero que se observa es que hay un inicio temprano de relaciones sexuales, y que, a mayor edad, mayor es la proporción de jóvenes que reporta el antecedente de inicio de vida sexual. Hay diferencias importantes entre zonas urbanas y rurales, sobre todo en el grupo de 15 a 19 años (Tabla 1). Estos resultados son coherentes con los resultados de la ENDESA 2011/2012.

<sup>1</sup> Auto-administrado significa que la persona recibió una lista de preguntas y las respondió directamente en el papel, sin que el encuestador se las preguntara. No se registraron nombres de las personas entrevistadas.

**TABLA 1**  
**PORCENTAJE DE ENCUESTADOS CON INICIO DE RELACIONES SEXUALES, POR MUNICIPIO**

(Edad:)	Varones		Mujeres	
	15 – 19	20 – 24	15 – 19	20 - 24
ENDESA 2011/2012	58%	91%	40%	75%
Santo Tomás	69%	96%	51%	84%
- Rural	73%	96%	50%	89%
- Urbano	65%	95%	52%	78%
Otros 10 municipios:				
Bluefields	75%	95%	35%	84%
El Rama	64%	73%	22%	63%
Jalapa	69%	82%	35%	88%
Jinotega	58%	80%	28%	70%
Nueva Guinea	55%	86%	20%	60%
Ocotal	61%	91%	35%	70%
Somoto	68%	80%	23%	71%
Totogalpa	71%	90%	29%	69%
Wiwilí	75%	90%	23%	57%
Juigalpa	50%	78%	44%	87%
- Rural 10 municipios	65%	85%	24%	72%
- Urbano 10 municipios	64%	83%	34%	70%

Fuente: encuesta en Santo Tomás en 2014, y las encuestas en los restantes municipios en 2011.

### ¿A qué edad iniciaron las relaciones sexuales los AyJ varones?

Para que las intervenciones de prevención de embarazos en la adolescencia puedan ser eficaces, es necesario que sean oportunas. Por esta razón es importante saber a qué edad inician la vida sexual las y los adolescentes. Los valores correspondientes al promedio (media) y la mediana<sup>1</sup> son unidades de medida utilizadas como parámetro en las distintas comparaciones entre áreas de residencia urbano o rural, entre grupos de edad y sexos.

De acuerdo a las encuestas de los municipios (Tabla 2), en promedio, los adolescentes y jóvenes varones inician su vida sexual alrededor de los 14 y 15 años, con predominio de la menor cifra en las zonas rurales. Esto confirma que los varones inician más tempranamente que las mujeres, pues en algunos casos estos supone una diferencia de uno y hasta tres años menos de lo que reportan en promedio las mujeres.

<sup>1</sup> Mediana: Edad a la cual la mitad (exactamente el 50%) de los miembros de un grupo de edad ha experimentado un evento. Si la Mediana baja significa que los jóvenes están teniendo relaciones más tempranamente. Lo deseable es que la mediana aumente o suba porque eso significaría que los adolescentes están posponiendo el inicio de la vida sexual

**TABLA 2**  
**EDAD DE INICIO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN VARONES, POR MUNICIPIO**

	Varones (15-24 años)		
	Promedio	Mediana*	(n)
Santo Tomás	15	15	98
Rural	15	15	
Urbano	15	15	
Otros 10 municipios			
Bluefields	14	14	87
El Rama	14	14	62
Jalapa	14	14	81
Nueva Guinea	14	14	71
Ocotal	14	14	74
Totogalpa	14	15	60
Juigalpa	15	14	55
Jinotega	15	15	70
Somoto	15	15	82
Wiwilí	15	15	78
- Rural 10 municipios	14	14	406
- Urbano 10 municipios	15	15	264
Total	14	14	721

\*Mediana: Edad a la cual la mitad (exactamente el 50%) de los miembros de un grupo de edad ha experimentado un evento.  
Fuente: encuesta en Santo Tomás en 2014, y las encuestas en los restantes municipios en 2011

Algunos estudios han documentado esta realidad de los varones nicaragüenses y los factores culturales que los empujan o los fuerzan a expresar “hombría” a través de comportamientos sexuales de alto riesgo con la posible consecuencia de adquirir una ITS/VIH, o procrear un hijo sin desearlo o estar preparado para ello, lo que a su vez trae otras conocidas consecuencias relacionadas con el desarrollo personal y social (Zelaya et al, 1997; Rani et al., 2003; Manji et al., 2007, UNFPA 2013b).

La edad de inicio de relaciones sexuales tiende a acortarse tanto en varones como en mujeres. En la ENDESA 1998 se encontró que la

mediana de edad de inicio de vida sexual entre todos los varones encuestados fue de 15.8 mientras que en la ENDESA 2011/12 la cifra fue de 15.3. Estos datos sugieren por tanto que es necesario diseñar y evaluar intervenciones educativas más enfocadas en esta realidad, es decir trabajar con los grupos de edad al inicio de la adolescencia porque a los 15 años, en plena adolescencia, ya es demasiado tarde para al menos la mitad de estos adolescentes.



## ¿A qué edad iniciaron vida sexual las AyJ mujeres?

En promedio, las mujeres, tanto urbanas como rurales, inician la vida sexual a los 16 años de edad, es decir un poco más tarde que los varones; pero al igual que ellos, existe una tendencia a iniciar relaciones sexuales a más temprana edad (Tabla3).

Una parte importante de la respuesta a los problemas de SSR de adolescentes y jóvenes está en poder recibir una educación integral para la sexualidad que además plantee un modelo de relaciones equitativas entre hombres y mujeres. Este modelo debe tomar en cuenta que existen normas culturales que persisten en el tiempo y que merman los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres.

TABLA 3

### EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN LAS MUJERES EN LOS MUNICIPIOS DEL PROYECTO

	Mujeres (15-24 años)		
	Promedio	Mediana*	(n)
Santo Tomás	16	16	106
Urbano	16	16	
Rural	16	16	
Otros 10 municipios			
Bluefields	15	15	40
El Rama	16	16	30
Jalapa	16	16	62
Totogalpa	16	15	44
Nueva Guinea	16	16	40
Somoto	16	16	50
Wiwilí	17	16	38
Jinotega	17	17	52
Ocotal	17	17	49
Juigalpa	17	17	44
- Rural 10 municipios	16	16	237
- Urbano 10 municipios	16	16	179
Total	16	16	449

\*Mediana: Edad a la cual la mitad (exactamente el 50%) de los miembros de un grupo de edad ha experimentado un evento.  
Fuente: encuesta en Santo Tomás en 2014, y las encuestas en los restantes municipios en 2011

En la ENDESA 2006/07, la cifra de la mediana para edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años y esta cifra se redujo a 16 años de edad según la ENDESA 2011/12. Esta tendencia es incluso más marcada entre las mujeres más jóvenes (de 15 – 24 años de edad), pero especialmente en las de menor escolaridad.

Esto confirma el rol protector de la educación cuando se logra la permanencia de las adolescentes en la escuela, a partir de lo cual se podría esperar un retraso en la edad de inicio de la vida sexual.

**TABLA 4**  
**EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL (SOLO LAS MUJERES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS)**

	ENDESA 2006/07	ENDESA 2011/12
	Mediana	Mediana
Total	18	16
Por zona		
Urbano	18	17
Rural	17	16
Por escolaridad		
Sin educación	15	14
Primaria	16	15
Secundaria	16	15
Universidad	18	17

## ACTITUDES BASADAS EN NORMAS DE GÉNERO SOBRE LA SEXUALIDAD

La adolescencia es una etapa muy importante en la vida de cada persona. En esta fase de la vida ocurren nuevos descubrimientos que resultan en primer lugar de los cambios biológicos percibidos en el propio cuerpo, del surgimiento de sentimientos de afecto hacia nuevas amistades, y eventualmente de la búsqueda de la experimentación sexual; pero también de sentimientos de identidad, de definición de metas personales y de búsqueda de autonomía. Sin embargo, existen normas culturales y estereotipos de género que condicionan las expectativas sociales sobre la adolescencia que en ocasiones promueven imaginarios y actitudes que justifican la violencia ejercida por y hacia las y los adolescentes.

### Actitudes relacionadas con la violencia sexual

En general, la mayoría de las y los adolescentes y jóvenes encuestados expresaron rechazo hacia normas de género que culpabilizan a

las adolescentes o a sus madres por el abuso sexual. Sin embargo, hay un porcentaje menor pero relativamente importante que afirma lo contrario.

Para evaluar las actitudes de las y los adolescentes encuestados acerca del problema de la violencia sexual que afecta principalmente a las mujeres, de manera particular a las más jóvenes, se pidió a las y los encuestados expresar su aceptación o rechazo a frases o expresiones como la siguiente: “Hay gente que piensa que las adolescentes y niñas tienen la culpa del abuso sexual porque ellas lo provocan.”

En casi todos los municipios, la mayoría de las y los AyJ encuestados expresó rechazo hacia la idea de culpabilizar a las adolescentes por el abuso sexual sufrido (Tabla 12). Por ejemplo, en Santo Tomás, 8 de cada 10 expresaron ese rechazo, independientemente si los AyJ encuestados eran de zonas rurales o de urbanas. No obstante, en algunos municipios como El Rama, Somoto y Nuevas Guinea las cifras de rechazo resultaron ser muy bajas (40%, 46% y 50%, respectivamente). Por lo que se necesitaron mayores esfuerzos desde los

**TABLA 5.**  
**ACTITUDES DE NORMA DE GÉNERO HACIA LA SEXUALIDAD**

Municipio	Algunas veces las chavalas tienen la culpa del abuso sexual.	AyJ encuestados de 10-24 años.
	No estoy de acuerdo	(n)
Santo Tomás	80%	455
Bluefields	61%	385
El Rama	40%	378
Jalapa	58%	380
Jinotega	51%	378
Nueva Guinea	50%	349
Ocotal	69%	387
Somoto	46%	385
Totogalpa	60%	385
Wiwilí	54%	378
Juigalpa	65%	361

Fuente: encuesta en Santo Tomás en 2014, y las encuestas en los restantes municipios en 2011

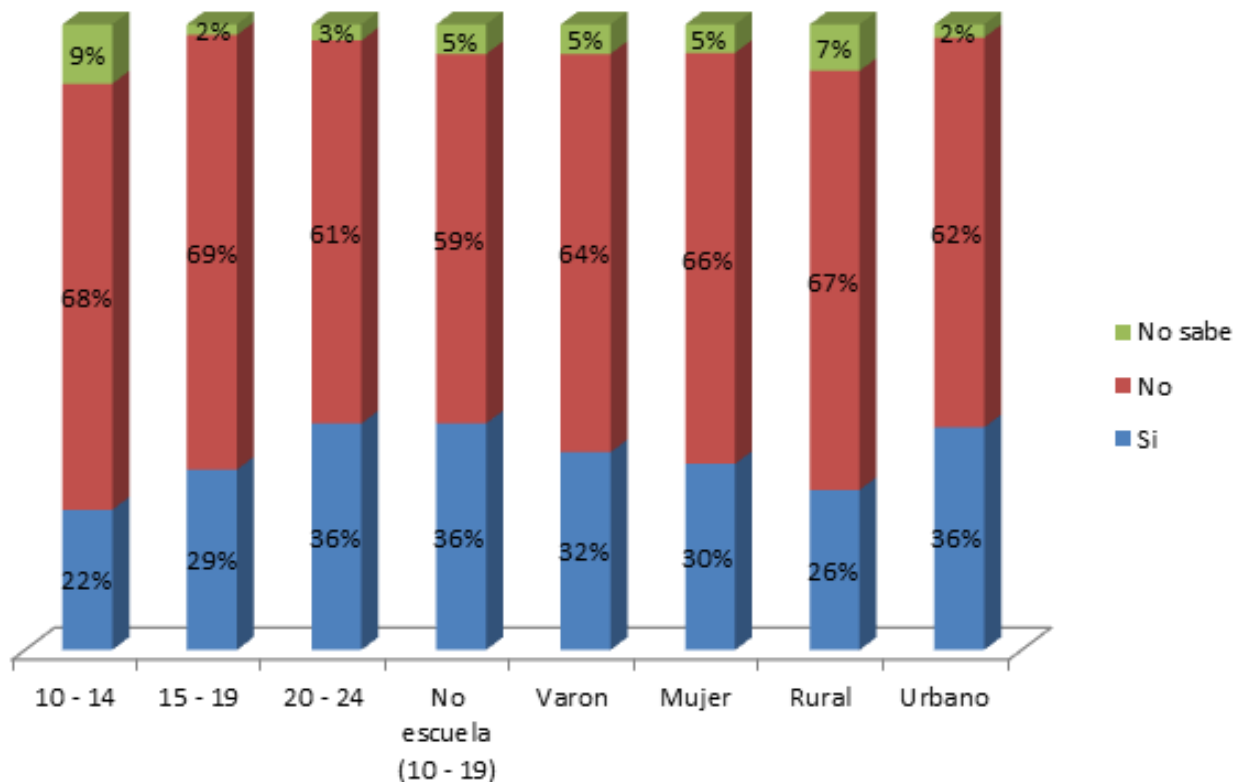
procesos de capacitación y las actividades relacionadas con las estrategias educativas y de comunicación para poder cerrar las brechas con relación a esas actitudes.

En la encuesta de Santo Tomás también se utilizó además la frase “Hay gente que piensa que las madres son las culpables del abuso sexual contra sus hijas porque no las cuidan bien”, otra afirmación evaluada tiene que ver con la norma o creencia cultural que justifica y culpabiliza a las madres por el abuso sexual vivido por las hijas (Grafica 2).

Un 31% estuvo de acuerdo con esa afirmación y 65% opinó en contra. Esto quiere decir que 3 cada 10 encuestados culpabiliza a las madres por la violación de una hija.

Estos hallazgos plantean la necesidad que los mensajes a difundir tienen que afirmar que el único culpable de un abuso sexual o una violación, es solamente el agresor o perpetrador del abuso. Por otro, lado también es necesario continuar educando a las y los AyJ sobre las distintas expresiones de violencia y mecanismos de control que pueden experimentar dentro y fuera de las relaciones familiares, entre pares y dentro de la pareja.

**GRÁFICA 1.**  
**“HAY GENTE QUE PIENSA QUE LAS MADRES SON LAS CULPABLES DEL ABUSO SEXUAL CONTRA SUS HIJAS PORQUE NO LAS CUIDAN BIEN.”**  
**¿ESTÁ DE ACUERDO CON ESA MANERA DE PENSAR?**



Fuente: Encuesta de Santo Tomás 2014

**TIPS PARA LA ACCION**

- Para poder desarrollar intervenciones más integrales de prevención de embarazos en la adolescencia y de las ITS/VIH, se hace necesario actualizar el conocimiento con respecto a las normas culturales o tradiciones que condicionan ciertas actitudes y prácticas de riesgo que ya han sido documentadas (Wulf 2007, PATH 2012), tales como las condiciones en las que ocurren la primera relación sexual, la presión de pares para la iniciación en los varones, la presión familiar sobre las muchachas adolescentes , la irresponsabilidad paterna ante el embarazo y los hijos, o ante la prevención de VIH, entre otras.
- Se requieren esfuerzos coordinados para que, desde una estrategia de comunicación integral, que involucre a todas las instituciones vinculadas a la prevención de la violencia, se puedan utilizar distintos medios y canales de comunicación masiva para promover normas sociales que premian los comportamientos responsables de hombres y mujeres alrededor de la sexualidad y la reproducción, incluyendo el esfuerzo de trabajar más cercanamente con las familias y las estructuras comunitarias. La idea es crear desde estos espacios, momentos de reflexión sobre aquellas relaciones que afectan a los miembros que integran las familias, incluyendo a los hombres mismos que practican diversas formas de violencia

- Las y los adolescentes y sus madres/ padres/tutores necesitan poder contar con información para poder reflexionar sobre las desventajas de las uniones a temprana edad. Además, las personas necesitan saber dónde poder obtener información y asesoría para poder aclarar dudas sobre temas clave de sexualidad y la reproducción.
- Se debe aclarar que una parte importante de la respuesta a los problemas de la SSR de los adolescentes y jóvenes está en el poder informarlos y educarlos de manera oportuna. Esto quiere decir que si a la edad de 15-19 años ya hay tres cuartos de

varones sexualmente activos, sólo cabría la posibilidad de hacer prevención primaria efectiva mucho antes de los 15 años de edad. El MINSA, el MINED, el MINJUVE tienen un papel clave en esta respuesta.

## ACTITUDES HACIA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

### ¿Qué pueden hacer los jóvenes para evitar un embarazo en la adolescencia?

A partir de los resultados obtenidos (Tabla 5) se puede destacar dos elementos con respecto a

TABLA 6.

### ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS JÓVENES PARA EVITAR UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA?

Respuestas	Edad del encuestado				
	10-14 años	15-19 años	10-19 años No escolar	Rural	Urbano
Usar condones	60%	74%	77%	70%	75%
Abstinencia (no tener relaciones sexuales)	30%	34%	22%	22%	35%
Usar PPMS	12%	18%	22%	18%	22%
Usar anticonceptivos (pastillas o inyecciones)	12%	18%	26%	17%	22%
Ser fiel a su pareja	3%	1%	1%	1%	4%
Otra respuesta	1%	5%	3%	2%	5%
No sabe	19%	7%	9%	15%	5%

\*Según encuestados en el municipio de Santo Tomás.  
 \*\* La suma es mayor al 100% porque son respuesta de selección múltiple.

las actitudes de prevención de embarazo en la adolescencia identificadas. En primer lugar, que en general existen una actitud favorable hacia la prevención, dado que aproximadamente 7 de cada 10 respuestas dadas por los encuestados se refieren al uso del condón.

No obstante, el otro elemento a destacar es la importante frecuencia de respuestas “no sé” que aparece en el mismo grupo de edad de 10-14

años (19%), así como también la encontrada en la casilla correspondiente a la zona rural (15%).

Estos niveles de aceptación del condón que ya existen son una ventaja para el programa del MINJUVE. Sin embargo, se necesitan estrategias articuladas encaminadas a aumentar la disponibilidad de acceso a consejería y servicios de SSR adecuados para las y los jóvenes que lo requieran y de acuerdo a su edad.

Para garantizar un abordaje integral, el programa tendría que incluir a padres de familia y promover entre ellos conocimientos básicos sobre la sexualidad y reproducción humana, y cuenten con herramientas o maneras para saber cómo abordar estos temas con sus hijos. Ellos deberían saber que durante la adolescencia se darán cambios hormonales en las personas que los transformarán de niñas y niños en mujeres y hombres adultos, cambios dirigidos desde el cerebro que cada persona, pero que ese crecimiento físico es sólo un aspecto de esa transformación. En la adolescencia también se inicia la maduración sexual y en las personas emergen sentimientos de afecto/atracción hacia personas que les gustan, y hay que aprender a reflexionar sobre las decisiones clave en estas nuevas etapas de la vida. Por esa misma razón, es importante que estén disponibles las fuentes de información confiable o las personas referentes capacitadas en educación integral para la sexualidad que pueden ser los mismos padres de familia y maestros, y otros referentes comunitarios. Una educación sexual integral implicaría además plantear un modelo de relaciones equitativas entre hombres y mujeres.

Además, deben existir estrategias de

comunicación para alcanzar a las y los AyJ dentro y fuera de las escuelas, las cuales pueden ser promovidas desde el MINJUVE en alianza con MINED

**Opinar favorablemente por el uso del condón no está asociado con inicio de actividad sexual**

Es conocida la preocupación que existe en muchas personas de que proveer información sobre salud sexual y reproductiva podría entenderse como estar incitando a los AyJ a tener relaciones sexuales. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que la educación integral sobre la sexualidad no sólo retrasa la edad de inicio de las relaciones sexuales, sino que prepara mejor a las y los AyJ para esa nueva etapa en la vida de las personas (OECD 2006).

Un hallazgo importante identificado en este estudio es que opinar a favor del uso del condón desde la primera relación sexual no está asociado en sí con tener o haber tenido relaciones sexuales. Es decir, informarse sobre el condón no conduce per se a iniciación de vida sexual. El análisis estadístico

**TABLA 7.**  
**OPINIÓN SOBRE USO DE CONDÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN Y ANTECEDENTE DE INICIO DE VIDA SEXUAL**

		¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?					
¿La primera relación sexual en la vida de uno debería de ser con condón o sin condón?		No		Sí		Total	Valor p
Varones (15-24 años)	Debería ser con condón	15	23%	51	77%	66	
	Debería ser sin condón	14	23%	48	77%	62	
	Total varones	29	23%	99	77%	128	.576
Mujeres (15-24 años)	Debería ser con condón	43	36%	77	64%	120	
	Debería ser sin condón	18	37%	31	63%	49	
	Total mujeres	61	36%	108	64%	169	.523

Fuente: base de datos de la encuesta de Santo Tomás de 2014

permitió determinar, tanto en el grupo de jóvenes que opinaban a favor del condón como en el grupo que opinaba en contra, cuántos de ellos ya había tenido relaciones sexuales. Este dato también fue analizado haciendo la distinción por sexo del entrevistado. Es decir, analizando separadamente varones de mujeres. La prueba estadística que se aplicó fue la Chi Cuadrado, tomando en cuenta el valor de P para el nivel de significancia.

Al observar sólo los números absolutos (Tabla 6), se puede afirmar que de los 128 varones más o menos la mitad opina a favor del uso del condón en la primera relación sexual y la otra mitad opina en contra (66 vs 62). En el caso de las mujeres, del total de 169, casi dos tercios opina a favor del condón y un tercio opina en contra (120 vs 49). Es decir, más mujeres, en número y en proporción están a favor del uso del condón desde la primera relación sexual, en comparación con los varones.

Al analizar el antecedente de relaciones sexuales entre los que opinan a favor del uso del condón desde la iniciación sexual y los que opinan en contra (Tabla 6), las proporciones son idénticas con un 77% respectivamente en el caso de los varones (valor de  $p=0.576$ ) y 64% y 63% en el caso de las mujeres (valor de  $p=0.523$ ).

Confirmando que en estos encuestados no hay una asociación entre tener una opinión favorable al uso del condón y el inicio de la vida sexual.

### **Prevención del embarazo en la adolescencia y de las ITS/VIH desde la primera relación sexual**

Es conocido que las personas que usaron condón en la primera relación sexual tienden a hacer uso consistente del mismo a lo largo de su vida (Shafiti et al., 2004; Kirby 2007). Por el contrario, desde la perspectiva de la prevención, no utilizar condones es un comportamiento que viene de una actitud de negación; es decir, cuando la persona no percibe ningún riesgo o tiende a

pensar que no podría pasarle a ella/él es que precisamente se podría presentar un embarazo no deseado, una infección por VIH u otra Infección de Transmisión Sexual (ITS). En las encuestas de los municipios se exploró la actitud y el comportamiento preventivo de las y los AyJ relacionado con el “uso de condón en la primera relación sexual”.

### **Menos de la mitad los utilizaron**

De acuerdo a los resultados de las encuestas realizadas en los municipios del proyecto en diferentes momentos, menos de la mitad de varones y mujeres reportaron haber usado el condón en la primera relación sexual (Tabla 7).

Son conocidas las causas de no uso de condón en la primera relación sexual. Por ejemplo, en el estudio del UNFPA en 2011 se identificaron entre otras, el no tenerlos disponibles cuando se necesitaban (especialmente si se considera el lugar donde ocurre la primera relación sexual, la propia casa, la casa de un amigo o el colegio), el hecho de que su uso podría ser entendido por la pareja como “desconfianza,” o bien como confirmar una sospecha de “infidelidad.” Además, en ese estudio los AyJ mencionaron como causa de no uso de condón la “incredulidad” que muchas personas tienen que una mujer pueda quedar embarazada con una sola relación sexual, mucho menos si es la primera relación sexual en la vida.

**TABLA 8.**  
**USO DE CONDÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN AYJ DE 15 A 24 AÑOS**

	Varones		Mujeres		Todos	
	Proporción	(n)	Proporción	(n)	Proporción	(n)
Santo Tomás	44%	100	23%	107	33%	207
Ocotal	39%	75	55%	51	45%	126
Jinotega	39%	69	30%	54	35%	123
Totogalpa	27%	63	41%	41	33%	104
Somoto	33%	84	27%	49	31%	133
Juigalpa	31%	59	23%	48	27%	107
Jalapa	28%	82	17%	63	23%	145
Bluefields	21%	86	26%	39	22%	125
Nueva Guinea	24%	71	15%	39	21%	110
El Rama	16%	63	23%	30	18%	93
Wiwilí	16%	79	13%	38	15%	117

Fuente: encuesta en Santo Tomás en 2014, y las encuestas en los restantes municipios en 2011

## USO DE OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Es posible prevenir un embarazo en la adolescencia desde la primera relación sexual utilizando un condón u otro método anticonceptivo. En la encuesta en Santo Tomás, en 2014, a las y los adolescentes y jóvenes se les preguntó si habían utilizado el condón u otro método anticonceptivo en esa primera relación sexual y muchos indicaron que sí, especificando incluso el anticonceptivo que utilizaron.

Según esta encuesta, en realidad, la mayoría de los adolescentes y jóvenes de Santo Tomás, 6 de cada 10, utilizó un método efectivo en esa primera relación sexual con el fin de poder prevenir un embarazo en la adolescencia. Aunque una proporción similar de varones y de mujeres reportaron haber usado algún método, hubo diferencias en cuanto al principal método utilizado, pues 4 de cada 10 varones reportó haber usado el condón; en cambio, 4 de cada 10

mujeres reportó haber usado otro anticonceptivo distinto al condón.

Aunque los resultados de la encuesta de Santo Tomás en 2014 muestran un mayor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual en la vida de las y los jóvenes encuestados, existe un porcentaje importante de jóvenes (4 de cada 10) que todavía no hace uso de ninguna medida preventiva, lo que puede explicar en parte la persistencia de la alta frecuencia del embarazo en la adolescencia y el gran desafío para los procesos de restitución de derechos en salud sexual y reproductiva de los AyJ.

## TIPS PARA LA ACCIÓN

- Con el fin de poder entender mejor las maneras de aumentar y naturalizar la disponibilidad y el acceso de los condones u otro anticonceptivo es necesario estudiar, en primer lugar, las circunstancias en la que las y los AyJ tienen su primera relación sexual (por ejemplo, lugar y momento, el día y la hora,



- comunicación y conversación al respecto, etc.).

Se debe profundizar más en el estudio de los factores que afecta o favorecen la disponibilidad y uso del condón. Es necesario explorar el cómo se puede reducir el sentimiento de vergüenza y aumentar su aceptación, de tal forma que se pueda naturalizar su presencia entre las y los AyJ como cualquier otro producto de higiene personal. También es necesario explorar el cómo las y los AyJ pueden aprender a compensar el hecho de que aunque la relación sexual se

- sienta diferente con el condón siempre puede ser placentera, pero sobretodo segura.

En este sentido, se debería trabajar más en la capacitación de los maestros y el personal de salud, especialmente, los vendedores de farmacia sobre cómo crear simpatía y un clima de más confianza y de naturalidad con las y los adolescentes y jóvenes cuando preguntan sobre el condón y otros métodos anticonceptivos.

Además, las capacitaciones para el personal promotor y el personal de las instituciones deben proveer elementos de reflexión sobre las creencias y mitos alrededor de la práctica anticonceptiva. Se debe dar a conocer la realidad biológica de la sexualidad y la reproducción e indicar a los AyJ sobre fuentes de información que pueden consultar.

## EDAD DEL PRIMER EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

En la encuesta de Santo Tomás, en 2014, tanto a las mujeres, a los varones se les preguntó sobre el antecedente de embarazo. En el caso de los hombres la pregunta fue en el sentido de haber

embarazado a alguien. Desde sus respuestas (Tabla 8), se desprende, en primer lugar, que un mayor número de adolescentes mujeres reportaron el antecedente de embarazo en comparación con los varones -correspondiente incluso al mismo grupo de edad.

Aunque antes de los 15 años casi el doble de varones que mujeres ya ha dado inicio vida sexual, los varones reportan menos el antecedente de embarazo en la adolescencia. Esta afectación no es sólo por su frecuencia como un hecho biológico sino por las consecuencias sociales (p.e. dejar de estudiar). Por otro lado, la menor frecuencia del antecedente de embarazos que reportan los varones podría deberse a que quizá los varones no se sientan responsables y por tanto lo ignoren o lo nieguen. Sin embargo, esta posible explicación necesitaría ser objeto de más estudio.

La mayoría de las muchachas con antecedente de embarazo tuvieron su primer embarazo antes de alcanzar la mayoría de edad (Tabla 8). Según los datos, 6 de cada 10 mujeres jóvenes encuestadas dijo que su primer embarazo fue antes de los 18 años, mientras que 1 de cada 10 encuestadas mujeres con el antecedente de embarazo dijo que su primera vez ocurrió antes de cumplir 15 años de edad.



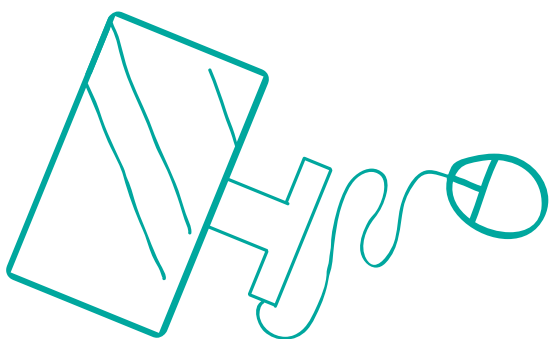
**TABLA 9.**  
**EDAD AL PRIMER EMBARAZO**

Edad a la que ocurrió primer embarazo				
Sexo del encuestado	12 - 14	15 - 17	18 - 24	AyJ con antecedente
Varones (15-24)*	0 (0%)	13 (72%)	5 (28%)	18
Mujeres (15-24)*	8 (12%)	41 (63%)	16 (25%)	65
Total	8 (10%)	54 (65%)	21 (25%)	83

Fuente: base de datos de la encuesta de Santo Tomás de 2014

## ¿A QUIÉN CONSULTÓ "LA PRIMERA VEZ" QUE QUISO SABER SOBRE CÓMO PREVENIR UN EMBARAZO?

Para poder definir estrategias de intervención de prevención oportuna del embarazo en la adolescencia es importante saber a quiénes consultan las y los adolescentes o cuáles son sus fuentes de información sobre este tema. Por esta razón a los encuestados se les pidió que indicaran de quién recibió información "la primera vez" que preguntaron sobre cómo prevenir un embarazo.



En general, las madres y los consejeros escolares fueron las personas más mencionadas por las y los AyJ encuestados, independientemente de la edad (Tabla 9). Es de notar que "el personal de salud" no fue mencionado por las y los adolescentes del grupo de 10-14 años. Estos resultados destacan la enorme importancia que tiene el MINED

en garantizar el proceso de restitución de los derechos SSR a través de la comunidad docente y los padres de familia. Este hallazgo puede ser interpretado como una oportunidad para desarrollar abordajes más integrales, particularmente con relación a la consejería escolar con el grupo de edad de 10-14 años, en los cuales el personal de salud puede proveer de información más precisa y confiable sobre temas de prevención del embarazo en la adolescencia, así como también de prevención de ITS/VIH. También reta al MINSA a revisar su estrategia de prevención y de trabajo de consejerías con adolescentes.



## BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE MAC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES: EL INTERNET

Para poder definir estrategias de intervención oportunas de prevención del embarazo en la adolescencia es importante también saber cuáles son las fuentes de información más recientemente consultadas por las y los adolescentes y jóvenes.

A las y los encuestados se les preguntó sobre dónde habían buscado información sobre

TABLA 10.

## ¿DE QUIÉN RECIBIÓ INFORMACIÓN O CONSEJO LA PRIMERA VEZ QUE PREGUNTÓ?

¿"La primera vez" que preguntaste sobre cómo prevenir un embarazo, de quién recibiste información o consejo?					
	10-14 años	15-19 años	10-19 años No escolares	Rural	Urbano
Mamá	35%	46%	38%	38%	46%
Consejero/a maestro/a	28%	32%	20%	22%	30%
Papá	16%	16%	23%	18%	22%
Amiga/o	13%	14%	20%	11%	19%
Otra	8%	11%	17%	13%	11%
Personal de salud	0%	8%	16%	12%	7%
Otro familiar	10%	7%	9%	8%	10%
Novia/o pareja	2%	4%	3%	1%	6%
Promotor o brigadista comunitario	1%	2%	1%	1%	2%
No sabe	23%	8%	8%	16%	7%

\*Según encuestados en el municipio de Santo Tomás.  
\*\* La suma es mayor al 100% porque son respuestas de selección múltiple.

métodos anticonceptivos en los últimos 6 meses (Tabla 10). En base a las respuestas dadas, se puede observar que el "internet" es la principal fuente de información mencionada por el grupo de edad de 10-14 años (42%). Mucho más consultado que "folletos, revistas, libros" según estos adolescentes y jóvenes de Santo Tomás. El internet fue la segunda fuente de información más mencionada por los AyJ urbanos.

El internet es un recurso de información y comunicación que tiene un crecimiento notorio – tanto en la cobertura de la conexión, como en el número de usuarios en el país-. Sin embargo, garantizar que las y los AyJ accedan a información precisa y confiable es un gran desafío. El internet puede verse como una oportunidad para avanzar el proceso de restitución del derecho de las personas a la información en salud sexual y reproductiva pero requiere, en primera instancia, una muy, probablemente, inversión estatal para aumentar de manera significativa la conectividad gratuita en los espacios públicos donde se reúnan las y los AyJ (como por ejemplo, las escuelas, casas comunales, centros de salud, terminales de buses, entre otros). En segunda instancia se

necesitaría que el MINJUCE promueva espacios de intercambio de información a través de las redes sociales que faciliten la referencia a sitios Web que cuenten con la información para AyJ conectados.

El internet tiene relevancia de desarrollar estrategias de comunicación que garanticen acceso a información útil y confiable proveniente del MINSA sobre temas clave relacionados con los derechos y la salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos, las consecuencias del embarazo en la adolescencia, el abuso sexual, entre otros.

**TABLA 11.**  
**FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

“ En los últimos 6 meses, ¿dónde buscaste información sobre métodos anticonceptivos?”					
	10-14 años	15-19 años	10-19 años No escolares	Rural	Urbano
Centro de Salud / Personal de Salud	17%	56%	64%	52%	51%
Internet	42%	17%	14%	15%	30%
Papá o mamá/Otro familiar	17%	28%	29%	18%	19%
Amigos	17%	17%	7%	18%	8%
Maestro/Consejero escolar	8%	11%	14%	3%	16%
folletos, revistas, libros	33%	11%	0%	15%	2%
Consultorio privado/ o la Farmacia	0%	6%	7%	3%	8%
Promotor o brigadista comunitario	0%	6%	0%	6%	0%
Otra	0%	0%	7%	6%	0%
*Según encuestados en el municipio de Santo Tomás. ** La suma es mayor al 100% porque son respuestas de selección múltiple.					

## TIPS PARA LA ACCION

- Es necesario que los procesos de capacitación incluyan, además de los contenidos de SSR, un proceso de transferencia de metodologías y desarrollo de habilidades para que madres y padres de familia puedan conversar con sus hijas e hijos, sobre metas y valores, pero también sobre mitos y creencias que les afectan.
- Dada la popularidad y acceso que ha ganado el internet, se requiere crear o identificar sitios Web que sean promovidos por el MINJUVE para que los AyJ puedan consultarlos con la seguridad de que encontrarán información confiable, con información científica fácil de entender. Partiendo de la edad de inicio de la vida sexual, es vital que las y los

adolescentes accedan a esta información oportunamente.

- En el futuro, el acceso a internet en las escuelas del MINED tendrá un importante rol porque convertirá a las escuelas en lugares seguros donde los AyJ podrán investigar, durante los receso o después de las clases, sobre los temas que les preocupan o interesan. Las escuelas podría dar a conocer los sitios confiables sobre SSR y otros temas. En el área rural, los AyJ no se conectan al internet, pero sí hay una mayoría que reporta tener celular, lo cual deja a la mensajería de texto SMS o “chat” como una opción práctica para alcanzar a los AyJ con mensajes e intercambiar información.

**TABLA 12.**  
**ACCESO A TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN**

Proporción de AyJ que:	10-14 años	15-19 años	Rural	Urbano
	%	%	%	%
Tiene celular	46	80	61	82
Tiene Email	25	38	8	49
Tiene Facebook	32	50	14	65
<b>Dónde se conecta al internet?</b>				
“Mi casa”	25	33	4	46
“Casa de amigo”	0	1	1	3
“Cibercafé”	12	19	7	25
“El Trabajo”	0	0	0	1
“Ningún lado”	53	44	84	21
Otro	11	3	5	5

Fuente: Encuesta de Santo Tomás 2014

## ACTITUDES RELACIONADAS CON LA BÚSQUEDA DE APOYO Y SERVICIOS ANTE VIOLENCIA SEXUAL



Actitudes relacionadas con la búsqueda de apoyo y servicios ante violencia sexual

Las y los encuestados ven en la policía a la primera instancia a la que acudirían a buscar ayuda en el caso de que una violación, sin embargo un grupo importante de respuestas correspondieron al “no saber qué hacer”.

A las y los AyJ encuestados también se les preguntó sobre que creían ellos se podría hacer en el caso de una niña de 12 años que fuera violada y quedara embarazada. La acción más frecuentemente mencionada fue la de “acudir a la policía,” pero por otro lado es la tercera respuesta más frecuente (Tabla 13).



Jóvenes estudiantes universitarios en el stand del Ministerio de la Juventud durante la Feria Informativa en la UNAN Managua en ocasión del Día Mundial de la Población. Alejandra Almanza/© UNFPA 2014

**TABLA 13.**  
**BÚSQUEDA DE SERVICIOS ANTE UN CASO DE VIOLACIÓN (GRUPO DE EDAD)**

"Si una niña de 12 años es violada y queda embarazada ¿Qué se puede hacer?"				
	10-14 años	15-19 años	20-24 años	10-19 años
Reportar a la Policía	47%	50%	47%	54%
Acompañarla a buscar ayuda	31%	31%	31%	36%
No sabe	24%	16%	14%	13%
Reportar al MINSA	9%	12%	12%	11%
Reportar a MIFAN	5%	6%	4%	12%
No se puede hacer nada	5%	8%	4%	6%
Abortar	2%	6%	3%	4%
Decirle a sus padres	6%	3%	4%	3%
Reportarlo al líder, brigadista o promotora comunitaria	0%	1%	4%	2%
Reportarlo a la directora de la escuela/Consejería escolar	1%	1%	1%	0%
Reportar a la iglesia o al pastor	1%	0%	0%	1%

\*Según encuestados en el municipio de Santo Tomás.  
 \*\* La suma es mayor al 100% porque son respuestas de selección múltiple.

Por otro lado, entre los AyJ rurales se encuentra el grupo en los que el "no sabe" qué hacer fue una de la tercera respuesta más frecuente (Tabla 14).

El programa liderado por el MINJUVE puede promover a través del MINED y de las redes de promotores procesos de formación encaminados a aumentar la sensibilización no sólo con respecto al problema de la violencia y sus diversas expresiones, sino también podría proveer de herramientas para identificar señales de alerta y dar a conocer los servicios existentes cuando alguien necesita ayuda.

Se necesita, además, continuar fortaleciendo los procesos de capacitación del personal de las instituciones vinculadas al protocolo de atención de la violencia, incluyendo la Policía Nacional y la Dirección de Comisaría de la Mujer.

Dada la cobertura del MINED y su población objetivo sería importante poder diseñar estrategias para reducir situaciones de riesgo dentro y fuera de las escuelas, particularmente con un mayor enfoque en los grupos con mayor vulnerabilidad los adolescentes de 10-14 años y mayores barreras de acceso, como sería el caso de las adolescentes de zonas rurales.

**TABLA 14.**  
**BÚSQUEDA DE SERVICIOS ANTE UN CASO DE VIOLACIÓN**

"Si una niña de 12 años es violada y queda embarazada ¿Qué se puede hacer?"				
	Varones	Mujeres	Rurales	Urbanos
Reportar a la Policía	52%	48%	51%	48%
Acompañarla a buscar ayuda	32%	32%	28%	36%
No sabe	15%	19%	23%	12%
Reportar al MINSA	8%	13%	9%	12%
Reportar a MIFAN	8%	6%	3%	10%
No se puede hacer nada	5%	8%	4%	6%
Abortar	5%	3%	2%	5%
Decirle a sus padres	5%	4%	4%	5%
Reportarlo al líder, brigadista o promotora comunitaria	2%	1%	2%	1%
Reportarlo a la directora de la escuela/Consejería escolar	1%	1%	0%	1%
Reportar a la iglesia o al pastor	1%	0%	1%	0%

\*Según encuestados en el municipio de Santo Tomás.  
\*\* La suma es mayor al 100% porque son respuestas de selección múltiple.

## TIPS PARA LA ACCION

- Desde las Comisiones Locales Lucha Contra la Violencia Hacia la Mujer, articular acciones concretas, especialmente para la atención de niñas y adolescentes.
- Las instituciones que brindan servicios para casos de violencia deben estar equipados para brindar servicios amigables y confidenciales para las y los AyJ. Es necesario capacitar al personal al frente de la atención en la prestación de este servicio especializado, lo cual requiere la articulación entre varias instituciones vinculadas al tema.
- Se debe incrementar el conocimiento entre los adolescentes de 10-14 años, urbanos y rurales sobre los tipos de violencia y los servicios disponibles ante los casos de violencia. Sin embargo, incrementar el conocimiento no siempre conduce a un aumento en el uso de los mismos, por tanto es necesario

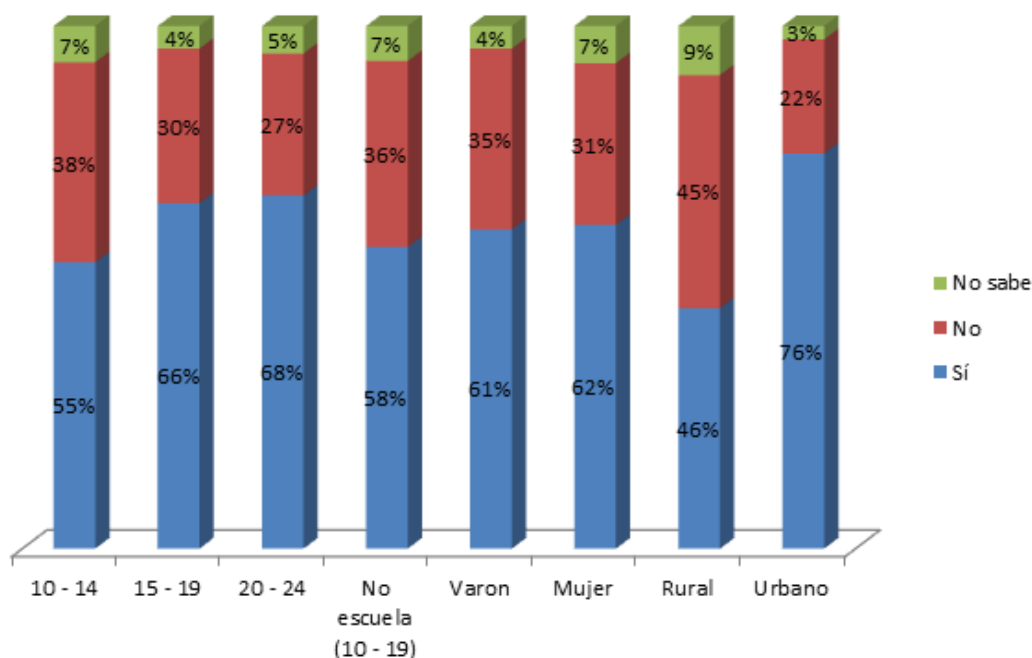
actualizar el conocimiento sobre las barreras de acceso que pueden enfrentar las y los jóvenes, incluido aspectos de la calidad en la atención.

## ACTITUDES DE ESTIGMA Y/O DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON VIH

Prácticamente 4 de cada 10 encuestados mostró actitud estigmatizante a personas con VIH. En la encuesta se les preguntó a los adolescentes y jóvenes si serían capaces de darle un abrazo a una persona con VIH, a lo cual una ligera mayoría respondió que sí (Gráfica 3).

Esta actitud de aceptación fue notablemente mayor entre los adolescentes encuestados en zonas urbanas (76%) en comparación con los rurales (46%). Por el otro lado, al comparar los resultados por grupos de edad, se puede observar que entre los adolescentes de 10-14 años se encuentra la menor proporción que darían un abrazo a una persona con VIH (55%).

**GRÁFICA 2.**  
**¿LE DARÍAS UN ABRAZO A UNA PERSONA QUE TIENE VIH?**



\*Según encuestados en el municipio de Santo Tomás

## COMPORTAMIENTOS DE PREVENCIÓN DE ITS Y VIH

El uso continuo del condón puede ser de doble beneficio para las y los jóvenes porque puede reducir tanto la frecuencia de embarazos no deseados como la incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

### El uso del condón en la última relación sexual con su pareja estable

Tanto en la encuesta del UNFPA en 2011, como en la encuesta en el municipio de Santo Tomás en 2014, las adolescentes y jóvenes encuestados se auto-aplicaron una sección de la encuesta que contenía preguntas más personales sobre la sexualidad. A las personas que respondieron que ya tenían vida sexual, se les preguntó sobre el uso del condón en la última relación sexual, fuera con una pareja estable o con una pareja ocasional (Tabla 15).

En general, los varones reportaron mayor uso del condón en la última relación sexual que las mujeres. Cuando la pregunta se refirió a la su pareja estable, siempre un mayor porcentaje de varones (alrededor de 4 de cada 10) que mujeres dijeron haber usado el condón. Por ejemplo, en El Rama sólo 1 de cada 10 mujeres reportó el uso del condón en la última relación sexual con pareja estable pero en el municipio de Ocotral fueron 5 de cada 10 las que dijeron haberlo usado.

En el caso de las mujeres, en Santo Tomás, en 2014, la proporción reportada fue de 24%, la cual es menor que la mayoría de municipios del proyecto que fueron encuestados en 2011.



**TABLA 15.**  
**EL USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CON PAREJA ESTABLE**

	Varones		Mujeres		Todos	
	Proporción	(n)	Proporción	(n)	Proporción	(n)
Santo Tomás	48%	87	24%	104	35%	191
Ocotal	49%	77	53%	51	51%	128
Somoto	43%	82	42%	50	42%	132
Jinotega	44%	71	30%	54	38%	125
Totogalpa	41%	61	31%	45	37%	106
Wiwilí	43%	80	26%	39	37%	119
Bluefields	41%	87	24%	41	36%	128
Juigalpa	40%	57	25%	48	33%	105
Jalapa	35%	79	24%	62	30%	141
El Rama	34%	64	10%	29	27%	93
Nueva Guinea	32%	66	8%	40	23%	106

\*La encuesta en Santo Tomás fue realizada en 2014, mientras que las encuestas en los restantes municipios fueron realizadas en 2011.

### - El uso del condón en la última relación sexual con pareja ocasional:

Con respecto al uso del condón en la última relación sexual con pareja ocasional. Nuevamente, los varones reportaron mayor uso que las mujeres (Tabla 16). En el cuestionario se preguntó si en los últimos 6 meses había tenido relaciones sexuales con otra persona que no fuera su pareja, novio o novia actual, a lo cual casi la mitad de los varones respondió que sí, y 1 de cada 6 mujeres respondió afirmativamente. El cuestionario indagaba si habían usado condón en la última relación sexual con esa pareja, la proporción que reportó hacerlo es de 43% en los varones y 58% en las mujeres.



Jóvenes estudiantes universitarios en el stand del Ministerio de la Juventud durante la Feria Informativa en la UNAN Managua en ocasión del Día Mundial de la Población. Alejandra Almanza© UNFPA 2014

**TABLA 16.**  
**EL USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CON PAREJA OCASIONAL**

	Varones		Mujeres		Todos	
	Proporción	(n)	Proporción	(n)	Proporción	(n)
Santo Tomás	57%	42	50%	16	55%	58
Bluefields	52%	82	28%	29	46%	111
El Rama	47%	55	0%	18	36%	73
Jalapa	55%	78	27%	41	45%	119
Jinotega	52%	66	19%	43	39%	109
Nueva Guinea	52%	62	15%	34	39%	96
Ocotal	56%	70	65%	40	59%	110
Somoto	55%	78	34%	32	49%	110
Totogalpa	48%	58	36%	36	44%	94
Wiwilí	53%	75	29%	34	46%	109
Juigalpa	53%	49	17%	41	37%	90

La encuesta en Santo Tomás fue realizada en 2014, mientras que las encuestas en los restantes municipios fueron realizadas en 2011

## TIPS PARA LA ACCION

- Se necesita diseminar información sobre
- la situación actual de las ITS/ VIH que permita reducir las brechas entre la percepción y personalización del riesgo de enfermar. Las campañas de información deben abordar más específicamente a los diferentes tipos de AyJ tanto en consideración de sus edades, porque son diferentes las necesidades de información y la capacidad de digerir dicha información. Por ejemplo, en Nicaragua, en ocasiones las y los AyJ, aunque sean menores de edad se auto-identifican como adultos por sus experiencias y estilo de vida (relación de pareja estable, maternidad/paternidad, trabajo), y probablemente no se sientan aludidos por mensajes para “jóvenes”. Otra característica importante a considerar en los mensajes son aquellas normas culturales que marcan la diferencia entre las percepción de riesgo entre hombres y mujeres con relación al VIH y otras ITS.

## ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN JUVENIL

4 de cada 10 AyJ encuestados dijo estar organizado o pertenecer a un grupo, y en la mayoría de estos casos, dijeron pertenecer a un grupo religioso o bien en un grupo para hacer deportes.

A las y los AyJ encuestados, se les preguntó ¿Estás organizado en algún grupo que se reúna con cierta frecuencia?, a los cual un 36% respondió afirmativamente, con una diferencia importante entre varones y mujeres.

Un 41% de los varones y el 32% de mujeres encuestadas dijeron estar organizados o pertenecer a un grupo que se reúne con cierta frecuencia. Al pedirles que especificaran el tipo de grupo u organización al que pertenecían, la mayoría de las respuestas se concentraron en tres categorías: Organización religiosa (53%), grupo para hacer deportes (36%) y grupo de amigas/os (16%). Esto es de suma importancia porque el programa del MINJUVE tiene que considerar como llegar a estos jóvenes que

se congregan en las iglesias o en las canchas deportivas.

Existe una diferencia importante en las respuestas dadas por varones versus mujeres sobre el tipo de organización al que pertenecen. Por ejemplo, casi 7 de cada 10 AyJ mujeres organizadas están en un grupo religioso, en contraste con 4 de cada 10 varones que afirmaron lo mismo. Mientras que 5 de cada 10 AyJ varones organizados lo están en un grupo para hacer deportes, sólo 1 de cada 10 de las AyJ mujeres afirmaron lo mismo.

Proporciones similares de respuestas fueron dadas por mujeres y varones encuestados con respecto a la pertenencia a grupos de amigos (varones 14% y mujeres 17%). La pertenencia a estructuras comunitarias que son conocidas para el trabajo voluntario, como promotores y brigadistas, fue mencionada con una frecuencia menor del 10% tanto por mujeres como por varones encuestados, urbanos y rurales. Otras estructuras, grupos u organizaciones como colectivos o cooperativos, partidos políticos o sindicatos fueron mencionados con mucha menor frecuencia, alrededor de un 3%.

### **Participación en actividades de la comunidad: buena actitud pero poca participación**

A los AyJ se les realizaron preguntas para explorar sus actitudes hacia actividades colectivas, específicamente actividades comunitarias para mejorar el barrio, y se les preguntó también si habían participado en ese tipo de actividades. En general hay una buena opinión con respecto a participar en actividades de la comunidad, pero en contraste, los niveles de participación reportados fueron bajos, e incluso más bajos en el área rural.

Con relación a estas actitudes, se leyó la afirmación “Meterse a actividades del barrio o

la comunidad es una pérdida de tiempo.” Las personas que llegaron el 75%. Sin embargo, a pesar de que la gran mayoría de AyJ expresó una actitud favorable hacia la participación en actividades para mejorar el barrio, sólo 1 de cada 10 encuestados afirmó haber participado en alguna actividad para mejorar la situación de su barrio o comunidad (Tabla 17). Las razones principales para participar fueron “aprender cosas interesantes” (35%) y “poder ayudar” (38%).

Al observar los resultados de los otros municipios, se puede concluir que en general la gran mayoría de los encuestados expresa una actitud favorable hacia colaborar en las actividades de mejora del barrio. Los municipios con las proporciones de AyJ que reportaron actitud favorable son Jinotega, Somoto y Ocotal. Mientras que los municipios con las menores proporciones fueron Santo Tomás, Wiwilí, Bluefields y Juigalpa.



*Jóven enlace territorial del MINJUVE durante el Taller para la Preparación de Conversatorios y video foros. Claudia Porras/© UNFPA 2014*

**TABLA 17.**  
**ACTITUD HACIA Y PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE MEJORAS DEL BARRIO**

	“Meterse a actividades del barrio o la comunidad es una pérdida de tiempo”			Ha participado en actividades para mejorar el barrio en los últimos 6 meses	
	No, no es		AyJ	“Sí”	AyJ
	Varones	Mujeres	Todos	Todos	(n)
Santo Tomás	77%	82%	80%	10%	448
Bluefields	78%	82%	80%	31%	384
El Rama	73%	87%	80%	18%	372
Jalapa	82%	84%	83%	32%	379
Jinotega	85%	94%	90%	24%	376
Nueva Guinea	79%	86%	82%	24%	353
Ocotal	83%	90%	86%	25%	382
Somoto	82%	89%	86%	35%	383
Totogalpa	79%	87%	83%	46%	383
Wiwilí	71%	79%	75%	29%	384
Juigalpa	74%	88%	81%	40%	349

La encuesta en Santo Tomás fue realizada en 2014, mientras que las encuestas en los restantes municipios fueron realizadas en 2011

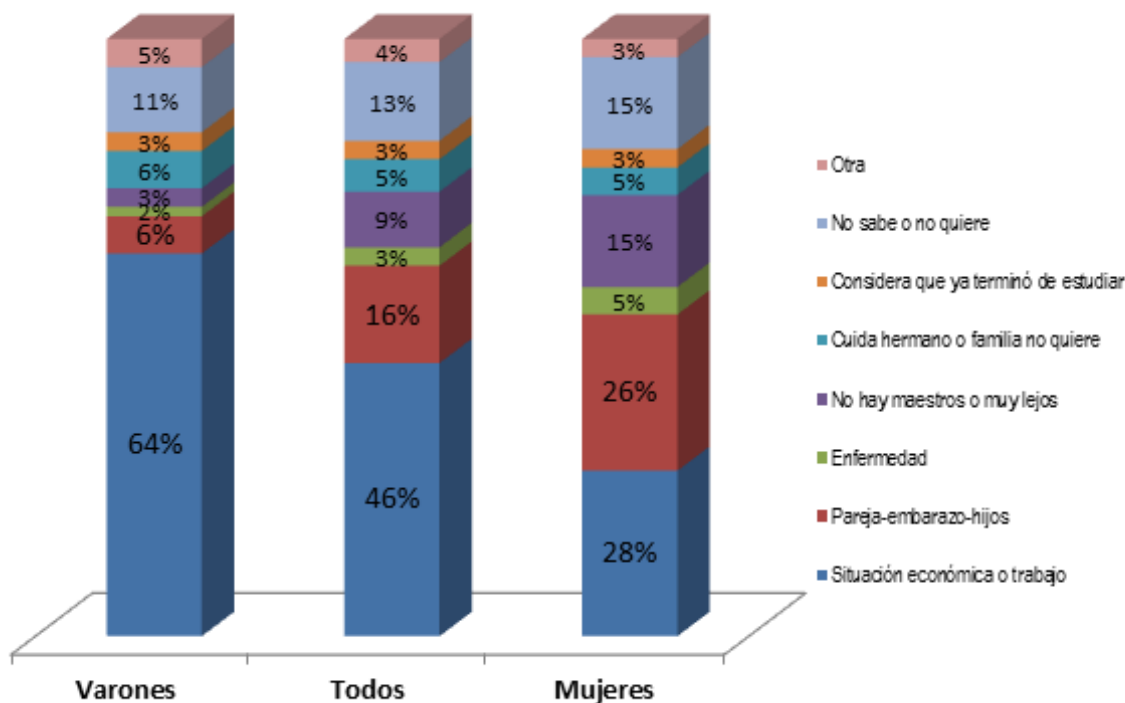
## CARACTERÍSTICAS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 10-19 AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA

Con las respuestas que dio el grupo de adolescentes y jóvenes entre las edades de 10 a 19 años, varones y mujeres que ya no asistían (o no asistieron) a la escuela en 2014 (año en que fueron encuestados), se realizó un análisis estadístico que consistió en identificar en orden de frecuencia las razones por las cuales las cuales no fueron a las escuela en 2014. Seguidamente, describir las principales características de estos que ya no iban en la escuela con relación a los que afirmaron seguir asistiendo.

Las razones económicas y los eventos reproductivos fueron las causas de mayor peso para que las y los adolescentes descontinúen sus estudios.

De manera general, la falta de dinero o tener que trabajar para el sustento de la familia (46%) fueron la causa más frecuentemente mencionada por las y los encuestados por la cual ya no iban a la escuela (Gráfica 4). Por otro lado, un evento de tipo reproductivo, es decir un embarazo o cuidar sus propios hijos (16%) fue la segunda causa más frecuentemente para ya no ir a la escuela. Sin embargo estas causas pesan de manera diferente entre las respuestas dadas por los varones y las mujeres. Por ejemplo, la situación económica familiar o falta de dinero es la principal razón por la que ya no iban a la escuela los varones en comparación con las mujeres (64% vs 28%, respectivamente). Por el contrario, el embarazo o cuidado de los niños fue reportado como causa por un 26% de las mujeres, pero sólo por un 6% de los varones.

### GRÁFICA 3. RAZONES POR LAS QUE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 10-19 AÑOS YA NO IBAN A LA ESCUELA



Fuente: Encuesta del municipio de Santo Tomás en 2014

### PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE AYJ DE 10 A 19 AÑOS ESCOLAR Y NO ESCOLAR

Una diferencia importante entre estos dos grupos es el “retraso escolar” (es decir, la proporción de estudiantes que según su edad está en dos grados menores al esperado), que llega al 91% en el grupo que está fuera de la escuela y 53% en el que continúa yendo a la misma (Tabla 18).

La alta proporción de retraso o rezago escolar entre los no-escolares es más entendible si se observa que éstos no sólo no asistieron a la escuela en el año de la encuesta, en 2014, sino que en la mayoría de los casos tampoco asistieron en el año anterior a la encuesta, en 2013. Entre los escolares un 94% asistió a la escuela en 2013.

Entre los no-escolares sólo un 44% asistió en 2013 a la escuela. El promedio y la mediana de grados o años escolares estudiados en los no escolares resultó ser 7mo grado, o lo que popularmente se conoce como 1er año de secundaria. Con respecto a la edad, el promedio de edad fue de 17 y la mediana de 18. La baja escolaridad alcanzada por este grupo lo convierte en sí en una población de riesgo y por tanto debería ser considerado en el establecimiento de prioridades de intervención para reducir el abandono escolar.

**TABLA 18.**  
**CARACTERÍSTICAS DE AYT 10-19 AÑOS CON RELACIÓN A SI FUERON A LA ESCUELA**

		Adolescentes y jóvenes de "10 a 19 años"	
		Asistían a la escuela Escolares (n=201)	Ya no asistían No-escolares (n=139)
Retraso escolar "Sí"	Mujeres	49 (48%)	<b>58 (92%)</b>
	Varones	53 (58%)	56 (90%)
	Todos	102 (53%)	<b>114 (91%)</b>
	Mujeres (n=164)	Xi2 = 32.4 (p=0.000)	
	Varones (n=154)	Xi2 = 19.1 (p=0.000)	
¿Estudió el año pasado a la encuesta? "Sí"	Mujeres	<b>102 (96%)</b>	<b>27 (42%)</b>
	Varones	87 (92%)	29 (45%)
	Todos (n=329)	<b>189 (94%)</b>	<b>56 (44%)</b>
	Mujeres (n=170)	Xi2 = 63.6 (p=0.000)	
	Varones (n=159)	Xi2 = 41.4 (p=0.000)	
Tiene novio/a o pareja "Sí"	Mujeres	23 (22%)	40 (62%)
	Varones	33 (35%)	29 (45%)
	Todos	56 (28%)	69 (53%)
	Mujeres (n=171)	Xi2 = 27.48 (p=0.000)	
	Varones (n=160)	Xi2 = 1.58 (p=0.208)	

Fuente: Encuesta del municipio de Santo Tomás en 2014

### El efecto de protección o beneficio asociado con estar en la escuela

La permanencia en la escuela es sumamente importante porque parece estar asociada con algunos eventos sexuales y reproductivos, como el retraso en el inicio de las relaciones sexuales en las mujeres. Es importante reconocer el efecto protector de la educación que garantiza la restitución y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se reflejan en las prácticas

preventivas de uso de condón desde la primera relación sexual. Por ejemplo, entre varones de 15 a 19 años, el uso del condón en la 1ra relación sexual es mayor en la población escolar (68%) que en la población no-escolar (34%).



**TABLA 19.**  
**CARACTERÍSTICAS DE AYLJ 15-19 AÑOS CON RELACIÓN A SI FUERON A LA ESCUELA**

		Adolescentes y jóvenes de "15 a 19 años"	
		Escolares	No escolares
Ya inició de vida sexual	Mujeres	18 (35%)	<b>35 (66%)</b>
	Varones	20 (57%)	38 (76%)
	Todos	38 (44%)	<b>73 (71%)</b>
	Mujeres (n=53)	$\chi^2 = 9.83$ (p=0.002)	
	Varones (n=58)	$\chi^2 = 1.58$ (p=0.208)	
Usó condón en la 1ra relación sexual	Mujeres	6 (33%)	9 (26%)
	Varones	13 (68%)	13 (34%)
	Todos	19 (51%)	22 (31%)
	Mujeres (n=52)	$\chi^2 = 0.27$ (p=0.416)	
	Varones (n=57)	$\chi^2 = 5.97$ (p=0.015)	

Fuente: Encuesta del municipio de Santo Tomás en 2014

### El antecedente embarazos o hijos es más frecuente entre los que ya no van a la escuela

En la población no-escolar de mujeres se observa la gran mayoría de embarazos (Tabla 20). Los datos también permiten evidenciar, además, la desproporcionada carga en la crianza de hijos/hijas en las mujeres que ya no iban a la escuela en comparación con los varones.



Estudiantes del Instituto Josefa Toledo de Juigalpa participando del Cine Foro "La Sexualidad en la Juventud" para la prevención del embarazo en adolescentes. Claudia Porras/© UNFPA 2015

**TABLA 20.**  
**CARACTERÍSTICAS DE AYJ 15-19 AÑOS CON RELACIÓN A SI FUERON A LA ESCUELA**

	Adolescentes y jóvenes de "15 a 19 años" con antecedente de inicio de vida sexual		
		Escolares (n=38)	No-escolares (n=74)
¿Ha estado alguna vez embarazada? "Sí" (O embarazó a alguien? (para los varones)	Mujeres	5 (28%)	24 (69%)
	Varones	1 (5%)	14 (37%)
	Todos	6 (16%)	38 (52%)
	Mujeres (n=53)	$\chi^2 = 7.98$ (p=0.007)	
	Varones (n=59)	$\chi^2 = 6.92$ (p=0.005)	
¿Tiene hijos? "Sí" (¿Cuántos de los AyJ tienen hijos?)	Mujeres	5 (28%)	22 (63%)
	Varones	1 (5%)	10 (26%)
	Todos	6 (16%)	32 (44%)
	Mujeres (n=53)	$\chi^2 = 5.85$ (p=0.016)	
	Varones (n=59)	$\chi^2 = 3.87$ (p=0.047)	

Fuente: Encuesta del municipio de Santo Tomás en 2014

## FACTORES ASOCIADOS AL USO DE CONDÓN EN LA 1RA RELACIÓN SEXUAL EN VARONES Y MUJERES

En adolescentes en edades de 15-19 años<sup>1</sup>

El análisis realizado permite identificar una serie de factores asociados al uso de condón u otro método anticonceptivo durante la primera relación sexual y que pueden ayudar a la prevención de embarazos en la adolescencia (Tabla 21). Estos factores son:

- Mayor edad al momento de la primera relación sexual en los varones: esto es los varones haber tenido su 1ra relación sexual después de los 15 años de edad reportaron mayor uso de condón en comparación con los que iniciaron vida sexual antes de esa edad (41% vs 27%)

- Tanto en varones como en mujeres que dijeron haber usado condón en su primera relación sexual se observa un mayor uso de condón posteriormente sea con una pareja estable o con una pareja ocasional

<sup>1</sup> Fuente: Estudio de UNFPA "situación de adolescentes y jóvenes", en 43 municipios



**TABLA 21.**  
**FACTORES ASOCIADOS AL USO DE CONDÓN EN LA 1RA RELACIÓN SEXUAL ENTRE LAS Y LOS ADOLESCENTES EN EDADES DE 15-19 AÑOS**

		Usó condón en la 1ra relación sexual			Chi cuadrado Nivel sig.	OR** IC (95%)
		Sí	No	Total		
¿Va a la escuela?	No	24%	76%	218	8.9	0.6
(Varones)	Sí	34%	66%	1179	0.001	(0.4-0.8 )
Edad 1ra relación sex	A los 14 o antes	27%	73%	730	29.6	0.55
(Varones)	A los 15 o desp.	41%	59%	624	0.000	( 0.43-0.69)
Varones:						
Usó condón consistente con pareja estable	Sí	67%	33%	260	165.7	6.2
	No	24%	76%	940	0.000	(4.6-8.4 )
Usó condón consistente con pareja estable	Sí	58%	42%	327	128.9	4.6
	No	23%	77%	810	0.000	(3.5-6.0)
Mujeres:						
Usó condón consistente con pareja estable	Sí	78%	22%	72	88.9	11.6
	No	23%	77%	492	0.000	(6.4-21.0)
Usó condón consistente con pareja ocasional	Sí	70%	30%	66	49.9	6.8
	No	25%	75%	331	0.000	(3.8-12.2)

Fuente: Encuesta UNFPA en 2011, en 43 municipios.  
 \*\*El OR (Odds Ratio) se refiere a la fuerza de asociación y el IC es el Intervalo de Confianza, o el nivel de confianza. Un OR menor de 1 indica un efecto protector. En este caso las cifras del IC tienen que ser menor a 1 también.  
 Un OR mayor de 1 indica, un efecto deletreo o mayor riesgo de daño. En este caso las cifras del IC tienen que ser mayor a 1 también.

## FACTORES ASOCIADOS AL USO DE CONDÓN O DE UN MAC EN LA 1RA RELACIÓN SEXUAL EN MUJERES

### En encuestadas mujeres en edades de 15-19 años (ENDESA 2011/12)

Un análisis adicional realizado con los datos de la ENDESA 2011 permite identificar los siguientes factores asociados al uso de condón u otro método anticonceptivo en la primera relación sexual en la vida, como medida de prevención de embarazos en la adolescencia, de acuerdo a lo que reportaron las mujeres encuestadas (Tabla 22).

- La zona de residencia: las mujeres de zonas urbanas reportaron más uso del condón en la primera relación sexual que las mujeres rurales (39% vs 23%) Mayor escolaridad: las mujeres que alcanzaron escolaridad secundaria reportaron más uso del condón en la primera relación sexual (40% vs 28%)
- Inicio de relaciones sexuales a mayor edad: las mujeres que tuvieron su primera relación sexual después de los 15 años reportaron mayor uso del condón que las que iniciaron antes (43% vs 29%)
- Las que sabían que se podían embarazar desde la primera relación sexual reportaron mayor uso del condón que las que no pensaron eso (62% vs 31%)

Los resultados de la ENDESA también han revelado que a menor escolaridad, menor es la edad de inicio de relaciones sexuales y mayor es la frecuencia de embarazos en la adolescencia, los que a su vez tienen una mayor mortalidad en comparación con los embarazos que ocurren en mujeres adultas.

La educación tiene un reconocido efecto protector. A mayor escolaridad mayor es la probabilidad de que las personas practiquen comportamientos más saludables porque están más conscientes de las causas y consecuencias. Varios mecanismos se han planteado para explicar cómo es que se logra este efecto, incluyendo el aumento de los conocimientos, la presencia de redes de apoyo, los roles modelos, entre otros.

**TABLA 22.**  
**FACTORES ASOCIADOS AL USO DE CONDÓN O DE UN MAC EN LA 1RA RELACIÓN SEXUAL (ENDESA)**

		Usó condón/MAC en la 1ra relación sexual		Total	Chi cuadrado Nivel sig.	OR** IC (95%)
		Sí	No			
Área de residencia	Urbana	39%	61%	501	10.1	<b>1.5</b>
	Rural	23%	72%	496	<b>0.001</b>	(1.2 – 1.8)
Escolaridad	Primaria o menos	28%	72%	559	16.8	<b>0.59</b>
	Secundaria o más	40%	60%	610	<b>0.000</b>	(0.4-0.7)
Edad 1ra relación sex	Antes de los 15	29%	71%	398	7.4	<b>0.69</b>
	Entre 15 a 22 años	37%	63%	815	<b>0.004</b>	(0.5–0.9)
Embarazada alguna vez	Sí	29%	71%	777	26.7	<b>0.5</b>
	No	43%	57%	436	<b>0.000</b>	0.4-0.6
Cuando tuvo su primera relación sexual pensó que podía quedar embarazada	Sí	32%	68%	519	5.9	<b>1.5</b>
	No	23%	77%	251	<b>0.009</b>	(1.08-2.17)
Usó condón en la última relación sexual	Sí	62%	39%	109	41.3	<b>3.5</b>
	No	31%	69%	1013	<b>0.000</b>	2.3-5.3

Fuente: ENDESA 2011/12  
 \*\*El OR (Odds Ratio) se refiere a la fuerza de asociación y el IC es el Intervalo de Confianza, o el nivel de confianza. Un OR menor de 1 indica un efecto protector. En este caso las cifras del IC tienen que ser menor a 1 también.  
 Un OR mayor de 1 indica, un efecto deletreo o mayor riesgo de daño. En este caso las cifras del IC tienen que ser mayor a 1 también.

## RESUMEN DE RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE TRABAJO DEL PROGRAMA

1 Es clave seguir fortaleciendo la inclusión de las visiones juveniles en los planes sectoriales

orientados a prevenir el embarazo en adolescentes y las uniones a temprana edad como principal problema de salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes y jóvenes nicaragüenses; y la reducción de su frecuencia como la principal meta.

2 Las instituciones que trabajan temas o

aspectos relacionados con los derechos sexuales, que incluyen principalmente MINSA, IMF, MINED, MINIM, CMN, MIFAN, ACAPOL y MINJUVE, deberían partir de los indicadores de SSR descritos en el presente estudio de línea de base para guiar el diseño de los planes anuales y el diseño de acciones por grupos de edad, y por la condición del adolescente y joven en los territorios seleccionados.

- 3 Las estrategias del Programa deben diseñar contenidos y mensajes diferenciados: unos orientados a las adolescentes que ya tienen un hijo para promover la prevención secundaria y otros para los que no han tenido hijos o incluso a las que no han iniciado vida sexual todavía, de prevención primaria.
- 4 En la planificación estratégica se debería considerar la designación o creación de espacios adecuados para adolescentes y jóvenes que propicien encuentros y momentos de reflexión sobre los temas de SSR. Por ejemplo, la escuela es el lugar ideal para crear espacios de diálogo entre adolescentes, así como también entre adolescentes y padres de familia acerca de tabúes y mitos alrededor de estos temas, y de las implicaciones de un embarazo en la adolescencia y cómo se puede prevenir. Sin embargo se necesitan aprovechar otros espacios públicos, tomando en cuenta que no todos las y los AyJ asisten a la escuela.
- 5 El contenido de las capacitaciones, al igual que las campañas informativas, deben apuntar a llenar las brechas en conocimiento, actitudes y prácticas identificadas en la línea de base, incluyendo el abordaje de mitos, creencias y normas culturales. Desarrollar actividades de promoción de actitudes

responsables hacia la maternidad y paternidad, así como también la práctica de comportamientos saludables.

- 6 La telefonía celular y el internet ofrecen una oportunidad como fuentes de información adecuada para AyJ, incluyendo los rurales. Esto significaría realizar gestiones con las compañías telefónicas para que, desde un acuerdo de responsabilidad social se pueda, proveer de conexión a internet gratuita en los espacios donde se reúnen los AyJ y estableciendo, en la medida de lo posible, menús con los sitios Web que AyJ que podrían visitar en búsqueda de información confiable.
- 7 Fortalecer el modelo comunitario de desarrollo de atención a través de la incorporación de las diferentes expresiones juveniles que fortalezcan a su vez la capacidad de desarrollar sistemas de alerta que sean de ayuda a las instituciones competentes en la identificación y seguimiento a casos que requieran de la intervención oportuna de las autoridades.
- 8 Fortalecer sistemas de información sobre SSR de AyJ que arrojen datos en tiempo real e integrado entre las instituciones para la oportuna toma de decisión (por ejemplo, esto sería clave para prevenir embarazos en los casos de violación, cuando solo se tienen unas pocas horas para administrar el protocolo médico).

## ANEXO 1: RESUMEN DE LA METODOLOGÍA

En Santo Tomás, de acuerdo a la metodología LQAS, la estrategia de muestreo fue basada en la selección de hogares en seis áreas de supervisión que fueron definidas a partir de los datos del censo del municipio. Se encuestó a 456 adolescentes y jóvenes en edades de 10 a 24 años (de un total de 456 encuestas programadas). Como parte del diseño del estudio, se habían establecido las cuatro siguientes sub-muestras:

Grupo 1: de 10 a 14 años (118 encuestas).  
Grupo 2: de 15 a 19 años (120 encuestas).  
Grupo 3: de 20 a 24 años (115 encuestas).

Grupo 4: una sub-muestra intencionada de adolescentes “no-escolares”, con único criterio de inclusión de que no estudiaron el año que se realizó la encuesta (103 encuestas).

La composición de la muestra final (Tabla 23) fue de más o menos una mitad varones (47%) y la otra mitad de mujeres (53%). La muestra también fue de aproximadamente una mitad rural (47\*) y la otra mitad urbana (53%).

TABLA 23.

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES ENCUESTADOS POR SEXO Y ZONA

Sexo		
Varones	213	47%
Mujeres	243	53%
Zona de residencia		
Rural	216	47%***
Urbana	239	53%
*** Sobre-muestreo urbano resultante del diseño LQAS (el municipio es en realidad 30% rural).		

### Contenido del cuestionario o boleta de la encuesta

Las y los adolescentes fueron preguntados sobre diversos temas relacionados con una serie de indicadores del proyecto. En este reporte se comparten los resultados obtenidos para los siguientes temas:

- Preguntas generales escolaridad y razones por las que dejó de estudiar
- Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos
- Inicio de vida salud sexual y reproductiva
- Actitudes hacia normas y roles de género, violencia y sexualidad
- Actitudes y prácticas de prevención del embarazo en la adolescencia

Con relación a la encuesta del programa del UNFPA en 2011, se destacan los siguientes elementos de la metodología (UNFPA 2013b)

- Muestra de aproximadamente 390 adolescentes y jóvenes (50% varones y 50% mujeres) en cada uno de los 43 municipios y 16,605 en total.
- Proporcional a la composición de varones y mujeres del municipio y a los grupos de edad de adolescentes y jóvenes (10-14, 15-19, 20-24),
- Muestreo por conglomerados, urbano y rural (rural próximo).
- Se realizaron 30 grupos focales con adolescentes y jóvenes.
- Los datos de la ENDESA, realizada en diferentes años, permiten identificar cambios en el tiempo, es decir tendencias, en indicadores clave. La ENDESA se realiza periódicamente, cada 5 años; utiliza una metodología de muestreo por conglomerados y es representativa a nivel departamental y nacional. La ENDESA, es una encuesta que se realiza con mujeres en edad fértil (15-49 años), pero en 2012/12 incluyó una muestra de hombres edad fértil (15-59 años). Los datos que se comparten en este reporte son principalmente de la encuesta realizada en 2011, a menos que se especifique otra fecha. Una descripción más detallada de la metodología puede encontrarse en las publicaciones preliminares y finales y que están disponibles en el sitio de Web del Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo (INIDE). Las bases de datos de la ENDESA son de acceso público.



Jóvenes del municipio de Waspam reunidas en la Casa Municipal de Adolescentes y Jóvenes del municipio. Jorge Palma/© UNFPA 2012

Estrategias de intervención relacionadas a SSR		Lugares /grupos metas		-Coordinaciones -Enfoque del trabajo -Capacitaciones/prestación de servicios
<b>Sexo</b>  <b>MINJUVE</b> Desarrollar planes, acciones, programas y políticas dirigida a la Juventud Nicaragüense a través de la articulación y coordinación entre las instituciones del Estado, expresiones juveniles organizadas y la juventud en general.	Programa de SSR	AyJ Movimientos de juventudes: FES, Jóvenes Cristianos, Promotorías Solidarias A mediados de 2014 contaba con una base de aproximadamente 20,000 promotores a nivel nacional	De alcance nacional, aun-que son 11 los municipios priorizados: Bluefields, El Rama, Jalapa, Jinotega, Juigalpa, Nueva Guinea, Ocotal, Santo Tomás, Somoto, Totogalpa, Wiwili	Coordina la Comisión Técnica Nacional del Programa SSR, la cual está conformada por los socios del programa, ACAPOL, CMN, MIFAN, MINIM, MINSA y MINED Lidera la incorporación de la perspectiva generacional (protagonismo juvenil) al desarrollo de planes y de su implementación Realiza talleres de capacitación que se implementan planes establecidos
	Escuela de Valores Programa Amor Modelo de Atención Familiar y Comunitario Consejerías de Familiares y Comunitarias e Institucionales Programa SSR coordinado por el MINJUVE	Implementa acciones de protección para niños, niñas y adolescentes en riesgo, o con discapacidad. Personal propio y de las otras instituciones (MINED, Policía, etc.) y personal comunitario A mediados de 2014 estaba en proceso de formar a 800 facilitadores judiciales y 1,200 consejeros.	De alcance nacional con zonas consideradas como de mayor riesgo de trata y explotación sexual: Granada, San Juan del Sur; Guasaule; Peñas Blanca	Cada tres meses, convoca a la Comisión Inter-Institucional de Prevención de la Violencia; y lidera comisiones departamentales de lucha contra la trata. Con relación a la trata, otras coordinaciones clave son MIGOB y la CMN Promueve un enfoque de responsabilidad compartida y de prevención de la violencia para la aplicación sistemática de mecanismos de protección. Lidera la capacitación al personal de las instituciones del gobierno relacionado con la reglamentación de la Ley 779 contra la violencia, así como también en otros temas de prevención de la violencia intrafamiliar, trata de personas y castigo y maltrato infantil.
<b>MIFAN</b> Facilitar la ejecución de acciones integrales en beneficio de grupos de población vulnerable, niñez desvalida y abandonada, adultos mayores y a las personas con capacidades diferentes buscando soluciones de autosostenimiento				

Institución: Mandato	Estrategias de intervención relacionadas a SSR	Lugares /grupos metas	-Coordinaciones -Enfoque del trabajo -Capacitaciones/prestación de servicios
<p><b>CMN</b> El quehacer de la CMN es la prevención y manejo de los casos de violencia en niños, niñas y adolescentes... de ahí surgen sus planes</p>	<p>Proyecto centroamericano de prevención de las mujeres en Centroamérica (BA1) Programa SSR coordinado por el MINJUVE</p>	<p>Promotoras de la CMN son capacitadas en temas de violencia contra la mujer; temas incluyen: liderazgo, autoestima, aspectos psicológicos A mediados de 2014 contaba con 4000 promotores de la Comisaría (hombres y mujeres); Estos promotores se integran a estructuras comunitarias</p>	<p>Comisiones inter-institucionales se dan a nivel departamental, municipal y territorial. Responde a casos de embarazo en las adolescentes menores de 15 años, en conjunto con MIFAN y MINSA. Responde y aplica medidas de protección en casos de violencia reportadas por las estructuras comunitarias a nivel de barrios y comarcas.</p>
<p><b>MINIM</b> Desarrollar planes, acciones, programas y políticas que garanticen la participación de la mujer en el desarrollo económico, social, cultural y político del país.</p>	<p>Programa de Derecho y Protagonismo (PDP) Programa SSR coordinado por el MINJUVE</p>	<p>De alcance nacional, pero en el proyecto (BA1), se priorizan 12 municipios: Corinto, León, Cárdenas, Somoto, Dipilto, Waspam, Matagalpa y 3 distritos de Managua  De alcance nacional, pero en PDP prioriza Tipitapa, Managua, Masaya, Juigalpa. Se cuenta con 25 promotores por cada territorio</p>	<p>Forma parte de la Comisión Interinstitucional que de Prevención de la Violencia. Forma parte del comité de revisión de la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva. Promueve un enfoque de equidad de género en el que ambos miembros de la pareja valoren y se beneficien de la responsabilidad compartida.  Tiene un importante rol en los procesos de capacitación definiendo temas, contenidos y metodologías para la sensibilización sobre la equidad de género y promover la prevención de la violencia. Monitoreo de indicadores del SIG-RUN, a los del MINSA y análisis estadístico.</p>

<p><b>Institución: Mandato</b></p>	<p><b>Estrategias de intervención relacionadas a SSR</b></p>			<p><b>Lugares /grupos metas</b></p>		<p><b>-Coordinaciones -Enfoque del trabajo -Capacitaciones/prestación de servicios</b></p>
<p><b>MINSA</b> Regular y brindar servicios de salud tanto preventivos como diagnósticos y curativos, control de epidemias planes, regulación de medicamentos, monitoreo de la calidad del agua, higiene y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 0- 20 ECMAC* *Estrategia Comunitaria de distribución de Métodos Anticonceptivos</p>	<p>El MINSA trabaja con adolescentes facilitadores y brigadistas que reproducen las capacitaciones en las escuelas.  Tienen una red de promotores de aprox. 40,000 de los cuales unos 10,000 se integran a los programas de distribución comunitaria de métodos anticonceptivos *</p>	<p>Clubes de adolescentes Clubes de embarazadas Programa SSR coordinado por el MINJUVE  Participa en la implementación de la estrategia Escuela de Valores para la Familia.</p>	<p>Prestación directa de servicios de salud en general y para adolescentes en temas MAC; PPMS, embarazo en adolescentes, VIH, ITS y Violencia  Junto con el Instituto de Medicina Legal brindan servicios especializados de peritajes y manejo de los casos de violación</p>	<p>Lidera los esfuerzos de reducción del embarazo en la adolescencia a través de la atención en salud y acceso a métodos anticonceptivos  Monitoreo de indicadores clave como son la tasa de fecundidad de adolescentes y la cobertura a ECMAC  En coordinación con otras instituciones (CMN, MIFAN, etc.) aplica protocolo de atención para las situaciones de abuso sexual y adolescentes embarazadas  En los territorios, el MINSA participa en los esfuerzos locales de capacitación a adolescentes y jóvenes y promotores y/o a solicitud del MIFAN o MINED.</p>	<p>Coordinaciones con MIFAN, MINSA, CMN para capacitar a maestros y estudiantes de la FES en temas de derechos humanos y salud reproductiva.  Para incorporar temas en Sexualidad y Salud Integral realiza reformas curriculares, materiales y capacitación del personal.  Trabaja en sinergia ya que otras instituciones estatales están desarrollando acciones de prevención y promoción, con temáticas similares, metodologías participativas y modalidades similares.</p>
<p><b>MINED</b> Dirigir, organizar, regular y planificar los servicios de educación del subsistema escolar y la formación de docentes</p>	<p>Consejería Escolar Programa de Familia Fuerte  Programa SSR coordinado por el MINJUVE</p>	<p>Capacitaciones en las escuelas públicas a través de charlas y videos  En 2014 desarrollaba una guía metodológica sobre violencia en el noviazgo y el acoso escolar</p>	<p>La comunidad docente y los padres de familia, estudiantes (a través de la FES con reproducción de temas en cascada).</p>	<p>Coordinaciones con MIFAN, MINSA, CMN para capacitar a maestros y estudiantes de la FES en temas de derechos humanos y salud reproductiva.  Para incorporar temas en Sexualidad y Salud Integral realiza reformas curriculares, materiales y capacitación del personal.  Trabaja en sinergia ya que otras instituciones estatales están desarrollando acciones de prevención y promoción, con temáticas similares, metodologías participativas y modalidades similares.</p>		



-Coordinaciones -Enfoque del trabajo -Capacitaciones/prestación de servicios	Estrategias de intervención relacionadas a SSR			Lugares /grupos metas			-Coordinaciones -Enfoque del trabajo -Capacitaciones/prestación de servicios
	<b>Institución:</b> <b>Mandato</b>	Las estrategias de intervención relacionadas a SSR	ACAPOL La Academia de Policía Walter Mendoza Martínez tiene como Misión Formar, capacitar de manera integral y con calidad académica a las y los aspirantes, miembros activos y fuerzas auxiliares de la Policía Nacional	A mediados de 2014 contaba con casi 800 estudiantes antes de 17-26 años, de los cuales un tercio eran mujeres.  Cada año gradúan a 45 licenciados y 500 técnicos.	La sede de la Academia está en Managua, reciben aspirantes de todo el país que entran a vivir un régimen de formación con internado	La Academia cuenta con docentes de nivel de maestría, formados con apoyo de UNFPA. A través de la coordinación inter-institucional también cuenta con docentes externos que refuerzan temas que requieren mayor profundidad o especialización en su abordaje.	Se llevan registros de los estudiantes, pero es un desafío monitorear los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a derechos sexuales y reproductivos  Se desarrollan actividades de promoción de derechos SSR a lo interno de la Academia.

# BIBLIOGRAFÍA

**Código Penal de Nicaragua.** Consultado en octubre 2014. Disponible en línea en:[http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/NI/ley\\_641\\_codigo\\_penal.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/NI/ley_641_codigo_penal.pdf)

Código de la Niñez y la Adolescencia. Consultado en octubre 2014. Disponible en línea en:[http://www.oas.org/dil/esp/Codigo\\_de\\_la\\_Ninez\\_y\\_la\\_Adolescencia\\_Nicaragua.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Ninez_y_la_Adolescencia_Nicaragua.pdf)

**ENDESA.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo, ENDESA, Managua, Nicaragua 1998

**ENDESA.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo, ENDESA, Managua, Nicaragua 2006/07

**ENDESA.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo, ENDESA, Managua, Nicaragua 2011/12

Kirby D. Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Emerging Answers; Washington, DC: 2007.

Manji A, Pena R, Dubrow, R. Sex, condoms, gender roles, and HIV transmission knowledge among adolescents in Leon, Nicaragua: implications for HIV prevention. *AIDS care*, 19(8), 989-995, 2007.

Ministerio de Salud: Normativa 031. Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia familiar y sexual.

[http://www.unfpa.org.ni/publicaciones/norma31\\_prevenccion\\_deteccion\\_y\\_aten.pdf](http://www.unfpa.org.ni/publicaciones/norma31_prevenccion_deteccion_y_aten.pdf)

**OECD.** Feinstein L, Sabates R, Anderson TM, Sorhaindo A, Hammond C. What are the effects of education on health? In: *Measuring the effects of education on health and civic engagement: proceedings of the Copenhagen symposium*. 4. – © OECD 2006

**PATH.** Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua: Determinantes de riesgo y protección e indicadores para su abordaje / PATH ; Nicasalud ; USAID-- 1a ed. – Managua: PATH/InterCambios, 2012.

Rani M, Figueroa ME, Ainsle R. The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens. *Int Fam Plan Perspect*, 29(4):174-81; 2003.

Shafii T, Stovel K, Davis R, Holmes K. Is Condom Use Habit Forming? Condom Use at Sexual Debut and Subsequent Condom Use. *Sex Transm Dis*, 31(6), 366–372; 2004.

**UNFPA.** Así andamos los jóvenes nicaragüenses: Estudio Nacional de Situación de Adolescentes y Jóvenes en 43 municipios del país en 2011. UNFPA, Managua, Nicaragua 2013b.

**UNFPA.** Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. *Estados de la Población Mundial*; UNFPA 2013a.

Wulf D et al., Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense, En *Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, Serie 2007, No. 2.

Zelaya E et al., Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 21(1):39–46; 1997.