



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

LA INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL
INICIO TEMPRANO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y EN EL USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO

Tesis presentada por:

JIMENA SEGUNDO DÍAZ

Para optar por el grado de:

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Directora de tesis:

DRA. MARÍA DEL ROSARIO DE FATIMA JUÁREZ CARCAÑO

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2020

Agradecimientos

Estoy inmensamente agradecida con mis hijos, Hitya y Hasen, por su paciencia en todo este proceso, por llenarme de energía, impulsarme y quererme tanto, son mi motor. Mi pequeña, desde que venías en camino me inyectaste una fuerza extraordinaria y muchas ganas de cumplir mis metas y objetivos, gracias a ti me atreví a tomar las decisiones que transformaron mi vida, nuestra familia. Mi niño, todas tus inquietudes, deseos de aprender, de conocer y de investigar me han obligado a querer saber más o a ignorar menos, a nunca detenerme.

Roberto, mi compañero de vida, sin toda tu paciencia, amor inmenso, apoyo incondicional y comprensión me sería muy complejo seguir avanzando. Gracias por quitarme todas las piedras del camino, por aguantar mi mal humor en los momentos difíciles, abrazarme cuando más lo necesitaba, darme ánimo, levantarme cuando me caía, por creer en mí y caminar a mi lado.

Mí Gaby, mi madre, agradezco todo tu apoyo desde que comencé esta travesía, cambiaste tu vida por cuidar a mis hijos, mi mayor tesoro. Sin ti no podría hacer todo lo que hago, no lo hubiera logrado ni remotamente, desde que comencé los trámites y hasta el último día no nos dejaste ni un instante, esta maestría es tuya.

A Alejandro Mina, por creer en mí cuando yo misma no lo hacía, por aquella llamada que cambió el rumbo de las cosas. Todas sus palabras de aliento fueron fundamentales, fue un excelente mentor y un mejor ser humano, sé que en el lugar en donde se encuentra sigue sembrando semillas y dejando huella.

Agradezco a la Dra. Fátima Juárez por aceptar la dirección de este trabajo, es una extraordinaria guía y un gran ejemplo de cómo se deben hacer las cosas. Gracias por todo el tiempo y compromiso mostrado, por todas las enseñanzas, compartirme su gran conocimiento, apoyarme desde aquel primer momento, por la paciencia que me tuvo y porque aun en tiempos de pandemia estuvo ahí siempre. Mi completa admiración para usted.

Reconozco y no tengo palabras para agradecer a todos aquellos profesores que me ayudaron y apoyaron durante esta travesía, especialmente a Brígida García, Juan Guillermo Figueroa, María Eugenia Zavala, Manuel Ordorica, Olga Rojas, Ivonne Szazs y Jessica Nájera. De la misma manera externo mi agradecimiento a quienes dentro de las aulas compartieron sus enormes conocimientos durante mi estancia en el Colegio.

Agradezco a la Dra. Nathaly Llanes quien fue mi lectora de tesis, realizó una muy detallada revisión y me proporcionó asertivos comentarios que enriquecieron este trabajo, gracias por estar muy pendiente en cada paso del desarrollo.

De la misma manera, a mi familia por siempre estar ahí, especialmente a mis hermanas, Abigail y Gabriela, y sobrinas, Tatiana y Corina, que recorren todos los caminos conmigo dándome la fuerza necesaria para seguir, que siempre creen en mí y me impulsan a dar y ser mejor cada día. A mi sobrino Abraham por toda la magia.

A mis amigas y amigos que a lo largo del tiempo se han convertido en familia, gracias por estar conmigo en todo momento su apoyo es fundamental en mi vida. A los y las inegianas que siguen ahí todo el tiempo, están en mi corazón y en mi vida, los quiero por siempre. A las grandes personas que conocí en el INEE, gracias por todo el impulso. Nahe, sabes que sin ti nunca hubiera sido demógrafa, te agradezco por convencerme de dar aquel paso y recorrer conmigo ese camino.

No puedo dejar de mencionar a mis queridos compañeros de maestría, que se transformaron en amigos y después en familia, Jorge, Naty, Caro, Milciades, José Luis y Pao, gracias por todo el aprendizaje, por todas las horas de estudios y de trabajo, por siempre estar dispuestos a apoyar, por la compañía, las vivencias compartidas, el café y las ricas y enriquecedoras pláticas. Luciano, gracias por compartir toda la historia que conoces. A todos los amigos de ese rincón oscuro que terminó volviéndose un hogar para nosotros.

Finalmente, agradezco a El Colegio de México, al Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por brindarme todos los elementos materiales para la realización de la maestría.

Resumen

La “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales” (SSR y PRS) y la “Educación sexual y reproductiva en los centros escolares” que recibieron las mujeres jóvenes mexicanas cuando eran adolescentes, como factores que podrían haber influido en la entrada temprana a la primera relación sexual -antes de los 16 años- y al uso de métodos anticonceptivos en este debut sexual, son los elementos centrales que se analizan en la presente investigación.

En México existe una proporción importante de jóvenes que tienen entre 10 y 19 años, casi una quinta parte de la población del país se encuentra en este grupo etario, la mitad son mujeres. La importancia de estudiar los factores asociados con la edad de ocurrencia de la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos radica en que la adolescencia es un momento crucial en las transiciones de la infancia a la adultez y porque el calendario de inicio de la vida sexual y la forma como esta ocurre impacta en la salud reproductiva posterior y el bienestar a largo plazo.

Diversos autores han señalado la importancia de la educación sexual y reproductiva para retrasar el debut sexual y el uso de anticonceptivos, sin embargo México no cuenta con un programa de educación sexual y reproductiva integral en las escuelas. Recientemente, México dispone de información nueva, la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA 2017), que permite relacionar los factores sociales, familiares y personales de las jóvenes de 20 a 24 años cuando se encontraban en la adolescencia, fuente de datos que posibilita investigar la influencia de estos elementos con la entrada a la relación sexual y al uso de métodos anticonceptivos.

De esta manera, el presente trabajo se enfoca en las mujeres mexicanas de 20 a 24 años que iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años y tiene como objetivo investigar la influencia que tiene la información recibida en la adolescencia sobre temas sexuales y reproductivos por parte del personal educativo o de la madre, la hermana u otro familiar en la entrada temprana a la primera relación sexual y en el uso de métodos anticonceptivos en la misma. Así mismo, se exploran otros factores sociodemográficos y económicos –tipo de pareja en la primera relación sexual, diferencia de edad con la primera pareja sexual, lugar de residencia en la niñez, estrato social de origen, religiosidad en la adolescencia, experimentó violencia en la niñez o adolescencia- que de acuerdo a la literatura, también podrían influir en la entrada temprana a la primera relación sexual y al uso

de anticoncepción en esta. La estrategia de investigación considera la elaboración de dos indicadores. El primero, la comunicación de la familia sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos, y el segundo sobre la información recibida en relación a la educación sexual en la escuela. Estos indicadores, junto con el resto de las características consideradas, formaron parte de dos modelos logísticos binarios con la finalidad de indagar sobre los factores asociados al inicio sexual temprano y el uso de anticonceptivos en este evento entre las mujeres de interés.

Entre los resultados se encuentra que aún existe una proporción importante de mujeres jóvenes que comienzan su vida sexual de manera temprana y que el uso de métodos anticonceptivos no es universal. Los hallazgos de los modelos logísticos muestran que la comunicación en el hogar sobre SSR y PRS de forma amigable por parte de la madre o la hermana o algún familiar, no impacta en la edad de entrada a la primera relación sexual, pero sí en el uso de métodos anticonceptivos, resaltando como más relevante si la comunicación fue con la hermana u otro familiar. Además, cuando las jóvenes recibieron información de forma accesible sobre educación sexual en los centros escolares entraron más tarde a la primera relación sexual y utilizaron en mayor medida anticoncepción que las que no la recibieron o cuando esta no fue de forma accesible.

Otro hallazgo importante de la investigación tiene que ver con la importancia de la pareja con la que se inicia la vida sexual. Si este evento se produjo con el novio o con un amigo u otro, las mujeres fueron más propensas a experimentar de manera temprana la primera relación sexual, pero también a tener un mayor uso de anticoncepción que las que comenzaron con su esposo. Las jóvenes que tuvieron el debut sexual con una pareja seis o más años mayor que ellas fueron más propensas a comenzar temprano y con menos posibilidades de usar algún método anticonceptivo que las que las iniciaron su vida sexual con alguien de edad similar. Las jóvenes de estrato social alto tienen menor propensión a entrar a edad temprana a la primera relación sexual y si lo hacen, usan en mayor medida algún anticonceptivo. Aquellas que se declararon poco o nada religiosas durante la adolescencia, tienen más posibilidades de tener el debut sexual de manera temprana en comparación con las más religiosas. Por último, las mujeres que declararon haber sufrido algún tipo de violencia en la niñez o adolescencia tienen más posibilidad de iniciar de manera temprana la primera relación sexual que las que no la experimentaron.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I. La importancia de la edad de entrada a la primera relación sexual en México ..	4
1.1. La importancia de la educación sexual.....	7
Capítulo II. Salud sexual y reproductiva en adolescentes desde el enfoque de derechos humanos ..	10
Capítulo III. Antecedentes sobre la Educación sexual en los centros escolares, la Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y otros factores socio-demográficos y económicos; su relación con la entrada temprana a la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos. Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos.....	13
3.1. La Educación sexual en los centros escolares y la Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y su vínculo con la primera relación sexual	13
3.1.1. Edad a la primera relación sexual	13
3.1.2. Educación sexual y reproductiva en la escuela.....	15
3.1.3. Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales	19
3.2. La Educación sexual en los centros escolares y la Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales, y su vínculo con el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.....	22
3.2.1. Educación sexual y reproductiva en los centros escolares respecto a los métodos anticonceptivos	25
3.2.2. Comunicación en el hogar sobre métodos anticonceptivos	26
3.3. Otros factores socio-demográficos y económicos vinculados con la entrada temprana a la primera relación sexual y con el uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual	28
3.4. Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos	30

3.4.1. Preguntas de investigación.....	30
3.4.2. Objetivo general.....	30
3.4.3. Objetivos específicos	31
3.4.4. Hipótesis	31
IV. Fuentes de datos, metodología y aspectos metodológicos.....	33
4.1. Fuente de información empleada.....	33
4.2. Selección de la población objetivo	34
4.3. Construcción de las variables	35
4.3.1 Variables Dependientes	35
4.3.2 Variables independientes	36
Construcción de dos indicadores sobre educación sexual	36
4.3.2.1 Construcción del indicador sobre Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales	36
4.3.2.2 Construcción del indicador sobre Educación sexual en los centros escolares	42
4.3.2.3 Operacionalización de otras variables independientes vinculadas a la entrada temprana a la primera relación sexual y al uso de métodos anticonceptivos en este debut.....	47
4.4. Estrategia metodológica	50
4.4.1 Modelo logístico binario para los factores asociados a la entrada temprana a la primera relación sexual	51
4.4.2 Modelo logístico binario para los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual.....	53
V. Resultados	54
5.1. Análisis descriptivo sobre las variables de interés	54
5.2 Análisis descriptivo sobre la entrada temprana a la primera relación sexual	56
5.3 Análisis descriptivo sobre el uso de métodos anticonceptivos.....	58

5.4. Factores asociados al inicio temprano de la primera relación sexual.....	61
5.4.1 Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y Educación sexual en los centros escolares y la entrada temprana a la primera relación sexual	61
5.4.2 Otros factores socio-demográficos y económicos vinculados con la entrada temprana a la primera relación sexual	62
5.5. Factores asociados al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.....	64
5.5.1 Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y Educación sexual en los centros escolares y el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	64
5.5.2 Otros factores socio-demográficos y económicos vinculados con el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual	65
VI. Conclusiones y recomendaciones.....	67
Limitaciones de la fuente de datos	73
Recomendaciones	74
Bibliografía	76
APÉNDICE 1.....	80
APÉNDICE 2.....	81

INTRODUCCIÓN

En México, existe una proporción importante de jóvenes que tienen entre 10 y 19 años, casi una quinta parte de la población total del país se encuentra dentro de este grupo etario, que en valores absolutos corresponde a 22,000,529 y cerca de la mitad de ellos son mujeres. Esta etapa es un momento crucial en las transiciones hacia la vida adulta de las personas, y este cambio de la infancia a la adultez puede ser gradual o muy acelerado (Juárez et al., 2010). El inicio de la vida sexual es una de estas transiciones y la forma en que esta ocurre impacta en la salud reproductiva posterior, los comportamientos sexuales futuros y el bienestar a largo plazo (Juárez y Gayet, 2014).

Se ha identificado que el inicio sexual temprano, sin el uso de métodos anticonceptivos de manera correcta, puede ir en detrimento de las y los jóvenes, ya que existe mayor riesgo de embarazos no planeados, lo que a su vez tiene múltiples repercusiones adversas en la transición a la vida adulta, tales como una mayor posibilidad de abandono escolar, menores oportunidades laborales y de desarrollo profesional. También, las relaciones sexuales sin protección se asocian con mayor riesgo de adquirir Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), particularmente Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Otra dificultad que se ha identificado para la protección de las relaciones sexuales es que el acceso a los anticonceptivos para los jóvenes en países en desarrollo -incluido México- es limitado (Juárez y Gayet, 2014).

Uno de los factores señalados como relevantes para retrasar el inicio sexual y usar protección en la primera relación sexual ha sido la educación sexual. Educar sobre temas sexuales retrasa o disminuye los comportamientos sexuales y aumenta el uso de métodos anticonceptivos (Kirby y Rolleri, 2007). Aunque México no cuenta con un programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) integral para nivel de primaria, secundaria y preparatoria que se enfoque específicamente en reducir los riesgos que se derivan de las relaciones sexuales no protegidas, algunos autores señalan que, en los centros escolares mexicanos se han realizado esfuerzos para la integración curricular de la educación sexual, con la cual los jóvenes obtienen cierta información sobre SSR (Juárez y Gayet, 2005; Rojas et al. 2017). Sin embargo, se cuenta con evidencia limitada sobre las intervenciones realizadas y el impacto de las mismas. De la misma manera, Herrera et al. (2018) muestran que en México, las madres son reconocidas por las adolescentes como las

principales fuentes de información sobre sexualidad, pero también es escasa la información sobre el impacto que estas tienen en el uso de métodos y edad en inicio sexual.

Considerando esta situación, el presente estudio investiga la influencia que tiene la información recibida sobre temas sexuales y reproductivos por parte del personal educativo, y de la comunicación sobre salud sexual con la familia, particularmente de la madre, la hermana u otro familiar, en la entrada temprana a la primera relación sexual –antes de los 16 años- y en el uso de métodos anticonceptivos en la misma, entre las mujeres mexicanas, de 20 a 24 años que iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años.

Además de la educación sexual, se considera relevante explorar qué factores socio-demográficos y económicos (tipo de pareja en la primera relación sexual, diferencia de edad con la primera pareja sexual, lugar de residencia en la niñez, estrato social de origen, religiosidad en la adolescencia, experimentó violencia en la niñez o adolescencia) influyen en la entrada temprana a la primera relación sexual y en el uso de métodos anticonceptivos en esta, en particular la comunicación sobre salud reproductiva por parte de la madre, la hermana u otro familiar o la información recibida en los centros educativos.

De esta manera, se formularon las siguientes preguntas que servirán de guía para la presente investigación: ¿Cuáles son los factores que influyen en la entrada temprana a la primera relación sexual y en el uso de algún método anticonceptivo en este debut? Y, ¿En qué medida recibir educación sexual y reproductiva en los centros escolares o la comunicación en el hogar con la madre, la hermana u otro familiar influyen en la edad temprana a la primera relación sexual y en el uso de métodos anticonceptivos en la misma?

Este documento se divide en cinco apartados. En el primero se presenta, de acuerdo con la revisión de la literatura, la importancia de la entrada a la primera relación sexual en México y la relevancia que tiene la educación sexual. Luego, en el segundo capítulo, se realiza un breve recuento de cómo la salud sexual y reproductiva comenzó a transformarse bajo un enfoque de derechos humanos, en el que el país está suscrito, subrayando que la SSR es un derecho del que los y las jóvenes deben gozar y que es necesario que reciban información sobre el tema para poder manejar los riesgos y desarrollar patrones positivos para la sexualidad adulta.

En el capítulo tres, se presentan algunas investigaciones sobre la importancia de la “Educación sexual en los centros escolares” y la “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y

reproductiva y prevención de riesgos sexuales” respecto a la edad temprana a la relación sexual y al uso de métodos anticonceptivos. Lo anterior, con la finalidad de proporcionar un contexto empírico de la investigación.

La fuente de datos y la metodología se exponen en el cuarto capítulo. En este, se describe la fuente de datos utilizada, la operacionalización de las variables, particularmente la construcción de los dos indicadores centrales: la “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales” y la “Educación sexual y reproductiva en los centros escolares”, así como las demás variables empleadas en los modelos. Igualmente se presenta la técnica estadística usada para el análisis.

En el quinto capítulo, se muestran los resultados de los modelos de regresión logística binaria ajustados en la investigación, los cuales permitieron dar respuesta a las preguntas y contrastar las hipótesis planteadas. Por último, se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones derivadas de los resultados obtenidos.

Capítulo I. La importancia de la edad de entrada a la primera relación sexual en México

A partir del siglo XX, en América Latina, así como en México, los servicios de salud mejoraron, lo que provocó una reducción en las tasas de mortalidad que, junto con la continuación de las elevadas tasas de natalidad, generó un acelerado crecimiento poblacional, hasta que por efecto de la aplicación de programas de planificación familiar impulsadas por Consejo Nacional de Población (CONAPO) comenzó a reducir la fecundidad (Juárez y Gayet, 2015; Hernández, 2004). Lo anterior, describe a la llamada “transición demográfica”, que se refiere al paso de patrones elevados en los niveles de mortalidad y de fecundidad hacia otros caracterizados por niveles bajos de ambas variables (Alba, Giorguli y Pascua, 2014).

A principios del siglo XX, la gobernabilidad poblacional en México se caracterizó por ser “poblacionista”. Sin embargo, dado el rápido incremento en el volumen de la población, que pasó de una tasa de crecimiento media anual de 1%, a principios de este siglo, a una de 3.5% en los años 70, se estimó que de continuar con este ritmo de crecimiento, para el año 2000 se alcanzaría una población de 135 millones. Por esta razón, México cambió la postura anterior a una de “moderación”, reflejada en la Ley General de Población de 1974 (Alba, 2010). A pesar del freno en el crecimiento de la población debido al descenso de la fecundidad que se derivó de esta ley, el crecimiento siguió ascendiendo por el impulso de la inercia demográfica llegando a un poco más de 119 millones de habitantes en la actualidad, según cifras de la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2015).

Es así, que la dinámica demográfica ha experimentado cambios profundos afectando el crecimiento, la estructura por edad y la distribución de la población a lo largo del territorio (CEPAL, 2013), lo que ha implicado un incremento significativo particularmente del grupo etario de 10 a 19 años en las últimas décadas.

Según cifras de Encuesta Intercensal 2015, de los 119 millones de personas en el país, tal como se señaló anteriormente, 58,056,133 hombres y 61,474,620 mujeres y de ellos 22,000,529 tienen entre 10 y 19 años, lo que equivale a 18.4% de la población total. 10.9 millones son mujeres, lo que representa a 49.6% de este grupo poblacional (INEGI, 2015). De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018), para el año 2017, se estimó que había 124 millones de personas, las cuales se distribuyen en 63.3 millones de mujeres y 60.7 millones de hombres. Según los datos de las proyecciones, el total de la población de 10 a 19 años

es de 22,226,244, equivalente a 17.9% de la población total del país, 11.3 millones son hombres y 10.9 millones de mujeres.

De 2015 a 2017, el porcentaje de la población de 10 a 19 años ha disminuido de 18.4% a 17.9%. Sin embargo, el número de jóvenes estimados de este grupo etario aún es muy grande, casi una quinta parte de la población total del país se encuentra dentro de este grupo poblacional. Esta cifra tan elevada señala la relevancia de estudiar la situación de los jóvenes y las formas en que transitan a la vida adulta (Juárez y Gayet, 2014), particularmente la entrada a la relación sexual, no solamente por la dimensión del número de jóvenes que inician esta etapa, sino también porque es un momento crucial de la vida de las personas para el cambio de la niñez a la adultez (Juárez et al., 2010).

Juárez y Gayet (2014) señalan que el paso a la adultez está dado por el cambio de condición en un conjunto de ámbitos de la vida, entre los que destacan la educación, el trabajo, la residencia y la formación familiar (unión y primer hijo, etc.). Los indicadores más utilizados para identificar la transición a la vida adulta son la salida de la escuela, el ingreso al mercado laboral, la independencia residencial, la unión y el primer hijo.

Anteriormente, el inicio de la vida sexual se producía muy cercano a la unión, pero hay cada vez más separación entre estas transiciones, ampliando la brecha entre ambos eventos, que, aunado al poco acceso y uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia, puede llevar a embarazos no planeados, fuera de unión, lo que impactará en la trayectoria escolar, laboral y de salud (Juárez y Gayet, 2014).

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016), analizando distintas cohortes (nacidas entre 1965 y 1979, y entre 1980 y 1989), encontró que el 50% (edad mediana) de las mujeres de la cohorte 1965-1979 habían iniciado su vida sexual antes de los 18.4 años, mientras que la cohorte 1980-1989 antes de los 17.7 años, lo que muestra una edad de inicio ligeramente menor para la generación más joven. Esto, parece indicar que las generaciones más recientes tendrán un periodo más amplio de exposición al riesgo de embarazo o de adquirir alguna ITS (CONAPO, 2016), sobre todo si no se utilizan métodos anticonceptivos.

Las mujeres jóvenes son las que presentan las mayores desventajas, ya que no solo están expuestas a las ITS, sino además a un embarazo en la adolescencia el cual puede convertirse en fuente de mayor vulnerabilidad para ellas, ya que son señaladas como responsables de la gestación

y después de la crianza (Climent, 2009; Herrera et al, 2018). Por lo anterior, es necesario analizar a este sector poblacional e identificar los factores que influyen en su inicio temprano en las relaciones sexuales, así como el uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual.

La adolescencia es un período de maduración fisiológica, emocional y de desarrollo cognitivo, y es aquí donde las acciones preventivas basadas en una comprensión sólida de las actitudes sexuales y el comportamiento de riesgo de los jóvenes puede tener un gran impacto en su bienestar a largo plazo (Juárez y LeGrand, 2005). Particularmente, el inicio de la vida sexual durante la adolescencia y la forma en la que esta ocurre puede impactar la salud reproductiva posterior, los comportamientos sexuales y el bienestar psicológico a largo plazo (Bozon y Kontula, 1998). Herrera et al. (2018) indican que las experiencias de la población joven, así como los discursos normativos sobre ellos, varían según el contexto social e histórico en que están inmersos, por lo que es necesario analizarlos.

En la actualidad existe mayor libertad sexual para ambos sexos¹; sin embargo, esto no implica mayor igualdad entre las y los jóvenes, actuando en detrimento de las mujeres (Herrera et al., 2018). Por ejemplo, un embarazo en la adolescencia, en un contexto de precariedad y de exclusión social, puede convertirse en fuente de mayor vulnerabilidad para las mujeres ya que ellas son señaladas como responsables de la gestación y después de la crianza. En este sentido Campero et al. (2013) resaltan que en estratos sociales desfavorecidos el embarazo temprano es una práctica prevalente, lo cual puede deberse a que el embarazo es considerado como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes. Por otro lado, Juárez et al. (2010) indican que la adolescencia es una etapa donde los jóvenes deben construir las bases de conocimientos y habilidades para asumir sus papeles de adultos; no obstante, una parte de las mujeres mexicanas tienen una etapa muy corta de preparación hacia la adultez, ya que muchas pasan directo de la niñez a ser esposas y madres. Todo lo anterior apunta a que en México las mujeres tienen mayor vulnerabilidad frente a su contraparte masculina.

Aunado a lo anterior, en México, como en otras partes del mundo, sucede que la distancia entre la primera relación sexual y la primera unión se ha ido ampliando en el tiempo, alrededor de

¹ Herrera et al. (2018), señalan que existe mayor libertad sexual debido a que “el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes se ha convertido en un derecho reconocido (en específico el de los adolescentes de 10 a 19 años), en la práctica no deja de mostrar tensión y complejidad, sobre todo cuando el inicio de la vida sexual se presenta a edades tempranas” (Herrera et al., 2018, p.136).

3 años, y la diferencia es aún mayor para las mujeres con más escolaridad o las que viven en regiones más desarrolladas, donde se duplica el intervalo (Juárez et al. 2014).

Solís et al. (2008) señalan que la forma como se ingresa a la vida sexual se debe analizar no sólo por su posible efecto sobre la reproducción, sino también porque se inscribe en un marco social específico en el que los jóvenes se preparan para asumir los roles adultos.

Con relación a la primera relación sexual, Juárez y Gayet (2014) muestran que una manera de retrasar la transición al primer hijo es mediante el uso correcto de anticonceptivos, pero que el uso de ellos entre los jóvenes en países en desarrollo es limitado. Espadas et al. (2014) resaltan la importancia del uso de anticonceptivos en esta primera relación sexual, ya que, la probabilidad de protegerse en la vida futura aumenta si se utilizan de manera correcta en el debut sexual.

1.1. La importancia de la educación sexual

Atienzo et al. (2011) muestran que existe un enfoque alternativo en la educación sexual de los adolescentes el cual involucra a los padres como educadores en sexualidad, fungiendo como cuidadores y motivadores de conductas saludables incluyendo el comportamiento sexual. Respecto a la relevancia de la educación sexual en los centros escolares, Herrera et al. (2018) indican que existe una postura conservadora frente a los programas de educación sexual por parte del personal docente, señalando que si se habla sobre sexualidad a los jóvenes se incita a entrar a las relaciones sexuales. Sin embargo, en un meta-análisis realizado por Kirby y Rolleri (2007)² sobre programas de educación sexual y VIH en el mundo se encontró que educar sobre temas sexuales retrasa los comportamientos sexuales, genera conductas preventivas y aumenta el uso de métodos anticonceptivos.

Aunque México no cuenta con un programa de Salud Sexual y Reproductiva para primarias, secundarias y preparatorias que se enfoque específicamente en reducir los riesgos que se derivan de las relaciones sexuales no protegidas, Rojas et al. (2017) señalan que, en los centros escolares

² En este artículo se revisaron 83 estudios que medían el impacto de los programas de educación sexual y VIH basado en el currículo sobre el comportamiento sexual y los factores mediadores entre los jóvenes menores de 25 años en distintas partes del mundo. De los estudios revisado 56 se llevaron a cabo en Estados Unidos; 9 en países desarrollados (Canadá, Países Bajos, Noruega, España y Reino Unido); y los 18 restantes en países en desarrollo incluido México (Belice, Brasil, Chile, Jamaica, Kenia, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Tanzania, Tailandia y Zambia) (Kirby y Rolleri, 2007).

mexicanos ha habido esfuerzos para la integración curricular de algunos aspectos de la educación sexual con la cual los jóvenes obtienen cierta información sobre SSR; sin embargo, se cuenta con evidencia limitada sobre las intervenciones realizadas y el impacto de las mismas. En esta dirección, Herrera et al. (2018) muestran que las madres son reconocidas por las adolescentes como las principales fuentes de información sobre sexualidad, pero resulta limitada la información sobre su impacto sobre la edad de entrada a las relaciones sexuales y sobre el uso de métodos anticonceptivos de las hijas.

En la actualidad, en el país, no existe ningún estudio que analice cómo la educación sexual recibida en los centros escolares y la comunicación en el hogar que se tiene sobre estos temas con la madre, la hermana u otro familiar puede influir en la edad de entrada al debut sexual o en el uso de métodos anticonceptivos en este inicio, dado que la información disponible no permitía este tipo de investigación. Sin embargo, la ENFaDEA 2017, posibilita este análisis.

Estudiar la influencia de la educación sexual y reproductiva en el inicio temprano de la primera relación sexual en México es relevante por tres razones:

- 1) Primero, por la elevada proporción de adolescentes que hay en el país, y que inician de manera temprana –antes de los 16 años- y sin protección la primera relación sexual, y porque la forma en que esta ocurre, impactaría en la salud reproductiva y los comportamientos sexuales posteriores.
- 2) Segundo, México cuenta por primera vez, con una encuesta (Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente ENFaDEA 2017) que permite relacionar los factores sociales, familiares y personales de las jóvenes cuando se encontraban en la adolescencia (cuando tenían entre 10 y 19 años) y que posibilita investigar la influencia de estos factores de la adolescencia en la entrada a la primera relación sexual, y el uso de anticonceptivos en esta relación. Asimismo, la encuesta obtiene información detallada sobre educación sexual o de comunicación con la madre, la hermana u otro familiar, lo cual usualmente no se tiene para el país.
- 3) Y tercero, la información mencionada permite investigar los factores socio-demográficos y económicos que pudieran ser relevantes en el inicio temprano de la relación sexual y el uso o no de métodos anticonceptivos en el debut sexual, así

como la influencia de información de educación sexual en las escuelas y la comunicación en el hogar con la madre, la hermana u otro familiar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales, aspectos poco estudiados en México.

Diversos estudios definen adolescencia y sus comportamientos de distintas formas. La definición cronológica, más ampliamente aceptada, establece la adolescencia como la etapa que comprende las edades entre los 10 y los 19 años, es decir, la segunda década de la vida. Tal periodo, a su vez, se divide en dos subetapas: adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) (CNEGSR, 2016, p.35;). Gayet y Gutiérrez (2014), estimaron el calendario de inicio sexual en México y sus tendencias, a partir de encuestas poblacionales (Encuesta Nacional de Salud 2000, Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica 2009, Encuesta Nacional de Juventud 2010 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012) y consideran como edad de inicio temprano de las relaciones sexuales antes de los 16 años; ya que en esta edad se encontró que al menos 25% de la población mexicana ha tenido esta primera experiencia. Diversas investigaciones coinciden en señalar como inicio temprano antes de los 16 años (Bozon y Kontula, 1998; Juárez y Gayet, 2005; Gutiérrez et al., 2012; López, 2018; Arellano, 2018).

Por otro lado, la Ley Federal del Trabajo (LFT) (DOF, 2019, 2 de julio), en los artículos 22 Bís y 23 se señala que está prohibido bajo cualquier circunstancia el trabajo a personas de quince años o menores a esta edad, así aunque el ingreso al mercado laboral de los jóvenes de 16 a 18 años está considerado como trabajo infantil, está permitido legalmente cumpliendo ciertas características establecidas en la ley. Dado que uno de los indicadores más utilizados para identificar la transición a la adultez es el ingreso al mercado laboral (Juárez y Gayet, 2014), se considera la edad mínima establecida en la LFT para ingresar al sector ocupacional como un elemento para determinar en esta investigación lo que se considerará como edad temprana.

De esta manera, y considerando los elementos anteriores, en este estudio se analizará a la población de 10 a 19 años, y se entenderá por entrada temprana a la primera relación sexual, cuando las adolescentes comenzaron su vida sexual antes de los 16 años, o son sexualmente activas antes de esta edad. Se utilizarán indistintamente los términos primera relación sexual y debut sexual.

Capítulo II. Salud sexual y reproductiva en adolescentes desde el enfoque de derechos humanos

En México, así como en América Latina y El Caribe, se reconoce que la salud sexual y reproductiva está enmarcada bajo una perspectiva de derechos humanos. En el pasado, los servicios de salud estaban diseñados para lograr alguna política de gobierno, por ejemplo, reducción de la mortalidad, reducción de la fecundidad, entre otros. Sin embargo, esta visión se modifica tomando fuerza un cambio de paradigma a partir de la Conferencia de Población y Desarrollo de 1994 que incorpora esta nueva visión (Juárez y Gayet, 2015; Juárez et al. 2013; Gayet y Juárez, 2016). En esta conferencia se desarrolla una nueva agenda política conocida como el Programa de Acción de la Conferencia del Cairo (ONU, 1994), al que México se suscribió, igual que 179 gobiernos. Los compromisos adquiridos se enfocaron en permitir que la población tomara decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva como parte de los derechos universales, en particular, los derechos sexuales y reproductivos, enfatizando las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud reproductiva (Lerner y Szasz, 2008). También se destaca la planificación familiar y la salud sexual, resaltando la equidad de género, y se consideró que el desarrollo económico, social y los derechos reproductivos están estrechamente ligados (Juárez y Gayet, 2015; UNFPA, 2018).

En el PACC (ONU, 1994) se definió a la salud reproductiva en el capítulo VII como:

“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña 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 su 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” (ONU, 1994; p.37).

En el PACC 1994 también se señala que “la salud sexual, tiene por objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (ONU, 1994; p.37). Particularmente, se resalta que se deben de atender especialmente las necesidades de los adolescentes en materia de educación y de servicios, para que asuman su sexualidad de forma positiva y responsable ya que ellos son particularmente vulnerables debido a la falta de información y acceso a los servicios. En

el PACC se enfatiza específicamente la atención a las mujeres adolescentes indicando que la maternidad a edad muy temprana implica riesgo de muerte superior a la media, así mismo, los hijos de madres jóvenes tienen niveles de morbilidad y mortalidad infantil más altos (ONU, 1994).

Lerner y Szasz (2008) indican que el compromiso suscrito por México se concretó en la reorientación del Plan Nacional de Desarrollo y la puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) en 1995, y en ambos programas se incorporó la perspectiva de derechos humanos. Cabe señalar que México desde la década de 1970 ha sido uno de los países que está a la vanguardia en los derechos de salud reproductiva (Juárez y Gayet, 2005), se impulsaron los programas de uso de métodos anticonceptivos, derivado de la preocupación por el gran crecimiento de la población que había hasta ese momento (Juárez y Gayet, 2015) y bajo la Ley de Población de 1974 se reconoció la planificación familiar en un marco de derechos, desde donde los programas de anticoncepción son vistos como un medio para garantizar el derecho a la reproducción (Juárez et al. 2013; Gayet y Juárez, 2016).

Por otro lado, el PNSR fue más allá que solo la reducción de los niveles de fecundidad, sino que planeó atender los rezagos en materia de servicios de anticoncepción, ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar a los varones, a los adolescentes y a todas las mujeres independientemente de su estado civil. Así se pasó a una conceptualización más amplia que incluyó la medición de la fecundidad no deseada y las necesidades insatisfechas de anticoncepción en el contexto de derecho a la salud (Juárez y Gayet, 2015).

Por su parte, Mesa (2008) señala que los derechos sexuales de los adolescentes tienen que ver con su libertad y con la capacidad de elegir, de decidir, de disfrutar y sentir el placer, así como de vivir la sexualidad según sus propios deseos, gustos y preferencias. Asimismo, el autor muestra que los derechos a la información sobre sexualidad y a la salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes están enmarcados en los tratados internacionales de derechos humanos y orientados por las disposiciones contenidas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Programa de Acción de la Conferencia del Cairo y su seguimiento cinco años después, en la Declaración de Compromisos en la lucha contra el VIH/sida y las Directrices Internacionales sobre VIH/sida y los derechos humanos (Mesa, 2008).

Más recientemente, en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013) se establece que se deben implementar programas de Salud Sexual y Salud Reproductiva

integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes; que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces respetando el principio de confidencialidad y privacidad. De esta manera, los adolescentes y jóvenes podrán ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, tendrán una vida sexual responsable, placentera y saludable, evitando los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Del mismo modo, tomarán decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva (CEPAL, 2013). Lo anterior implica que, el acceso a la información y a los medios necesarios para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes se enmarca como un derecho humano.

A manera de conclusión, vale la pena mencionar que a partir de la conferencia del Cairo, se cambió el paradigma, considerando la sexualidad como un aspecto normativo del desarrollo esperado del adolescente. Desde este enfoque, se exige a los adolescentes que manejen los riesgos y desarrollen patrones positivos para la sexualidad adulta (Tolman y McClelland, 2011), ya que la SSR es un derecho del que los jóvenes deben gozar. De aquí la importancia de analizar la influencia de la educación sexual en los centros escolares y la comunicación en el hogar con la madre la hermana u otro familiar, ya que los jóvenes requieren tener información y acceso a los medios necesarios para su SSR, y de esta forma poder elegir y decidir libremente sobre la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos.

Capítulo III. Antecedentes sobre la Educación sexual en los centros escolares, la Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y otros factores socio-demográficos y económicos; su relación con la entrada temprana a la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos. Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos

3.1. La Educación sexual en los centros escolares y la Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y su vínculo con la primera relación sexual

3.1.1. Edad a la primera relación sexual

Existen diversas transiciones hacia la vida adulta de las personas, una de ellas es el inicio de la vida sexual. La forma como está ocurre tiene impacto en la salud reproductiva posterior, los comportamientos sexuales futuros y el bienestar a largo plazo. Bozon y Kontula (1998) indican que la primera relación sexual se considera un momento crucial en la historia de vida y en la autoconstrucción del individuo.

El inicio sexual está relacionado tanto con factores hormonales, como con el contexto social en el que los jóvenes se desarrollan, por lo que el debut sexual está regulado por las normas sociales (Pedrosa y Vallejo, 2000). Al respecto, Juárez y Gayet (2014) indican que esta transición ocurre de manera distinta de acuerdo a diversos factores como la región del mundo en donde se analice³.

Juárez y Gayet (2014) indican que el debut sexual no se consideraba un evento relevante, quizá porque se vinculaba con la unión, pero en los últimos años se ha manifestado la separación entre ambos eventos, iniciando la sexualidad mucho antes que la unión, lo cual representa un cambio importante (Juárez y Gayet, 2014). Esta separación comenzó en la década de 1960 cuando cobró fuerza el desarrollo de métodos anticonceptivos (acceso y uso), pudiendo de esta manera

³ “Cada vez más los jóvenes inician su sexualidad antes del matrimonio. Las proporciones de jóvenes sexualmente activos divergen en África, Asia y América Latina. Sin diferenciar el estado civil, la proporción de hombres de 15 a 19 años que ha tenido relaciones sexuales va desde 8% en Etiopía a 69% en Mozambique, y la de las mujeres de ese grupo de edad va de 10% en Guatemala a 73% en Mozambique. Si se considera sólo a los solteros, la proporción hombres va de 6% en Etiopía a 63% en Mozambique y la de mujeres va de 2% en Etiopía a 30% en Mozambique” (Juárez y Gayet, 2014, p.S-7).

separar la sexualidad de la unión. Así, en México se estima que esta separación se ha ido ampliando en el tiempo, en la actualidad es alrededor de 3 años, y que esta se incrementa para las mujeres de mayor escolaridad o que viven en zonas más desarrolladas en donde esta brecha es casi el doble (Juárez et al., 2010).

De acuerdo con Zúñiga (2008), la edad del debut sexual se está haciendo más temprana. En esta investigación el autor analizó los datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995 (Enaplaf 1995) y de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar 2003) y encontró que la edad promedio a la primera relación sexual pasó de 17.2 a 15.8 años en las mujeres que tenían entre 15 y 19. Con datos más recientes, de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (INEGI, 2018), la mitad de las mujeres de 15 a 49 años entrevistadas tuvieron su primera relación sexual antes de los 17.5 años, cifra similar a la reportada en la ENADID 2014 (17.6 años) (INEGI, 2014).

En un estudio más reciente y tal como se señaló en el capítulo 1, Gayet y Gutiérrez (2014), estimaron el calendario de inicio sexual en México y sus tendencias a partir de encuestas poblacionales (Encuesta Nacional de Salud 2000, Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica 2009, Encuesta Nacional de Juventud 2010 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012). En su estudio los autores consideran como edad de inicio temprano cuando las relaciones sexuales comienzan antes de los 16 años, ya que en esta edad al menos 25% de la población mexicana ha tenido la primera experiencia de inicio. Así, se observa que la primera relación sexual es considerada un evento relevante en la vida de las personas y tiene repercusiones en la SSR posterior. Los 16 años también corresponde con la edad mínima establecida en la Ley Federal del Trabajo para ingresar al mercado laboral. Si el debut sexual ocurre de manera más temprana, y considerando que en promedio hay una separación de tres años en México entre la primera relación sexual y la entrada a la unión (Juárez et al., 2010; Juárez y Gayet, 2014), los jóvenes están más expuestos a riesgos derivados de las relaciones sexuales no protegidas. Por lo anterior, los jóvenes requieren recibir información y educación sobre SSR para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y de esta manera tener una vida sexual responsable, placentera y saludable, evitando los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (CEPAL, 2013).

3.1.2. Educación sexual y reproductiva en la escuela

En México, la SSR está enmarcada bajo una perspectiva de derechos humanos, y se reconoce mediante distintos tratados internacionales los derechos sexuales de los adolescentes, entre ellos el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), quien indica que los jóvenes requieren recibir información, accesos a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo métodos anticonceptivos (UNFPA, 2017).

Al respecto, Campero et al. (2013) señalan que una de las formas para que las y los jóvenes se apropien de sus derechos es recibir información y habilidades que les permitan demandar educación sexual, sin prejuicios, en un clima de privacidad y confidencialidad. Se insta para que los y las jóvenes reciban la información sobre SSR que requieran para poder tener una vida sexual libre, informada, protegida y responsable. Los autores también dicen que, un marco de derechos supone que las necesidades de los y las jóvenes sean consideradas por encima de otras figuras de autoridad como maestros, e incluso por los padres (Campero et al., 2013).

Así, en el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), realizado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México (UNFRA), que tiene por objetivo estandarizar los lineamientos y las acciones que se tienen en materia de salud sexual y reproductiva, se señala que:

“En los centros escolares, se debe trabajar en coordinación con su personal a fin de brindar, con carácter preventivo, la educación necesaria para que este grupo etario esté en las mejores condiciones para decidir de manera informada y responsable sobre su sexualidad, conozca sus derechos y esté enterado de los servicios de salud que puedan requerir y solicitar” (CNEGSR, 2016, p.40).

Campero et al. (2013) plantean que en México, como parte de los determinantes sociales, con la excepción de esporádicos e instruidos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral en donde se privilegia la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, dejando de lado la cultura de la prevención desde una perspectiva de salud sexual y de derechos.

En 2015 se creó la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en donde se señala que existe un rechazo y también negación de la existencia de la sexualidad adolescente por parte de los padres y los maestros, coartando de esta manera que los

jóvenes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con responsabilidad. Dentro de la ENAPEA se indican que, aunque la educación sexual en las escuelas debería contribuir a que los jóvenes tengan información suficiente, no fragmentada y no errónea, el personal docente en ocasiones omite temas que les resultan incómodos, derivado de estigmas, deficiencias en la formación sobre el tema, falta de habilidades para tratarlo, temor al rechazo de madres y padres, así como creencias de que la educación sexual incentiva o permite que se practique (INMUJERES, 2015).

A pesar de estas carencias mencionadas, algunos estudios encuentran que los jóvenes señalan a los docentes junto con los padres y los pares como las principales fuentes de información sobre sexualidad (Gayet et al., 2002; Juárez y Gayet, 2005; Rojas et al., 2017; Herrera et al., 2018).

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, que aplicó un cuestionario sobre Educación Sexual Integral⁴ (ESI) a una muestra representativa a nivel nacional de 3,824 adolescentes pertenecientes a 45 escuelas de educación media superior públicas y privadas, en localidades urbanas y rurales, se señala que según lo reportado por los estudiantes implicados en la investigación, la educación sexual impartida en México no incluye la totalidad de los contenidos y estrategias educativas requeridas para lograr un cambio de conocimientos, actitudes y comportamientos de promoción de la SSR (Rojas et al., 2017).

Resultados similares fueron obtenidos por Juárez y Gayet (2005), mediante grupos focales y entrevistas en profundidad a jóvenes⁵. Los entrevistados manifestaron, que sentían falta de entusiasmo o dedicación, o evasión en la enseñanza de parte de los maestros, por la vergüenza que tienen al tratar temas sexuales; también sienten que hay cierta censura en los contenidos tratados; y los temas respecto al placer aparecen como tabú en el ámbito escolar.

⁴ La *International Planned Parenthood Federation* define la Educación Sexual Integral (ESI) como una intervención educativa para mejorar conocimientos, actitudes y habilidades en siete ámbitos: género, salud sexual y reproductiva incluido VIH, derechos sexuales y ciudadanía sexual, placer, violencia, diversidad y las relaciones (IPPF, 2010).

⁵ Los aspectos abordados en las entrevistas fueron: “la educación en las escuelas (los maestros, los contenidos, los métodos educativos, la importancia de los temas en el ámbito escolar); los servicios de salud (conocimientos de los centros de salud, utilización de los servicios públicos y obstáculos, la medicina privada, dónde conseguir condones, las líneas de teléfono gubernamentales); la familia, los amigos, los medios de comunicación; qué conocen (cuánto creen que conocen [sobre] las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, las ITS, obstáculos para conocer más y mejor); qué sienten (la virginidad, el inicio de las relaciones sexuales, los riesgos de las relaciones sexuales como embarazo, enfermedades y estigmatización social); qué practican y qué quieren ellos mejorar” (Juárez y Gayet, 2005, p.209).

Y aunque los jóvenes identifican a los docentes como una fuente primordial para la obtención de información, Herrera et al. (2018) encuentran que existe una tensión permanente por parte del personal educativo, entre permisividad y restricción en los estilos de orientación, derivado de la influencia de temores y desconocimiento de los beneficios de hablar sobre sexualidad con los jóvenes. Este estudio (Herrera et al, 2008) analiza las percepciones de los adultos clave sobre su papel en la orientación del embarazo, así como las necesidades de información de los adolescentes en cuestiones de sexualidad. Se trata de un estudio cualitativo en México, en donde se entrevistó, entre otros actores al personal académico, analizando sus percepciones y creencias. Uno de los hallazgos principales es la existencia de una preocupación generalizada, por parte del personal docente, de que el acceso a información genere una práctica “no deseada” de la sexualidad, es decir, que promueve el inicio de la vida sexual. El personal académico entrevistado evidenció que, la frecuencia con que se proporciona información sobre sexualidad es limitada, debido a que se deben de cubrir otros temas en el programa de estudio.

Otro asunto relevante detectado en esta investigación fue que los docentes señalaron tener carencias importantes de información para proveer el tipo de apoyo que requieren los jóvenes respecto a su sexualidad, y señalan a otros actores como los padres como la fuente primaria de información y educación sexual (Herrera et al., 2018).

Al respecto, Juárez et al. (2010) enfatizan que se han implementado diversas estrategias de educación y salud para atender los requerimientos de salud sexual y reproductiva de los jóvenes mexicanos, sin embargo, existen obstáculos que frenan dichos esfuerzos, como la falta de continuidad y coordinación de éstos, y los pocos conocimientos de los maestros en materia de educación sexual.

A pesar de que los estudios mostrados anteriormente evidencian deficiencias por parte del personal docente para transmitir información sobre SSR, diversos autores indican que educar sobre temas sexuales retrasa los comportamientos sexuales y genera conductas preventivas (Kirby y Rolleri, 2007).

En un estudio realizado por Rojas et al. (2017)⁶ se encontró que la Educación Sexual Integral está asociada con mejores conocimientos y resultados sobre SSR y menores prácticas de riesgo. También los autores resaltan que la educación sexual no fomenta la actividad sexual, sino que aplaza el inicio y reduce el número de parejas sexuales.

Abonado a lo anterior, Kirby y Roller (2007) analizaron 83 estudios tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, y encontraron que, con respecto al debut sexual, la educación sexual no aceleró el inicio de las relaciones sexuales. Incluso, en algunos estudios se señalaban que los adolescentes retrasaron o disminuyeron los comportamientos sexuales. Solo 52 de los 83 estudios midieron el impacto de este comportamiento, el 42% (22 estudios) muestran que los programas retrasaron significativamente el inicio sexual. Lo anterior ocurrió principalmente en países en vías de desarrollo como México.

En la misma dirección, Atienzo et al. (2011) exaltan la importancia de la educación sexual como la principal estrategia para la prevención de ITS, VIH, así como para modificar comportamientos sexuales que consideran de riesgo, dentro de ellos ubican al inicio temprano de las relaciones sexuales, y el no uso o uso inconsistente de anticonceptivos.

Un hallazgo importante encontrado por Rojas et al. (2017) es que los porcentajes de adolescentes que reportan recibir educación sexual varía dependiendo de los temas y el nivel escolar. En el nivel secundario es en donde se transmiten mayoritariamente los contenidos de educación sexual. Mientras que en la primaria muy pocos estudiantes (3 a 7%) recibieron Educación Sexual Integral (ESI), durante la secundaria, más de la mitad la recibió. Lo anterior puede deberse, según señalan los autores, a que los profesores de nivel primaria y básica rara vez reciben la capacitación necesaria para abordar los temas de educación sexual.

Otro elemento clave, señalado como relevante en la transmisión sobre temas de salud sexual y reproductiva es la manera en que la información se trasmite. La comunicación abierta y cálida interviene de forma positiva en la conducta sexual de los adolescentes, los jóvenes que perciben que la comunicación es abierta tienden a tener conductas de sexo seguro, entre ellas el retraso del inicio sexual, tener pocas parejas y el uso frecuente de condón (Lavielle, et al., 2013).

⁶ Rojas et al. (2017) aplicaron un cuestionario en México sobre Educación Sexual Integral (ESI) a una muestra representativa a nivel nacional de 3 824 adolescentes de 45 escuelas de educación media superior públicas y privadas, en localidades urbanas y rurales.

Como se ha mostrado a lo largo de este apartado, en los centros escolares en México ha habido esfuerzos para integrar la educación sexual. A pesar de las deficiencias señaladas por diversos actores, la educación en la escuela, particularmente en secundaria, sobre temas de sexualidad es reconocida como una de las principales estrategias que influyen en los comportamientos sexuales de los jóvenes, particularmente, si la forma como se imparte es de manera abierta. Campero et al. (2013), llama la atención que no existen evaluaciones formales, a nivel institucional, sobre los programas de educación sexual, mismas que aportarían elementos sustantivos. Es decir, existe poca evidencia sobre las intervenciones realizadas y el impacto que éstas han tenido.

3.1.3. Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales

Además del ámbito escolar, otra de las figuras señaladas por los jóvenes como fuente primordial de información sobre temas sexuales es la familia, particularmente los padres (Gayet et al., 2002; Juárez y Gayet, 2005; Atienzo et al. 2011; Herrera et al., 2018).

Atienzo et al. (2011) señalan que los elementos individuales, familiares y contextuales tiene un importante rol como antecedente del comportamiento sexual de los jóvenes. Así, los autores revisaron los efectos que tienen las intervenciones educativas en las que se incorpora a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos. En su investigación se encontró que, las intervenciones tienen un efecto positivo, por ejemplo, en el retraso en el inicio sexual de los jóvenes; también tiene efecto sobre las intenciones de retrasar o rechazar las relaciones sexuales, situación alentadora desde el punto de vista de los autores, quienes consideran que las intenciones son determinantes de la conducta.

Según los autores, lo anterior se debe a que los padres son agentes de socialización, al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir; partiendo de la idea de que los padres son cuidadores y motivadores de las actitudes saludables, incluyendo las que tiene que ver con la sexualidad (Atienzo et al., 2011).

De acuerdo con Campero et al. (2013), involucrar a los padres de familia en la educación de los hijos, tiene efectos positivos en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo⁷. Por su parte Juárez y LeGrand (2005) indican que, el éxito en la transmisión de valores sociales y religiosos, la capacidad y disposición para guiar y supervisar las actividades que realizan los jóvenes por parte de los padres, influyen en el aplazamiento de los comportamientos sexuales.

En el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), se insta a que las escuelas trabajen de manera conjunta con los padres de familia, ya que identifican que los jóvenes en ocasiones no recurren a los medios disponibles sobre salud sexual y reproductiva debido a que sus progenitores no están de acuerdo y/o no se los permiten avanzar en sus conocimientos sobre SSR (CNEGSR, 2016).

Del mismo modo, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes también resalta la deficiencia en la comunicación entre padres e hijos:

“La falta o poca comunicación entre padres y madres con sus hijos e hijas; de los docentes con los y las adolescentes; de la sociedad en general con ellos y ellas ha sido una barrera para que se dé un cambio en la cultura de la educación sexual, donde se aborde no sólo lo biológico sino también lo socio-emocional, las cuestiones psicológicas y cognitivas, los derechos al respecto y las responsabilidades individuales y compartidas del ejercicio de la sexualidad que implica también la toma de decisiones al respecto” (INMUJERES, 2015; p.33).

Información cualitativa sugiere que la familia aparece como un ámbito problemático para tratar temas sobre sexualidad y reproducción entre los jóvenes mexicanos, aunque también algunos adolescentes expresaron que podían hablar abiertamente con sus padres de estos temas (Juárez y Gayet, 2005).

Hasta este momento se ha revisado la importancia de la comunicación con los padres sobre SSR, indicando también que existen algunas deficiencias en dicha comunicación. Un punto no abordado aún es si existe algún tipo de preferencia por parte de los adolescentes sobre con quién

⁷ En el artículo, cuando los autores hablan de la importancia de involucrar a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos no especifican a que se refieren con conductas de riesgo, sin embargo, en otra parte del texto se menciona: “los programas de educación sexual para adolescentes deben partir de un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género. Este debe incorporar de manera temprana la promoción de comportamientos saludables y placenteros, fortalecer la capacidad de negociación asertiva, fomentar decisiones responsables e informadas con relación al beneficio que conlleva el postergar el inicio de vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos, en especial el condón y la anticoncepción de emergencia” (Campero et al., 2013; p.300).

hablan o intercambian información de ciertos temas referentes a sexualidad; por ejemplo, con la madre, el padre, con ambos, o con otro pariente.

Gayet et al. (2002), establecieron que en México existen ciertas características de los jóvenes que influyen en la elección de las personas con las que hablan. En este caso particular se trató únicamente de con quién dialogan sobre SIDA. Los autores hallaron que los hombres hablan sobre este tema con sus padres más que con las mujeres, y las jóvenes más con sus madres. Juárez y Gayet (2005) señalan algo similar, pero para temas concernientes a sexualidad en general; y plantean que los jóvenes refieren a los maestros, los amigos y el padre como principales medios de información, mientras que las mujeres mencionan a la madre, las maestras y las amigas. En ambos trabajos se evidencia que las jóvenes prefieren hablar sobre temas de sexualidad con sus madres.

En un estudio realizado por Herrera et al. (2018) se entrevistó a 36 madres mexicanas con al menos una hija con antecedente de embarazo adolescente, además de otros actores clave en la orientación de las jóvenes. Uno de los hallazgos más sobresalientes es que existe una fuerte tensión entre permisividad y restricción, consecuencia de temores y desconocimiento de los beneficios de hablar sobre temas sexuales con las jóvenes.

En este estudio se evidenció que las madres no se apropian del papel que podrían desempeñar para que sus hijas tengan un mejor acceso a información sobre sexualidad, por vergüenza y la inseguridad, por el poco conocimiento que manifiestan tener sobre el tema, predominando así la falta de naturalidad y el pudor. Los autores también señalan que:

“Las madres buscan sobre todo fomentar la adopción de modelos sexuales tradicionales, considerados por ellas adecuados, que limitan, restringen, establecen prohibiciones o promueven la abstinencia en lugar de ofrecer información o el fomento de las capacidades que les habiliten a los jóvenes la toma de decisiones libre y responsable” (Herrera et al., 2018; p.149).

Sin embargo, en el estudio mencionado los autores plantean que un aspecto positivo es la manifestación de las madres en capacitarse y de esta manera poder apoyar en las necesidades de educación sexual que requieran su hijas (Herrera et al., 2018).

En este apartado, se mostraron las ventajas de la comunicación sobre temas de sexualidad con los padres, mismos que pueden influir en el comportamiento sexual de los jóvenes; se reconoció que las madres como una de las principales fuentes de información para las adolescentes. También se señaló que existen deficiencias en la forma de transmitir información sobre temas

sexuales debido principalmente al pudor, a la creencia de que hablar sobre estos temas es “dar permiso” y al desconocimiento de las ventajas que tiene la comunicación sobre sexualidad con los hijos. Otro aspecto que se ha señalado como relevantes en la comunicación que reciben los adolescentes por parte de los padres –o en el ámbito escolar- es la forma de transmitir la información respecto a temas de sexualidad: se tiene mayor impacto en el retraso del inicio sexual si se hace de forma abierta y cálida (Lavielle et al., 2013). Sin embargo, tanto para la educación sexual impartida en las escuelas, como para la información transmitida en el ámbito del hogar se cuenta con poca evidencia sobre el impacto que esta tiene en la edad de inicio del debut sexual.

3.2. La Educación sexual en los centros escolares y la Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales, y su vínculo con el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

La importancia del estudio del uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual radica principalmente en la prevención de embarazos, así como la protección contra ITS, incluyendo VIH/SIDA. Diversos autores indican que si se utiliza algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, aumenta la probabilidad de protegerse en las subsecuentes ocasiones (Juárez y LeGrand, 2005; Espadas et al., 2014).

Juárez et al. (2010) señalan que en muchas partes del mundo, las jóvenes sexualmente activas, que no se han unido, tienen una baja intención de embarazo, por lo que tienen la propensión de usar algún método anticonceptivo. Sin embargo, en México este no es el caso (Juárez et al., 2010). De acuerdo con la ENADID 2014, en México, solo el 54.8% de las jóvenes de 15 a 19 años que habían tenido relaciones sexuales utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (INEGI, 2014). Este porcentaje creció ligeramente en 2018, incrementando a 59.9%, es decir, dos de cada cinco mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual (INEGI, 2018).

Campero et al. (2013) sugieren que, la falta de acceso a los métodos anticonceptivos puede ser una de las razones del bajo uso en adolescentes. Juárez y Gayet (2014), analizan estudios alrededor del mundo, y señalan que “una de las características de los países en desarrollo es la falta de servicios adecuados de anticoncepción, especialmente para jóvenes. El uso de anticoncepción entre jóvenes, especialmente solteros, es limitado en muchos países” (Juárez y Gayet, 2014, pp.10).

Aunque en México, por ley, los servicios de planificación familiar están disponibles sin costo para toda la población, estos no están hechos a la medida de las necesidades de los jóvenes, sino que están diseñados para cubrir las necesidades de todas las edades reproductivas y los pocos que podrían resultar atractivos para los jóvenes no están disponibles en todo el país (Juárez et al. 2010).

Una forma de medir adecuadamente la brecha en el cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres es mediante el indicador de necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos; que se define como, la proporción de mujeres sexualmente activas expuestas a un embarazo y que no hacen uso de algún método anticonceptivo, no obstante, su deseo expreso de limitar o espaciar sus nacimientos (Gayet y Juárez, 2016).

Con base en la ENADID 2014, Gayet y Juárez (2016) estimaron la proporción de mujeres solteras con necesidades no satisfechas de anticoncepción, es decir, la proporción de jóvenes nunca unidas, sexualmente activas, que no desean un hijo en esos momentos y que no están usando un método anticonceptivo. Para el caso de México, las necesidades no satisfechas de anticonceptivos para las jóvenes solteras de 15 a 19 años es muy elevada, 42.5%, y este grupo de edad que representa la mayor proporción con respecto al resto de los grupos quinquenales; a nivel nacional la cifra corresponde a 28.8%. Para las mujeres unidas adolescentes de 15 a 19 años, las necesidades no satisfechas de anticoncepción también es elevada, 28.1%, y es la proporción más alta de todos los grupos etarios. Cabe destacar que a nivel nacional es 11.4% (Gayet y Juárez, 2016).

Con lo anterior se muestra que las adolescentes son el grupo que presenta la mayor vulnerabilidad en cuanto a la satisfacción de la necesidad de métodos anticonceptivos, casi la mitad de jóvenes solteras y casi un tercio de las jóvenes casadas de 15 a 19 años. Algunos de los aspectos mencionados en la literatura respecto al no uso son la “limitada facilidad para utilizar métodos anticonceptivos (incluidos condones), su falta de auto- percepción del riesgo, la influencia que la inequidad de género tiene en la actividad sexual sin protección y las normas sociales que prevalecen en el país (México), ya que apoyan la maternidad temprana, mismas que son más fuertes en los escenarios rurales” (Juárez et al., 2010, p.11).

Pérez y Pick (2006) especifican que algunos de los factores que dificultan el uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual son la falta de conocimientos sobre ellos, las carentes habilidades necesarias para implementar su uso, y las creencias erróneas asociadas con ellos.

Campero et al. (2013), en concordancia con lo mostrado anteriormente, plantean que la vergüenza al solicitar los métodos es una de las razones de no uso en algunos adolescentes, es decir, la percepción de desaprobación social en general (factores culturales). Aunado a lo anterior, los autores señalan que, aunque la mayoría de los adolescentes han oído hablar de algún método anticonceptivo este es erróneo o incompleto, cuando se analiza su conocimiento sobre el uso (Campero et al. 2013).

Sobresale que, entre las razones presentadas sobre la no utilización de métodos anticonceptivos se encuentra la falta de conocimientos sobre su uso. La ENADID 2014 incluyó una pregunta para mujeres acerca de los motivos de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. La primera causa reportada en general fue, “el desconocimiento, la falta de información sobre la forma en que deben usarse los métodos y dónde pueden obtenerse” -28.6% de los casos- (INEGI, 2014).

Entre las razones por las cuales las adolescentes no utilizaron algún método anticonceptivo resalta que, las jóvenes son las que menos se han beneficiado de los servicios de salud sexual y reproductiva (CONAPO, 2016). El primer motivo reportado por ellas es el no planear tener relaciones sexuales. Una de cada tres ha experimentado este suceso sin haberlo planeado con antelación; una proporción importante dijo que querían embarazarse (18.3%); y otra más tenían la idea de que no podían quedar embarazadas (17.8%). Una proporción similar señaló desconocer dónde conseguir y cómo usar métodos anticonceptivos (17.4%). Todo lo anterior denota desconocimiento de las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección (CONAPO, 2016, pp.56-91).

El organismo internacional “Family Care International” (2011) indica que, existen ventajas de contar con la participación activa de las instituciones escolares y familiares en la educación sexual de los adolescentes, en particular en el uso de métodos anticonceptivos. Pérez y Pick (2006) muestran que los conocimientos sobre educación sexualidad, en donde se desmitifiquen creencias mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos son el mejor ajustador de las conductas sexuales y del uso de anticoncepción. Así la educación sexual en los centros escolares y en el hogar cobran relevancia en el uso de métodos anticonceptivos.

3.2.1. Educación sexual y reproductiva en los centros escolares respecto a los métodos anticonceptivos

Las causas principales de no uso de métodos anticonceptivos señaladas por lo jóvenes fueron el poco acceso y la falta de conocimientos. Rojas et al. (2017), muestran que la educación sexual mejora la práctica de protección contra ITS. De esta manera se vuelve una estrategia efectiva para reducir los riesgos asociados con VIH y aumenta la autoeficacia para el uso de condón (Rojas et al., 2017).

Gallegos et al. (2008) realizaron un estudio que tenía como objetivo determinar la eficacia de una intervención conductual-educativa diseñada para disminuir el comportamiento de riesgo de VIH/SIDA y embarazos no planeados, con adolescentes mexicanos de entre 14 y 17 años. Los autores hicieron cuatro seguimientos durante un año, con un grupo experimental y uno de control. Entre sus hallazgos destacan que si bien la intencionalidad de tener relaciones sexuales no variaba entre un grupo y el otro, sí había mayor intención de utilizar condón y anticonceptivos en el grupo experimental en comparación con el de control.

En ese sentido Rojas et al. (2017) señalan que en estudios controlados, llevados a cabo durante periodos de un año o más en poblaciones específicas, la inclusión de horas aprendizaje activo respecto a SSR han tenido un efecto positivo que se refleja en el incremento de las intenciones de usar condón, lo cual es importante ya que las intenciones son determinantes de la conducta, por lo que la intencionalidad de usar condón podría transformarse en uso (Atienzo et al, 2011).

Por su parte, Hersh et al. (2019) usaron la ENFaDEA 2017, y las preguntas que indagan si las participantes de la encuesta recibieron información sobre nueve temas de SSR en la escuela. Consideraron que las jóvenes habían recibido “educación sexual integral” si les hablaron sobre los nueve temas; incompleta si les habían hablado al menos de uno de los tres grandes grupos que crearon y que no recibieron educación sexual cuando no les hablaron sobre ningún tópico. Los resultados muestran que la propensión de utilizar anticonceptivos modernos en la primera relación sexual es mayor en las jóvenes mexicanas que recibieron educación sexual de forma integral o incompleta en los centros escolares comparadas con aquellas que no la recibieron.

Aunque existe evidencia de las ventajas que la educación sexual tiene en el fomento de uso de métodos anticonceptivos, en el estudio realizado por Herrera et al. (2018) se indica que en las

entrevistas realizadas al personal docente algunos profesores declararon sentirse rebasados por los temas sobre anticonceptivos; dicen necesitar apoyo de expertos o información sobre anticoncepción que no están contenidos en los materiales educativos. El personal de los centros educativos manifestó que les falta actualización sobre anticoncepción, y que hay muchos métodos nuevos que no conocen; señalan que lo que enseñan a los alumnos es lo que viene en los libros, o en algunas investigaciones que ellos hacen, pero que no disponen de una capacitación sobre SSR, particularmente sobre uso de métodos anticonceptivos (Herrera et al., 2018).

La perspectiva del personal educativo sobre el acceso a la información o sobre educación sexual está atravesada por la inquietud sobre su utilización; dar información representa una herramienta, pero los profesores piensan que esto implica “dar permiso” para ejercer la sexualidad, de esta manera, se niega que el fin de la información sea utilizarla (Herrera et al., 2018). En este sentido, Juárez et al. (2010) señalan que, los maestros manifiestan oposición al uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes, así como a la actividad sexual antes del matrimonio.

En este apartado, se ha mostrado la influencia que tiene la educación sexual en los centros escolares sobre la intención de uso de métodos anticonceptivos; también se señalaron algunas limitaciones declaradas por el personal educativo en cuanto a la enseñanza del uso de los mismos. A pesar de las deficiencias, la educación en la escuela sobre métodos anticonceptivos es reconocida como una de las principales estrategias que influyen en el uso de anticoncepción por parte de los jóvenes.

3.2.2. Comunicación en el hogar sobre métodos anticonceptivos

En el apartado sobre “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales” se señaló que la familia, particularmente los padres, y en el caso de las adolescentes la madre y los pares, son señalados por los jóvenes como principales fuentes de información sobre temas sexuales y en este caso como transmisores de información sobre uso de métodos anticonceptivos (Juárez y Gayet, 2005; Juárez et al., 2010; Atienzo et al. 2011; Herrera et al., 2018).

Atienzo et al. (2011) encontraron que cuando se involucra a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos, existe un efecto en el comportamiento sexual de los adolescentes, principalmente en cuanto a un mayor uso de condón.

Además, en un estudio realizado por Juárez y LeGrand (2005) en las áreas de bajos ingresos de la ciudad de Recife, Brasil, en donde se analizó la edad de los jóvenes a la primera relación sexual y los factores que dificultan el uso del condón, se evidenció que la participación familiar sostenida en guiar a los niños se asocia con una primera relación sexual más tardía y un mayor uso de condón (Juárez y LeGrand, 2005).

Mediante las entrevistas realizadas a las madres de adolescentes por Herrera et al, (2018) se encontró que las madres hablan sobre prevención del embarazo, pero reconocen que no explicaron el uso correcto de los anticonceptivos, ni donde obtenerlos. Las madres indican que existen diversas fuentes de información sobre sexualidad para las jóvenes por lo que consideran innecesario hablar sobre estos temas. Es decir, las madres no asumen el rol que podrían tener para contribuir a que sus hijas adolescentes tengan un mejor acercamiento a la información sobre sexualidad, particularmente sobre el uso de anticoncepción (Herrera et al., 2018).

A pesar de las dificultades que señalan las madres para transmitir conocimientos sobre SSR, particularmente sobre el uso de métodos anticonceptivos, Atienzo et al. (2011) resaltan que es importante sensibilizar a los padres acerca de las ventajas y beneficios de la comunicación temprana y oportuna con sus hijos sobre métodos y prevención, reforzando sus habilidades para entablar un diálogo padres-hijos.

Por otro lado, Juárez et al. (2010) indican que existe un enfoque implementado de forma exitosa por el gobierno mexicano denominado “enfoque de liderazgo entre pares”. Esta estrategia se utiliza en los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARAS) y tiene como objetivo que los jóvenes de manera voluntaria sean capacitados por otros jóvenes sobre diversos temas, entre estos la salud sexual y reproductiva; a su vez ellos capacitan a más adolescentes y se transforman en agentes de cambio en sus comunidades. Hasta 2010, la población a la que fue dirigido el programa había incrementado el uso de métodos anticonceptivos de 7 a 22% (Juárez et al. 2010). Mostrando de esta manera que los pares pueden fungir como fuentes de información sobre temas sexuales y particularmente sobre el uso de métodos anticonceptivos. De igual forma, en otras partes del mundo, los enfoques de joven a joven han mostrado ser exitosos respecto a mejoras en la SSR de los adolescentes y jóvenes (WRC, SCF, UNHCR and UNFPA, 2012).

3.3. Otros factores socio-demográficos y económicos vinculados con la entrada temprana a la primera relación sexual y con el uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual

Además de la “Educación sexual en los centros escolares” y de la “Comunicación en el hogar sobre SSR y de prevención de riesgos sexuales (PRS)”, la literatura señala que existen otros factores que se han relacionado con la edad de entrada a la primera relación sexual, así como con el uso de métodos anticonceptivos en la misma. Los factores considerados son: el tipo de pareja con quien se mantiene el primer encuentro sexual y la diferencia de edad con ella, el lugar de residencia en la niñez de las mujeres, el estrato social de origen, la religiosidad en la adolescencia y experimentó violencia en la niñez o adolescencia.

Respecto al tipo de pareja no existe un consenso en la literatura. Por un lado Huneus et al., (2014), indican que si el debut sexual ocurre con una pareja ocasional disminuye la propensión a utilizar métodos anticonceptivos, en tanto que otros autores sugieren lo contrario, señalando que es más común el uso de métodos anticonceptivos en las relaciones casuales que en aquellas en donde existe un vínculo romántico (Juárez y LeGrand, 2005; Gayet, 2014).

En cuanto a la diferencia de edad de la pareja, en un estudio realizado por Juárez y Castro (2009) en las favelas de Brasil, se señala que el uso del condón aumenta si las parejas tienen una edad similar, en comparación con aquellas en donde la diferencia de edad es de tres o más años. Este resultado es similar al encontrado por otros autores, Huneus et al. (2014) y por Manning et al. (2000).

Existen diferencias sobre SSR dependiendo de la zona que se analice (rural o urbana). Gayet y Juárez (2016), indican que “las mujeres en áreas rurales se han visto aún más desfavorecidas que las mujeres en áreas urbanas para alcanzar el cumplimiento de su derecho a salud sexual y reproductiva” (Gayet y Juárez, 2016, p.199). Sobresale que la proporción de solteras que utilizan condón en las áreas rurales es menos de la mitad respecto de las urbanas (Juárez et al., 2010). Una de las razones podría ser que en áreas rurales se tienen una moral más conservadora y con menos conocimientos sobre SSR (Juárez et al., 2010).

Por otro lado, en las áreas rurales y en los estados menos desarrollados en México, el riesgo de tener relaciones sexuales antes del matrimonio es menor, debido a que las adolescentes en estas partes del país asumen en mayor medida las normas culturales más arraigadas que desaprueban el sexo antes del matrimonio (Juárez et al., 2010).

Otro de los factores asociados tiene que ver con el estrato social de origen de las adolescentes. En México existen profundas desigualdades sociales, y las desigualdades de origen impactan en las trayectorias de los niños y los jóvenes (Blanco y Solís, 2014). Respecto a la primera relación sexual, Juárez y LeGrand, (2005) señalan que provenir de un estrato socioeconómico más alto conduce al inicio de la actividad sexual más tardía. Respecto al uso de métodos anticonceptivos, también se encontró que proceder de un nivel socioeconómico más alto, está asociado con mayor propensión de usar condón durante la primera relación sexual (Juárez y LeGrand, 2005). En general, el patrón observado señala que a mayor estrato social menor propensión a entrar en la primera relación sexual a edad temprana, y si se entra en una relación sexual a mayor estrato social mayor uso de algún anticonceptivo en el debut (Juárez y Castro, 2009; Huneus et al., 2014).

Otro de los factores analizados en las investigaciones es la religiosidad, la cual opera a nivel individual. Una investigación llevada a cabo en Chile, no encontró diferencias en cuanto al uso de anticonceptivos entre aquellos que se declararon religiosos y los que no lo hicieron (Huneus et al., 2014). Este resultado es consistente con lo señalado por Aguilar (2018) en México, quien señala que “ni la afiliación religiosa ni la intensidad de la práctica religiosa son un obstáculo para el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres [expuestas al riesgo de concebir] del país” (Aguilar, 2018, p.75). Lo anterior incluye a las jóvenes de 15 a 19 años.

Por otro lado, Juárez y Gayet (2014) señalan que “Muchas sociedades, si no todas, han puesto regulaciones formales o informales con las cuales controlan (o intentan controlar) la expresión sexual entre los jóvenes, basada en imperativos religiosos o culturales. Estas regulaciones afectan el cuándo y el con quien se permiten las relaciones sexuales” (Juárez y Gayet, 2005, p.179). Así, aunque en las entrevistas que las autoras realizaron a jóvenes mexicanos, gran parte de ellos declaró no ser religiosos admiten que sus padres están influidos por el discurso católico, lo que impide que los jóvenes pueden resolver dudas o problemas sobre sexualidad en el ámbito familiar (Juárez y Gayet, 2005).

Por último, otro factor que resalta en la literatura tiene que ver con haber experimentado violencia en el ámbito familiar. López (2018), muestra que para las mujeres mexicanas el haber sufrido violencia en la niñez tanto emocional, física y sexual se asocia con la entrada temprana a la primera unión, al primer hijo, así como a la primera relación sexual. Particularmente, la violencia

física y emocional influye más en el calendario temprano a la primera unión y al primer hijo/a, en tanto la violencia sexual intensifica la entrada a la primera relación sexual a edades más tempranas (entre los 6 y los 14 años), independientemente de las características sociodemográficas de las mujeres. En el mismo estudio, López (2018) señala que “haber experimentado violencia en la niñez tiene incidencia en el calendario e intensidad de las transiciones familiares a la adultez, y... cuando se recibió violencia sexual en la niñez... [se] adelanta(r) el calendario... de la primera relación sexual” (López, 2018; p.103). Juárez y Gayet (2014) también señalan que el sexo forzado se vincula igualmente con el bajo uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales por parte de los jóvenes.

3.4. Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos

En este apartado se presentan las preguntas, objetivos e hipótesis que guían el presente trabajo. Estas formulaciones surgieron con base en la revisión de trabajos previos sobre educación sexual en los centros escolares y la comunicación recibida en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales, así como la literatura sobre los factores que pueden estar asociados con la entrada temprana a las relaciones sexuales y al uso de anticoncepción en el debut sexual. Otro elemento que se consideró fue la revisión de los instrumentos y de la información recabada mediante la ENFaDEA, 2017.

3.4.1. Preguntas de investigación

¿Cuáles son los factores que influyen para que las jóvenes mexicanas entren de manera temprana a la primera relación sexual y en que usen algún método anticonceptivo en este debut?

Particularmente, ¿En qué medida recibir educación sexual y reproductiva en los centros escolares y la comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales con la madre, la hermana u otro familiar influyen en la edad temprana a la primera relación sexual y en el uso de métodos anticonceptivos en la misma?

3.4.2. Objetivo general

Investigar el impacto que tiene la educación sexual y reproductiva recibida de forma accesible por parte del personal educativo en los centros escolares y de la comunicación amigable

en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y de prevención de riesgos sexuales por parte de la madre, la hermana u otro familiar, en la entrada temprana a la primera relación sexual –antes de los 16 años- y en el uso de métodos anticonceptivos en la misma, para las mujeres mexicanas de 20 a 24 años que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años.

3.4.3. Objetivos específicos

- 1) Desarrollar un indicador sobre comunicación en el hogar sobre SSR y prevención de riesgos sexuales de forma amigable por parte de la familia.
- 2) Construir un indicador sobre la educación sexual que se impartió en los centros escolares a las mujeres mexicanas cuando se encontraban en la adolescencia, en donde se incluya si dicha educación fue de forma accesible.
- 3) Explorar qué factores socio-demográficos y económicos (tipo de pareja en la primera relación sexual, diferencia de edad con la primera pareja sexual, lugar de residencia en la niñez, estrato social de origen, religiosidad en la adolescencia, experimentó violencia en la niñez o adolescencia) influyen en la entrada temprana a la primera relación sexual –antes de los 16 años-, enfatizando el papel que tiene la información sobre SSR en el hogar y en los centros escolares.
- 4) Investigar los factores socio-demográficos y económicos que influyen en el uso de algún método anticonceptivo en el debut sexual, en particular examinar la influencia de la comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales dada por la madre, la hermana u otro familiar o la educación sexual y reproductiva recibida en los centros educativos en este uso.

3.4.4. Hipótesis

- a) Haber tenido comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos por parte de la madre, hermana y otros familiares retrasa la edad de entrada a las relaciones sexuales.
- b) Igualmente haber recibido educación sexual de forma accesible en los centros de educativos retrasa la entrada a las relaciones sexuales.
- c) Las jóvenes de estrato social de origen más alto y los que no han sufrido violencia en la niñez o adolescencia tenderán a tener un debut sexual más tardío. Las mujeres religiosas en la adolescencia serán aquellas que prolonguen el inicio sexual.

d) Una buena comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos por parte de la madre, hermana y otros familiares será un factor que influye en un mayor uso de anticoncepción en la primera relación sexual.

e) El recibir educación sexual de forma accesible en los centros de educativos incrementa el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.

f) Respecto al uso de anticoncepción en el debut sexual, se espera que el uso sea mayor entre las mujeres de estrato social más alto y quienes no han experimentado violencia en la niñez o adolescencia. La edad de la pareja también influye en el uso de métodos anticonceptivos, entre menor sea la diferencia en la edad, mayor la propensión a usar algún método.

IV. Fuentes de datos, metodología y aspectos metodológicos

Este apartado detalla la fuente de información a usar y la población que se va a analizar. A continuación se describe las dos variables dependientes del estudio y las variables independientes y su operacionalización, y se destaca el proceso de elaboración de dos indicadores sobre educación sexual, uno referente a la información recibida en la familia y otro en los centros educativos. Por último, en este capítulo se presentan las técnicas estadísticas aplicadas para dar respuesta a las preguntas de investigación, y confirmar o rechazar las hipótesis planteadas.

4.1. Fuente de información empleada

La Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA 2017) es la fuente de datos que se emplea en la presente investigación, es reciente y permite, por primera vez en México, tener información sobre los factores sociales, familiares y personales de cuando las mujeres mexicanas entrevistadas, de 20 a 24 años, entrevistadas eran adolescentes. Aunque esta encuesta surgió con la finalidad de abordar el tema del embarazo adolescente, algunas de las preguntas planteadas en el cuestionario resultaron relevantes para investigar los temas planteados en el presente estudio. La encuesta tiene representatividad a nivel nacional, así como en zonas urbanas y rurales y contiene información retrospectiva del periodo de la adolescencia de las entrevistadas.

El diseño de la muestra de la ENFaDEA fue por conglomerados⁸, probabilístico⁹ y estratificado¹⁰. Tuvo un tamaño de muestra de 30,000 viviendas para lograr al menos 3,400 entrevistas completas. Se seleccionaron 15,000 viviendas en zonas rurales (con menos de 2,500 habitantes) y 15,000 en zonas urbanas (2,500 y más habitantes). La encuesta cuenta con dos cuestionarios: uno de hogar, para identificar a las mujeres elegibles en la vivienda, y otro individual para captar la información de las mujeres de 20 a 24 años de edad. Finalmente, la ENFaDEA 2017 se aplicó a 3,380 mujeres de 20 a 24 años a lo largo del territorio nacional, de ellas 2,370 mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años –casos ponderados, lo que representa el 68% de toda la muestra.

⁸ Se conformaron conjuntos de unidades de los cuales se obtienen la muestra, los conglomerados en el primer nivel de muestreo se llaman Unidades Primarias de Muestreo (UPM).

⁹ Las unidades de selección tienen una probabilidad conocida y distinta de cero de entrar en la muestra para cada miembro de la población, lo cual permite conocer la precisión de los resultados muestrales.

¹⁰ Las unidades de selección son agrupadas por características similares de tipo geográficas y socioeconómicas.

4.2. Selección de la población objetivo

Uno de los intereses principales de este trabajo es investigar la influencia de la información recibida sobre temas sexuales y reproductivos por parte del personal educativo en la entrada temprana a la primera relación sexual y al uso de métodos anticonceptivos en ella. De acuerdo a lo señalado en el apartado *3.1.2. Educación sexual y reproductiva en la escuela*, en donde se indicó que el nivel secundario es donde se trasmite mayoritariamente los contenidos de educación sexual (Rojas et al. 2017); se decidió que era importante identificar a las mujeres que asistieron a la escuela durante la adolescencia para poder determinar la influencia que pudo tener la educación sexual y reproductiva que recibieron en los centros escolares, en caso de haberla recibido.

Así, se buscó seleccionar a aquellas mujeres que asistieron a la escuela y que por lo menos cursaron un año de secundaria, por lo que se consideró la pregunta *1.29 ¿A qué edad dejaste (la última vez) o terminaste tus estudios?* que nos permite distinguir quiénes fueron las jóvenes que estaban en la escuela durante la adolescencia. Se identificó que 134 jóvenes abandonaron sus estudios a los 12 años o antes, o que nunca asistieron a la escuela, por lo que se puede considerar que este subgrupo no entró al nivel secundario y por consiguiente no recibió educación sexual en este nivel de estudios. Es por ello que se excluyó del análisis a este subgrupo de mujeres. Esta decisión está también apoyada por la información que provee el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación en México (INEE). El INEE, organismo público autónomo dedicado a evaluar la calidad, el desempeño y los resultados del Sistema Educativo Nacional de México (nivel preescolar, primaria, secundaria y media superior) (INEE, 2018A), señala en el Panorama Educativo de México 2019, que el Sistema Educativo Nacional establece las edades idóneas para cursar los distintos niveles educativos “con base en las edades mínimas de ingreso a la educación preescolar (3 años) y a la educación primaria (6 años), decretadas en la LGE (art.65, 2018, 19 de enero), y con la duración de cada uno de los niveles. Así, la edad de ingreso a secundaria es 12 años” (INEE, 2018B; p.50). De esta manera, la población objeto de esta investigación son las mujeres de 20 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, y que asistieron a la escuela por lo menos hasta los trece años de edad (i.e. que asistieron al menos a un año de secundaria), la cual corresponde a N=2,237 casos ponderados.

4.3. Construcción de las variables

En este apartado se detalla la operacionalización de las dos variables dependientes: *inicio temprano de la primera relación sexual* y *uso de métodos anticonceptivos*, que se utilizan en los modelos logísticos binarios usados en este trabajo. Del mismo modo se especifica la construcción de las variables independientes, resaltando el proceso de elaboración de dos indicadores sobre educación sexual, uno que hace referencia a la información recibida en la familia y otro en los centros educativos.

4.3.1 Variables Dependientes

Inicio temprano de la primera relación sexual

Para el primer modelo sobre los factores asociados a la entrada temprana a la relación sexual, se utilizó la pregunta que identifica a las mujeres que iniciaron su vida sexual. Se utilizó la pregunta 2.4. *¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?* Dado que nuestro estudio se enfoca a mujeres que tuvieron su debut sexual antes de los 20 años, se considera como posible respuesta de 10 a 19 años.

Estas mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años, pudieron tener su relación sexual de manera temprana o no. Se consideró como temprana a aquellas mujeres que experimentaron su primera relación sexual antes de los 16 años. Se les asignó el código 0 a aquellas jóvenes cuya primera relación sexual fue entre los 16 a 19 años y 1 para aquellas que tuvieron relaciones antes de los 16 años (ver Cuadro 4.1).

Uso de métodos anticonceptivos

Para la construcción de la variable dependiente usada en el modelo en donde se analizan los factores sociodemográficos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se utilizó la pregunta 2.8. *En tu primera relación sexual, ¿qué fue lo que tú o tu pareja hicieron o usaron para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?* En el cuestionario se consideró una lista de 12 posibles métodos que las entrevistadas podían seleccionar, y también la opción *No usamos nada*. Para la construcción de la variable “Uso de métodos anticonceptivos”, se clasificó como 0 si las mujeres no utilizaron ningún método, y en la categoría

1 si las jóvenes usaron al menos un método anticonceptivo en la primera relación sexual (ver Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. Resumen de la operacionalización de las variables dependientes, México, 2017.

Variables dependientes	Pregunta	Operalización
Inicio temprano de la primera relación sexual		
Inicio temprano de la primera relación sexual	2.4. <i>¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?</i>	Variable dicotómica: 0=No (No tuvo la primera relación sexual antes de los 16 años) 1=Sí (Tuvo el debut sexual entre los 10 y los 15 años)
Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual		
Uso de métodos anticonceptivos	2.8. <i>En tu primera relación sexual, ¿qué fue lo que tú o tu pareja hicieron o usaron para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual? Había una lista de 12 posibles métodos que las entrevistadas podían seleccionar, también está la opción No usamos nada</i>	Variable dicotómica: 0=No (Las jóvenes reportaron no usar ningún método) 1=Sí (Sí las jóvenes usaron al menos un método anticonceptivo)

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

4.3.2 Variables independientes

Construcción de dos indicadores sobre educación sexual

Mediante la encuesta es posible identificar dos tipos de información sobre educación sexual para las jóvenes cuando estas tenían entre 10 y 19 años de edad, la primera se refiere a la proporcionada en el ámbito familiar y la otra es la impartida en la escuela.

4.3.2.1 Construcción del indicador sobre Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales

Primeramente, para determinar quiénes fueron las mujeres que tuvieron comunicación con su madre, su hermana u otro familiar, se construyó la variable “Comunicación en el hogar sobre SSR y prevención de riesgos sexuales”, siguiendo varios pasos. La encuesta dispone de una batería de preguntas en la **Sección I. Contexto y características de la mujer**, denominada **Educación sexual en la familia**. La primera, recaba información mediante la entrevista sobre si algún familiar habló sobre temas sexuales o métodos anticonceptivos, pudiendo responder Sí o No en cada uno de los temas planteados de SSR. Pregunta 1.54. *Durante tu adolescencia, algún familiar te habló*

sobre... la menstruación?, el embarazo?, las relaciones de noviazgo?, las relaciones sexuales?, los métodos anticonceptivos?.

En este estudio, no consideramos la información proporcionada en el ámbito familiar como educación sexual, pues no podemos determinar si la información que recibieron las jóvenes por parte de la familia era adecuada o correcta o no. Es por ello que a este indicador se le denomina “comunicación” en el hogar sobre temas sexuales.

La literatura sobre educación sexual (Kirby et al, 2006; Kirby y Rolleri, 2007; IPPF, 2010), señala una gran variedad de aspectos o módulos que se podrían incluir en la enseñanza de educación sexual en las escuelas, sin embargo, los que se han considerado centrales son aquellos que están más directamente asociados al conocimiento de prevención de riesgos (embarazos e ITS, VIH/SIDA) (Kirby et al, 2006; Kirby y Rolleri, 2007). Por esta razón, en este estudio, de las cinco preguntas que la encuesta señala que son sobre educación sexual en la familia, solo se consideran para la Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales (SSR y PRS), tres preguntas que se obtuvieron en la encuesta. Así, se entiende como comunicación en el hogar sobre temas de SSR y PRS si se habló con la entrevistada sobre: el embarazo, las relaciones sexuales y los anticonceptivos (ver Cuadro 4.2).

Cuadro 4.2 Pregunta sobre Educación sexual en la familia

Educación sexual en la familia			
Ahora te voy a pedir que recuerdes las ocasiones en que alguien de tu familia habló contigo sobre temas sexuales o métodos anticonceptivos.			
1.54	Durante tu adolescencia, ¿alguien de tu familia te habló sobre...		Sí No
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO DE RESPUESTA QUE CORRESPONDA A CADA UNA. </div>	1) la menstruación?.....1 2) el embarazo?.....1 3) las relaciones de noviazgo?.....1 4) las relaciones sexuales?.....1 5) los anticonceptivos?.....1	2 2 2 2 2

Fuente: Cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

De nuestra población en estudio (N=2,237), 1,871 jóvenes dijeron haber recibido algún tipo de comunicación sobre SSR y PRS en el ámbito del hogar¹¹. De las mujeres que tuvieron comunicación en el hogar sobre temas de SSR y PRS, a 90.4% le hablaron sobre embarazo, 80% sobre relaciones sexuales y 78.7% recibió información sobre anticonceptivos (Cuadro 4.3).

¹¹ Por lo tanto 366 no tuvieron ninguna comunicación sobre estos temas con sus familiares.

Cuadro 4.3. Distribución de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años según comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales por parte de su madre, su hermana u otro familiar, México, 2017.

Durante tu adolescencia, ¿alguien de tu familia te hablo sobre...	No		Sí		Total	
	n	%	n	%	n	%
Embarazo	180	9.6	1 691	90.4	1 871	100.0
Relaciones sexuales	374	20.0	1 496	80.0	1 871	100.0
Anticonceptivos	398	21.3	1 473	78.7	1 871	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

Tal como se observa en el cuadro 4.7, se creó una variable, en donde se agruparon las respuestas de las entrevistadas en dos categorías, cuando respondieron que sí, en al menos una de las tres preguntas consideradas: *el embarazo?*, *las relaciones sexuales?*, *los métodos anticonceptivos?*, se asignó el 1, y 0 en cualquier otro caso.

A las entrevistadas que tuvieron algún tipo de comunicación, les preguntaron quién fue el familiar que les habló de estos temas, principalmente, mediante la pregunta 1.56. *¿Quién habló principalmente de esos temas contigo? 1. Madre, 2. Padre, 3. Hermana(s), 4. Hermano(s), 5. Pareja, 6. Otros familiares.* (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.4 Pregunta sobre quien habló principalmente en el hogar sobre temas de SSR y PRS

1.55	FILTRO: EN SU FAMILIA LE HABLARON SOBRE SSR (VER PREGUNTA 1.54)	SÍ (AL MENOS UN SÍ EN 1.54)..... 1	
		NO (RESPONDIÓ A TODAS "NO" EN 1.54)..... 2	→ Pase a 1.58
1.56	¿Quién habló principalmente de estos temas contigo?	Madre..... 1	
		Padre..... 2	
		Hermana(s)..... 3	
		Hermano(s)..... 4	
		Pareja..... 5	
		Otros familiares..... 6	
		(ESPECIFIQUE)	

Fuente: Cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

Los datos señalan (Cuadro 4.6) que la persona que habla mayoritariamente con las jóvenes sobre los temas analizados es la madre. En 1,476 casos fue la progenitora quien habló sobre el embarazo, 1,301 madres hablaron sobre relaciones sexuales y 1,302 sobre anticonceptivos. Para los temas abordados, cerca del 88% de la información recibida proviene de la madre. Otra de las figuras que habló con las jóvenes fue la hermana, en 74, 60 y 59 casos ellas hablaron sobre embarazo, relaciones sexuales y anticonceptivos, respectivamente. Una vez analizadas las frecuencias se creó una variable temporal que quedó conformada de la siguiente manera: 1. Madre, 2. Hermana u otro familiar (Cuadro 4.7).

Dado que la calidad de la información es importante, se consideró también en la construcción del índice la pregunta sobre la percepción que las mujeres tuvieron con respecto al informante. En el cuestionario, la pregunta 1.57. menciona si *Al tratar estos temas, tu familiar se mostró...* 1. *prejuicioso(a)?*, 2. *penoso(a)*, 3.*burlón(a)?*, 4.*regañón(a)?*, 5.*accesible?*, 6.*informado(a)?*, 7.*otro?*. (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5 Pregunta sobre la percepción que las mujeres tuvieron sobre el informante

1.57	<p>Al tratar estos temas, tu familiar se mostró...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA.</p> </div>	<pre> prejuicioso(a)?01 penoso(a)?02 burlón(a)?03 regañón(a)?04 accesible?05 informado(a), capaz?06 ¿Otro?07 </pre> <p style="text-align: center; font-size: small;">(ESPECIFIQUE)</p>	
------	---	--	--

Fuente: Cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

En el Cuadro 4.6 se observa que de las 1,871 jóvenes que tuvieron comunicación sobre alguno de los temas considerados, 53.1% declaró haber recibido la comunicación de forma accesible, una de cada cinco respondió que la persona quien le habló de estos temas parecía Informado(a) o capaz (21.6%), en 18.9% de los casos la comunicación se presentó con pena y 6.4% consideró a su informante como burlón, prejuicioso, regañón u otro.

Para el caso de embarazo, de las 1,691 jóvenes que tuvieron comunicación sobre este tema, el 55.3% declaró haber recibido la información de forma accesible, 21.1% de manera informado(a) o capaz, en 17.1% de los casos la comunicación se dio con pena y el resto consideró a su informante como burlón, prejuicioso, regañón u otro. La madre es quien abordó principalmente el tema con la entrevistada (1,476) y la mayoría lo hizo de manera accesible (54.6%). Sobresale que las hermanas también abordan el tema con las jóvenes (74 casos) y lo hacen de manera accesible en el 63.8% de los casos.

El tema de las relaciones sexuales fue tratado en 1,496 casos. El 58% declaró haber tenido la comunicación de forma accesible, 22.9% de manera informado(a) o capaz, en el 13.9% de los casos la comunicación se dio con pena y 5.1% consideró al informante como burlón, prejuicioso, regañón u otro.

En 1,473 casos, las jóvenes declararon que uno o algunos familiares les hablaron sobre anticonceptivos, 56.5% declaró haber recibido la información de forma accesible, 23.6% de manera

Informado(a) o capaz, en 14.9% de los casos la comunicación fue con pena y 5.0% consideró que la o él informante se mostró burlón, prejuicioso, regañón u otro. Sobre los tres temas embarazo, relaciones sexuales y anticonceptivos las jóvenes declarando haber hablado con otros familiares, 84, 79 y 60 caso respectivamente.

Cuadro 4.6. Distribución de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años según comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales por parte de su madre, su hermana u otro familiar y por la forma en la que se proporcionó, México, 2017.

Durante tu adolescencia, ¿alguien de tu familia te habló sobre...	Quién habló principalmente de estos temas contigo		Al tratar estos temas, tu familiar se mostró...													
			Accesible		Informado(a), capaz		Burlón(a)		Penoso		Prejuicioso(a)		Regañón(a)		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	1 871	100.0	994	53.1	404	21.6	18	1.0	353	18.9	38	2.1	51	2.7	11	0.6
Embarazo	1 691	100.0	935	55.3	357	21.1	18	1.1	289	17.1	33	2.0	46	2.7	11	0.7
Madre	1476	100.0	806	54.6	313	21.2	16	1.1	255	17.2	31	2.1	43	2.9	11	0.8
Padre	53	100.0	32	59.7	10	19.3	0	0.0	10	18.8	0	0.7	1	1.5	0	0.0
Hermana(s)	74	100.0	47	63.8	16	21.3	2	2.4	8	10.3	0	0.6	1	1.5	0	0.0
Hermano(s)	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros familiares	84	100.0	47	56.1	17	20.4	0	0.0	17	20.6	2	2.1	1	0.7	0	0.0
Otros no familiares: amistades, Pareja	1	100.0	1	66.8	0	33.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pareja	2	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Relaciones sexuales	1 496	100.0	868	58.0	343	22.9	5	0.3	208	13.9	22	1.5	38	2.6	11	0.8
Madre	1301	100.0	755	58.0	298	22.9	3	0.2	175	13.5	22	1.7	38	2.9	11	0.9
Padre	52	100.0	32	60.9	10	18.3	0	0.0	10	19.2	0	0.7	0	0.9	0	0.0
Hermana(s)	60	100.0	35	59.4	16	27.1	2	3.0	6	10.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hermano(s)	1	100.0	0	33.0	1	67.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros familiares	79	100.0	43	55.0	18	23.3	0	0.0	17	21.4	0	0.0	0	0.3	0	0.0
Otros no familiares: amistades, Pareja	1	100.0	1	66.8	0	33.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pareja	2	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Anticonceptivos	1 473	100.0	832	56.5	347	23.6	5	0.3	219	14.9	23	1.6	35	2.4	11	0.8
Madre	1302	100.0	739	56.8	301	23.1	3	0.2	192	14.7	22	1.7	34	2.6	11	0.9
Padre	48	100.0	30	62.7	10	19.8	0	0.0	8	15.8	0	0.8	0	0.9	0	0.0
Hermana(s)	59	100.0	32	54.4	18	31.0	2	3.1	6	10.7	0	0.0	0	0.8	0	0.0
Hermano(s)	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros familiares	60	100.0	28	46.7	18	29.2	0	0.0	13	22.3	1	1.8	0	0.0	0	0.0
Otros no familiares: amistades, Pareja	1	100.0	1	66.8	0	33.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pareja	2	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

Los totales de cada tema no son iguales debido a que las preguntas tienen repuesta múltiple.

Con esta pregunta se hizo una variable (Cuadro 4.7), en la cual, si las entrevistadas respondieron que su familiar se portó 1. *prejuicioso(a)?*, 2. *penoso(a)*, 3. *burlón(a)?*, 4. *regañón(a)* u 7. *otro* o en caso de no respuesta, se clasificó como: No amigable o accesible. Mientras que, si la respuesta reportada fue 5. *accesible?*, 6. *informado(a), capaz?*, se categorizaron como 1- amigable o accesible.

Finalmente, combinando la comunicación sobre temas sexuales en la familia de forma amigable/accesible con la variable sobre con quien tiene comunicación las adolescentes, tal como se muestra en el Cuadro 4.7, se construyó la variable “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales”, considerando las construcciones anteriores. En esta nueva variable la categoría 0, corresponde a aquellas mujeres en donde “No hubo comunicación sobre SSR y PRS o fue de forma no amigable”, la categoría 1 a si “Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable por su madre” y la categoría 2 a si “Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable por su hermana u otro familiar”.

Cuadro 4.7. Resumen de la operacionalización de la variable Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales, México, 2017.

Variables	Pregunta	Operalización
Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales		
Comunicación sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos por parte de su madre u otro familiar	<i>1.54. Durante tu adolescencia, algún familiar te habló sobre... la menstruación?, el embarazo?, las relaciones de noviazgo?, las relaciones sexuales?, los métodos anticonceptivos?</i>	Variable dicotómica: 1= Sí (Cuándo respondieron que sí en al menos una las tres siguientes preguntas: el embarazo?, las relaciones sexuales?, los métodos anticonceptivos?) 0=No (En cualquier otro caso)
Quién habló sobre SSR y PRS por parte la familia	<i>1.56. ¿Quién habló principalmente de esos temas contigo? 1. Madre, 2. Padre, 3. Hermana(s), 4. Hermano(s), 5.Pareja, 6.Otros familiares.</i>	Variable categórica: 1=Madre 2=Hermana u otro familiar
Percepción que tuvieron las mujeres respecto al informante	<i>1.57. Al tratar estos temas, tu familiar se mostró... 1. prejuicioso(a)?, 2. penoso(a), 3.burlón(a)?, 4.regañón(a)?, 5.accesible?, 6.informado(a)?, 7.otro? .</i>	Variable categórica: 0=No accesible (Si las entrevistadas respondieron que su familiar se portó 1. prejuicioso(a)?, 2. penoso(a), 3.burlón(a)?, 4.regañón(a) u 7.otro o en caso de no respuesta) 1=Accesible (si la respuesta reportada fue 5.accesible? y/o 6.informado(a)?)
Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales	Para construirla se consideraron las tres variables anteriores	Variable categórica: 0=No hubo comunicación sobre SSR y PRS o la recibieron de forma no amigable. 1=Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su madre 2=Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con la hermana u otro familiar

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario individual de ENFaDEA, 2017

En el cuadro 4.8, se observa que de las 2,237 mujeres que conforman la población objetivo de estudio, 924 no tuvieron comunicación en el hogar sobre SSR y PRS o la recibieron de forma no amigable (41.3%), 1,132 de las jóvenes tuvieron comunicación en el hogar sobre SSR y PRS de

forma amigable y la informante fue la madre (50.6%), mientras que 8.1% tuvo comunicación de forma amigable con la hermana u otro familiar, lo que corresponde a 180 de los casos, como se observa en el Cuadro 4.8. En este último grupo, mayoritariamente es la hermana la que tiene comunicación amigable con las adolescentes.

Cuadro 4.8. Distribución de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años por Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales, México, 2017.

Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales	Porcentaje	N
Total	100.0	2 237
No hubo comunicación sobre SSR y PRS o fue de forma no amigable	41.3	924
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su madre	50.6	1 132
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma accesible con la hermana u otro familiar	8.1	180

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

4.3.2.2 Construcción del indicador sobre Educación sexual en los centros escolares

Del mismo modo, para saber quiénes fueron las jóvenes que recibieron educación sobre SSR en los centros escolares, la encuesta cuenta con dos preguntas en la sección **Educación sexual en la escuela**. La primera pregunta recaba información sobre si alguna profesora, profesor o algún profesionista de la escuela le habló a la entrevistada sobre temas sexuales o métodos anticonceptivos, pudiendo responder Sí o No en cada uno de los temas planteados de SSR.

Pregunta 1.59. *Durante tu adolescencia, entre los 10 y los 19 años de edad, en la escuela ¿Alguna profesora, profesor o algún profesionista de la escuela, te habló sobre... 1.el sistema reproductivo?, 2.la menstruación?, 3.el embarazo?, 4.tú plan/proyecto de vida?, 5.las relaciones de noviazgo?, 6.las relaciones sexuales?, 7.uso correcto de la pastilla de emergencia?, 8.uso correcto de métodos anticonceptivos?, 9. donde conseguir métodos anticonceptivos?, 10.¿Otro tema? (Cuadro 4.9).*

Cuadro 4.9 Pregunta sobre la Educación sexual en la escuela

Educación sexual en la escuela																																				
1.58	FILTRO: LA ENTREVISTADA HA ESTUDIADO ALGUNA VEZ (VER PREGUNTA 1.5)	SÍ 1 NO (RESPONDIÓ NINGUNO EN 1.5) 2	→ Pase a 1.62																																	
1.59	Durante tu adolescencia, entre los 10 y los 19 años de edad, en la escuela ¿alguna profesora, profesor o algún profesionista de la escuela, te habló sobre...	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) el sistema reproductivo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2) la menstruación?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3) el embarazo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4) tu plan/proyecto de vida?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5) las relaciones de noviazgo?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6) las relaciones sexuales?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7) el uso correcto de la pastilla de emergencia?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8) el uso correcto de métodos anticonceptivos?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>9) dónde conseguir métodos anticonceptivos?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>10) ¿Otro tema?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		Sí	No	1) el sistema reproductivo?.....	1	2	2) la menstruación?	1	2	3) el embarazo?.....	1	2	4) tu plan/proyecto de vida?.....	1	2	5) las relaciones de noviazgo?.....	1	2	6) las relaciones sexuales?	1	2	7) el uso correcto de la pastilla de emergencia?	1	2	8) el uso correcto de métodos anticonceptivos?.....	1	2	9) dónde conseguir métodos anticonceptivos?.....	1	2	10) ¿Otro tema?.....	1	2	
	Sí	No																																		
1) el sistema reproductivo?.....	1	2																																		
2) la menstruación?	1	2																																		
3) el embarazo?.....	1	2																																		
4) tu plan/proyecto de vida?.....	1	2																																		
5) las relaciones de noviazgo?.....	1	2																																		
6) las relaciones sexuales?	1	2																																		
7) el uso correcto de la pastilla de emergencia?	1	2																																		
8) el uso correcto de métodos anticonceptivos?.....	1	2																																		
9) dónde conseguir métodos anticonceptivos?.....	1	2																																		
10) ¿Otro tema?.....	1	2																																		

Fuente: Cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

Para este trabajo, se considera que las mujeres en estudio recibieron educación sexual, si en el ámbito de la escuela le hablaron sobre embarazo, relaciones sexuales, uso correcto de la pastilla de emergencia, uso correcto de métodos anticonceptivos y dónde conseguir métodos anticonceptivos. Como se señaló anteriormente, la selección de los temas está basada en la literatura sobre educación sexual (Kirby et al, 2006; Kirby y Roller, 2007; IPPF, 2010).

Los datos de la ENFaDEA, indican que de la población en estudio, 2,172 jóvenes recibieron educación sobre SSR en los centros escolares, por lo tanto 65 no tuvieron ningún tipo de educación sobre estos temas en la escuela. De las entrevistadas que declararon que sí recibieron algún tipo de educación, a 98.4% le hablaron sobre embarazo, 94% sobre relaciones sexuales, tres de cada cuatro fue orientada sobre uso correcto de la pastilla de emergencia (75.9%), mientras que a 89.2% le dieron información sobre uso correcto de métodos anticonceptivos y a 85% le hablaron sobre donde conseguir dichos métodos, como puede observarse en el Cuadro 4.10.

Cuadro 4.10. Distribución de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años según educación sexual en los centros escolares por parte del personal educativo, México, 2017.

Durante tu adolescencia, entre los 10 y los 19 años de edad, en la escuela ¿alguna profesora, profesor o algún profesinista de la escuela, te habló sobre...	No		Sí		Total	
	n	%	n	%	n	%
Embarazo	37	1.7	2 135	98.3	2 172	100.0
Relaciones sexuales	130	6.0	2 042	94.0	2 172	100.0
Uso correcto de la pastilla de emergencia	524	24.1	1 648	75.9	2 172	100.0
Uso correcto de los métodos anticonceptivos	234	10.8	1 939	89.2	2 172	100.0
Conseguir métodos anticonceptivos	326	15.0	1 847	85.0	2 172	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

Con estas cinco preguntas se creó una variable referente a recibir educación sexual en la escuela si las entrevistadas respondieron que sí en al menos una de las preguntas: *el embarazo?*, *las relaciones sexuales?*, *los métodos anticonceptivos?*, *uso correcto de la pastilla de emergencia?*, y *donde conseguir métodos anticonceptivos?*. Por lo tanto, haber recibido educación sexual en la escuela se codificó como 1, en cualquier otro caso se asignó 0.

Se considera que dado que la información proviene de los profesores, ellos deberían estar bien informados sobre las temáticas, pero un aspecto importante para una recepción positiva de la educación sexual sería si el profesor se mostrara informado o accesible, y que por ejemplo, no fuera burlón, etc. La pregunta que indaga sobre la actitud de la o del informante es la siguiente: 1.61. *En general, al tratar el(los) tema(s) la(s) persona(s) que te dio(eron) la información se mostró(aron)...* 1. *prejuicioso(s)?*, 2. *penoso(s)*, 3. *burlón(es)?*, 4. *regañón(es)?*, 5. *accesible(s)?*, 6. *informado(s), capaz(ces)?*, 7. *otro?*. Se consideró que para que las alumnas que recibieron información en la escuela sobre educación sexual tuvieran una buena recepción de la misma, la tendrían que haber recibido de forma accesible o informado/capaz.

Cuadro 4.11 Pregunta sobre la actitud de la o del informante

1.60	FILTRO: EN LA ESCUELA LE HABLARON SOBRE SSR (VER PREGUNTA 1.59)	SÍ (AL MENOS UN SÍ EN 1.59)..... 1 NO (RESPONDIÓ A TODAS NO EN 1.59)..... 2	→ Pasa a 1.62
1.61	En general, al tratar el(los) tema(s) la(s) persona(s) que te dio(eron) la información se mostró(aron)...	prejuicioso(s)?01 penoso(s)?02 burlón(es)?03 regañón(es)?04 accesible(s)?05 informado(s), capaz(ces)?06 ¿Otro?07	
		(ESPECIFIQUE)	

Fuente: Cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

De las jóvenes que declararon haber recibido educación sobre SSR en los centros escolares, 63.3% percibió que la persona de quien recibió información lo hizo de manera informada o se mostró capaz, 29.2% lo hizo de forma accesible, es decir, la mayoría de las jóvenes que recibieron educación sexual en el ámbito escolar percibieron a su informante positivo al hablar sobre los temas de educación sexual. Solo el 7.5% señaló que la información fue proporcionada de forma burlona, penosa, prejuiciosa, como regaño u otro (Cuadro 4.12).

Para el caso de embarazo, y tal como se observa en el Cuadro 4.12, de las 2,135 jóvenes que recibieron educación sobre este tema, 63.3% declaró haber recibido la información de manera informado(a) o capaz, 29.3% de forma accesible y en 7.3% de los casos la información se mostró con pena o el informante se mostró burlón, prejuicioso, regañón, desinformado u otro. Con respecto a las relaciones sexuales, este tema fue tratado en 2,042 casos, 64.1% declaró haber recibido la información de forma informado(a) o capaz, 29.5% de manera accesible, 6.4% consideró que al informante como burlón, penoso, prejuicioso, regañón u otro.

Sobre la información proporcionada en la escuela por el profesor(a) sobre uso correcto de la pastilla de emergencia, uso de métodos anticonceptivos y donde conseguir métodos anticonceptivos (1,648, 1,939 y 1,847 casos respectivamente), la forma en cómo se trataron estos temas se comportan de manera muy similar entre sí, con pequeñas variaciones porcentuales entre estos tres aspectos relacionados con la anticoncepción (ver porcentajes en Cuadro 4.12).

Cuadro 4.12. Distribución de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años según educación sexual en los centros escolares y por la forma en la que se proporcionó, México, 2017.

Durante tu adolescencia, entre los 10 y los 19 años de edad, en la escuela ¿alguna profesora, profesor o algún profesinista de la escuela, te habló sobre...	Total		Al tratar estos temas, la(s) persona(s) que te dio(eron) la información se mostró(aron)...															
			Accesible		Informado(a) capaz		Burlón(a)		Penoso		Prejuicioso(a)		Regañón(a)		Desinformado		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	2 172	100.0	635	29.2	1 375	63.3	28	1.3	40	1.8	42	2.0	36	1.6	2	0.1	15	0.7
Embarazo	2 135	100.0	625	29.3	1 354	63.4	27	1.3	35	1.6	42	2.0	35	1.6	2	0.1	15	0.7
Relaciones sexuales	2 042	100.0	603	29.5	1 308	64.1	24	1.2	31	1.5	38	1.9	21	1.0	2	0.1	14	0.7
Uso correcto de la pastilla de emergencia	1 648	100.0	489	29.7	1 072	65.1	22	1.3	18	1.1	21	1.3	10	0.6	2	0.1	14	0.8
Uso correcto de los métodos anticonceptivos	1 939	100.0	564	29.1	1 258	64.9	22	1.2	27	1.4	35	1.8	16	0.8	2	0.1	14	0.7
Conseguir métodos anticonceptivos	1 847	100.0	547	29.6	1 202	65.1	17	0.9	27	1.5	26	1.4	12	0.7	2	0.1	13	0.7

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

Considerando la forma en que él o la profesor(a) imparte la educación sexual en la escuela, se creó una variable y se agrupó en dos categorías. Si la entrevistada respondió que su informante se portó 1. *prejuicioso(s)?*, 2. *penoso(s)*, 3. *burlón(es)?*, 4. *regañón(es)* u 7. *otro* o en caso de no respuesta, se clasificó como: “No accesible”, mientras que, si la respuesta de las mujeres fue 5. *accesible(s)?*, 6. *informado(s)*, *capaz(ces)?*, se categorizaron como 1- “Accesibles” (Cuadro 4.13).

Con estas dos variables sobre la educación sexual recibida en la escuela y la actitud del enseñante al proporcionar la información, se construyó la variable denominada “Educación sexual y reproductiva en los centros escolares”. La categoría 0 corresponde a aquellas mujeres que “No recibieron educación sexual y reproductiva o la recibieron de forma no accesible”, y la categoría 1- “Recibieron educación sexual y reproductiva de forma accesible”.

Cuadro 4.13. Resumen de la operacionalización de la variable Educación sexual y reproductiva en los centros escolares, México, 2017.

Variables	Pregunta	Operalización
Educación sexual y reproductiva en los centros escolares		
Recibió educación en los centros escolares sobre SSR	1.59. Durante tu adolescencia, entre los 10 y los 19 años de edad, en la escuela ¿Alguna profesora, profesor o algún profesionista de la escuela, te habló sobre... 1.el sistema reproductivo?, 2.la menstruación?, 3.el embarazo?, 4.tú plan/proyecto de vida?, 5.las relaciones de noviazgo?, 6.las relaciones sexuales?, 7.uso correcto de la pastilla de emergencia?, 8.uso correcto de métodos anticonceptivos?, 9. donde conseguir métodos anticonceptivos?, 10.¿Otro tema?	Variable dicotómica: 1=Sí (cuando respondieron que si en al menos una las siguientes preguntas: el embarazo?, las relaciones sexuales?, los métodos anticonceptivos?, uso correcto de la pastilla de emergencia?, y donde conseguir métodos anticonceptivos? 0=No (En cualquier otro caso)
Percepción que tuvieron las mujeres respecto al informante en los centros escolares	1.61. En general, al tratar el(los) tema(s) la(s) persona(s) que te dio(eron) la información se mostró(aron)... 1. prejuicioso(s)?, 2. penoso(s), 3.burlón(es)?, 4.regañón(es)?, 5.accesible(s)?, 6.informado(s), capaz(ces)?, 7.otro?	Variable categórica: 0=No accesible (Si las entrevistadas respondieron que su familiar se portó 1. prejuicioso(a)?, 2. penoso(a), 3.burlón(a)?, 4.regañón(a) u 7.otro o en caso de no respuesta) 1=Accesible (si la respuesta reportada fue 5.accesible? y/o 6.informado(a)?)
Educación sexual y reproductiva en los centros escolares	Para construirla se consideraron las dos variables anteriores	Variable categórica: 0=No recibieron educación sexual y reproductiva o la recibieron de forma no accesible. 1=Recibió educación sexual y reproductiva de forma accesible

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

Como se muestra en el siguiente cuadro 4.14, de las 2,237 mujeres que conforman la población objetivo, 234 no recibieron educación sexual y reproductiva o la recibieron de forma no accesible (10.4%), mientras que 89.6% de las jóvenes recibió educación sexual y reproductiva de forma accesible, lo que corresponde a 2,003 de los casos.

Cuadro 4.14. Distribución de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años según Educación sexual en los centros escolares, México, 2017.

Educación sexual en los centros escolares	Porcentaje	N
Total	100.0	2 237
No recibió educación sexual o la recibió de forma no accesible	10.4	234
Recibió educación sexual de forma accesible	89.6	2 003

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017

4.3.2.3 Operacionalización de otras variables independientes vinculadas a la entrada temprana a la primera relación sexual y al uso de métodos anticonceptivos en este debut

Tipo de pareja en la primera relación sexual

Para la construcción de esta variable se utilizó la pregunta 2.6. *¿Qué relación tenías en ese momento con quien tuviste tu primera relación sexual? 1. Novio, 2. Esposo, 3. Pareja corresidente, 4. Amigo, 5. Familiar, 6. Desconocido, 7. Otros.* Se asignó el código 1 cuando las jóvenes declararon que la relación que guardaban con la persona que tuvieron su primera relación sexual era de noviazgo, 2 si se trataba de su esposo o pareja corresidente y 3 si era un amigo u otro (opciones de la 4 a la 7) (Cuadro 4.15).

Edad de la pareja

Se utilizó la pregunta 2.7. *¿Qué edad tenía la persona con quien tuviste tu primera relación sexual?* Es una pregunta numérica cuyas opciones de respuestas son, una la edad o la opción *No sé*. Para la construcción de esta variable se consideró la pregunta de la edad de la mujer al momento de su primera relación sexual y se sacó la diferencia entre ambas edades. Se asignó 0 si la pareja era de la misma edad o hasta cinco años mayor que la joven, y 1 si la pareja era 6 años mayor o más que la mujer (Cuadro 4.15).

Lugar de residencia en la niñez

Se utilizó la pregunta 1.10. *Cuando eras niña, digamos hasta los diez años ¿viviste la mayor parte del tiempo...* Es una variable categórica con opciones de respuesta: 1-Rancho, 2-Pueblo y 3-Ciudad (Cuadro 4.15).

Estrato social de origen

Se consideró la variable construida por Juárez F. y C. Gayet (en prensa). Tiene como categorías, Bajo, Medio y Alto. Ver detalles sobre la construcción en el Apéndice 1.

Religiosidad en la adolescencia

Para la construcción de esa variable se consideraron dos preguntas. La pregunta 1.6. *Durante tu adolescencia ¿Cuál era tu religión?* en la que las posibles respuestas eran: 1.católica, 2.cristiana, 3.evangélica, 4.testigo de jehová, 5.pentecostal, 6.otros, 0.ninguna religión. Y la pregunta 1.7. *Durante tu adolescencia, ¿te considerabas como una persona...1.muy religiosa, 2.religiosa, 3.poco religiosa, 4.nada religiosa.* Cuando las jóvenes declararon *Ninguna religión* en 1.6, o *3.poco religiosa, 4.nada religiosa* en 1.7 se le asignó el código 0, mientras que para las que señalaron *1.muy religiosa, 2.religiosa* en 1.7, se asignó el código 1 (Cuadro 4.15).

Experimentó violencia en la niñez o adolescencia

Para la construcción de la variable se consideraron los 6 ámbitos o formas de violencia de la pregunta 6.1 de la sección VI. “Violencia en la Familia de Origen”, como se observa en el cuadro 10. La pregunta indaga lo siguiente: *Cuando eras niña o adolescente, ¿qué tan frecuente era que alguno de tus familiares cercanos...* sirve como base para los siguientes preguntas más específicos sobre el tema: a. *te ofendiera o humillara (te hiciera sentir menos o mal)*, b. *te golpeará o abofeteara*, c. *te quitara tu dinero o lo usara sin tu consentimiento*, d. *te corriera de la casa*, e. *te manoseara alguna parte íntima?*, f. *te forzara a tener relaciones sexuales?* Las posibles respuestas para cada una de estas cuestiones eran: 1.*Muy frecuente*, 2.*Poco frecuente*, 3.*Una vez*, 4. *No ocurrió.*

Primero, se construyeron seis variables, considerando la frecuencia del tipo de violencia (La ofendían, la golpeaba, le quitaban el dinero, la corrían, la manoseaban, o la obligaban a tener relaciones). Cuando No ocurrió ninguna de las opciones mencionadas, se le asignó el código 0, mientras que cuando sí se respondió alguna de las opciones se les preguntó a las mujeres si fue *1.Muy frecuente, 2.Poco frecuente, 3.Una vez* y se le asignó código 1. Si en al menos una de las 6 variables construidas, había código uno (ocurrió por lo menos en alguna ocasión algún tipo de violencia) se asignó código 1 que denotamos como sí experimentó violencia en la niñez o adolescencia, y el código 0 para el resto de las respuestas, que hace referencia a no experimentó violencia en la niñez o adolescencia (Cuadro 4.15).

Cuadro 4.15. Resumen de la operacionalización de las variables independientes, México, 2017

Variables independientes	Pregunta	Operalización
Tipo de pareja en la primera relación sexual	2.6. <i>¿Qué relación tenías en ese momento con quien tuviste tu primera relación sexual? 1. Novio, 2. Esposo, 3. Pareja corresidente, 4. Amigo, 5. Familiar, 6. Desconocido, 7. Otros.</i>	Variable categórica: 1= Novio 2=Esposo/Pareja 3=Amigo/Otro
Diferencia de edad con la primera pareja sexual	2.7. <i>¿Qué edad tenía la persona con quien tuviste tu primera relación sexual? Las jóvenes mencionaron la edad de la pareja o "No sé". Se calculó la diferencia con la edad que tenía la joven al momento de su primera relación sexual</i>	Variable categórica: 1=Pareja de la misma edad o hasta 5 años mayor 2=Pareja 6 o más años mayor
Lugar de residencia en la niñez	1.10. <i>Cuando eras niña, digamos hast los diez años ¿viviste la mayor parte del tiempo...</i>	Variable categórica: 1= Rancho 2=Pueblo 3=Ciudad
Estrato social de origen	Se consideró la variable construida por F. Juárez y C. Gayet (en prensa).	Variable categórica: 1=Bajo 2=Medio 3=Alto
Religiosidad en la adolescencia	1.6. <i>Durante tu adolescencia ¿Cuál era tu religión? Las posibles respuestas eran: 1.católica, 2.cristiana, 3.evangelica, 4.testigo de jehová, 5.pentecostal, 6.otros, 0.ninguna religión</i> y la pregunta 1.7. <i>Durante tu adolescencia, ¿te considerabas como una persona... 1.muy religiosa, 2.religiosa, 3.poco religiosa, 4.nada religiosa.</i>	Variable categórica: 0=Poco o nada religiosa (Cuando las jóvenes declararon Ninguna religión en 1.6, o 3.poco religiosa, 4.nada religiosa) 1=Muy religiosa o religiosa (Para las que señalaron 1.muy religiosa, 2.religiosa en 1.7)

Continúa...

Variables independientes	Pregunta	Operalización
Experimentó violencia en la niñez o adolescencia: Seis preguntas de la sección VI. Violencia en la familia de origen, la pregunta 6.1. Cuando eras niña o adolescente, ¿qué tan frecuente era que alguno de tus familiares cercanos...		
Ofendían	<i>a. te ofendiera o humillara (te hiciera sentir menos o mal)</i>	Variable dicotómica: 0=No (No ocurrió) 1=Sí (1.Muy frecuente, 2.Poco frecuente, 3.Una vez)
Golpeaban	<i>b. te golpeará o abofeteará,</i>	Variable dicotómica: 0=No (No ocurrió) 1=Sí (1.Muy frecuente, 2.Poco frecuente, 3.Una vez)
Quitaban el dinero	<i>c. te quitará tu dinero o lo usará sin tu consentimiento</i>	Variable dicotómica: 0=No (No ocurrió) 1=Sí (1.Muy frecuente, 2.Poco frecuente, 3.Una vez)
Corrían	<i>d. te corrierá de la casa, e. te manoseará alguna parte íntima?</i>	Variable dicotómica: 0=No (No ocurrió) 1=Sí (1.Muy frecuente, 2.Poco frecuente, 3.Una vez)
Manoseaban	<i>e. te manoseará alguna parte íntima?</i>	Variable dicotómica: 0=No (No ocurrió) 1=Sí (1.Muy frecuente, 2.Poco frecuente, 3.Una vez)
Obligaban a tener relaciones sexuales	<i>f. te forzará a tener relaciones sexuales?</i>	Variable dicotómica: 0=No (No ocurrió) 1=Sí (1.Muy frecuente, 2.Poco frecuente, 3.Una vez)
Experimentó violencia en la niñez o adolescencia	Para construirla se consideraron las seis variables anteriores	Variable categórica: 1=Sí (Sí en al menos una de las 6 variables construidas, había código uno). 0=No (En cualquier otro caso).

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario individual de ENFaDEA, 2017.

4.4. Estrategia metodológica

Se consideró el diseño de muestra compleja de la encuesta para el análisis que se presenta en el capítulo siguiente. De esta manera, todos los resultados estarán ponderados considerando el diseño muestral.

Primero, se elaboró el indicador de “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales”. Y segundo, se creó el indicador sobre “Educación sexual y reproductiva en los centros escolares” mencionado anteriormente. Después de la elaboración de estos dos indicadores, se definieron las variables independientes que se utilizarán

en los dos modelos multivariados a estimar. Antes de pasar a cada uno de los modelos se verificará para cada modelo la correlación de las variables independientes (Apéndice 2).

4.4.1 Modelo logístico binario para los factores asociados a la entrada temprana a la primera relación sexual

Se utiliza un modelo logístico binario para estudiar los factores asociados a la primera relación temprana. Los factores considerados son: Comunicación en el hogar sobre SSR y PRS, Educación sexual en los centros escolares, Tipo de pareja en la primera relación sexual, Diferencia de edad con la primera pareja sexual, Lugar de residencia en la niñez, Estrato social de origen, Religiosidad en la adolescencia y Experimentó violencia en la niñez o adolescencia.

Para identificar qué factores socio-demográficos están asociados con la entrada temprana a la primera relación sexual se usará un modelo de regresión logística binaria, cuya ecuación general está dada por:

$$\text{Logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \sum_j^k \beta_j X_{ji} ; \quad (1)$$

Donde p representa la probabilidad de que un individuo presente la característica de interés, en este caso, que la joven haya tenido de manera temprana la primera relación sexual, X_{ji} son las variables predictoras o también conocidas como factores de riesgo.

Aplicando exponencial a ambos lados de la igualdad de la ecuación (1) y despejando p, tenemos una ecuación equivalente denotado por:

$$\hat{p} = \frac{\exp(\beta_0 + \sum_j^k \beta_j X_{ji})}{1 + \exp(\beta_0 + \sum_j^k \beta_j X_{ji})} ; \quad (2)$$

En el modelo logit, los coeficientes se pueden interpretar como que tienen un efecto lineal en los logaritmo natural (ln) odds ratio (OR) y se basa en los coeficientes exponenciados. Esto es: Supongamos que en nuestra investigación de inicio temprano de la relación sexual interviene solamente la variable X= Educación sexual en los centros escolares, donde los valores x_0 = No recibieron educación o la recibieron de forma NO accesible y x_1 =Recibió educación sexual de forma accesible; reemplazando en la ecuación (1) tenemos:

$\ln\left(\frac{p_0}{1-p_0}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_0$, para “No recibieron educación sexual o la recibieron de forma no accesible” y $\ln\left(\frac{p_1}{1-p_1}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1$ para “Recibió educación sexual de forma accesible” donde p_0 es la probabilidad de que las mujeres que “No recibieron educación sexual o la recibieron de forma no accesible” presente la característica de interés, es decir, que hayan tenido relaciones sexuales de manera temprana y p_1 es la probabilidad de que una joven que “Recibió educación sexual de forma accesible” tenga el debut sexual de manera temprana. Restando estas dos igualdades tenemos:

$$\ln\left(\frac{p_1}{1-p_1}\right) - \ln\left(\frac{p_0}{1-p_0}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 - \beta_0 + \beta_1 X_0 = \beta_1(X_1 - X_0);$$

Por propiedad de logaritmo sabemos que la diferencia es igual al logaritmo el cociente

$$\ln\left(\frac{\frac{p_1}{1-p_1}}{\frac{p_0}{1-p_0}}\right) = \beta_1(X_1 - X_0); \text{ Si aplicamos la función exponencial a ambos miembros de la igualdad,}$$

tenemos: $\frac{\left(\frac{p_1}{1-p_1}\right)}{\left(\frac{p_0}{1-p_0}\right)} = odds = \exp(\beta_1(X_1 - X_0))$; esta expresión se conoce como la razón de momios

(adds ratio). Para este caso particular sabemos que $x_1 = x_0 + 1$, entonces

$odds = \exp(\beta_1(X_1 - X_0)) = \exp(\beta_1(X_1 - X_1 + 1))$; finalmente $odds = \exp(\beta_1)$; representa la ventaja en término de probabilidades que tienen las jóvenes que recibieron educación sexual de forma accesible respecto a las que no recibieron educación sexual o la recibieron de forma no accesible.

El razonamiento anterior se puede generalizar diciendo que por cada cambio de una unidad en X , se espera que los momios cambien por un factor de $\exp(\beta_i)$ manteniendo constante las demás variables en el modelo.

De esta manera el modelo para el inicio temprano queda construido de la siguiente manera:

$$\begin{aligned}
 \text{Logit}(p) &= \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) \\
 &= \beta_0 + \beta_1 \text{Comunicación en el hogar sobre SSR y PRS} \\
 &\quad + \beta_2 \text{Educación sexual en los centros escolares} + \beta_3 \text{Tipo de pareja} \\
 &\quad + \beta_4 \text{Diferencia de edad} + \beta_5 \text{Lugar de residencia} + \beta_6 \text{Estrato social} \\
 &\quad + \beta_7 \text{Religiosidad} + \beta_8 \text{Violencia} + \varepsilon
 \end{aligned}$$

Donde la variable dependiente es el inicio temprano de la relación sexual.

4.4.2 Modelo logístico binario para los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual

Una vez realizado el análisis anterior, también se usó un modelo logístico binario, para estudiar los factores asociados con el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Los factores considerados son: Comunicación en el hogar sobre SSR y PRS, Educación sexual en los centros escolares, Edad a la primera relación sexual, Tipo de pareja en la primera relación sexual, Diferencia de edad con la primera pareja sexual, Lugar de residencia en la niñez, Estrato social de origen, Religiosidad en la adolescencia, y Experimentó violencia en la niñez o adolescencia.

Un modelo similar al empleado para estudiar los factores asociados a la entrada temprana a la primera relación sexual (regresión logística binaria) se utilizará para estudiar los factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual. El modelo queda conformado de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} \text{Logit}(p) &= \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) \\ &= \beta_0 + \beta_1 \text{Comunicación Sexual en el hogar sobre SSR y PRS} \\ &\quad + \beta_2 \text{Educación sexual en los centros escolares} + \beta_3 \text{Tipo de pareja} \\ &\quad + \beta_4 \text{Diferencia de edad} + \beta_5 \text{Lugar de residencia} + \beta_6 \text{Estrato social} \\ &\quad + \beta_7 \text{Religiosidad} + \beta_8 \text{Violencia} + \beta_8 \text{Edad del debut sexual} + \varepsilon \end{aligned}$$

Donde la variable dependiente es el uso de métodos anticonceptivos.

V. Resultados

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos en esta investigación. Primero, se presenta el análisis descriptivo sobre las variables incluidas, tanto las dependientes como las independientes presentadas en los modelos: Inicio temprano de la primera relación sexual, Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación, Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales, Educación sexual en los centros escolares, Tipo de pareja en la primera relación sexual, Lugar de residencia en la niñez, Estrato social de origen, Religiosidad en la adolescencia y Experimentó violencia en la niñez o adolescencia. En los siguientes dos apartados, se describe la relación del inicio temprano de la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos en la misma con las covariables. Las últimas subsecciones de este capítulo se refieren a los resultados obtenidos en los dos modelos logísticos binarios en donde se analizan los factores sociodemográficos y económicos asociados, primero al inicio temprano de la relación sexual, y segundo, al uso de métodos anticonceptivos en este debut sexual.

5.1. Análisis descriptivo sobre las variables de interés

En el Cuadro 5.1 se muestra la distribución de la población de estudio, es decir, las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años y que asistieron a la escuela por lo menos hasta los trece años de edad (N=2,237). La primera variable, inicio temprano de la primera relación sexual, muestra que una de cada cinco mujeres tuvo su primera relación sexual de manera temprana -antes de los 16 años- (19.3%) y, 80.7% la experimentó posteriormente, entre los 16 y los 19 años. Esta variable será la dependiente en el primer modelo, mientras que en el segundo estará como independiente.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 63.2% de las jóvenes declaró haberlos utilizado, mientras que el 36.8% no lo hizo. Esta variable es la dependiente en el segundo modelo. El resto de las variables que aparecen en el cuadro 5.1 son los factores que se utilizan en los dos modelos estimados.

Las distribuciones de los factores indican que, 41.3% de las mujeres, en su adolescencia, no tuvo comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva (SSR) y prevención de riesgos sexuales (PRS) o esta fue proporcionada de forma no amigable (924 casos), la recibieron de forma amigable 50.6% y la informante fue la madre (1,132 casos), mientras que 8.1% la tuvo con otro familiar, principalmente por parte de la hermana, y corresponden a 180 de los casos.

De la población objetivo, el 10.4% no recibió educación sexual en los centros escolares o la recibieron de forma no accesible (234 casos), mientras que mayoritariamente, 89.6% de las jóvenes, recibió educación sexual en los centros escolares de forma accesible (2,003 de los casos). Es decir, que en el ámbito escolar nueve de cada diez jóvenes recibió educación sexual de forma accesible por parte de alguna profesora, profesor o profesionista de la escuela (Cuadro 5.1).

Respecto al tipo de pareja con la que se experimentó la primera relación sexual, las mujeres reportan mayoritariamente que, el 82.8%, tuvo su debut sexual con el novio, el 12.3% (N=275), con su esposo o con su pareja corresidente y tan sólo cinco por ciento lo experimentó con un amigo, un familiar, un desconocido o con otra persona. En cuanto a la diferencia de edad con la primera pareja sexual, el 85% de las encuestadas declaró que su pareja tuvo la misma edad que ella o hasta cinco años más.

El 64.8% de las jóvenes, vivió la mayor parte de su infancia en una ciudad, mientras que una de cada cinco (20.7%) vivió en un pueblo, el resto declaró haber residido en un rancho (14.5%). Respecto al estrato social de origen, el más bajo es el que reporta una mayor presencia en la muestra, con un 42.2%, en tanto que el estrato alto es el que tiene menor proporción (19.7%). La mayoría de las jóvenes declaró que durante su adolescencia se consideraban como una persona poco o nada religiosas, siete de cada diez mujeres (70.2%). En cuanto a la violencia sufrida durante la niñez o la adolescencia, 30.7% (N=687) de las mujeres señaló haberla experimentado, en tanto siete de cada diez no la padeció (69.3%).

Cuadro 5.1. Distribución de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años por características seleccionadas, México, 2017.

Características	Porcentaje	N
Total	100.0	2 237
Inicio temprano de la primera relación sexual		
No (16 a 19 años)	80.7	1 806
Sí (antes de los 16 años)	19.3	431
Uso métodos anticonceptivos en la primera relación		
No	36.8	824
Sí	63.2	1 413
Comunicación en el hogar sobre SSR y prevención de riesgos sexuales		
No hubo comunicación sobre SSR y PRS o fue de forma no amigable	41.3	924
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su madre	50.6	1 132
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma accesible con la hermana u otro familiar	8.1	180
Educación sexual en los centros escolares		
No recibió educación sexual o la recibió de forma no accesible	10.4	234
Recibió educación sexual de forma accesible	89.6	2 003
Tipo de pareja en la primera relación sexual		
Novio	82.8	1 851
Esposo/Pareja	12.3	275
Amigo/Otro	5.0	111
Diferencia de edad con la primera pareja sexual		
Pareja de la misma edad o hasta 5 años mayor	85.0	1 902
Pareja 6 o más años mayor	14.9	334
Lugar de residencia en la niñez		
Rancho	14.5	324
Pueblo	20.7	462
Ciudad	64.8	1 450
Estrato social de origen		
Bajo	42.2	943
Medio	37.8	846
Alto	19.7	440
Religiosidad en la adolescencia		
Poco o nada religiosa	70.2	1 570
Muy religiosa o religiosa	29.8	667
Experimentó violencia en la niñez o adolescencia		
No	69.3	1 550
Sí	30.7	687

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017

5.2 Análisis descriptivo sobre la entrada temprana a la primera relación sexual

A continuación, se describe la relación del inicio temprano de la relación sexual con las covariables señaladas en el inciso anterior, información que se presenta en el 5.2, el cual contempla

a las mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años; el 19.3% de ellas experimentó su primera relación sexual en una edad temprana, es decir, antes de los 16 años.

De este grupo particular de mujeres, el 22.1% no tuvo comunicación en el hogar sobre SSR y PRS o la recibieron de forma no amigable, siendo menor esta proporción entre las jóvenes que tuvieron comunicación sobre SSR y PRS amigable por parte de la madre o de algún familiar en hasta 10 puntos porcentuales.

En el cuadro 5.2 también es posible observar una proporción más elevada de mujeres que durante su adolescencia no recibió educación sexual o la recibió de forma no accesible en los centros escolares y que experimentó la primera relación sexual en edades tempranas (27.9%), en comparación con el 18.3% de quienes recibieron educación de forma accesible en la escuela.

Respecto al tipo de pareja, las mujeres que declararon tener la primera relación sexual con un amigo u otra persona, tuvieron un debut sexual más temprano (38% de ellas) que las que iniciaron con el novio, esposo o pareja corresidente (18.2% y 18.8% respectivamente). Es relevante que entre quienes iniciaron con personas seis o más años mayores reportaron, en mayor proporción, haber comenzado de manera temprana su inicio sexual, en comparación con aquellas que lo hicieron con una pareja de la misma edad o hasta cinco años mayor (27.2% y 17.8%, respectivamente).

Una proporción más alta de mujeres que vivían en un rancho tuvo inicio temprano de la primera relación sexual, seguido de las que vivían en un pueblo, y por último las que residían en una ciudad (21.3, 20.6 y 18.4% respectivamente). En cuanto al estrato social de origen, las mujeres del estrato más bajo reportó haber iniciado su vida sexual de manera temprana (25.8%), en tanto que la proporción de mujeres de nivel medio y alto presentan un debut sexual mucho más tardío.

Respecto a la religiosidad, quienes se declararon ser poco o nada religiosas durante la adolescencia, señalaron en mayor proporción haber tenido el debut sexual de manera temprana, en comparación con aquellas que dijeron ser más religiosas. Por su parte, una de cada cuatro mujeres que sufrió algún tipo de violencia en la niñez o adolescencia tuvo un debut sexual más temprano (24.3%), que las que no experimentaron violencia en estas etapas de la vida (17%).

Cuadro 5.2. Características de las mujeres que tuvieron la primera relación sexual antes de los 20 años según condición de inicio temprano (antes de los 16 años), México, 2017.

Características	Inicio temprano de la primera relación sexual					
	No (16 a 19 años)		Sí (antes de los 16 años)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total	1 806	80.7	431	19.3	2 237	100.0
Comunicación en el hogar sobre SSR y prevención de riesgos sexuales						
No hubo comunicación sobre SSR y PRS o fue de forma no amigable	720	77.9	204	22.1	924	100.0
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su madre	929	82.0	204	18.0	1 132	100.0
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma accesible con la hermana u otro familiar	157	87.3	23	12.7	180	100.0
Educación sexual en los centros escolares						
No recibió educación sexual o la recibió de forma no accesible	168	72.1	65	27.9	234	100.0
Recibió educación sexual de forma accesible	1 638	81.7	366	18.3	2 003	100.0
Tipo de pareja en la primera relación sexual						
Novio	1 514	81.8	337	18.2	1 851	100.0
Esposo/Pareja	223	81.2	52	18.8	275	100.0
Amigo/Otro	69	62.0	42	38.0	111	100.0
Diferencia de edad con la primera pareja sexual						
Pareja de la misma edad o hasta 5 años mayor	1 563	82.2	339	17.8	1 902	100.0
Pareja 6 o más años mayor	231	69.2	91	27.2	334	100.0
Lugar de residencia en la niñez						
Rancho	255	78.7	69	21.3	324	100.0
Pueblo	367	79.4	95	20.6	462	100.0
Ciudad	1 183	81.6	267	18.4	1 450	100.0
Estrato social de origen						
Bajo	700	74.2	244	25.8	943	100.0
Medio	724	85.6	122	14.4	846	100.0
Alto	374	85.1	65	14.9	440	100.0
Religiosidad en la adolescencia						
Poco o nada religiosa	1 241	79.0	329	21.0	1 570	100.0
Muy religiosa o religiosa	566	84.8	102	15.2	667	100.0
Experimentó violencia en la niñez o adolescencia						
No	1 287	83.0	263	17.0	1 550	100.0
Sí	519	75.6	167	24.3	687	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

5.3 Análisis descriptivo sobre el uso de métodos anticonceptivos

En este apartado se describe la relación entre el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual con las covariables de interés. La información se presenta en el Cuadro 5.3. De las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, el 63.2% utilizó algún método anticonceptivo en el debut sexual.

Cerca de la mitad de las jóvenes que no tuvieron comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales o que la recibió de forma no amigable no usó ningún método anticonceptivo en el debut sexual; y fue más elevado el porcentaje de uso de anticonceptivos para aquellas jóvenes que sí tuvieron comunicación de forma amigable con su madre o algún otro familiar (70.1% y 74.4% respectivamente).

Las mujeres que no recibieron educación sexual en los centros escolares o la recibieron de manera no accesible usaron en menor proporción alguna protección anticonceptiva, en comparación con las que sí recibieron educación sexual de manera accesible (47.9 contra 65% respectivamente).

Respecto a la pareja con quien se mantuvo el primer encuentro sexual se observa que si esta fue el esposo o pareja corresidente, la proporción de mujeres que utilizó algún tipo de protección es la más baja, tan solo tres de cada diez (28%). Dicha proporción se eleva a 55% si la pareja fue un amigo u otra persona, en tanto que si la primera relación sexual fue con un novio, el porcentaje se incrementa a 68.9%. Las mujeres que declararon haber tenido una pareja con una diferencia de edad de 6 años o más usaron en menor medida anticonceptivos en el debut sexual (38.9%), mientras que si la pareja tenía la misma edad o era hasta cinco años mayor que ellas el 67.4% reportó haber usado.

El uso de anticonceptivos en el debut sexual es mayor para las mujeres cuyo lugar de residencia en la niñez era la ciudad (71.7%) comparado con las que vivieron en un pueblo o un rancho (44.7% y 51.2%, respectivamente). Respecto al estrato social de origen, se observa que las usuarias de anticonceptivos en el debut sexual se concentran mayoritariamente en el estrato alto (83.8%); mientras que las del sector medio y bajo usan en menor medida (70.2 y 47%, respectivamente).

Existe una ligera diferencia entre las mujeres que declararon que durante su adolescencia fueron poco o nada religiosas, en comparación con las que dijeron ser más religiosas en cuanto al uso de anticoncepción (63.9 y 61.5% respectivamente), siendo mayor el uso entre las poco o nada religiosas. Una situación similar ocurre con las mujeres que señalaron haber sufrido algún tipo de violencia en la niñez o adolescencia, entre las que no experimentaron violencia durante estas etapas de la vida, el 63.4% utilizó protección en el debut sexual, en tanto que si usaron protección y experimentaron violencia el porcentaje es muy parecido 62.7%.

Por último, con respecto a la edad a la primera relación sexual, las mujeres que tuvieron el debut sexual antes de los 16 años usaron en menor proporción, métodos anticonceptivos respecto de quienes iniciaron de manera más tardía, entre los 16 y 19 años (45.8% contra 67.3% respectivamente).

Cuadro 5.3. Características de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años según uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, México, 2017.

Características	Uso métodos anticonceptivos en la primera relación sexual					
	No		Sí		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total	824	36.8	1 413	63.2	2 237	100.0
Comunicación en el hogar sobre SSR y prevención de riesgos sexuales						
No hubo comunicación sobre SSR y PRS o fue de forma no amigable	439	47.5	485	52.5	924	100.0
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su madre	338	29.9	794	70.1	1 132	100.0
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma accesible con la hermana u otro familiar	46	25.6	134	74.4	180	100.0
Educación sexual en los centros escolares						
No recibió educación sexual o la recibió de forma no accesible	122	52.1	112	47.9	234	100.0
Recibió educación sexual de forma accesible	702	35.0	1 302	65.0	2 004	100.0
Tipo de pareja en la primera relación sexual						
Novio	576	31.1	1 276	68.9	1 852	100.0
Esposo/Pareja	198	72.0	77	28.0	275	100.0
Amigo/Otro	50	45.0	61	55.0	111	100.0
Diferencia de edad con la primera pareja sexual						
Pareja de la misma edad o hasta 5 años mayor	619	32.6	1 283	67.4	1 902	100.0
Pareja 6 o más años mayor	205	61.1	130	38.9	335	100.0
Lugar de residencia en la niñez						
Rancho	158	48.8	166	51.2	324	100.0
Pueblo	256	55.3	207	44.7	463	100.0
Ciudad	410	28.3	1 040	71.7	1 450	100.0
Estrato social de origen						
Bajo	500	53.0	444	47.0	944	100.0
Medio	252	29.8	594	70.2	846	100.0
Alto	71	16.2	368	83.8	439	100.0
Religiosidad en la adolescencia						
Poco o nada religiosa	567	36.1	1 003	63.9	1 570	100.0
Muy religiosa o religiosa	257	38.5	410	61.5	667	100.0
Experimentó violencia en la niñez o adolescencia						
No	568	36.6	982	63.4	1 550	100.0
Sí	256	37.3	431	62.7	687	100.0
Edad a la primera relación sexual						
De 10 a 15 años	234	54.2	197	45.8	431	100.0
De 16 a 19 años	590	32.7	1 216	67.3	1 806	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

5.4. Factores asociados al inicio temprano de la primera relación sexual

Con la finalidad de investigar el impacto de la educación sexual recibida por parte del personal educativo o de la comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales en la entrada temprana a la primera relación sexual, así como, sobre los factores socio-demográficos y económicos que inciden en la probabilidad de experimentar el debut sexual de manera temprana -antes de los 16 años- se realizó un primer modelo de regresión logístico binario.

El modelo considera a las mujeres de 20 a 24 años al momento de la encuesta que iniciaron su primera relación sexual antes de los 20 años. Se entiende como entrada temprana a la primera relación el que las jóvenes hayan iniciado antes de los 16 años. Y se consideran como factores centrales para la entrada temprana o no a la primera relación sexual la “Comunicación en el hogar sobre SSR y PRS” y, la “Educación sexual recibida en los centros escolares”. Adicionalmente, se incluye otras covariables que la literatura señala como relevantes: tipo de pareja en la primera relación sexual y diferencia de edad con la pareja con quien se mantuvo la primera relación sexual, lugar de residencia en la niñez, estrato social de origen y religiosidad en la adolescencia y si la mujer experimentó violencia en la niñez o adolescencia.

5.4.1 Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y Educación sexual en los centros escolares y la entrada temprana a la primera relación sexual

Los resultados del modelo se muestran en el cuadro 5.4. Controlando por todas las variables, respecto a la “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales”, su influencia en la entrada temprana a la relación sexual resultó estadísticamente no significativa. Es decir que no se muestran diferencias estadísticas entre las mujeres que tuvieron una comunicación amigable sobre temas de SSR y PRS en el hogar y las que no tuvieron comunicación.

Las mujeres que recibieron educación sexual de forma accesible en los centros escolares tienen 32% menos propensión de experimentar de manera temprana el debut sexual respecto a las que no recibieron educación sexual o la recibieron de forma no accesible, controlando por el resto de las variables en el modelo. Lo anterior prueba una de las hipótesis planteadas, en la que se

señalaba que la educación sexual recibida en la escuela influirá en una entrada más tardía a la primera relación sexual siempre que esta se proporcionara de forma positiva.

5.4.2 Otros factores socio-demográficos y económicos vinculados con la entrada temprana a la primera relación sexual

A continuación, se presentan los resultados de cada una de las covariables del modelo sobre entrada temprana a la primera relación sexual, controlando por todas las variables socio-demográficas y económicas. Con respecto a las características de la pareja con la que las mujeres experimentaron la primera relación sexual; en el modelo se advierte que las que comenzaron su vida sexual con su novio son 24% más propensas a iniciar de manera temprana la primera relación sexual respecto de aquellas que lo hicieron con su esposo o pareja corresidente. La razón de momios de haber experimentado la primera relación de manera temprana es 2.5 mayor para las mujeres que iniciaron su vida sexual con un amigo u otra persona en comparación con las que lo hicieron con su esposo o pareja corresidente. Las mujeres que tuvieron el debut sexual con una persona de la misma edad o hasta cinco años mayor son menos propensas a tener de manera temprana el debut sexual que las que lo hicieron con una pareja de edad mucho mayor que ellas (RM= 0.68, es decir, 32% menos).

El lugar de residencia en la niñez resultó estadísticamente no significativo en la propensión de la entrada temprana a la primera relación sexual. Por otro lado, las mujeres cuyo estrato social de origen es medio o alto tienen menores posibilidades de entrar temprano a la relación sexual en comparación con las del nivel bajo (RM=0.50, es decir, 50% menos; y RM=0.48, es decir, 52% menos, respectivamente).

Aquellas mujeres que se declararon poco o nada religiosas durante la adolescencia tienen 47% más posibilidades de iniciar su vida sexual de manera temprana en comparación con las muy religiosas o religiosas. Por otra parte, las mujeres que experimentaron violencia durante la niñez o adolescencia, tienen una 40% mayor propensión de iniciar de forma temprana el debut sexual respecto a las que no sufrieron violencia en esas etapas de la vida.

Cuadro 5.4. Regresión logística. Factores asociados a la entrada temprana (antes de 16 años) a la primera relación sexual, para las mujeres que iniciaron antes de los 20 años, México, 2017.

Mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años	Entrada temprana a la primera relación sexual			
	Exp(B)	Valor p	I. C. 95%	
			Inferior	Superior
Comunicación en el hogar sobre SSR y prevención de riesgos sexuales				
No hubo comunicación sobre SSR y PRS o fue de forma no amigable (ref.)	1.00			
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su madre	1.04	0.732	0.823	1.320
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su hermana u otro familiar	0.65	0.074	0.401	1.043
Educación sexual en los centros escolares				
No recibió educación sexual o la recibió de forma no accesible (ref.)	1.00			
Recibió educación sexual de forma accesible	0.68	0.017	0.489	0.932
Tipo de pareja				
Novio	1.24	0.227	0.874	1.765
Esposo/Pareja (ref.)	1.00			
Amigo/Otro	2.53	0.001	1.495	4.274
Diferencia de edad con la primera pareja sexual				
Pareja de la misma edad o hasta 5 años mayor	0.68	0.008	0.509	0.902
Pareja 6 o más años mayor (ref.)	1.00			
Lugar de residencia en la niñez				
Rancho	1.06	0.732	0.744	1.524
Pueblo (ref.)	1.00			
Ciudad	1.07	0.634	0.801	1.440
Estrato social de origen				
Bajo (ref.)	1.00			
Medio	0.50	0.000	0.389	0.654
Alto	0.48	0.000	0.347	0.674
Religiosidad en la adolescencia				
Poco o nada religiosa	1.47	0.003	1.140	1.884
Muy religiosa o religiosa (ref.)	1.00			
Experimentó violencia en la niñez o adolescencia				
No (ref.)	1.00			
Sí	1.40	0.005	1.109	1.760
Constante				
	0.35			

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

5.5. Factores asociados al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual

Para determinar el impacto de la educación sexual recibida en los centros escolares o la influencia de la “Comunicación en el hogar sobre SSR y PRS”, así como, los factores socio-demográficos y económicos asociados con la propensión de usar algún método anticonceptivo en el debut sexual también se realizó un segundo modelo logístico binario.

El modelo incluye, además de las variables centrales que son la “Comunicación en el hogar sobre SSR y PRS” y la “Educación sexual en los centros escolares”, las siguientes covariables: tipo de pareja en la primera relación sexual, diferencia de edad con la pareja, lugar de residencia en la niñez, estrato social de origen, religiosidad en la adolescencia y si la mujer experimentó violencia en la niñez o adolescencia, además, en este modelo se incorporó como covariable la edad a la primera relación sexual¹².

5.5.1 Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y Educación sexual en los centros escolares y el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual

Respecto al modelo sobre uso de anticonceptivos en la primera relación, controlando por factores socio-demográficos y económicos se muestra que el haber tenido comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con la madre tiene un efecto positivo en la propensión al uso de anticoncepción en el debut sexual. Las mujeres que tuvieron comunicación con su madre son 58% más propensas a usar algún método anticonceptivo que aquellas que no tuvieron comunicación sobre estos temas con ella; en tanto que las mujeres que durante su adolescencia tuvieron comunicación sobre SSR y PRS de manera amigable con otro familiar tienen 2.4 más posibilidad de usar protección anticonceptiva en comparación con la misma categoría de referencia.

Igualmente, controlando por otros factores, sobre la educación sexual en los centros escolares, se observa que aquellas mujeres que recibieron educación sexual de manera accesible en la escuela, tienen 41% más propensión de usar anticoncepción en el debut sexual, en comparación con aquellas que no fueron educadas sobre estos temas en las escuelas. Comparando la influencia

¹² Para esta variable se utilizaron las dos categorías señaladas durante todo el documento; edad temprana a la primera relación sexual, antes de los 16 años, y edad no temprana que comprende a las jóvenes de 16 a 19 años.

que tiene la comunicación en el hogar y la información de la escuela sobre temas sexuales, resalta el hecho de que el impacto en el uso de anticoncepción en la primera relación sexual para la covariable tuvo comunicación amigable en el hogar es más fuerte que para la covariable sobre información recibida en la escuela.

5.5.2 Otros factores socio-demográficos y económicos vinculados con el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

Por otra parte, las posibilidades de usar anticonceptivos en el debut sexual difieren sustancialmente de acuerdo con las características de la pareja. La siguiente información que se presenta se refiere a resultados controlando por todas las factores seleccionados para el estudio. La razón de momios de uso de métodos anticonceptivos es casi cuatro veces mayor entre las mujeres que comenzaron su vida sexual con el novio o con un amigo (3.7 y 3.3 respectivamente), en comparación con las que iniciaron su vida sexual con su esposo o con la pareja con la que corresidían. Las mujeres que comenzaron su vida sexual con una pareja de la misma edad o hasta cinco años mayor, son 2.4 veces más propensas a usar protección anticonceptiva en el debut sexual que las que lo hicieron con alguien mucho mayor. Las mujeres que durante su niñez residieron en un rancho o en la ciudad tiene mayor posibilidad de usar métodos anticonceptivos que las que habitaron en un pueblo (RM=1.48 y RM=1.62 respectivamente). Que las mujeres de un rancho sean más propensas a usar anticoncepción que las de un pueblo es un resultado inesperado, ya que suponíamos que a mayor tamaño del lugar de socialización mayor posibilidad de uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, es decir, que la propensión de usar anticonceptivo en la primera relación sexual se esperaba que fuera más elevada para las jóvenes en un pueblo que en un rancho cuando eran pequeñas. Respecto al estrato social de origen, los momios obtenidos van de acuerdo con lo esperado, las jóvenes que pertenecían al estrato socioeconómico medio son dos veces más propensas a usar protección anticonceptiva en la primera relación sexual, mientras que las del estrato alto tienen tres veces más la posibilidad de usar un anticonceptivo en el debut sexual ambas en referencia a las del estrato bajo. Por otra parte, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las muy religiosas o religiosas y las poco o nada religiosas en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Lo mismo ocurre con las mujeres que declararon haber vivido algún tipo de violencia en la niñez o adolescencia, ya que tampoco

resultó estadísticamente significativa para explicar el uso de anticoncepción en el debut sexual. Por otra parte, la edad que tienen las mujeres al momento del debut sexual impacta de manera importante. Quienes comenzaron su vida sexual de manera más tardía son dos veces más propensas a usar métodos anticonceptivos en el inicio sexual en comparación con las que lo hicieron antes de los 16 años.

Cuadro 5.5. Regresión logística. Factores asociados al uso de anticoncepción en la primera relación sexual, para las mujeres que iniciaron antes de los 20 años, México, 2017.

Mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años	Uso de protección en la primera relación sexual			
	Exp(B)	Valor <i>p</i>	I. C. 95%	
			Inferior	Superior
Comunicación en el hogar sobre SSR y prevención de riesgos sexuales				
No hubo comunicación sobre SSR y PRS o fue de forma no amigable (ref.)	1.00			
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su madre	1.58	0.000	1.282	1.944
Hubo comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable con su hermana u otro familiar	2.40	0.000	1.613	3.575
Educación sexual en los centros escolares				
No recibió educación sexual o la recibió de forma no accesible	1.00			
Recibió educación sexual de forma accesible	1.41	0.032	1.030	1.927
Tipo de pareja en la primera relación sexual				
Novio	3.72	0.000	2.736	5.071
Esposo/Pareja	1.00			
Amigo/Otro	3.30	0.000	1.949	5.603
Diferencia de edad con la primera pareja sexual				
Pareja de la misma edad o hasta 5 años mayor	2.43	0.000	1.856	3.173
Pareja 6 o más años mayor	1.00			
Lugar de residencia en la niñez				
Rancho	1.48	0.015	1.081	2.029
Pueblo	1.00			
Ciudad	1.62	0.000	1.264	2.088
Estrato social de origen				
Bajo	1.00			
Medio	1.81	0.000	1.450	2.250
Alto	3.33	0.000	2.427	4.556
Religiosidad en la adolescencia				
Poco o nada religiosa	1.01	0.942	0.815	1.247
Muy religiosa o religiosa	1.00			
Experimentó violencia en la niñez o adolescencia				
No	1.00			
Sí	1.20	0.095	0.969	1.489
Edad a la primera relación sexual				
Antes de los 16 años (ref.)	1.00			
De los 16 a 19 años	2.19	0.000	1.720	2.780
Constante	0.03			

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.

VI. Conclusiones y recomendaciones

En México existe una proporción importante de jóvenes que tiene entre 10 y 19 años, alrededor de una quinta parte de la población total del país se encuentra en este grupo de edad, y la mitad se compone de mujeres. Este momento de la vida, denominado por algunos autores como adolescencia, es trascendental en las distintas transiciones establecidas para pasar de la infancia a la vida adulta (Juárez et al., 2010). Una de estas transiciones es el debut sexual, que cobra relevancia porque impacta en distintos aspectos como en la salud reproductiva posterior, los comportamientos sexuales futuros, la permanencia en la escuela y el bienestar a largo plazo (Juárez y Gayet, 2014).

El estudio de la primera relación sexual y del uso de métodos anticonceptivos en la misma es relevante debido a la gran cantidad de jóvenes en el grupo de adolescencia en el país y porque, en México, las mujeres tienen una etapa muy corta de preparación hacia la adultez, ya que muchas pasan directo de la niñez a ser esposas y madres (Juárez et al., 2010). Una manera de retrasar la transición al primer hijo es mediante el uso correcto de anticonceptivos, su uso adecuado también es un medio de protección contra ITS, VIH/SIDA (Juárez y Gayet, 2014; Espadas et al., 2014). Se ha señalado la importancia de la educación sexual y reproductiva para el retraso del debut sexual y el uso de anticonceptivos (Kirby y Roller, 2007; Atienzo et al., 2011; Lavielle et al., 2013; Rojas et al., 2017; Herrera et al., 2018), sin embargo, México no cuenta con un programa de educación sexual y reproductiva integral en las escuelas, aunque algunas materias que forman parte del currículo dan información sobre el conocimiento del cuerpo y algunos otros elementos (Juárez et al., 2010; Campero et al., 2013; Rojas et al., 2017; Herrera et al., 2018).

El presente estudio analizó a las mujeres mexicanas de 20 a 24 años, que comenzaron su vida sexual entre los 10 y los 19 años, particularmente los factores que, de acuerdo a la literatura, podrían influir en la entrada temprana a la primera relación sexual -antes de los 16 años- y al uso de métodos anticonceptivos en este debut sexual, considerando a la “Comunicación en el hogar sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales” y a la “Educación sexual y reproductiva en los centros escolares” como los dos principales elementos que podrían incidir en los comportamientos sexuales de estas mujeres cuando eran adolescentes. Otros factores considerados fueron: el tipo de pareja en la primera relación sexual, la diferencia de edad con la primera pareja sexual, el lugar de residencia en la niñez, el estrato social de origen, la religiosidad en la adolescencia, haber experimentado violencia en la niñez o adolescencia. Para el uso de

métodos anticonceptivos en el debut sexual también se consideró la edad a la primera relación sexual.

Para llevar a cabo este análisis, se utilizó la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA 2017). Esta fuente de información es relevante ya que es la primera vez que en México se realiza un proyecto de esta naturaleza. Esta encuesta, permite relacionar los factores sociales, familiares y personales de las entrevistadas cuando se encontraban en la adolescencia (entre los 10 y 19 años). Aunque la encuesta fue creada para investigar los elementos que podrían influir en el embarazo adolescente, también posibilita investigar la influencia de estos factores de la adolescencia en la entrada a la primera relación sexual, y al uso de anticonceptivos en este debut. Del mismo modo, recaba información sobre la educación sexual y de la comunicación con la familia sobre SSR y PRS, así como, de las otras variables relevantes que se consideran en esta investigación.

Los hallazgos encontrados señalan que existe una proporción importante de mujeres que comienzan su vida sexual de manera temprana; de las que iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años, 19.3% de ellas tuvieron su debut sexual antes de los 16 años de edad. El uso de métodos anticonceptivos en la primera relación no es universal, cuatro de cada diez jóvenes no utilizaron ningún método en el primer encuentro sexual.

Los principales resultados de los dos modelos estadísticos muestran que, controlando por otros factores relevantes, la comunicación en el hogar sobre SSR y PRS de forma amigable por parte de la madre o la hermana o algún familiar, no es estadísticamente significativa, aunque la razón de momios va en el sentido esperado de entrada más tardía a la primera relación sexual. Sin embargo, la influencia de la comunicación en el hogar sobre temas sexuales sí influye en un mayor uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Por otra parte, la Educación sexual en los centros escolares, cuando las mujeres percibieron que la información se proporcionó de forma accesible, las jóvenes entraron más tarde a la primera relación sexual y utilizaron en mayor medida métodos anticonceptivos que las que no recibieron educación sexual en la escuela.

Los resultados respecto a la comunicación en el hogar sobre SSR y PRS sobre la entrada temprana a la primera relación sexual muestran un resultado distinto a lo que se esperaba al comienzo de la investigación. Se había planteado, como una de las principales hipótesis en acuerdo con la literatura, que tener comunicación en el hogar sobre SSR y PRS por parte de la madre la

hermana y otros familiares tendría influencia en la edad de entrada a las relaciones sexuales, retrasándola. Aunque en el análisis descriptivo la comunicación con la hermana o algún familiar sí muestra esta asociación negativa –a mayor comunicación, menor proporción de adolescentes entrando a la vida sexual de forma temprana-; en el modelo estadístico, cuando se controla por factores relevantes, no hubo ninguna asociación entre haber recibido comunicación en el hogar de forma amigable, por la madre, hermana u otro familiar, con la entrada temprana a la relación sexual, comparado con las que no tuvieron comunicación con algún familiar o no fue de forma amigable. Aunque distintos autores señalan que la comunicación en el hogar sobre SSR puede influir en el comportamiento sexual de los jóvenes (Gayet et al., 2002; Atienzo et al. 2011; Herrera et al., 2018, Campero et al., 2013), una posible explicación al resultado señalado es que la familia aparece como un ámbito problemático para tratar temas sobre sexualidad y reproducción, ya que existe una fuerte tensión entre permisividad y restricción por parte de las madres, consecuencia de temores, resistencia a afrontar estos temas y desconocimiento de los beneficios de hablar sobre temas sexuales con las jóvenes (Juárez y Gayet, 2005; Herrera et al., 2018). Otro elemento a considerar es que aunque con las preguntas de la ENFaDEA 2017 se puede identificar a aquellas jóvenes a las que les hablaron sobre embarazo, relaciones sexuales y anticonceptivos en el ámbito del hogar, no se sabe específicamente qué fue lo que la madre, hermana u otro familiar le dijeron a la joven sobre el tema, ni la calidad de la información recibida.

En cambio, haber tenido comunicación sobre SSR y PRS de forma amigable por parte de su madre o de la hermana u otro familiar sí impacta en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, en concordancia con lo encontrado por otros autores (Atienzo et al., 2011; Herrera et al., 2018). Resalta como uno de los principales factores en el uso de anticoncepción en el debut sexual si está información fue proporcionada a través de la comunicación en el hogar con otro familiar, quien principalmente fue la hermana, aspecto que poco se ha considerado en la literatura, ya que gran parte de los estudios se enfocan en los padres, y para el caso de las mujeres, la comunicación recibida por la madre (Juárez y Gayet, 2005; Atienzo et al. 2011; Herrera et al., 2018). Respecto a este hallazgo, se podría pensar que las mujeres entrevistadas cuando eran adolescentes, veían a la hermana como una figura que proporciona mayor confianza y cercanía - más que la madre-, y recurren a ella a preguntar sus dudas, y posiblemente pueden platicar sobre temas de SSR de forma más abierta que como lo harían con su madre. Lo anterior, dado que es posible que las madres adopten modelos sexuales tradicionales y que ellas consideran adecuados,

tales como promover la abstinencia en lugar de ofrecer información sobre anticonceptivos (Herrera et al., 2018). De manera indirecta esto se había mostrado en la literatura, en donde se señalaba a los pares como principales fuentes de información sin distinguir específicamente de quien se trataba (Gayet et al., 2002; Juárez y LeGrand, 2005; Juárez y Gayet, 2005; Rojas et al., 2017; Herrera et al., 2018). Así, dentro de los pares se podría considerar a la hermana. Abonando a lo anterior, Juárez et al. (2010) señalan la importancia de la información sobre sexualidad y prevención de riesgos y sobre las bondades del enfoque de liderazgo entre pares. Organismos internacionales coinciden con esta postura (WRC, SCF, UNHCR and UNFPA, 2012). En este enfoque, los jóvenes que deciden ser voluntarios, son capacitados por otros jóvenes y ellos a su vez capacitan a más adolescentes sobre diversos temas, entre ellos la salud sexual y reproductiva.

Estos resultados refuerzan la importancia de generar nuevas fuentes de información que profundicen específicamente sobre lo que se habla en el ámbito del hogar sobre salud sexual y reproductiva con los distintos familiares, y no únicamente preguntar sobre si hubo comunicación sobre embarazo, relaciones sexuales o uso de métodos anticonceptivos. También sería relevante indagar en futuras encuestas, sobre las características de las hermanas con las que se tiene comunicación sobre temas sexuales que pudieran estar facilitando el intercambio de información; por ejemplo, se podría preguntar la diferencia de edad, si residían con la joven al momento de experimentar la primera relación sexual, el nivel educativo alcanzado, si las hermanas habían comenzado su vida sexual antes que las mujeres analizadas y si ellas disponían de una fuente adicional de información sobre sexualidad. Otra interrogante que plantea este hallazgo es si realmente las jóvenes quieren hablar con su madre o su padre sobre sexualidad, lo cual requeriría una investigación cualitativa.

Los hallazgos también sugieren que se requieren estrategias de intervención en las que se involucre a todo el entorno familiar, incluidas principalmente las hermanas, y no sólo a los padres y/o a la madre. Al ser las hermanas a quien recurren las jóvenes siendo la comunicación con mayor impacto en el modelo del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, deberían contar con la capacitación necesaria para orientar de manera más informada y acertada a las jóvenes.

Por otro lado, las adolescentes que recibieron educación sexual y reproductiva en el ámbito escolar durante la adolescencia son más propensas a comenzar su vida sexual de forma no temprana y a utilizar métodos anticonceptivos en el debut sexual, comparadas con las que no recibieron

educación sexual en los centros escolares o no lo recibieron de forma accesible. En este caso, estos resultados confirman lo que se esperaba inicialmente respecto al uso de anticoncepción. La hipótesis planteada señalaba que las jóvenes que recibieron educación sexual serían más propensas a protegerse en la primera relación sexual. Así mismo, los hallazgos están en concordancia con lo que se señala en la literatura en torno al tema. En este sentido, Rojas et al. (2017) encontraron que en México la educación sexual y reproductiva posterga el inicio sexual, así mismo, Kirby y Roller (2007) señalan que en países en vías de desarrollo, incluido México, la educación sexual y reproductiva retrasaba significativamente el inicio sexual e incrementan el uso de métodos anticonceptivos en el debut sexual. También los hallazgos coinciden con lo reportado por Hersh et al. (2019), quienes encontraron que las mujeres jóvenes mexicanas que recibieron educación sexual en la adolescencia tendrían más propensión al uso de anticoncepción en el debut sexual.

Estos resultados evidencian la necesidad contar con un programa de Salud sexual y reproductiva integral que forme parte del currículo educativo y que no solo sea parte de las materias que hablan sobre el conocimiento del cuerpo y algunos otros temas, en donde se implementen acciones de capacitación al profesorado involucrado. También sugieren que la escuela es vista como un espacio de socialización que influye de manera importante en la sexualidad de los jóvenes, por lo que es necesario que se capacite no únicamente sobre el uso de anticonceptivos y cuestiones biológicas, sino en entender la sexualidad como parte integral de la vida de los adolescentes, por lo que la educación sexual debe impartirse de manera más abierta y tolerante ya que como señala la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) los maestros no imparten los temas que les resultan incómodos, o tienen deficiencias sobre algunos temas, falta de habilidades para impartirlos, o la creencia de que la educación sexual incentiva a la práctica de la sexualidad, limitando así que los jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable (INMUJERES, 2015).

Una vez controlando por los factores anteriores, una variable que resultó muy importante tanto en la entrada temprana a la primera relación sexual, como en el uso de métodos anticonceptivos en la misma fue el tipo de pareja. Las mujeres que tuvieron su primera relación sexual con un amigo u otro (incluye amigo, familiar, un desconocido u otro), tienen 2.5 veces más propensión de haber experimentado de manera temprana la primera relación sexual y 3.3 veces más la posibilidad de usar métodos anticonceptivos en el debut sexual que las que tuvieron el debut sexual con su esposo. Un patrón similar se observa cuando fue con el novio la primera relación

sexual, siendo también más propensas a iniciar de manera temprana (OR=1.24), y son cuatro veces más propensas a usar métodos anticonceptivos en el debut sexual que las que tuvieron la primera relación sexual con su esposo. La literatura no ha sido consistente en este aspecto en tanto que algunos autores señalan que si el debut sexual ocurre con una pareja ocasional disminuye la propensión de uso de anticoncepción en comparación con aquellos que inician con una pareja romántica (Huneus et al., 2014). Mientras que otros ostentan lo contrario, señalando que es más usual el uso en las relaciones casuales que en las más románticas (Juárez y LeGrand, 2005; Gayet, 2014).

La diferencia de edad con la pareja fue otra característica que se analizó y se encontró que ésta también repercutió en los dos aspectos analizados; así, las adolescentes que tuvieron la primera relación sexual con una persona de su misma edad o hasta 5 años mayores son menos propensas a experimentarla a edad temprana, y tienen una mayor propensión a usar algún método anticonceptivo que las que comienzan con alguien 6 o más años mayor. Lo anterior confirma una parte de las hipótesis planteadas en donde se decía que la edad de la pareja influía en el uso de métodos anticonceptivos. Este resultado también concuerda con el hallazgo mostrado previamente por Juárez y Castro (2009), quienes encontraron que en Brasil el uso de condón aumenta si las parejas tienen una edad similar. Otros autores también coinciden con estos resultados (Manning, et al. 2000; Huneus et al., 2014).

Estos hallazgos sugieren la centralidad de la pareja durante la adolescencia como influencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres. Cuando la primera relación sexual se da con una persona mucho mayor, existe la posibilidad de que existan relaciones de poder asimétricas, limitando para las mujeres la autonomía para decidir usar algún método anticonceptivo.

Por otro lado, dado que México es un país con fuertes disparidades socioeconómicas, en este estudio se consideró el estrato social de origen de la mujer. El patrón observado señala que cuando la entrevistada proviene de un estrato social más alto hay una menor propensión a entrar en la primera relación sexual a edad temprana; y, si entran en una relación sexual, mientras más alto el estrato social mayor uso de algún anticonceptivo en el debut sexual. Esta asociación entre nivel socioeconómico y entrada temprana a la primera relación sexual y uso de anticonceptivo en ésta, ha sido documentado en varios estudios, en general, se ha señalado que provenir de un estrato socioeconómico más alto conduce a la actividad sexual más tardía; y respecto al uso de métodos

anticonceptivos, provenir de un nivel socioeconómico más alto, está asociado con mayor propensión de usar anticoncepción durante la primera relación sexual (Juárez y LeGrand, 2005; Juárez y Castro, 2009; Huneus et al., 2014) lo que coincide con los hallazgos encontrados en este trabajo.

Respecto a la religiosidad, se había planteado como hipótesis, que las mujeres que señalaron haber sido religiosas en la adolescencia serían aquellas que prolongarían el inicio sexual, y en efecto, quienes se declararon poco o nada religiosas durante la adolescencia, fueron más propensas a tener el debut sexual de manera temprana en comparación con las más religiosas. Sin embargo, esta variable no fue significativa en el uso de métodos anticonceptivos, es decir, que el grado de religiosidad no se asocia con el uso de anticoncepción en el primer encuentro sexual.

Por último, en el estudio realizado por López (2018) se visibilizó que haber sufrido violencia emocional, física y sexual se asocia con la entrada temprana a la primera relación sexual. Los hallazgos de este estudio muestran que las mujeres que declararon haber experimentado algún tipo de violencia en la niñez o adolescencia, tienen más propensión a iniciar de manera temprana la primera relación sexual. Estos resultados están en concordancia con la hipótesis planteada en donde se señalaba que haber vivido violencia en la niñez o la adolescencia tendría impacto en la edad de entrada a la relación sexual. Este tema ha sido poco explorado en la literatura y los resultados encontrados en esta investigación sugieren la pertinencia de abordarlo en trabajos futuros. Una sugerencia para un análisis posterior sería examinar la influencia, el tipo y la intensidad de violencia sufrida en la niñez o adolescencia en la entrada temprana a la relación sexual y al uso de métodos anticonceptivos.

Limitaciones de la fuente de datos

Aunque la ENFaDEA es una encuesta que obtiene información innovadora, que permite relacionar los factores sociales, familiares y personales de las jóvenes cuando se encontraban en la adolescencia (cuando tenían entre 10 y 19 años) y que posibilita investigar la influencia de estos factores de la adolescencia en la entrada a la primera relación sexual, y el uso de anticonceptivos en esta relación, solo tiene representatividad a nivel nacional y para dos tamaños de localidad, lo que imposibilita que el estudio pueda replicarse a niveles de desagregación más bajos, por ejemplo a nivel entidad federativa, para poder especificar con mayor detalle en que estados de la república

las jóvenes tienen más riesgo y cuáles son los factores relevantes para poder así realizar acciones e intervenciones específicas para distintas áreas del país.

Otra limitante de la encuesta para el presente estudio es que no obtuvo información con mayor profundidad sobre los contenidos que los maestros o personal educativo enseñan sobre los temas de SSR en los centros escolares; en el caso del hogar, tampoco se preguntó sobre el contenido de la información en la comunicación con los familiares, lo que acotó el análisis sobre la información de temas sexuales proporcionada en la adolescencia.

Recomendaciones

Algunas propuestas para futuros estudios sería desarrollar investigaciones cualitativas que permitan obtener información más detallada sobre la información que recibe la joven en la adolescencia y sobre la calidad y veracidad de la información proporcionada en el hogar y como esto influye en su comportamiento sexual. Por otra parte, la ENFaDEA es una encuesta novedosa y permite ahondar en los factores sociales, familiares y personales relacionados con SSR, la información que recolecta es sobre las mujeres cuando eran jóvenes y dada la importancia de los resultados encontrados respecto a la pareja en esta investigación una propuesta para futuros estudios y recolección de datos sería incluir a los hombres para analizar los factores que inciden en la entrada temprana a la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos desde una perspectiva relacional. También, se requiere la producción de fuentes de información más precisas en donde se indague sobre qué es de lo que se habla en el ámbito del hogar sobre salud sexual y reproductiva con los distintos familiares, y no únicamente preguntar sobre si hubo comunicación sobre embarazo, relaciones sexuales o uso de métodos anticonceptivos.

Es necesario que se diseñen planes estratégicos de capacitación a las madres de las jóvenes, así como también a otros familiares, entre ellos a las hermanas, ya que como se señaló en los hallazgos de este estudio, ellas resultaron ser el familiar que contribuye más en la comunicación sobre salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos sexuales y que se mostró como la figura que incidió en una mayor propensión de uso de anticoncepción en el debut sexual. Se sugiere visualizarlas como agentes de cambio, y que se consideren e incorporen dentro de los programas de capacitación, ya que ellas son vistas como familiares de mayor confianza y comunicación e inciden de manera más fuerte en el uso de protección en el debut sexual.

Otro hallazgo es que la educación sexual recibida en los centros escolares influye a que las mujeres retrasen el debut sexual y usen en mayor medida métodos anticonceptivos, por lo que apoyan la necesidad de incluir un programa de salud sexual y reproductiva integral en las escuelas, y que no solo forme parte de otras materias, como biología u otras. Algunos países, como el Reino Unido (Hadley et al., 2016; PHE, 2018), han mostrado grandes avances en Salud sexual y reproductiva en jóvenes, ya que cuentan con un programa de SSR integral en las escuelas. El programa de Reino Unido ha sido evaluado como el más exitoso del mundo.

Por otra parte, la encuesta considerada solo obtiene información sobre comunicación con la familia y la escuela sobre temas de SSR durante la adolescencia. Sin embargo, vale la pena mencionar que no se tiene que empezar a impartir la educación sexual desde la adolescencia; varios países europeos como Suecia y Holanda (RFSU, 2017; PBS, 2015) lo hacen desde primaria de una manera integral, e incluso algunos desde preescolar (PBS, 2015), por lo que se insta a los tomadores de decisiones del sector público a introducir de forma obligatoria en toda la educación básica (primaria y secundaria) y obligatoria (bachillerato o su equivalente) un programa de Salud sexual y reproductiva integral, que como se ha señalado tendría una mejora en la vida y futuro de las jóvenes. Dentro de estos aprendizajes se debe incluir estrategias para que las adolescentes adquieran habilidades de negociación y para la toma de decisiones en cuanto el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, sobre todo cuando ésta sucede con un hombre mucho mayor, en donde, por lo general, se suscitan situaciones de poder y de desigualdad. Así mismo, no se debe perder de vista que los jóvenes tienen derecho a ejercer su sexualidad de manera informada, protegida y libre.

Bibliografía

- Aguilar, M. (2018), “Religión y Fecundidad entre las mujeres de México”, El Colegio de México.
- Alba, F. (2010). “Reflexiones sobre población y desarrollo”, en *Obras escogidas de Víctor L. Urquidí. Ensayos sobre Población y Sociedad*. Selección y ensayo introductorio de Francisco Alba, El Colegio de México, pp.13-59.
- Alba, F., S. Giorguli y S. Pascua (2014), “Cambios demográficos y desarrollo en México: acomodos azarosos”, en *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*, Coord. C. Rabell, C., Fondo de Cultura Económica, México. pp.561-593.
- Arellano, S. (2018), “Índice de los derechos de la niñez mexicana”, *Realidad, datos y espacio, Revista Internacional de Estadística y Geografía*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México. Vol.9, Núm.3, pp.5-28.
- Atienzo, E., L. Campero, F. Estrada, C. Rouse y D. Walker (2011), “Intervenciones para modificar el comportamiento sexual en adolescentes”, *Salud Pública de México*, vol.53, No.2, pp.160-171.
- Blanco, E. y P. Solís (2014), “La desigualdad en las trayectorias educativas y laborales de los jóvenes de la ciudad de México: un panorama general”, en *Caminos desiguales. Trayectorias educativas y laborales de los jóvenes en la Ciudad de México*. Coords. E. Blanco, P. Solís y H. Robles. El Colegio de México- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, Primera Edición, pp.21-38.
- Bozon, M. y O. Kontula (1998), "Sexual Initiation and Gender in Europe: A cross-cultural Analysis of Trends in the Twentieth Century", in *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe, Comparisons of National Surveys*, London, pp. 37-67.
- Campero, L., E. Atienzo, L. Suárez, B. Hernández, y A. Villalobos (2013), “Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”, *Gaceta Médica de México*, No.149, pp.299-307.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2016), *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/181050/web_ModAtnIntSSRA.pdf Última consulta: 22 de febrero de 2020.
- Climont, G. (2009), “Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas”, *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, Universidad Nacional de Jujuy, Argentina. No.37, pp.221-242.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013), *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf Última consulta: 21 de noviembre de 2019.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2016), *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva*, CONAPO. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- _____ (2018), *Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050 y de las entidades federativas de 1970 a 2050*, México, CONAPO. Disponible en: <https://datos.gob.mx/herramientas/indicadores-demograficos-de-mexico-de-1950-a-2050-y-de-las-entidades-federativas-de-1970-a-2050?category=web&tag=economia> Última consulta: 5 de septiembre de 2019.
- Diario Oficial de la Federación (2019), Ley Federal del Trabajo, febrero 2), México. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_020719.pdf Última consulta: 30 de abril de 2020.
- Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente 2017. Disponible en: <http://www.trabajosocial.unam.mx/enfadea/>

- Espada, J., A. Morales y M. Orgilés (2014), “Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual”, *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 17, No.1, pp.53-60.
- Family Care International (FCI) (2011), *Pregnancy and childbirth safer around the world*. Disponible en: <https://www.healthynewbornnetwork.org/partner/family-care-international-fci/> Última consulta: 30 de enero de 2020.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017), *Salud Sexual y reproductiva*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva> Última consulta: 15 de septiembre de 2019.
- _____(2018), *El poder de decidir*. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf Última consulta: 28 de mayo de 2020.
- Gallegos, E., A. Villarruel, C. Loveland-Cherry, D. Ronis y. Zhou (2008), “Intervención para reducir riesgos en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado”, *Salud Pública de México*, México, No.50, pp.59-66.
- Gayet, C., C. Rosas, C. Magis, y P. Uribe (2002), “Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre SIDA”, *Salud Pública de México*, México, vol.44, No.2, pp.122-128.
- Gayet, C. (2014), “El inicio sexual en México. Retos en la prevención”, *Coyuntura Demográfica*, México, No.6, pp.43-48.
- Gayet, C., y JP. Gutiérrez (2014), “Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo”, *Salud Pública de México*, México, vol.56, No.6, pp.638-647.
- Gayet, C. y F. Juárez (2016), “Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos”, en *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva*, CONAPO, pp.191-199.
- Gutiérrez, JP., J. Rivera, T. Shamah, S. Villalpando, A. Franco, L. Cuevas, M. Romero, M. Hernández (2012), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales”, *Instituto Nacional de Salud Pública*, Cuernavaca, México.
- Hadley, A., R. Ingham y V. Chandra-Mouli (2016), “Implementing the United Kingdom’s ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve?”, *Reproductive Health* 13: 139, pp.1-11.
- Hernández, E. (2004), “El desarrollo demográfico y económico de México en los últimos treinta años (1970-2000)”, *Consejo Nacional de Población*, México, pp. 7-74.
- Herrera, C, L. Campero, L. Barrera, G. Gonzáles, E. Atienzo y F. Estrada (2018), “Decir a medias: límites percibidos por los adultos para involucrarse en la prevención del embarazo adolescente en México”, *Nueva antropología*, vol.31, No.88, pp.134-154.
- Hersh, A., B. Saavedra, R. Schiavon y B. Darney (2019), “Sexuality Education During Adolescence and Use of Modern Contraception at First Sexual Intercourse Among Mexican Women”, *Journal of Adolescent Health*, 65, pp.667-673.
- Huneus, A., J. Deardorff, M. Lahiff, y S. Guendelman (2014). “Type of Primary Education Is Associated With Condom Use at Sexual Debut Among Chilean Adolescents”. *Sexually Transmitted Diseases*, 41(5), pp.306–311.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*, México, INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/>
- _____(2015), *Encuesta Intercensal 2015*, México, INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

- _____ (2018), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*, México, INEGI. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2015), *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, México, INMUJERES. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf Última consulta: 22 de febrero de 2020.
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) (2018A), *Conócenos*, disponible en: <https://www.inee.edu.mx/sobre-el-inee/> Última consulta: 3 de mayo de 2020.
- _____ (2018B), *Panorama Educativo de México 2018. Indicadores del sistema Educativo Nacional. Educación básica y media superior*. Disponible en: <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/08/PIB117.pdf> Última revisión: 10 de abril de 2020.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2010), *Framework for Comprehensive Sexuality Education*. Disponible en: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf
- Juárez, F. y C. Gayet (2005), “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas”, *Papeles de población*, vol.11, No.45, pp.177-219.
- Juárez, F. y T. LeGrand (2005), “Factors Influencing Boys' Age at First Intercourse and Condom Use in the Shantytowns of Recife, Brazil”, *Studies in Family Planning*, Population Council, vol.36, No.1, pp.57-70.
- Juárez, F. y T. Castro (2009), “Biografías sexuales de los adolescentes varones en las favelas de Recife, Brasil: cuestionando algunos estereotipos de la sexualidad adolescente”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol.24, No.1, pp.151-191.
- Juárez, F., J. Palma, S. Singh y A. Bankole (2010), “Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en México: Retos y Oportunidades”, *Guttmacher Institute*, Nueva York, pp.1-36.
- Juárez, F., S. Singh, I. Maddow-Zimet y D. Wulf (2013), “Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias”, *Guttmacher Institute*, Nueva York, pp.1-45.
- Juárez, F. y C. Gayet (2014), “Transiciones a la vida adulta en países en desarrollo”, *Annual Review of Sociology*, University of Montreal, vol.40, No.1, pp.521-538.
- Juárez, F. y C. Gayet (2015), “Fertility Transition: Latin America and the Caribbean”, in *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Second Edition, Ed. Wright, James D, Elsevier, Oxford, University of Central Florida, Orlando, FL, USA vol.6, pp.68-72.
- Juárez, F. y C. Gayet “Debut sexual: razones y uso de anticoncepción en mujeres adolescentes mexicanas”, en *Los Claroscuros del Embarazo en la Adolescencia. Un Enfoque Cuantitativo*, Coords. F. Pérez, M. Lugo, y O. Valentini, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, pp.95-117. (en prensa).
- Kirby, D., A. Obasi y B. Laris (2006), “The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries”, in *Preventing HIV/AIDS in Young people*, World Health Organization, 938, pp. 103-150.
- Kirby, D. y L. Roller (2007), “Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World”, *Journal of Adolescent Health*, 40, pp.206-217.
- Lavielle, P., F. Jiménez, A. Vázquez, M. Aguirre, M. Castillo y S. Vega (2013), “Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes”, *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, vol.52, No.1, pp.38-43.

- Lerner, S. y I. Szasz (2008), “La Investigación de las relaciones entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México”, en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Coords. S. Lerner y I. Szasz, El Colegio de México, pp.11-58.
- López, Y. (2018), “Implicaciones de la disciplina violenta y la violencia sexual acontecida durante la niñez en el calendario e intensidad de las transiciones familiares de las mujeres mexicanas”, El Colegio de México.
- Manning, W. M., Longmore y P. Giordano (2000), “The Relationship Context of Contraceptive Use at First Intercourse”, *Guttmacher Institute*, vol.32, No.3, pp.104-110.
- Mesa, A. (2008), “Fundamentos internacionales sobre los derechos sexuales de los adolescentes”, en *Adolescentes en México, Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Coord. C. Stern, El Colegio de México, pp.255-296.
- Naciones Unidas (ONU) (1994). *Programa de Acción de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo.
- Pedrosa, L. y M. Vallejo (2000), “Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes de escuelas públicas y privadas”, en *Salud reproductiva y sociedad*, Coords. C. Stern y C. Echarri, El Colegio de México, pp.177-198.
- Pérez, C. y S. Pick (2006), “Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos”, *Interamerican Journal of Psychology*, Sociedad Interamericana de Psicología, vol. 40, no.3, pp.333-340.
- Public Broadcasting Service (PBS) (2015), *The case for starting sex education in kindergarten*. Disponible en: <https://www.pbs.org/newshour/health/spring-fever> Última consulta: 20 de junio de 2020.
- Public Health England (PHE) (2018), *Teenage Pregnancy Prevention Framework: Supporting young people to prevent unplanned pregnancy and develop healthy relationships*, 15 Enero 2018. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/836597/Teenage_Pregnancy_Prevention_Framework.pdf
- Riksförbundet För Sexuell Upplysning (RFSU) (2017), *About Swedish sex education*, 30 Noviembre 2017. Disponible en: <https://www.rfsu.se/om-rfsu/om-oss/in-english/national-work/sexuality-education/about-swedish-sexuality-education/> Última consulta: 20 de junio de 2020.
- Rojas, R., F. De Castro, A. Villalobos, B. Allen-Leigh, M. Romero, A. Braverman-Bronstein y P. Uribe (2017), “Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México”, *Salud Pública de México*, vol.59, no.1, pp. 19-27.
- Solís, P., C. Gayet y F. Juárez (2008), “Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social”, en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Coords. S. Lerner y I. Szasz, El Colegio de México, pp.397-430.
- Tolman, D., y S. McClelland (2011), “Normative Sexuality Development in Adolescence: A decade in Review, 2000-2009”, *Journal of research on adolescence*, No.21, pp.242-255.
- WRC, SCF, UNHCR and UNFPA (2012), *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*, Women’s Refugee Commission, Save the Children, The UN Refugee Agency and United Nations Fund for Population Activities, Diciembre. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resourcepdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf Última consulta: 19 de junio de 2019.
- Zúñiga, E. (2008), “La situación demográfica de los jóvenes”, en *Adolescentes en México, Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Coord. C. Stern, El Colegio de México, pp.27-60.

APÉNDICE 1

Estrato social de origen construido por Juárez F. y C. Gayet (en prensa):

1. Los bienes del hogar que se consideran son los siguientes: refrigerador (P115_1), lavadora de ropa (P115_2), horno de microondas (P115_5), computadora (P115_7), internet (P115_8), celular (P115_9), automóvil o camioneta propios (P115_11) y agua entubada dentro de la vivienda (P115_15). Con estas ocho variables se construyó un componente de bienes del hogar de forma aditiva, de manera que el mínimo de bienes reportados fue 0 y el máximo 8. Las categorías se agruparon para formar tres niveles de bienes del hogar: pocos (de 0 a 3 bienes), medianos (4 y 5 bienes) y muchos (de 6 a 8 bienes).
2. La escolaridad de la madre se agrupó en tres categorías: a) hasta primaria (que incluye ningún nivel educativo, preescolar, primaria incompleta y primaria completa; también se incluye en esta categoría las observaciones en las que se declara “otro nivel educativo” y se declara no saber la escolaridad de la madre), b) secundaria incompleta o completa y c) preparatoria o más (que incluye nivel media superior, estudios técnicos, licenciatura y más).
3. La edad a la que la madre de la mujer tuvo a su primer hijo se agrupó en tres categorías: a) antes de los 18 años (esta categoría incluye las observaciones en las que se declara no saber la edad), b) entre los 18 y 20 años y c) 21 o más años. En esta variable se dejan como valores perdidos las siete observaciones en las que no se respondió (NR).
4. Con los tres componentes de origen social de la mujer (bienes del hogar, escolaridad de la madre y edad a la que la madre de la mujer tuvo a su primer hijo) se construyó un índice aditivo: el mínimo alcanzado fue 3 y el máximo fue 9. Los valores fueron agrupados en tres niveles: a) estrato social de origen bajo (valores 3, 4 y 5), b) estrato social de origen medio (valores 6 y 7) y c) estrato social de origen alto (valores 8 y 9).

APÉNDICE 2

A2.1. Correlación entre las variables utilizadas en los modelos sobre entrada temprana a la primera relación sexual y al uso de métodos anticonceptivos en este debut, México, 2017.

Correlaciones

Variables		SEX_A CT	USO_M ET	INF_AC CES_FA M_F	EDU_A CCES_E SC	TIPO_P AR	DIF_ED AD_5	LOC_O RIG	Fam de origen, 3gr	RELIGI OSIDA D	VIOLE NCIA	GRUPO _EDAD
SEX_ACT	Correlación de Pearson	1	-.176**	-.070**	-.075**	.087**	.086**	-.030	-.122**	-.067**	.087**	-1.000**
	Sig. (bilateral)		.000	.001	.000	.000	.000	.156	.000	.002	.000	0.000
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
USO_MET	Correlación de Pearson	-.176**	1	.179**	.109**	-.206**	-.211**	.206**	.298**	-.022	-.005	.176**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.289	.802	.000
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
INF_ACCES_FAM_F	Correlación de Pearson	-.070**	.179**	1	.142**	-.102**	-.100**	.133**	.161**	.020	-.109**	.070**
	Sig. (bilateral)	.001	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.346	.000	.001
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
EDU_ACCE_S_ESC	Correlación de Pearson	-.075**	.109**	.142**	1	-.073**	-.042*	.033	.094**	.032	-.033	.075**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.001	.047	.121	.000	.133	.120	.000
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
TIPO_PAR	Correlación de Pearson	.087**	-.206**	-.102**	-.073**	1	.190**	-.150**	-.157**	.002	.041	-.087**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.001		.000	.000	.000	.943	.053	.000
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
DIF_EDAD_5	Correlación de Pearson	.086**	-.211**	-.100**	-.042*	.190**	1	-.142**	-.091**	.017	.088**	-.086**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.047	.000		.000	.000	.434	.000	.000
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
LOC_ORIG	Correlación de Pearson	-.030	.206**	.133**	.033	-.150**	-.142**	1	.379**	-.128**	.094**	.030
	Sig. (bilateral)	.156	.000	.000	.121	.000	.000		.000	.000	.000	.156
	N	2236	2236	2236	2236	2236	2236	2236	2229	2236	2236	2236
Fam de origen, 3gr	Correlación de Pearson	-.122**	.298**	.161**	.094**	-.157**	-.091**	.379**	1	-.063**	-.063**	.122**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.003	.003	.000
	N	2229	2229	2229	2229	2229	2229	2229	2229	2229	2229	2229
RELIGIOSIDAD	Correlación de Pearson	-.067**	-.022	.020	.032	.002	.017	-.128**	-.063**	1	.001	.067**
	Sig. (bilateral)	.002	.289	.346	.133	.943	.434	.000	.003		.975	.002
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
VIOLENCIA	Correlación de Pearson	.087**	-.005	-.109**	-.033	.041	.088**	.094**	-.063**	.001	1	-.087**
	Sig. (bilateral)	.000	.802	.000	.120	.053	.000	.000	.003	.975		.000
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237
GRUPO_EDAD	Correlación de Pearson	-1.000**	.176**	.070**	.075**	-.087**	-.086**	.030	.122**	.067**	-.087**	1
	Sig. (bilateral)	0.000	.000	.001	.000	.000	.000	.156	.000	.002	.000	
	N	2237	2237	2237	2237	2237	2237	2236	2229	2237	2237	2237

Fuente: Elaboración propia con datos de ENFaDEA, 2017.