





# SEXO, PREVENCIÓN Y RIESGO

Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú

Patricia J. García

Armando Cotrina

César P. Cárcamo



**EL FONDO MUNDIAL**  
PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA,  
TUBERCULOSIS Y MALARIA



**UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA**



Patricia J. García, Armando Cotrina, César P. Cárcamo

SEXO, PREVENCIÓN Y RIESGO. Adolescentes y sus madres frente al VIH e ITS en el Perú.

Lima: UNFPA, 2007.

78 p.

ADOLESCENTES / CONDUCTA SEXUAL / CONDONES / ITS / ENCUESTAS / PERU /

© Patricia J. García, Armando Cotrina,

César P. Cárcamo

© UNFPA / Fondo de Población de las Naciones Unidas

## **OFICINA PERÚ**

Av. Guardia Civil 1231, San Isidro, Lima, Perú

**Teléfono:** (511) 226-1026

**Fax:** (511) 226-0875

**Web:** [www.unfpa.org.pe](http://www.unfpa.org.pe)

Diseño de carátula: Susana Gutiérrez

Corrección de estilo: Sofía Rodríguez

Editora: Mariella Sala

Diagramación e Impresión: Gráfica Nañez

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional el Perú: 2007-02186

ISBN: 978-9972-9937-6-3

Impreso en el Perú

Primera edición, abril de 2007

1000 ejemplares

Las opiniones, análisis e interpretaciones aquí expresadas son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no representan necesariamente los puntos de vista oficiales de UNFPA.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a los equipos de campo que participaron en el estudio:

A las Dras. Ines Bustamante y Marina Piazza por sus aportes a la encuesta.

A todas aquellas personas que revisaron este documento y cuyos valiosos comentarios y sugerencias fueron incorporados.

A nuestras familias por su comprensión y apoyo durante las arduas horas de trabajo.

Pero, sobre todo, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a las madres y a los y las adolescentes que aceptaron participar y compartieron con nosotros aspectos muy personales.

A todas y todos, muchas gracias.



# ÍNDICE

<b>PRÓLOGO</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>18</b>
<b>RESULTADOS DEL ESTUDIO</b>	<b>27</b>
1 Características generales de la población estudiada	28
2 Conocimiento de las madres y adolescentes sobre VIH/SIDA e ITS	35
3 Fuentes de información de los y las adolescentes	39
4 Comunicación con la madre	44
5 Comportamiento sexual de los y las adolescentes	48
6 Uso del condón entre adolescentes	56
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>77</b>

# PRÓLOGO

LA ADOLESCENCIA, ESA ETAPA DE TRANSICIÓN ENTRE LA NIÑEZ Y LA ADULTEZ, es un camino largo y de decisiones trascendentales, pero no exento de riesgos, muchos de los cuales signan el curso de nuestras vidas e incluso llegan a ponerla en peligro.

Entre los múltiples riesgos destacan nítidamente los vinculados al sexo; el placer, las relaciones de poder y sus dramáticas consecuencias: el embarazo precoz, el embarazo no deseado (algunos de los cuales terminan en aborto), el abuso, violencia y explotación sexual, las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH-SIDA) y, por supuesto, sus consecuencias ulteriores, entre las que sobresalen el estigma y la marginación; la pobre autoestima; el subempleo y la pobreza; vale decir, vidas trucas que, eventualmente, terminan en la depresión y el suicidio.

En el Perú, tanto la magnitud, como la distribución de estos problemas están bien documentados; sin embargo, llama la atención que, en general, la respuesta social a la misma haya sido mecánica, monocorde y afincada en un solo paradigma: que el problema es educativo y, por lo tanto, la solución está en la escuela. Eventualmente, y como estrategia complementaria, se ha desarrollado un sinnúmero de experiencias con la finalidad de ofrecer servicios de salud que sean más “amigables” frente a los y las adolescentes y que respondan mejor a sus necesidades específicas.

En ambos casos los resultados han sido poco alentadores debido, fundamentalmente, a tres limitaciones. La primera de ellas es de orden estructural: las limitaciones presupuestales no permiten desarrollar servicios de salud o educativos de calidad que incorporen elementos de alta complejidad tales como el de la sexualidad. La segunda, es de orden sociocultural: los mitos, tabúes y creencias sobre el tema que hacen difícil su inserción en los programas de estudio regulares. Finalmente, están las limitaciones del enfoque, vale decir, del paradigma que le dio origen.

Esta publicación nos invita a reflexionar y revisar la validez del paradigma que orienta nuestras políticas públicas. ¿Debemos seguir esperando que sea la escuela la institución “llamada” a desarrollar en los y las adolescentes las capacidades, competencias y habilidades para el desarrollo de una vida sana y, por tanto, para el ejercicio de una sexualidad libre y responsable? El estudio nos demuestra, con datos sólidos, que sin las madres y los padres será muy difícil cambiar la patética situación social que nos rodea.

Agradezco a la doctora Patricia García y a los doctores Armando Cotrina y César Cárcamo, por haberme invitado a prologar esta excelente publicación, la cual constituye una gran contribución para la salud pública peruana.

Estoy completamente seguro que SEXO, PREVENCIÓN Y RIESGO. Adolescentes y sus madres frente al VIH e ITS en el Perú, terminará influenciando decididamente las políticas públicas nacionales de salud y educativas en materia de salud sexual y reproductiva.

**Víctor Zamora**

Representante Auxiliar

Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA, Perú



# INTRODUCCIÓN

MÁS DE LA CUARTA PARTE DE LA POBLACIÓN MUNDIAL (1,200 millones de personas) tiene entre 10 y 24 años de edad y esta cifra va en aumento<sup>1</sup>. Sumado a ello, la pubertad está ocurriendo a una edad más temprana en los niños y niñas<sup>2,3</sup> por lo que la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes se ha convertido en una prioridad mundial. Comparado con cualquier otro grupo etario, los y las adolescentes sexualmente activos/as tienen las tasas más altas de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH<sup>1,3,4</sup>.

Durante la adolescencia actúan varios factores que incrementan las posibilidades de adquirir una ITS y el VIH. Entre otros, los factores socioculturales impiden al adolescente acceder a información y a posibilidades de prevención como, por ejemplo, el uso del condón. Algunos estudios a nivel mundial, han demostrado la efectividad del uso de condón en la reducción de las ITS y la prevención del VIH<sup>5-9</sup>. En el Perú, aunque hay estudios que muestran que se reconoce su importancia, su uso es aún reducido.

En este estudio nos centramos en el diagnóstico de conocimientos y comportamientos sexuales, comunicación intrafamiliar (enfocando el tema en la comunicación con la madre, puesto que es ella, con más frecuencia, quien está más cercana a los hijos) y acceso a condones en adolescentes entre 12 y 19 años.

### **ITS, VIH Y LOS/AS ADOLESCENTES**

Pasar por la transición de la niñez para convertirse en un adulto sexualmente saludable es uno de los mayores retos que se les presenta a los y las adolescentes. Una transición exitosa implica ser capaz de establecer relaciones con pares evitando adquirir una ITS o un embarazo no deseado. Sin embargo, la mayoría de jóvenes a nivel mundial, al cumplir los 20 años ya ha tenido relaciones sexuales. Muchos se iniciaron sin desearlo, por coerción o porque no planearon hacerlo, razón por la cual no se protegieron. Las y los jóvenes son especialmente vulnerables tanto a los embarazos no deseados como a las ITS incluyendo al VIH.

La gran mayoría de tasas subestima las cifras de ITS para adolescentes sexualmente activos al incluir en el denominador también a los jóvenes que aún no se han iniciado sexualmente.

Las infecciones por clamidia son las más frecuentes entre adolescentes, con tasas que duplican las de individuos mayores de 20 años. La gonorrea, sífilis y VPH, entre otras, tienen también prevalencias altas en adolescentes.

Las altas tasas de ITS en adolescentes representan un factor de vulnerabilidad adicional para adquirir el VIH. En algunas regiones del mundo, hasta la mitad de los casos de infección por VIH ocurre en menores de 25 años.

En el Perú, según el ENDES 2000<sup>10</sup>, los adolescentes de ambos sexos representan el 21.5% de la población y el 57.2% de las mujeres inicia sus relaciones sexuales antes de los 20 años. En la reciente encuesta poblacional nacional realizada en más de 15,000 varones y mujeres de 18 a 29 años a través del Proyecto PREVEN de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se encontró que aproximadamente la mitad de las mujeres inicia sus relaciones sexuales alrededor de los 18 años, y los varones a los 16 años<sup>11</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual son prevalentes en nuestros jóvenes. En un estudio realizado por Campos et al.<sup>12</sup> en mujeres con flujo vaginal que acudían a centros de salud, se encontró que la prevalencia de gonorrea era casi tres veces mayor en mujeres entre 18 y 24 años, comparada con mujeres por encima de los 25 (6% vs. 2%). En el caso de la infección por clamidia (la causa más frecuente de infertilidad en el mundo), se encontró una tasa de 9.8% en jóvenes de 18 a 24 años, mientras que para las otras edades la tasa fue de 1.8 (cinco veces más alta en las más jóvenes). En el estudio PREVEN, mencionado anteriormente, se evidenciaron tasas altas de ITS en los jóvenes encuestados supuestamente sanos, quienes fueron abordados en sus casas y seleccionados al azar. Además, se hallaron correlaciones con factores de comportamiento, como la educación y otros.

En el Perú, usando los datos del informe del Programa Nacional de ITS y SIDA (PRO CETSS), los casos de esta enfermedad en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) representan el 15% del total<sup>13</sup>. Sin embargo, esto no refleja el riesgo real del adolescente individual y no discrimina los subgrupos según su exposición, además del subregistro existente. Dado que la mayor frecuencia de casos se da entre los 25 y 29 años, y considerando que el tiempo promedio desde la infección a los síntomas es de varios años, es probable que algunos de estos adultos jóvenes del informe oficial se hayan infectado durante la adolescencia.

Esta etapa de la adolescencia en la que factores biológicos, psicológicos, de desarrollo y socioculturales actúan en concierto incrementando las probabilidades de adquirir una ITS y el VIH, es muy singular en

la vida. Los factores psicológicos y de desarrollo cognitivo como el pensamiento concreto, centrado en el presente o la incapacidad de conceptualizar el impacto a largo plazo de acciones presentes, y las dificultades para implementar tareas complejas, conllevan a que el/la adolescente se enfrente con frecuencia a situaciones de riesgo sin pensar en sus consecuencias, o que le sea difícil desarrollar una tarea “compleja” como la del uso del condón. Los factores socioculturales que estimulan el debut sexual más temprano, el mayor número de parejas sexuales o el mantenimiento de patrones de monogamia sexual consecutiva, también impiden al adolescente acceder a posibilidades de prevención.

## **PREVENCIÓN DE LAS ITS Y VIH EN ADOLESCENTES**

Las estrategias efectivas para la prevención de las ITS en adolescentes requiere involucrar diversos participantes, como la familia (madres, padres) e instituciones que trabajen con jóvenes. Éstas deben incluir actividades en diferentes medios: intervenciones educativas con programas basados en la escuela, programas para acceder a jóvenes fuera de las escuelas y programas que busquen disminuir las barreras del acceso al condón, mejorando las capacidades de negociación de uso y asegurando la distribución y accesibilidad para las poblaciones que lo necesiten<sup>14-18</sup>.

## **COMUNICACIÓN PADRE/MADRE-ADOLESCENTE**

La comunicación entre padres (padre/madre) y los y las adolescentes, es un aspecto que ha sido evaluado mundialmente, encontrándose que ejerce una influencia positiva en la prevención de embarazos no deseados, de las ITS y el VIH. Diversos estudios han demostrado que un nivel pobre de comunicación se asocia a una menor autoestima, incapacidad de negociación con la pareja, poco uso del condón y, por lo tanto, a un mayor riesgo de las ITS, el VIH y embarazos no deseados<sup>19,20</sup>. En definitiva, se considera que los padres que pueden comunicarse efectivamente acerca de la sexualidad y conductas sexuales saludables, pueden influir favorablemente sobre el riesgo de sus hijos adolescentes. También se han descrito características que se asocian a madres que sí conversan con sus hijos o hijas acerca del condón. Usualmente estas madres se perciben a sí mismas como poseedoras de información adecuada para tratar de estos temas o tienen información de una fuente confiable, tienen una actitud menos conservadora, consideran que los adolescentes están en riesgo de contraer el VIH, y han experimentado el uso del condón en sí mismas<sup>21</sup>. Otro estudio que siguió durante diez años a una cohorte de jóvenes inicialmente vírgenes evaluando el nivel de comunicación con la madre al inicio y en el seguimiento, mostró que los y las adolescentes que expresaban tener una mejor comunicación con su madre en temas de sexualidad eran menos propensos a iniciarse sexualmente. Este estudio encontró que, en contraposición a lo que mucha gente teme, el hablar de estos temas no induce iniciaciones tempranas sino por el contrario, puede prevenirlas<sup>22</sup>.

Dittus, encontró en un estudio prospectivo, usando una submuestra de un estudio longitudinal de adolescentes de los EEUU (2000), que la percepción del adolescente en relación con las actitudes maternas

en torno al sexo y su satisfacción con respecto a su relación-comunicación con la madre resultaban ser un factor predictivo de inicio o no inicio de relaciones sexuales y de ocurrencia de embarazos no deseados<sup>23</sup>. La comunicación entre madre e hijo/a resulta ser crucial y una importante estrategia de prevención. Al no haber sido evaluada en nuestro país en relación con las ITS o el VIH, se incluyó dentro del presente estudio.

## **EL CONDÓN, LA PREVENCIÓN Y LOS JÓVENES**

Muchos estudios alrededor del mundo han demostrado la efectividad<sup>5-9</sup> del uso del condón en la reducción de las ITS y la prevención del VIH. Sin embargo, la evidencia señala que en nuestro medio su uso es aún bajo, a pesar que la población joven y adulta reconoce su importancia.

ENDES 1996 reportó que la mayoría de mujeres (95%) o varones (96%) que han tenido relaciones sexuales y han escuchado hablar sobre el VIH conocen acerca de los condones; sin embargo, solo 6% de mujeres y 4% de varones mencionaron haber usado condón en su última relación sexual con el propósito de prevenir una ITS.

En un estudio sobre conocimiento, actitudes, prácticas y creencias sobre sexualidad de gente joven en Lima, elaborado por CCR para PROCETSS<sup>24</sup> en 1999, que incluyó jóvenes entre 10 y 24 años (un total de 800, de los cuales 241 eran niños y 549, adultos) se encontró que el 95% manifestó haber visto alguna vez un condón, 91% lo asociaba a prevención de embarazos no deseados, 67% a prevención de las ITS y solo el 34% a prevención del SIDA.

En el estudio PREVEN<sup>11</sup>, se preguntó acerca del uso del condón según el tipo de pareja sexual. Solo el 11% de mujeres y 16% de varones refirieron su uso consistente con parejas casuales. Cuando se habla acerca del uso del condón y factores que se asocian a este, hay una serie de aspectos que deben considerarse:

- a) Su uso involucra al menos a dos personas, lo que implica que ellas deben poseer las capacidades de negociación para proponer su uso y finalmente hacerlo;
- b) los involucrados deben tener clara la información de su utilidad (“creer en el condón”) y saber cómo se usa (consistentemente, es decir, en todas las relaciones sexuales y desde el inicio de los juegos sexuales);
- c) deben desear usarlo;
- d) deben tener acceso al condón.

Si bien los primeros aspectos pueden trabajarse a través de la información, la educación y cambios de comportamiento, el acápite d), sobre el acceso al condón, requiere conocer cuáles son las barreras y buscar medios para facilitar el acceso.

Varios estudios coinciden en que se señala con frecuencia a las farmacias o boticas como una de las fuentes más importantes de acceso a condones. Los servicios del Ministerio proveen también de condones pero

fundamentalmente como un método anticonceptivo y usualmente a mujeres adultas, que son las que acuden a los servicios. Esto, además, depende de la disponibilidad del insumo.

En un estudio realizado por Kallpa, que evaluó el itinerario del acceso al condón en adolescentes de Lima, Cusco e Iquitos, se encontró que en este aparecen tres actores principales: la farmacia, los amigos y los establecimientos de salud. Los varones adolescentes tienen ventajas con respecto a las mujeres, pues para la población es natural que un varón busque o solicite preservativos. Las mujeres, en cambio, se sienten avergonzadas. Se encontró, además, que si se les niegan los condones, no son capaces de exigirlos; y si les hacen preguntas, se avergüenzan y muchas veces el temor a enfrentarse a esa situación hace que no intenten buscarlos. Las farmacias, después de los amigos, son los principales proveedores. Acuden a ellas a pesar del miedo, poca seguridad, no muy buen trato y la poca información que les dan.

En nuestro país, sin embargo, se ha hecho poco en intervenciones para mejorar la interacción entre farmacia y cliente joven que busca condón o información. En el Perú, los proyectos pioneros de entrenamiento de trabajadores de farmacias y boticas<sup>25</sup> en prevención de las ITS y promoción de uso de condones, demostraron la efectividad de este tipo de estrategia y permitieron conocer el otro lado de la interacción: los trabajadores de farmacias y boticas que, a pesar de tener buenas intenciones, carecen de entrenamiento y están llenos de mitos y estigmas en torno a la sexualidad, las ITS y el VIH en relación con los adolescentes sexualmente activos. El estudio PREVEN está aplicando estrategias de prevención de las ITS en diez ciudades del país que incluyen, para trabajadores de farmacias y boticas, el entrenamiento en consejería, promoción del uso de condón y otros aspectos. Lo importante es cómo asegurar luego la sostenibilidad y la implementación de estas estrategias a nivel nacional.

Otro esfuerzo para mejorar la accesibilidad a los condones la dio el Programa Nacional de Control de las ITS y el SIDA (PROCETSS) en 1997, cuando introdujo en la Ley contra el SIDA<sup>26</sup>, el artículo 25 en que se especificaba:

[...] los establecimientos donde de conformidad a las disposiciones legales vigentes, se realice actividad sexual, así como los establecimientos de hospedaje como hoteles, apart-hoteles, hostales, albergues y similares, tienen la obligación de establecer puntos de venta de condones.

En el artículo 26 se especifica:

[...] en el marco de las actividades orientadas al cambio hacia conductas de menor riesgo, la Autoridad de Salud, en coordinación con las autoridades regionales, subregionales y locales, promoverá el expendio de condones en centros nocturnos, cabarets, boites, discotecas y similares, cualquier establecimiento de venta de

bienes o servicios podrá expender condones que cuenten con Registro Sanitario, sin que ninguna autoridad nacional, regional o local pueda exigir requisito adicional para su promoción y expendio.

Aunque se implementaron algunas acciones entre los años 1997 y 1999, la implementación y el monitoreo de estas medidas no ha continuado.

En un estudio realizado y financiado por el World AIDS Foundation<sup>27</sup> sobre la factibilidad del mercadeo social del condón para la prevención de las ITS/VIH, se recogió información muy interesante de los jóvenes participantes. Una condición frecuentemente referida es que los varones, especialmente los más jóvenes, no compran los condones con anticipación y muchas veces se deciden recién cuando han contactado a alguien. Eso, obviamente, es un problema porque si es muy tarde no hay dónde comprarlo y solo a veces lo pueden conseguir prestándose de un amigo.

Un aspecto que este estudio destacó es lo que decidimos llamar los “costos emocionales cuando se busca protegerse” que son la “vergüenza” y “malos ratos” por los que tienen que pasar, especialmente los más jóvenes, al buscar información, preguntar o comprar condones. A veces, esto se disminuye al buscar el apoyo “de género”; es decir, el varón busca que en la farmacia lo atienda otro varón; y la mujer, otra mujer. Algunos testimonios ilustran estos hallazgos:

Me da vergüenza ir a comprar condones y tener que dar la cara; ya sabes, eso significa que vas a tener sexo, les estoy dejando saber de mi intimidad, no sé...

[Varón, 17 años]

- ¿Por qué te molesta (comprar condones)?

- Porque las personas en la farmacia que están allí te miran como si fueras un degenerado o algo así cuando pides el preservativo...

[Varón, 19 años]

A pesar de que aprovecho y compro un desenfriol y luego digo “y también un condón”, todo el mundo se voltea y me mira.

Me daba vergüenza pedirle el condón al farmacéutico porque era hombre, hubiera querido simplemente poner el dinero y sacar un condón como en una máquina sin que me miren... No lo compré, tuve sexo y no sé, ojalá no pase nada.

[Mujer, 22 años]

Yo sí he comprado alguna vez un condón, lo malo es cómo te miran cuando los pides...

[Mujer 24 años]

Los participantes de los diferentes grupos focales coincidieron en que los condones deberían ser más accesibles y sugirieron el uso de máquinas expendedoras que podrían localizarse en lugares estratégicos como baños de discotecas pero también en farmacias pues esto último podría darles “más seguridad”.

Existen pocas investigaciones relacionadas con el acceso al condón y las barreras que se pueden presentar para la población adolescente de ambos sexos. Las existentes son más bien de corte cualitativo, lo cual presenta algunos problemas concretos desde el punto de vista de la propuesta de nuevas estrategias, dado que los resultados no son generalizables. Estos estudios muestran a los actores socio-económicos y culturales que limitan el acceso a condones entre el grupo de adolescentes estudiados, e incluso sugieren algunas alternativas innovadoras para apoyar a estos jóvenes en el acceso al condón. Sin embargo, aún es escasa la información de comportamientos de riesgo en los más jóvenes, de las preferencias con respecto al acceso del condón, de la relación de los comportamientos de riesgo de las ITS y de la comunicación entre madres e hijos con respecto a estos temas, lo que nos lleva al planteamiento de un estudio diagnóstico de estos factores asociados desde la metodología cuantitativa y con una muestra de base poblacional. Este estudio busca llenar algunos vacíos de información en una muestra representativa de la población adolescente de 15 a 19 años, de la de 12 a 14 años, y de las madres de ellos/as, en 3 ciudades del país: Lima, Huancayo e Iquitos.

En este sentido los objetivos del estudio son:

- Determinar el conocimiento sobre las ITS y el SIDA en adolescentes y sus principales fuentes de información.
- Determinar comportamientos sexuales en adolescentes de 12 a 19 años.
- Determinar y cuantificar factores asociados al uso y acceso de condones en adolescentes.
- Determinar el nivel de comunicación entre madres e hijos/as en temas relacionados con la promoción de la salud como la sexualidad y prevención de ITS/SIDA.

La presente investigación se enmarca dentro de los esfuerzos de la sociedad civil y el Estado peruano de proponer soluciones alternativas y creativas al avance de la epidemia de VIH en el Perú con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Esperamos que los resultados presentados sirvan tanto para conocer mejor la problemática como guía en la búsqueda de soluciones e implementación de acciones.



# METODOLOGÍA

## **EL DISEÑO Y ÁREA DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio analítico de corte transversal mediante una encuesta de base poblacional en jóvenes hombres y mujeres entre 12 y 19 años de edad y sus madres.

El área de estudio fue definida por conveniencia entre las ciudades incluidas dentro del componente VIH-SIDA del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en el Perú. Se seleccionaron aquellas ciudades que presentan un alto grado de urbanización, una gran proporción de jóvenes y adolescentes en su población y que son representativas de los ámbitos social, cultural y ecológico de nuestro país. Las ciudades escogidas fueron: Lima (incluye Lima y Callao), Huancayo e Iquitos. El estudio se desarrolló de julio a diciembre de 2005.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población objetivo de estudio fue definida como el conjunto de personas de 15 a 19 años de edad, residentes habituales de las viviendas de cada una de las 3 ciudades elegidas. Sobre ellas se basó el cálculo muestral y la selección aleatoria de la muestra. Los/as adolescentes de 12 a 14 años y las madres se consideran “acompañantes” y su inclusión fue no aleatoria.

Se excluyó del estudio a la población que habita en viviendas colectivas como hospitales, cárceles, conventos, cuarteles y otros.

En el siguiente cuadro puede observarse la distribución de la población objetivo de estudio, según ciudades investigadas.

**Tabla 1: Distribución de la Población Objetivo**

Ciudad	Población total		Población objetivo
	Viviendas	Personas	15-19 años
Lima /Callao	1.659.929	8.052.374	909.918
Huancayo	63.616	307.542	33.522
Iquitos	58.695	329.571	34.605
<b>Total</b>	<b>1.782.240</b>	<b>8.689.487</b>	<b>978.045</b>

### **PROCESO DE MUESTREO**

El marco muestral utilizado para la selección de la muestra en cada ciudad está conformado por el conjunto de manzanas con su correspondiente material cartográfico e información de habitantes y viviendas.

Se consideraron las siguientes unidades de muestreo:

#### **A) Unidades primarias de muestreo (UPM)**

Se considera UPM al conglomerado, el cual tiene en promedio 40 viviendas particulares y puede estar conformado por una o más manzanas contiguas geográficamente.

#### **B) Unidades secundarias de muestreo (USM)**

Se considera USM a la vivienda particular, la cual está contenida en cada conglomerado seleccionado.

#### **C) Unidades terciarias de muestreo (UTM)**

Se considera UTM a la persona entre 15 y 19 años, residente habitual de la vivienda particular que se encuentra residiendo al menos 6 meses en la ciudad de estudio.

### **TIPO DE MUESTREO**

La muestra se seleccionó independientemente en cada lugar de estudio utilizando un método de muestreo probabilístico, multietápico, por conglomerados.

La muestra es probabilística porque las unidades han sido seleccionadas mediante métodos aleatorios, lo cual permite efectuar inferencias a la población basándose en la teoría de probabilidades. La muestra es de áreas, porque la probabilidad de la población de ser seleccionada está asociada a áreas geográficas definidas en el marco muestral.

En la primera etapa de muestreo (selección de UPM: conglomerados), se utiliza la selección sistemática con probabilidad proporcional al tamaño (PPT) de viviendas.

En la segunda etapa de muestreo (selección de USM: viviendas), se utiliza la selección sistemática simple con arranque aleatorio.

En la tercera etapa de muestreo (selección de UTM: persona), en las viviendas que finalmente resultan seleccionadas, se elige al azar (método del cumpleaños más reciente) una persona (no casada ni conviviente) de 15 a 19 años de edad residente habitual de la vivienda y residente no menos de 6 meses en la ciudad investigada. Así mismo, de compartir la misma vivienda del entrevistado, la madre y un hermano u hermana con edad de 12 a 14 años son invitados a participar en el estudio.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Para cada ciudad bajo estudio se fijó un tamaño de muestra de 720 viviendas particulares. Para tal efecto, se consideró la selección de 72 conglomerados (cada uno con 10 viviendas en promedio) en la ciudad de Huancayo y de 72 conglomerados en la ciudad de Iquitos. Por su importancia y tamaño, Lima fue considerada como dos ciudades dado que se incluyó a Lima y Callao y se seleccionaron el doble de conglomerados: 144.

Según los requerimientos de la encuesta, en cada ciudad se esperaba entrevistar a no menos de 500 personas de 15 a 19 años de edad. Debido a experiencias de la operación de campo (acopio de información) de encuestas de este tipo, se anticipó una pérdida muestral de entrevistas debido a no-respuesta (ausencia y rechazos), de aproximadamente 20 por ciento. Es así que se fija el tamaño de muestra en 720 viviendas por ciudad.

### **LA CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO**

El cuestionario se basó en preguntas de los instrumentos utilizados por Family Health International<sup>28</sup>, la encuesta PREVEN<sup>29</sup>, encuesta ENDES 2000<sup>10</sup>, instrumentos de medición de comunicación intrafamiliar y otras fuentes bibliográficas.

Una vez construido un borrador del cuestionario, se realizaron cuatro grupos focales exploratorios con adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 19 años, para poder afinar las preguntas, modificar el lenguaje para que sea comprensible a los/as adolescentes y ampliar las posibilidades de respuesta en las preguntas de opción múltiple. También se exploró cómo preguntar adecuadamente sobre ciertos aspectos como estrategias para facilitar el acceso a condón, o cuáles podrían ser las estrategias para obtener respuestas válidas trabajando con jóvenes.

Con la versión preliminar de los cuestionarios, se realizaron dos grupos focales para evaluar aspectos de la forma de los instrumentos: claridad de las preguntas, facilidad del formato, pertinencia del lenguaje, así como el cálculo de los tiempos de llenado y las impresiones de los/as adolescentes al participar en el llenado de este tipo de encuestas.

Habría sido muy interesante y enriquecedor trabajar también con grupos focales de madres, con el fin de validar los instrumentos y contenidos. Sin embargo, esto no fue posible por limitaciones presupuestales y de tiempo.

## **EL CUESTIONARIO**

El cuestionario usado constó de 6 cuadernillos o módulos. El cuadernillo “0” era el primer módulo y era aplicado por la encuestadora a todos los potenciales participantes de la vivienda seleccionada (adolescentes de 15 a 19, adolescentes de 12 a 14, y madres). Su objetivo era identificar a la población objetivo en cada vivienda, determinar su elegibilidad, así como su participación o rechazo a la aplicación de la encuesta. Así mismo, permitía identificar las razones que manifestaron los seleccionados para no participar en la investigación. Los cuadernillos “1” y “4”, que eran aplicados por la encuestadora a los/as adolescentes de 15 a 19 y de 12 a 14 respectivamente, registraban información demográfica y nivel de educación. El cuadernillo “2” y “5”, autoaplicado por los/as adolescentes de 15 a 19 y de 12 a 14 respectivamente, registraba 3 áreas: (a) conocimientos, fuentes de información y comunicación intrafamiliar en temas de sexualidad, ITS y VIH-SIDA; (b) conocimientos, uso y acceso al condón; (c) comportamiento sexual, ITS, embarazo y aborto. El cuestionario “5”, autoaplicado por los/as adolescentes de 12 a 14 años registraba información abreviada de comportamiento sexual, no incluyendo información sobre ITS, embarazo o aborto.

El cuadernillo “3”, aplicado por la encuestadora a la madre biológica de los/as adolescentes, tenía como objetivo registrar información demográfica, así como el nivel de conocimientos y comunicación intrafamiliar de temas de sexualidad, ITS y VIH-SIDA.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

### **Selección y entrenamiento de encuestadoras**

Se convocó y luego se seleccionó a profesionales de salud con experiencia previa en el diligenciamiento y aplicación de encuestas en temas de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Se formaron 4 equipos de trabajo conformados por 1 supervisor/a local y 3 encuestadoras/es, dos equipos para Lima/Callao, uno para Huancayo y uno para Iquitos. Las/os supervisoras/es locales fueron monitoreadas/os por un supervisor nacional.

Las/os profesionales seleccionadas/os fueron entrenadas/os en relación con los procedimientos del estudio: metodología para el registro, selección de las viviendas y el proceso de aplicación de las encuestas de los/as adolescentes y sus madres. El entrenamiento también incluyó aspectos sobre salud sexual y reproductiva (SSR) en adolescentes, ITS y VIH, técnicas de recolección de información y aspectos éticos en investigación.

Los materiales utilizados incluyeron las guías de encuestadora y supervisora, formatos de registro y selección de viviendas y guías de consentimiento y asentimiento informado.

### **Procesos para la identificación de las unidades de muestreo y aplicación de los cuestionarios.**

Se incluyeron un total de 288 conglomerados en las ciudades (72 por ciudad); cada conglomerado estaba formado por una o más manzanas, con un promedio de 40 a 50 viviendas. En cada uno se seleccionaban 10 viviendas, estas debían contar con por lo menos un/a adolescente de 15 a 19 años para ser considerada como vivienda elegible. El procedimiento para llegar a la vivienda y al adolescente objetivo fue el siguiente:

#### **a. Actualización del croquis del conglomerado**

Las entrevistadoras identificaban las manzanas del conglomerado en el campo. Las manzanas seleccionadas debían ser iguales al “croquis del conglomerado seleccionado”; de ser así, continuaban con el punto (b). De no ser el caso, se realizaba una actualización cartográfica del conglomerado seleccionado. Esta actualización comprendía uniones o fusiones de manzanas.

#### **b. Identificación del punto de inicio y recorrido del conglomerado seleccionado**

Una vez identificado o actualizado el conglomerado, se identificaba su punto de inicio, que se ubicaba en la esquina noroeste de la manzana de menor numeración, y se realizaba el recorrido en sentido de las agujas del reloj. Concluida la primera manzana, se pasaba a la segunda y así sucesivamente, hasta tocar todas las puertas del recorrido.

#### **c. Registro de viviendas**

La entrevistadora completaba el “Registro de viviendas y establecimientos”, tocando puerta por puerta, hasta concluir con la última vivienda que existía en el conglomerado.

#### **d. Selección de viviendas**

Una vez terminado el registro de viviendas del conglomerado, se procedió a identificar y enumerar las viviendas con adolescentes de 15 a 19 años. Mediante el uso de una tabla de números aleatorios se identificaron y seleccionaron 10 viviendas, que fueron posteriormente transcritas al formato “Registro de viviendas”.

Cuando se encontraban conglomerados que contaban con 10 viviendas elegibles o menos, se incluía el total de viviendas. Estos casos se presentaron en conglomerados con locales comerciales o en algunas zonas residenciales de Lima Metropolitana.

#### e. Selección del/la adolescente

Una vez identificada la vivienda por encuestar, la entrevistadora se presentaba con sus credenciales al jefe/a del hogar o a la persona mayor de edad habitante de la vivienda y explicaba los objetivos de su visita. Si se encontraba más de un/a adolescente de 15 a 19 años que cumplía con los criterios de inclusión, se elegía al/la adolescente de manera aleatoria sistemática dentro de cada vivienda. El o la adolescente de 15 a 19 años fue el objetivo y unidad de muestreo de la presente investigación; pero además se incluyó –si se encontraban y reunían los criterios de inclusión– a su madre biológica y a su hermano o hermana biológica (cuya edad debía estar comprendida entre los 12 y 14 años) que también se elegía de manera aleatoria y sistemática dentro de la vivienda.

#### f. Proceso de obtención del consentimiento/asentimiento informado

Una vez elegido el/la adolescente, si era menor de edad, se procedía a identificar a la madre, padre o apoderado a quien se le explicaba el propósito del estudio y se procedía a obtener su autorización (consentimiento) para que su hijo o hija participe. Adicionalmente, se solicitaba el asentimiento del/a adolescente menor de edad. Para adolescentes mayores de edad, se obtenían directamente sus consentimientos informados. De encontrarse la madre biológica y un hermano o hermana, se procedía igualmente a obtener sus consentimientos y asentimientos informados. De no encontrarse a la persona seleccionada (adolescentes o madres), se regresaba a la vivienda tantas veces como era necesario, hasta encontrar al sujeto seleccionado.

#### g. Aplicación del cuestionario

Luego de la firma de los consentimientos/asentimientos informados, el encuestador procedía a aplicar los cuestionarios o módulos descritos previamente. De ser el caso, el encuestador podía aclarar cualquier pregunta o término que fuera difícil o no entendible para el adolescente.

Al término de la encuesta, el/la adolescente cerraba la encuesta; y por sí mismo/a la colocaba dentro de un ánfora, la cual no podía ser abierta por el encuestador.

El mismo proceso se siguió para la aplicación de las encuestas a la madre y adolescentes de 12 a 14 años.

#### h. Proceso de supervisión

Cada supervisor verificaba las manzanas y viviendas seleccionadas para la aplicación de la encuesta. La supervisión se realizaba in situ, y en el caso hubiese problemas de no aceptación en una vivienda, el supervisor se encargaba de la recuperación de la misma.

## **Digitación y Procesamiento**

La base de datos fue diseñada en el programa EPI INFO v3.0. Se contó con un equipo de digitadores/as y supervisores/as de digitación quienes controlaron la consistencia de la información registrada.

Subsecuentemente, se desarrolló un proceso de limpieza y control de calidad de la base de datos.

El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico STATA v8.0. Al haberse usado un muestreo estratificado por conglomerados, se definió a la vivienda como unidad primaria de muestreo y se ponderaron los resultados según su factor de expansión. Por esta razón los porcentajes mostrados en las tablas del presente informe no corresponden exactamente al cociente que resultaría de dividir el número de participantes con determinada condición entre el total de participantes.

## **Consideraciones éticas**

El presente estudio se desarrolló salvaguardando la dignidad e integridad de los participantes. Se promovió la voluntaria participación en el estudio y se guardó la confidencialidad y anonimato de los participantes. Las encuestas fueron administradas con conocimiento y autorización de, por lo menos, uno de los padres o tutores de los menores de 18 años y con el asentimiento verbal de los menores después de explicarles los procedimientos que serían realizados. Los/as adolescentes mayores de 18 años firmaron consentimiento informado.

El estudio y sus instrumentos fueron aprobados por el Comité Institucional de Ética (IRB) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.





# RESULTADOS DEL ESTUDIO

## 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

### Tasas de participación

Se visitaron 11,712 viviendas en total (5,557 en Lima Metropolitana-Callao, 3,429 en Huancayo, 2,726 en Iquitos). En estas viviendas se encontraron un total de 3,014 elegibles de los que se tomaron 2,440 al azar. En la revisita, se encontró que 165 de estas viviendas no eran elegibles. Finalmente de 2,275 viviendas con adolescentes elegibles, 94 rechazaron participar y se incluyeron 2,181 adolescentes entre 15 y 19 años. La tasa de participación fue de 95.8%.

Los rechazos en los casos de los menores de edad se dieron porque las madres deciden que sus hijos no participen. En el caso de las madres, la causa más frecuente de rechazo a llenar la encuesta para madres, (aunque consintieran que sus hijos participen) fue la “falta de tiempo”.

### Características generales

Se incluyeron en el estudio un total de 2,181 adolescentes de 15 a 19 años, 435 de 12 a 14 años, y 1,377 madres.

Las características generales de cada uno de estos grupos en función de distribución por sexos, edad, lugar de nacimiento y nivel de educación se presentan a continuación.

### Adolescentes de 15 a 19 años

Encontramos un número ligeramente mayor de adolescentes mujeres (alrededor del 54%) comparado con el número de adolescentes varones (que fueron alrededor de 45%).

El promedio de edad de los/as entrevistados/as en las tres ciudades fue de 16.7 años y el grupo de 15 a 17 años constituyó casi un 65% de la muestra (Tabla 2). Más del 70% de los/as adolescentes encuestados en todas las ciudades es oriundo de la zona.

El 88.6% de los/as entrevistados/as en Huancayo, 83.6% de Iquitos y 75.3% de Lima reportaron estar estudiando actualmente, la mayoría en el colegio; entre un 9.6 y un 13% en institutos superiores, y entre 6 y 11% en la universidad.

En todas las ciudades estudiadas, casi un 60% de los/as jóvenes reportaron vivir con sus padres, alrededor de 20% solo con la madre y casi un 12% con otros familiares.

**Tabla 2: Características generales de los/as adolescentes de 15 a 19 años**

	<b>Lima</b> (N= 935)	<b>Huancayo</b> (N= 660)	<b>Iquitos</b> (N= 586)	<b>Total</b> (N= 2181)
	%	%	%	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	43.9	45.6	48.8	44.1
Mujer	56.1	54.4	51.2	55.9
<b>Distribución por edades</b>				
15-17	65.3	68.6	66.0	65.5
18-19	34.7	31.4	34.0	34.5
<b>Lugar de nacimiento</b>				
Migrantes	20.2	25.7	11.4	25.6
<b>Actualmente estudia</b>				
	75.3	88.6	83.6	76.1
<b>Lugar de estudio</b>				
Colegio	71.0	65.7	78.3	71.1
Academia preuniversitaria	8.1	10.2	3.6	8.0
Instituto Técnico Superior	13.0	11.7	9.6	13.1
Universidad	6.0	11.1	8.1	6.3
Otro	1.6	1.3	0.2	1.6
<b>Con quién vive</b>				
Solo con la madre	20.0	21.8	18.4	20.0
Solo con el padre	6.3	4.0	6.1	6.2
Con los dos padres	59.1	57.1	60.5	59.1
Con otros familiares	12.3	12.0	12.1	12.3
Vive solo(a)	0.8	3.2	0.9	0.9
Vive con su empleador	1.3	1.9	1.9	1.3
Con mis amigos	0.2	0.0	0.1	0.2

También se recogió información sobre si acostumbran reunirse con amigos o amigas y cuáles son los lugares donde lo hacen. Para ello, se les pidió espontáneamente referir los 3 lugares más frecuentes de reunión. (Tabla 3)

Es interesante notar las diferencias entre las ciudades. Mientras que en Huancayo casi un 21% reporta que no acostumbra reunirse, en Lima, y sobre todo en Iquitos, es más frecuente que sí lo hagan. La casa propia y la de los amigos son en todos los casos los lugares más frecuentes de reunión. Sin embargo, señalan otros lugares como las cabinas de Internet, lo que abre posibilidades cuando se piensa en intervenciones con jóvenes y adolescentes. En el caso de Huancayo, los parques y complejos deportivos son también, aparentemente, lugares frecuentes de encuentro.

**Tabla 3: Lugares de reunión con amigos/as para adolescentes de 15 a 19 años**

	Lima (N= 935)	Huancayo (N= 660)	Iquitos (N= 586)	Total (N= 2181)
	%	%	%	%
<b>Lugares de reunión</b>				
Casa de amigos	46.0	35.9	64.3	47.8
En mi casa	34.0	32.1	40.6	35.2
Cabinas de Internet	21.3	25.3	18.3	21.7
Parque	14.7	28.0	11.9	18.0
Complejos deportivos	12.3	24.1	17.9	17.4
No acostumbro reunirme	14.3	20.6	3.6	13.3
Discotecas /peñas/pubs/boulevard	10.1	11.8	12.8	11.3
Grupos religiosos	5.6	6.1	5.6	5.7
Centros comerciales	6.2	4.1	0.2	3.9
Excursiones fuera de la ciudad	1.5	0.5	4.3	1.9
Grupos o clubes juveniles no religiosos	1.5	0.6	2.7	1.6

#### Adolescentes de 12 a 14 años

La distribución por sexos fue más uniforme que con el grupo de 15 a 19 años, teniendo 49,5% de varones y 50,5% mujeres (Tabla 4). Con respecto a la distribución de edades, especialmente en Lima, la proporción de adolescentes de 12 años fue algo menor (27% con respecto a 37% de 13 años y casi 36% de 14 años). Como sería de esperarse en este grupo, el 99% está estudiando en el colegio.

En todas las ciudades estudiadas, casi un 60% de los jóvenes reportó vivir con sus padres, alrededor de 20% solo con la madre y casi un 12% con otros familiares.

El patrón de reunirse con amigos para estos adolescentes más jóvenes es similar al de los mayores. La casa propia y la del amigo son de lejos los lugares más frecuentes de encuentro. En este grupo joven los complejos deportivos y las cabinas de Internet también son importantes lugares de encuentro (Tabla 5).

**Tabla 4: Características generales de los/as adolescentes de 12 a 14 años**

	<b>Lima</b> (N= 180)	<b>Huancayo</b> (N= 179)	<b>Iquitos</b> (N= 76)	<b>Total</b> (N= 435)
	%	%	%	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	49.5	48.5	51.8	49.5
Mujer	50.5	51.5	48.2	50.5
<b>Distribución por edades</b>				
12	27.2	33.1	37.5	27.8
13	37.3	34.6	30.8	37.0
14	35.5	32.3	31.7	35.2
<b>Lugar de nacimiento</b>				
Nativos	55.3	55.5	62.4	55.5
Migrantes	44.7	44.5	37.6	44.5
<b>Actualmente estudia</b>				
	99.0	98.7	99.2	99.0
<b>Lugar de estudio</b>				
Colegio	99.0	98.7	99.2	99.0
<b>Con quién vive</b>				
Solo con la madre	21.7	24.0	21.1	22.5
Solo con el padre	5.0	0.6	5.3	3.2
Con los dos padres	68.9	64.2	68.4	66.9
Con otros familiares	3.3	8.9	5.3	6.0
Vive solo(a)	0.6	2.2	0.0	1.1

**Tabla 5: Lugares de reunión con amigos/as para adolescentes de 12 a 14 años**

	Lima (N= 180) %	Huancayo (N= 179) %	Iquitos (N= 76) %	Total (N= 435) %
<b>Lugares de reunión</b>				
En mi casa	26.1	36.3	51.3	34.7
Casa de amigos	30.6	21.8	59.2	32.0
No acostumbro reunirme	21.1	31.3	3.9	22.3
Complejos deportivos	18.9	19.6	17.1	18.9
Parque	13.9	22.9	5.3	16.1
Cabinas de Internet	15.0	18.4	3.9	14.5
Grupos religiosos	5.0	3.4	6.6	4.6
Grupos o clubes juveniles no religiosos	0.6	2.2	1.3	1.4
Discotecas /peñas/pubs/boulevard	0.6	2,2	0,0	1,1
Centros comerciales	1.7	0.0	0.0	0.7
Excursiones fuera de la ciudad	0.6	0.0	1.3	0.5

### Madres

Se entrevistó a un total de 1,377 madres de adolescentes en los tres ámbitos de estudio. De estas, 505 fueron entrevistadas en Huancayo, 593 en Lima y 279 en Iquitos.

La edad promedio de las entrevistadas fue de 43 años, y en los tres ámbitos, más del 60% de las entrevistadas se encontraban entre los 36 y 50 años de edad. (Tabla 6)

El lugar de nacimiento de las madres varía de acuerdo con las ciudades. La mayoría de las mujeres entrevistadas en Huancayo era de la zona (60%) y el resto, de Huancavelica. En Iquitos, el 92% reportó ser de la zona mientras que en Lima, el 53% era migrante.

El estado civil de la madre también varía de acuerdo con la zona. En Huancayo y Lima, más del 60% afirma ser casada mientras que en Iquitos reporta con mayor frecuencia la convivencia (49%). Cabe preguntarse si la declaración de ser casadas en Huancayo y Lima tiene un sesgo de deseabilidad social que enmascara la verdadera magnitud de las uniones de convivencia.

**Tabla 6: Características generales de las madres**

	<b>Lima</b> (N= 593) %	<b>Huancayo</b> (N= 505) %	<b>Iquitos</b> (N= 279) %	<b>Total</b> (N= 1377) %
<b>Promedio de edad</b>	43.4	43.1	42.5	43.1
<b>Lugar de nacimiento</b>				
Nativa	47.1	59.2	92.1	60.6
<b>Estado civil</b>				
Soltera	3.4	8.7	4.3	5.5
Casada	62.2	66.9	35.5	58.5
Conviviente	21.4	10.7	49.1	23.0
Viuda	3.4	7.1	1.8	4.4
Divorciada	1.2	2.2	1.5	1.6
Separada	7.6	4.3	7.6	6.3
<b>Último grado alcanzado</b>				
Sin nivel	3.0	3.6	1.1	2.8
Inicial	0.0	0.2	0.0	0.1
Primaria	24.3	28.1	30.5	26.9
Secundaria	50.8	41.0	59.5	48.9
Superior no universitaria	10.1	10.7	4.3	9.2
Superior universitaria	10.6	16.4	3.6	11.3
<b>Ocupación principal</b>				
Empleo agrícola	0.3	1.0	2.2	0.9
Profesionales	7.6	12.3	5.4	8.9
Oficinistas	1.0	1.6	2.9	1.6
Ventas y servicios	23.4	20.8	9.7	19.7
Manual calificado	3.4	1.8	1.8	2.5
Hogar y oficio	56.2	53.3	76.7	59.3
Otros	6.9	9.3	1.1	6.6

Con respecto a la educación de la madre, el 48.9% indica educación secundaria y un 11% educación superior. Es interesante destacar que en los tres ámbitos solamente alrededor del 3% no ha recibido educación. De las madres encuestadas, un 71.5% en Lima, 67.4% en Iquitos y 68.1% en Huancayo señalaron educación secundaria o mayor educación.

En lo que se refiere a la ocupación principal, la mayoría de las mujeres declaran dedicarse al hogar o a algún oficio que desempeñan dentro de casa. Las siguientes ocupaciones más frecuentes son las “ventas y servicios”.

## 2. CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y ADOLESCENTES SOBRE VIH-SIDA E ITS

### Adolescentes de 15 a 19 años

Entre los/as adolescentes de 15 a 19 años encontramos que tanto hombres como mujeres de las tres ciudades han escuchado hablar de la infección por VIH o del SIDA. Los porcentajes de respuestas afirmativas bordean o superan el 90%. También se encuentra que un amplio porcentaje, por encima del 90% en todos los casos, ha escuchado hablar de las enfermedades que se transmiten por las relaciones sexuales. (Tabla 7).

Por otro lado, encontramos que más de un 80% de los/as adolescentes señala que existen maneras de evitar infectarse con VIH-SIDA. Valdría la pena explorar el casi 20% restante: ¿es que desconoce la enfermedad?, ¿comparte la visión negativa de “no hay nada que hacer”? Esto no se exploró en este estudio, pero sí se preguntó qué es lo que consideran los/as adolescentes que se puede hacer para evitar infectarse. Como esta sección era autoadministrada, ellos podían elegir opciones para marcar y elegir más de una respuesta.

Algunos hallazgos valen la pena destacarse: casi un 30% comparte el mito de “la buena higiene” como forma de prevención del VIH-SIDA. Evitar los besos y las picaduras de mosquitos como formas de prevención se ven en porcentajes menores que representan alrededor del 7% del total.

Un 80% indica que el uso de condón es una forma de protección (al menos parece que aprenden la lección). Casi un 7% señala la vacuna como una opción y en Iquitos casi un 12%, lo que muestra la confusión que existe, ya que si bien se están investigando candidatos a posibles vacunas contra la infección del VIH, aún no hay una vacuna.

No tener relaciones sexuales es algo reconocido más por las mujeres que por los varones como una forma de prevención. En todas las ciudades, cerca de un 44% de mujeres y 31% de varones marcan esta opción. Lo interesante es analizar si realmente no saben que las relaciones sexuales son la forma más importante de transmisión (aunque reconocen el uso de condón como protección, están reconociendo el rol de las relaciones sexuales) o, más bien, no marcan esta opción porque no se considera “no tener relaciones sexuales” como una opción “válida” o “práctica” para ellos.

**Tabla 7: Conocimientos de los/as adolescentes de 15 a 19 años sobre VIH/ITS**

	Lima		Huancayo		Iquitos		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 519)	(N= 423)	(N= 354)	(N= 307)	(N= 319)	(N= 269)	(N= 1192)	(N= 999)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Ha oído hablar de infección por VIH	92.7	91.5	89.0	89.8	89.7	89.5	92.5	91.3
Ha oído hablar de infección del SIDA	95.7	95.8	96.8	97.1	94.2	92.2	95.6	95.8
Reconoce que hay algo que una persona puede hacer para evitar infectarse con SIDA (VIH)	82.4	83.8	81.6	81.5	69.7	71.0	81.9	83.2
<b>Ha oído hablar de enfermedades que se pueden contagiar a través de relaciones sexuales</b>								
Sí	93.0	92.9	94.0	95.7	91.0	91.2	93.4	93.0
<b>¿Qué se puede hacer para evitar infectarse con SIDA (VIH)?</b>								
Vacuna	8.8	6.9	7.2	9.2	12.5	12.1	8.9	7.2
Buena higiene	28.0	30.5	30.9	38.2	20.1	31.9	27.8	30.9
Comer bien	3.2	2.2	0.9	2.5	2.2	3.2	3.0	2.2
No tener relaciones sexuales	42.8	30.5	51.6	39.9	53.1	38.1	43.5	31.2
No besar	1.6	3.2	4.0	3.6	3.2	2.8	1.8	3.2
Evitar mosquitos	4.1	3.6	2.7	4.9	3.4	4.2	4.0	3.7
Usar condón	70.3	80.0	68.4	72.8	76.3	81.5	70.0	80.0

### Adolescentes de 12 a 14 años

En general, las proporciones de adolescentes de 12 a 14 años que han oído hablar del VIH, SIDA y las ITS son menores en comparación con el grupo de adolescentes mayores. Sin embargo, sorprenden los altos porcentajes de conocimiento que también varían entre ciudades.

Son menos los que informan que hay algo que se puede hacer para evitar infectarse (58%). Al preguntar qué es lo que una persona puede hacer para evitar el contagio del VIH, encontramos que las respuestas siguen el mismo patrón observado en los/as adolescentes mayores. (Tabla 8)

**Tabla 8: Conocimientos de los/as adolescentes de 12 a 14 años sobre VIH/ ITS**

	Lima		Huancayo		Iquitos		Total	
	Mujeres (N= 85) %	Varones (N= 75) %	Mujeres (N= 92) %	Varones (N= 88) %	Mujeres (N= 27) %	Varones (N= 42) %	Mujeres (N= 204) %	Varones (N= 205) %
Ha oído hablar de infección por VIH	84.7	84.0	68.5	69.3	74.1	64.3	76.0	73.7
Ha oído hablar de infección del SIDA	91.8	92.0	91.3	88.6	92.6	95.2	91.7	91.2
Reconoce que sí hay algo que una persona para evitar infectarse con SIDA (VIH)	69.4	57.3	52.2	58.0	48.1	59.5	58.8	58.0
<b>¿Qué se puede hacer para evitar infectarse con SIDA (VIH)?</b>								
Vacuna	12.9	13.3	14.1	14.8	18.5	11.9	14.2	13.7
Buena higiene	34.1	37.3	28.3	35.2	18.5	21.4	29.4	33.2
Comer bien	5.9	4.0	4.3	8.0	3.7	2.4	4.9	5.4
No tener relaciones sexuales	47.1	41.3	51.1	34.1	40.7	54.8	48.0	41.0
No besar	1.2	9.3	8.7	5.7	3.7	7.1	4.9	7.3
Evitar mosquitos	4.7	5.3	8.7	4.5	0.0	9.5	5.9	5.9
Usar condón	52.9	64.0	42.4	52.3	66.7	83.3	50.0	62.9
<b>Ha oído hablar de enfermedades que se pueden contagiar a través de relaciones sexuales</b>								
Sí	82.4	78.7	80.4	85.2	74.1	90.5	80.4	83.9

## Las madres y su conocimiento sobre VIH e ITS

Encontramos que más del 70% de las madres en cada ciudad reconoce haber escuchado hablar sobre la infección del VIH. El porcentaje mayor se da en la ciudad de Lima (84%) y el menor en Iquitos (70%). Cuando se pregunta si han escuchado hablar del SIDA, el número que responde afirmativamente es cercano al 95% en los tres ámbitos. Así mismo, una alta proporción de las entrevistadas afirma haber escuchado hablar de enfermedades que se transmiten por las relaciones sexuales. En este caso, es interesante que el mayor porcentaje de respuestas afirmativas se haya dado en la ciudad de Huancayo (93%), mientras que en Lima e Iquitos este porcentaje alcanzó solo al 86% de las entrevistadas. (Tabla 9). Si bien casi un 80% refiere que sí hay posibilidad de prevenir la infección por VIH, es mucho menor la proporción que es capaz de enumerar específicamente qué se puede hacer (como en el caso de los/as adolescentes). Usar condón y no tener relaciones sexuales fueron las formas mencionadas más frecuentemente. Otra vez el mito de la “buena higiene” fue mencionado aunque en menor proporción que por los/as adolescentes.

**Tabla 9: Conocimientos de las madres sobre VIH/ITS**

	Lima (N= 593)	Huancayo (N= 505)	Iquitos (N= 279)	Total (N= 1377)
	%	%	%	%
Ha oído hablar de SIDA	94.4	93.9	96.4	94.6
Ha oído hablar de VIH	84.3	74.5	69.9	77.2
Reconoce que sí hay algo que una persona puede hacer para evitar infectarse con SIDA (VIH)	82.6	76.2	79.2	79.6
<b>Ha oído hablar de enfermedades que se contagian por las relaciones sexuales</b>				
Sí	86.0	92.9	85.7	88.5
<b>¿Qué se puede hacer para evitar infectarse con el VIH-SIDA?</b>				
Usar condón	43.8	51.9	58.4	49.7
No relaciones sexuales	36.1	49.7	30.5	39.9
Buena higiene	2.0	15.2	3.9	7.3
Comer bien	0.3	1.8	0.7	0.9
No besar	1.2	3.8	0.4	2.0
Vacuna	0.5	1.2	1.8	1.0
Evitar mosquitos	0.0	0.4	0.0	0.1

### 3. FUENTES DE INFORMACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

En la encuesta a los/as adolescentes, se indagó sobre quiénes les han hablado más o de quiénes han aprendido más en relación con temas sexuales o relaciones sexuales y quiénes creían ellos que deberían ser los que les hablen de estos asuntos. Adicionalmente, se preguntó específicamente si los profesores les hablan de las ITS y cómo consideran la información que les dan los profesores acerca de temas sexuales.

En general, en todas las ciudades, alrededor de un 90% de las y los adolescentes de 15 a 19 años, señala que en el colegio sus profesores les han hablado de enfermedades que se contagian a través de las relaciones sexuales. También indican que las personas que más les han hablado de temas sexuales son los profesores (entre el 33.5% al 49.5%, variando entre sexos y ciudades). La segunda fuente de información resulta ser la madre y luego el padre. (Tabla 10)

Para los adolescentes de 12 a 14, (Tabla 11) la fuente de la que reciben mayor información varía si son varones o mujeres. Aparentemente, para las jovencitas las fuentes fundamentales son las madres primero y luego los profesores, y para los varones, los profesores y luego la madre.

Es interesante notar que las respuestas a la pregunta “¿quién crees que debería hablarte de estos temas?”, resultan diferentes según el sexo. Las mujeres informan que debería ser la madre o el personal de salud (doctora/enfermera) y como tercera opción, los profesores. Los varones indican más frecuentemente al padre, seguido por el personal de salud y profesores. Esta información, como hemos visto, refleja diferencias de necesidades por género.

Para los/as adolescentes más jóvenes, el rol del personal de salud es menos importante y básicamente madre/profesor y padre/profesor se señalan como preferencias.

Un hallazgo preocupante es que, si bien ambos grupos de adolescentes reconocen que actualmente la mayor fuente de información proviene de los profesores, esta información es calificada como insuficiente o pobre por casi un 40% de los encuestados; en Huancayo, por ejemplo, esta percepción fluctúa entre un 45 y 50%.

**Tabla 10: Fuentes de información para adolescentes de 15 a 19 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 519)	(N= 423)	(N= 354)	(N= 307)	(N= 319)	(N= 269)
	%	%	%	%	%	%
<b>En el colegio tus profesores te han hablado de las enfermedades que se contagian a través de las relaciones sexuales</b>						
Sí	92.0	90.5	95.0	88.4	87.0	89.6
<b>¿Cuál es la persona que te ha hablado más o de quien has aprendido más acerca de temas sexuales o relaciones sexuales?</b>						
Profesores	44.2	43.7	49.5	33.5	40.8	42.7
Madre	22.6	14.1	28.5	20.5	35.6	16.9
Amiga/amigo	10.0	13.3	8.6	12.0	4.1	10.8
Otro familiar	11.5	7.9	10.1	16.8	8.4	8.2
Textos	10.3	9.8	7.1	11.1	9.1	10.6
Padre	7.1	14.1	5.8	17.7	8.5	12.3
Por radio o TV	8.0	6.5	4.6	3.2	2.3	4.9
Doctor(a)/enfermera	8.1	4.1	13.1	6.9	4.2	7.9
Otros / no sé	12.7	10.6	5.9	10.3	7.8	8.4
<b>¿Cuál debe ser la persona que dé información a los chicos(as) de tu edad acerca de temas sexuales o de relaciones sexuales?</b>						
Madre	44.7	11.8	32.9	15.4	37.2	16.1
Doctor(a)/enfermero(a)	23.2	17.9	38.1	25.1	32.1	31.6
Profesores	17.4	22.0	17.3	20.8	17.0	22.3
Padre	9.9	40.2	11.7	40.4	11.4	26.6
Otros familiares	4.1	2.3	2.9	2.4	1.4	3.9
Por radio o TV	3.6	3.3	3.6	3.0	1.4	6.3
Otros / no sé	12.8	10.8	8.9	12.9	8.9	8.6
<b>La educación que te dieron o dan tus profesores en el colegio acerca de temas sexuales y relaciones sexuales es:</b>						
Información suficiente	55.8	58.7	51.8	47.9	60.9	64.5
Insuficiente o ninguna	41.7	39.4	45.8	50.7	37.2	33.7

**Tabla 11: Fuentes de información para adolescentes de 12 a 14 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 85)	(N= 75)	(N= 92)	(N= 88)	(N= 27)	(N= 42)
	%	%	%	%	%	%
<b>¿Cuál es la persona que te ha hablado más o de quien has aprendido más acerca de temas sexuales o relaciones sexuales?</b>						
Profesores	43.5	52.0	34.8	46.6	37.0	50.0
Madre	28.2	10.7	40.2	22.7	44.4	23.8
Padre	9.4	10.7	10.9	9.1	0.0	11.9
Otros familiares	8.2	8.0	14.1	9.1	7.4	2.4
Amigo/amiga	7.1	5.3	4.3	2.3	0.0	2.4
Textos	7.1	8.0	5.4	3.4	3.7	2.4
Otros / no sé	8.4	18.7	10.9	16	3.7	21.4
<b>¿Cuál debe ser la persona que dé información a los chicos(as) de tu edad acerca de temas sexuales o de relaciones sexuales?</b>						
Madre	45.9	22.7	45.7	26.1	51.9	19.0
Padre	7.1	32.0	6.5	26.1	3.7	23.8
Profesores	17.6	25.3	23.9	29.5	25.9	26.2
Doctor(a)/enfermera	14.1	12.0	15.2	17.0	22.2	33.3
Otros / no sé	20.1	21.4	16.3	7.3	7.4	21.1
<b>La educación que te dieron o dan tus profesores en el colegio acerca de temas sexuales y relaciones sexuales es:</b>						
Información suficiente	56.5	61.3	51.1	51.1	51.9	59.5
Insuficiente/ninguna	43.5	38.7	47.8	48.9	48.1	40.5

## Las madres y las fuentes de información de los hijos

Con la intención de poder comparar lo que dicen los/as adolescentes y lo que creen las madres, se incluyeron en el cuestionario para las madres las mismas preguntas hechas a los/as adolescentes sobre quiénes creían ellas eran las fuentes de información de sus hijos/as en lo referente a temas sexuales o relaciones sexuales, y quiénes creían que deberían serlo. Es interesante encontrar que las madres consideran que ellas son las principales fuentes de información, a diferencia de lo que opinan los/as adolescentes. (Tabla 12).

**Tabla 12: Fuentes de información de los adolescentes según las madres**

	Lima (N= 593) %	Huancayo (N= 505) %	Iquitos (N= 279) %	Total (N= 1377) %
<b>¿Cuál es la fuente principal de información de su hijo(a) de 15 a 19 años acerca de temas sexuales o relaciones sexuales?</b>				
Su madre	40.8	56.2	42.3	46.8
Su pareja	30.9	17.6	28.0	25.4
Profesores en el colegio	8.8	8.3	17.9	10.5
Su padre	8.6	5.7	7.2	7.3
Otros familiares	4.2	2.8	0.7	3.0
Otros / no sé	5.4	9.3	2.6	6.3

### ¿Cuál es la fuente principal de información de su hijo(a) de 12 a 14 años acerca de temas sexuales o relaciones sexuales?

Su madre	12.3	18.6	15.4	15.3
Su pareja	6.6	6.3	12.9	7.8
Profesores en e colegio	3.4	2.8	0.7	2.6
Su padre	2.4	1.6	3.2	2.3
Amiga/amigo	0.0	0.0	0.4	0.1
Otros / no sé	2.5	3.0	1.8	2.6

### ¿Cuál debería ser la persona que dé información a chicos(as) como sus hijos acerca de temas sexuales o de relaciones sexuales?

Madre	37.3	35.8	38.7	37.0
Pareja	21.9	34.3	33.0	28.7
Padre	17.7	8.7	17.9	14.5
Otros / no sé	21.4	20.6	9.0	18.3

Al comparar el porcentaje de concordancias entre lo que dice el/la adolescente (15-19 años) y lo que dice la madre, encontramos que concuerdan en menos del 26% con respecto a la fuente principal de información y la concordancia es aún menor con respecto a quién debiera ser la fuente. Es decir, las madres no saben cuáles son las fuentes reales reconocidas por sus hijos ni cuáles son las que ellos o ellas quisieran tener. (Tabla 13)

**Tabla 13: Concordancia madre/hijo(a) con respecto a fuentes de información de los adolescentes**

	<b>Lima</b> (N= 571)	<b>Huancayo</b> (N= 498)	<b>Iquitos</b> (N= 274)	<b>Total</b> (N= 1343)
	%	%	%	%
<b>¿Quién diría que es la fuente de información principal?</b>				
No concuerdan	77.7	73.7	74.8	77,5
Concuerdan	22.3	26.3	25.2	22,5
	(N= 569)	(N= 495)	(N= 274)	(N= 1383)
	%	%	%	%
<b>¿Quién cree que debería ser la fuente de información?</b>				
No concuerdan	75.5	81.3	81.2	75,9
Concuerdan	24.5	18.7	18.8	24,1

## 4. COMUNICACIÓN CON LA MADRE

### Según la madre

#### Comunicación con los hijos/as de 15 a 19 años

La encuesta aplicada incluyó una pregunta que evalúa el nivel de comunicación de la madre con sus hijos adolescentes sobre temas relacionados a sexualidad, tanto desde la perspectiva de la madre como desde la de los/as adolescentes.

Es interesante notar que las respuestas de las madres sobre la comunicación con sus hijos e hijas adolescentes mayores de 15 años fueron similares en los tres ámbitos. En general, de las respuestas de las madres se podría decir que pareciera existir un aceptable nivel de comunicación sobre temas relacionados con la sexualidad, más para algunos temas que para otros, aunque la frecuencia con la que se tratan estos temas es variada. (Ver Tabla 14)

En las zonas estudiadas, encontramos que existen coincidencias en dos temas álgidos: los sueños húmedos y la masturbación. En ambos temas, encontramos que más del 70% de las madres de cada ámbito señala que nunca habla con sus hijos sobre ese tema.

La violación sexual es uno de los temas en los que las madres señalan hablar más en Iquitos y Lima (41.9% y 33.6%). Sin embargo, en Huancayo la mayoría (44%) señaló que se habla de este tema solo 'a veces'.

Por otro lado, según las madres, ellas tratan el tema del VIH-SIDA con relativa frecuencia con sus hijos/as. Y en lo que se refiere a las enfermedades que se contagian por las relaciones sexuales, en general encontramos que las mujeres dicen que hablan más del tema en Iquitos.

Es interesante, por otro lado, contrastar estos hallazgos con lo que los/as adolescentes indican sobre lo que sus madres reportan (Tabla 15). Para algunos temas los/as adolescentes perciben que sus madres les hablan más, y para otros, menos de lo que expresan las progenitoras.

Dado que por cada madre tenemos identificado al hijo/a (a través de códigos numéricos), se hizo un análisis pareado de coincidencias entre las respuestas de las madres y de sus hijos. En este, se encontró que para todas las respuestas los porcentajes de coincidencias estaban por debajo del 50%, lo que significa que en menos de la mitad de las veces lo que el adolescente dice coincide con lo que dice la madre.

Tabla 14: Conversación sobre temas de sexualidad con los/as adolescentes de 15 a 19 años (según la madre)

	Lima (N= 593) %	Huancayo (N= 505) %	Iquitos (N= 279) %	Total (N= 1377) %
<b>Cómo se embarazan las mujeres</b>				
Nunca/casi nunca	33.6	32.3	22.6	30.9
<b>Sueños húmedos (eyacular o mojararte mientras duermes)</b>				
Nunca	74.9	76.4	71.3	74.7
<b>Masturbación</b>				
Nunca	64.9	71.7	60.2	66.4
<b>Enamorado o enamorada</b>				
Sí hablan	85.0	84.2	85.3	84.7
<b>Caricias y excitación</b>				
Nunca	44.2	51.1	24.0	42.6
<b>Relaciones sexuales</b>				
Nunca	32.4	29.3	19.0	28.5
<b>Métodos anticonceptivos para prevenir embarazos</b>				
Nunca o casi nunca	38.3	37.4	35.8	37.5
<b>Acerca de si usas algún método para evitar el embarazo</b>				
Nunca	48.6	53.7	25.4	45.8
<b>Consecuencias del embarazo en las adolescentes</b>				
Sí hablan	69.6	71.1	82.4	72.8
<b>Enfermedades que se contagian por la relaciones sexuales (por el sexo)</b>				
Sí hablan	68.3	79.2	81.7	75.0
<b>Amor y/o matrimonio</b>				
Sí hablan	71.7	61.0	64.9	66.4
<b>Si el sexo antes del matrimonio es bueno o malo</b>				
Sí hablan	60.7	60.0	58.4	60.0
<b>Aborto y sus consecuencias</b>				
Sí hablan	59.9	65.5	70.3	64.1
<b>Prostitución</b>				
Sí hablan	62.7	55.6	65.6	60.7
<b>Homosexualidad</b>				
Sí hablan	56.7	47.1	78.1	57.5

**VIH y SIDA**

Sí hablan	76.6	80.8	85.7	80.0
-----------	------	------	------	------

**Abuso sexual (manoseo sin que quieras, que te toquen sin que quieras, acoso)**

Sí hablan	77.6	70.9	88.2	77.3
-----------	------	------	------	------

**Violación sexual**

Sí hablan	75.4	72.9	89.6	77.3
-----------	------	------	------	------

**Tabla 15: Conversación sobre temas de sexualidad con los/as adolescentes de 15 a 19 años (según ellos mismos)**

	Lima (N= 935) %	Huancayo (N= 660) %	Iquitos (N= 586) %	Total (N= 2181) %
<b>Cómo se embarazan las mujeres</b>				
Nunca/casi nunca	22.8	25.4	20.7	22.8
<b>Sueños húmedos (eyacular o mojar te mientras duermes)</b>				
Nunca	52.6	47.7	60.4	52.7
<b>Masturbación</b>				
Nunca	52.6	50.4	54.4	52.6
<b>Enamorado o enamorada</b>				
Sí hablan	74.1	70.5	73.7	74.0
<b>Caricias y excitación</b>				
Nunca	40.4	39.9	36.6	40.3
<b>Relaciones sexuales</b>				
Nunca	30.0	30.8	28.2	29.9
<b>Métodos anticonceptivos para prevenir embarazos</b>				
Nunca o casi nunca	31.6	38.5	34.9	31.9
<b>Acerca de si usas algún método para evitar el embarazo</b>				
Nunca	49.0	47.5	39.6	48.6
<b>Consecuencias del embarazo en las adolescentes</b>				
Sí hablan	72.5	65.5	74.8	72.4
<b>Enfermedades que se contagian por la relaciones sexuales (por el sexo)</b>				
Sí hablan	68.3	61.1	70.4	68.1

<b>Amor y/o matrimonio</b>				
Si hablan	66.8	58.2	58.1	66.2
<b>Si el sexo antes del matrimonio es bueno o malo</b>				
Si hablan	56.3	51.8	49.3	55.9
<b>Aborto y sus consecuencias</b>				
Si hablan	64.7	61.4	63.8	61.4
<b>Prostitución</b>				
Si hablan	57.5	54.1	58.2	57.4
<b>Homosexualidad</b>				
Si hablan	50.8	42.4	62.8	51.0
<b>VIH y SIDA</b>				
Si hablan	67.1	61.1	70.3	67.0
<b>Abuso sexual (manoseo sin que quieras, que te toquen sin que quieras, acoso)</b>				
Si hablan	60.3	56.1	65.9	60.4
<b>Violación sexual</b>				
Si hablan	63.9	58.7	67.3	58.7

## 5. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

Un 21.2% (276) de las mujeres y 41.1% (455) de los varones adolescentes de 15 a 19 años reportaron haber tenido alguna vez relaciones sexuales, con valores más altos en Iquitos (30% para mujeres y 60% en varones).

Llama la atención que la mayoría de las mujeres refiere su primera experiencia con el enamorado. Los varones, en cambio, reportan haberse iniciado con la “amiga”, enamorada, y también señalan otras alternativas como el sexo con otros hombres (Iquitos) o haber tenido la primera experiencia sexual por dinero.

Es interesante el reporte de uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Entre un 40% y un 50% refiere no haber usado ningún método. De los que reconocen que usaron “alguna forma de protección”, la mayoría, entre un 10% y 19%, indica el coitus interruptus (“eyaculé fuera de la vagina de mi pareja” o “él eyaculó afuera”). Esto, en realidad, eleva el grupo que no tuvo protección “efectiva” a cerca del 60% y 70%. El método del ritmo o de la regla también se menciona, variando entre 8% y 13%. Un alto porcentaje admite no haber usado condón en esa primera relación (entre el 55% y 74.6%).

Cuando se indagó acerca de los motivos que indujeron la primera relación sexual, casi la mitad en todas las ciudades indicó que fue “porque ambos querían tenerla”, otro 10% a 30%, dependiendo de las ciudades y del sexo, reconoció que lo hizo “porque él o ella mismo/a quería tenerla”. Llama la atención que entre un 22% y casi un 35.6% señala que fue más bien “inesperada”.

También hubo casos en los que refirieron que la primera relación se dio porque habían tomado o usado alguna droga, o que fue una relación sexual forzada (de 2% a 3%). (Tabla 16)

**Tabla 16: Características de la primera relación sexual de adolescentes de 15 a 19 años  
(Basada en submuestra de adolescentes que reportan haber tenido relaciones sexuales)**

	Lima		Huancayo		Iquitos		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 118)	(N= 160)	(N= 65)	(N= 128)	(N= 93)	(N= 167)	(N= 267)	(N= 455)
	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Edad de primera relación sexual, media (rango)</b>								
	15.8	15.6	16.4	15.9	16.0	14.0	16.0	15.5
	(12-19)	(11-19)	(7-19)	(12-19)	(8-19)	(7-18)	(12-19)	(7-19)
<b>Pareja de la primera relación sexual</b>								
Enamorado	<b>94.0</b>	3.2	<b>85.0</b>	4.2	<b>89.0</b>	5.6	93.0	3.4
Enamorada	0.0	<b>52.5</b>	0.0	<b>66.0</b>	0.0	<b>35.5</b>	0.0	52.0
Amiga	0.0	<b>28.8</b>	0.0	<b>22.5</b>	1.0	<b>33.1</b>	0.3	28.8
Amigo	1.0	0.0	<b>10.0</b>	0.7	5.0	1.7	2.0	0.1
Conocida	0.0	<b>5.2</b>	0.0	2.1	1.0	<b>7.3</b>	0.0	5.2
Conocido	0.0	0.5	1.0	0.0	2.0	0.3	0.1	0.5
Mujer a la que le pagué por tener RS	0.0	0.8	0.0	1.0	0.0	5.8	0.0	1.1
Hombre al que le pagué por tener RS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Mujer que me pagó por tener RS	0.0	<b>1.3</b>	0.0	0.0	0.0	<b>4.8</b>	0.0	1.4
Hombre que me pagó por tener RS	0.0	0.0	0.0	0.0	<b>1.0</b>	<b>0.4</b>	0.4	0.1
Recién conocido	1.0	<b>2.5</b>	0.0	1.3	3.0	0.9	1.0	2.3
Recién conocida	0.0	0.6	0.0	0.5	0.0	1.4	0.0	0.6
Pariente mujer	0.0	1.8	0.0	0.4	0.0	0.7	0.0	1.7
Pariente varón	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	<b>0.5</b>	0.9	0.1

### Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, (se muestran los más frecuentes)

No usó condón en la primera relación sexual	65.5	61.0	74.9	55.4	62.6	64.8	65.6	61.0
No usó ningún método	48.5	41.6	38.7	40.6	44.9	52.4	48.0	42.2
Método del ritmo	10.0	<b>13.2</b>	8.2	8.8	12.6	4.5	10.1	12.5
Coitus interruptus	<b>11.0</b>	<b>11.9</b>	<b>19.2</b>	9.5	<b>17.1</b>	<b>11.4</b>	11.9	11.8
Píldoras anticonceptivas	8.3	4.1	8.9	<b>11.8</b>	0.8	2.7	7.9	4.3

### Motivos para primera relación sexual

Porque ambos queríamos tenerla	<b>55.5</b>	<b>50.2</b>	<b>46.6</b>	<b>45.6</b>	<b>48.7</b>	<b>44.8</b>	54.9	49.8
No fue planeado / inesperada	<b>35.6</b>	<b>33.1</b>	<b>29.6</b>	<b>25.9</b>	<b>22.1</b>	<b>23.1</b>	34.7	32.2
Porque quería tenerla	8.3	<b>21.3</b>	13.9	<b>25.3</b>	<b>29.0</b>	<b>35.2</b>	9.5	22.2
Por presión de mi pareja	6.9	1.2	9.2	3.5	12.3	4.2	7.3	1.4
Había tomado o usado alguna droga	1.5	1.8	2.1	4.2	0.0	0.0	1.5	1.8
Fue forzada (violación)	0.0	0.0	<b>3.3</b>	0.0	<b>2.3</b>	0.0	0.2	0.0

En el grupo de adolescentes de 12 a 14 años, se halló solo 8 (3.9%) mujeres que habían tenido relaciones sexuales y 12 varones (5.9%). En Iquitos, la proporción de varones fue más alta: 12%, y en Lima más baja para varones (2.7%). Las edades de iniciación referidas estuvieron entre los 10 y 14 años. Informaron que se trató de amiga/o, enamorada/o, y casi un 70% no usó ningún método.

En un análisis univariado, se encontraron algunos factores asociados con el inicio de las relaciones sexuales: los varones tienen una mayor probabilidad de haberse iniciado sexualmente con respecto a las mujeres (OR 2.53, IC 95%, 1.85-3.46); el considerar que la educación en sexualidad fue insuficiente también se encontró como factor de riesgo en el inicio de las relaciones sexuales (OR 2.56, IC 95%, 1.2-

3.2); y se encontró como un factor protector el que reconozcan que donde más han aprendido acerca de temas sexuales fuera en el colegio (OR 0.6, IC 95%, 0.43-0.83).

Esto apoya las observaciones, hechas también en otros países, que indican que la información (la buena información acompañada por enseñanza de habilidades) no predispone sino que previene y retarda el inicio de relaciones sexuales.

En la tabla 17, se resumen algunos otros aspectos interesantes sobre comportamiento sexual. En Huancayo e Iquitos, el promedio de parejas sexuales en la vida de los varones resulta ser cercano a seis, y en Lima, cercano a cuatro. El número de parejas sexuales para mujeres es mucho menor. Esta diferencia por género también se ve en las parejas sexuales en el último año.

Al indagarse sobre la frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses, se encontró que es en Lima donde es más alta (9.1 relaciones sexuales para varones, 6.6 para mujeres); Iquitos (5.6 relaciones sexuales para mujeres y 6.4 para varones) tiene rangos mayores que en Huancayo (con un promedio de tres relaciones sexuales en tres meses).

La proporción de adolescentes que refieren haber usado condón en todas sus relaciones sexuales en los últimos tres meses es entre 9.4% y 28%, más frecuente en varones que mujeres.

Otro aspecto importante tiene que ver con el reconocimiento de relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas. Alrededor de un 20% admite haber estado alguna vez borracho o borracha. Y, dependiendo de las ciudades, especialmente los varones señalan haber tenido sexo bajo el efecto de drogas (alrededor del 6%), entre ellas marihuana, PBC y éxtasis.

**Tabla 17: Comportamiento sexual de adolescentes de 15 a 19 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 118)	(N= 160)	(N= 65)	(N= 128)	(N= 93)	(N= 167)	(N= 276)	(N= 455)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Promedio de parejas sexuales en su vida	1.7	3.9	1.3	5.8	1.9	5.9	1.7	4.1
Parejas sexuales en el último año	1.3	2.2	1.1	3.8	1.2	3.1	1.3	2.3
Promedio de RS en los últimos 3 meses	6.6	9.1	2.8	2.9	5.6	6.4	6.5	8.7
No ha tenido RS en los últimos 3 meses	28.0	25.6	56.9	30.5	29.0	22.8	35.1	25.9
Usó condón en todas sus relaciones en los últimos 3 meses	9.4	20.2	21.4	28.1	19.7	19.4	14.0	22.6
Indica haber tenido alguna vez relaciones sexuales estando borracha/o	2.0	21.3	11.6	31.4	9.2	16.6	22.0	21.5
Indica haber tenido alguna vez relaciones sexuales luego de consumir drogas	4.0	5.9	0.0	6.5	1.3	2.7	3.7	5.7

### Información sobre la última pareja sexual

En la encuesta se indagó acerca de las características de la última pareja sexual. Estas se resumen en la tabla 18. La mayoría de los/as adolescentes se refiere a la última pareja sexual como su enamorado/a, aunque en el caso de los varones la amiga es también frecuente. Cabe destacar que en Iquitos un 5.8% de los varones reconoce que su última pareja es alguien a quien pagó por tener sexo.

Respecto a la edad, las mujeres destacan frecuentemente que su última pareja es mayor que ellas, mientras que los varones mencionan que son de la misma edad o menores.

Al indagar sobre el sexo de la pareja, es interesante que en Iquitos 4.3% de varones reveló que su última pareja fue varón, y 2 (1.4%) o no recordaba o no sabía el sexo de la última pareja. El lugar más frecuente de la última relación sexual fue la casa de la pareja, seguido por un hostel u hotel.

**Tabla 18: Características de última pareja sexual y última relación sexual, adolescentes de 15 a 19 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 118)	(N= 160)	(N= 65)	(N= 128)	(N= 93)	(N= 167)	(N= 276)	(N= 455)
	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Última pareja sexual</b>								
Enamorado(a)	85.6	63.0	84.1	71.7	85.7	55.2	85.5	62.9
Amigo(a)	3.3	17.4	6.2	19.2	2.1	17.6	3.4	17.5
Conocido(a)	1.4	2.7	2.5	5.9	6.1	8.4	1.7	3.2
Recién conocido(a)	1.1	4.6	0.0	1.7	0.9	4.1	1.0	4.5
Mujer u hombre al que le pagué por tener sexo	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	5.8	0.0	1.2
Mujer u hombre que me pagó por tener sexo	0.0	0.9	0.0	0.9	0.0	0.9	0.0	0.9
Pariente mujer/hombre	0.0	0.6	1.6	0.5	0.0	1.6	0.5	0.7
<b>Edad de la última pareja sexual</b>								
Mayor	77.9	29.9	67.6	33.2	84.6	38.2	77.9	30.6
Misma edad	14.3	41.4	23.8	46.4	11.8	35.2	14.4	41.2
Menor	3.2	25.9	2.3	13.9	1.6	22.7	3.1	25.3
<b>Sexo de la última pareja sexual</b>								
Mujer	1.0	97.9	0.0	99.4	2.0	92.9	1.0	97.7
Varón	96.7	0.0	100	0.0	96.2	4.3	96.8	0.2
No recuerda	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.1
No sabe	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.1

### Lugar de la última relación sexual

Casa de la pareja	37.7	25.9	40.0	31.7	51.1	24.5	38.5	26.0
En un hostel/hotel	32.6	34.1	25.6	32.4	32.9	27.8	32.4	33.7
Casa del encuestado(a)	18.2	23.6	6.0	12.6	10.7	21.9	17.4	23.1
Casa de un amigo(a)	6.9	9.8	14.5	11.9	0.6	10.2	6.8	9.9
Excursión o campamento	0.0	0.0	2.4	3.0	1.9	4.2	0.2	3.6
No me acuerdo	1.5	4.7	1.5	0.0	0.0	5.7	1.4	4.6
En un carro	0.0	0.0	1.4	2.7	0.0	0.0	0.05	0.1
En el parque /calle	0.9	0.7	0.0	0.0	0.0	1.9	0.8	0.8
En la discoteca/bar	1.3	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	1.2	0.1
Centro comercial	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	0.1	0.0
Centro deportivo o recreacional	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	0.1	0.0

## Historia de ITS

Se preguntó acerca de historia de síntomas relacionados a ITS o infección del tracto reproductivo como el descenso vaginal en mujeres, descarga uretral en varones, úlcera genital y verrugas. Es interesante que, a pesar de ser muy jóvenes, el descenso vaginal es relativamente frecuente. También llama la atención la frecuencia de descarga uretral. (Tabla 19).

**Tabla 19: Historia de ITS**

	Lima		Huancayo		Iquitos		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 118)	(N= 160)	(N= 65)	(N= 128)	(N= 93)	(N= 167)	(N= 276)	(N= 455)
	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Síntomas de ITS</b>								
Descenso vaginal en el último año	41.1		37.1		29.9		40.4	
Descarga uretral		2.4		1.2		3.6		2.4
Llagas o heridas genitales en el último año	4.2	2.7	3.0	3.8	4.8	0.6	4.2	2.6
Verrugas genitales en el último año	1.8	0.4	5.6	2.1	1.2	1.7	1.9	0.5

## 6. USO DEL CONDÓN ENTRE ADOLESCENTES

### Conocimientos acerca del condón

Para ambos grupos de adolescentes (de 15 a 19 y de 12 a 14 años), la gran mayoría (97% y 84%, respectivamente) indica haber escuchado hablar acerca de condones, señalando a los profesores como los que más han hablado sobre el uso del profiláctico (más con varones que con mujeres). (Tablas 20 y 21)

Entre un 36% y 53% de adolescentes mayores, dependiendo de las ciudades, advierte nunca haber recibido información sobre condones de parte de sus padres. Para los/as adolescentes más jóvenes, los porcentajes varían entre un 38% y un 62%.

Se les preguntó a los/as adolescentes si sabían para qué se usaban los condones y se les colocó en el cuestionario alternativas de uso, algunas de las cuales eran verdaderas y otras no. Más de un 90% de los/as adolescentes (15-19 años) dijo sí saber para qué se usan, y de manera correcta señaló su uso para evitar embarazos (entre 68 y 79%), para evitar infectarse del VIH (54% a 71%), y para prevenir las ITS (entre 69% y 81%).

Entre el 70% y 80% de los/as adolescentes de 12 a 14 años, advirtió saber para qué se usa. Se reconoció al condón más frecuentemente como forma de evitar embarazos (81-52%), como prevención de las ITS (entre 42% y 78.6 %) y VIH (32% y 61,9%). Resulta interesante que en todos los casos los que más “conocen” el uso de condón sean los adolescentes en Iquitos.

### Acceso al condón

Los adolescentes del grupo de 15 a 19 años indican frecuentemente saber más dónde obtener condones que los menores (por encima de 77% lo sabe en el grupo de 15-19 años, comparado con 40% a 70% para los de 12 a 14). (Tablas 22 y 23). Claramente, hay diferencias por género y lugar. Más son los varones que saben dónde obtenerlo y, al parecer, más son de Lima.

Los lugares reconocidos para obtener condones son las farmacias (76.8%-53.3%), lo que no es una sorpresa y ya ha sido encontrado en otros estudios. El siguiente lugar en frecuencia son los establecimientos de salud y “centros de planificación familiar”.

Encontramos una alta frecuencia de adolescentes que admiten nunca haber comprado un condón, lo que es mayor (90%) entre las mujeres en todas las ciudades que entre los varones (alrededor de un 40%). Para los/as adolescentes de 12 a 14 años, no hay diferencias marcadas entre varones y mujeres; y entre un 85% y un 92% de los encuestados nunca han comprado un condón. Que los padres suministren condones aparece como una situación infrecuente.

**Tabla 20: Conocimientos acerca del condón en adolescentes de 15 a19 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 519)	(N= 423)	(N= 354)	(N= 307)	(N= 319)	(N= 269)
	%	%	%	%	%	%
<b>Han oído hablar acerca de condones o preservativos</b>						
Sí	97.9	97.0	94.6	99.2	96.1	97.8
<b>Los padres les han hablado sobre el uso del condón</b>						
Nunca	50.1	36.1	52.9	43.8	48.3	36.1
Solo la madre	26.1	12.5	25.0	13.6	25.1	9.1
Ambos	18.3	32.6	18.8	23.8	20.0	29.9
Solo el padre	4.8	17.7	3.7	18.6	6.2	25.6
<b>Los profesores en el colegio les han hablado sobre el uso del condón</b>						
Sí	88.2	87.9	83.3	90.2	86.1	90.2
<b>Saben para qué se usan los condones</b>						
Sí	94.8	94.4	91.5	94.3	88.0	95.8
<b>Para qué se usan los condones</b>						
Para prevenir						
ITS	76.5	78.0	74.0	69.6	81.4	77.7
Para evitar						
embarazos	76.6	69.0	72.4	68.2	79.0	73.0
Para evitar						
infectarse						
del VIH	58.9	59.6	57.0	54.2	60.0	71.0
Para evitar los						
sueños eróticos	1.8	1.4	1.4	0.9	0.8	1.0
No sé	1.4	0.7	3.6	0.2	2.4	0.8
No hay razones						
para usarlos	0.4	1.3	0.2	0.6	0.0	1.1

**Tabla 21: Conocimientos acerca del condón en adolescentes de 12 a 14 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 85)	(N= 75)	(N= 92)	(N= 88)	(N= 27)	(N= 42)
	%	%	%	%	%	%
<b>Han oído hablar acerca de condones o preservativos</b>						
Sí	84.7	84.0	83.7	83.0	92.6	100
<b>Los padres les han hablado sobre el uso del condón</b>						
Nunca	54.1	54.7	62.0	62.5	44.4	38.1
Ambos	12.9	32.0	19.6	20.5	7.4	33.3
Solo la madre	27.1	8.0	16.3	8.0	37.0	7.1
Solo el padre	3.5	2.7	2.2	8.0	7.4	23.8
<b>Los profesores en el colegio les han hablado sobre el uso del condón</b>						
Sí	57.6	69.3	64.1	64.8	70.4	73.8
<b>Saben para qué se usan los condones</b>						
Sí	80.0	77.3	72.8	77.3	70.4	88.1
<b>Para qué se usan los condones</b>						
Para evitar						
embarazos	61.2	64.0	57.6	52.3	66.7	81.0
Para prevenir ITS	62.4	60.0	42.4	54.5	44.4	78.6
Para evitar el VIH	36,5	52.0	32.6	45.5	48.1	61.9
No sé	11.8	13.3	19.6	10.2	14.8	4.8
No hay razones						
para usar condones	2.4	1.3	0.0	1.1	0.0	0.0
Para evitar los						
sueños eróticos	0.0	1.3	0.0	2.3	0.0	0.0

**Tabla 22: Acceso al condón en adolescentes de 15 a 19 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres (N= 519)	Varones (N= 423)	Mujeres (N= 354)	Varones (N= 307)	Mujeres (N= 319)	Varones (N= 269)
<b>Saben dónde obtener condones</b>						
Si	87.0	93.3	77.4	90.9	77.8	90.3
<b>Lugares donde se pueden obtener condones</b>						
Farmacia						
/Botica	82.2	82.4	76.8	78.0	64.7	73.0
Establecimientos						
de salud	58.4	52.1	59.7	54.1	62.3	64.4
Centro de planificación						
familiar	49.6	38.4	44.3	37.2	57.7	44.1
Hostal/Hotel	10.7	14.9	5.7	13.1	10.2	14.5
Tienda/Bodega						
/Mercado	6.0	4.4	3.0	6.7	4.4	13.8
Amigo	3.7	7.0	1.4	4.9	0.7	5.0
Discoteca/Bar	3.7	5.6	0.4	2.4	0.3	0.8
Grifo	2.0	2.0	0.5	0.4	0.0	0.5
Ambulante	0.6	0.8	0.0	1.8	1.3	2.9
<b>Nunca han comprado un condón</b>						
Nunca	91.6	62.0	86.5	63.8	92.4	57.4
<b>Tus padres te han dado condones alguna vez en tu vida</b>						
Nunca	96.4	86.6	92.2	87.5	93.2	79.1

**Tabla 23: Acceso al condón en adolescentes de 12 a 14 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 85)	(N= 75)	(N= 92)	(N= 88)	(N= 27)	(N= 42)
	%	%	%	%	%	%
<b>Saben dónde obtener condones</b>						
Si	61.2	70.7	48.9	54.5	40.7	61.9
<b>Lugares donde se pueden obtener condones</b>						
Farmacia/Botica	62.4	66.7	53.4	53.4	63.0	50.0
No sabe	24.7	24.0	30.4	27.3	22.2	9.5
<b>Establecimientos</b>						
de salud	22.4	38.7	31.5	35.2	25.9	47.6
<b>Centro de planificación</b>						
familiar	15.3	17.3	9.8	3.4	18.5	33.3
Hostal/Hotel	11.8	9.3	6.5	9.1	11.1	11.9
<b>Tienda /Bodega</b>						
/Mercado	7.1	10.7	5.4	10.2	7.4	9.5
Amigo	2.4	2.7	0.0	3.4	0.0	2.4
Discoteca/Bar	1.2	5.3	1.1	1.1	3.7	7.1
Grifo	1.2	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0
Ambulante	0.0	4.0	0.0	0.0	3.7	0.0
<b>Nunca han comprado un condón</b>						
Nunca	91.8	92.0	85.9	86.4	88.9	88.1
<b>Tus padres te han dado condones alguna vez en tu vida</b>						
Nunca	97.6	96.0	95.7	93.2	92.6	85.7

### **Uso de condón y acceso en adolescentes sexualmente activos**

Cuando se restringe el análisis a los adolescentes que señalan haber tenido alguna vez una relación sexual, encontramos que una alta proporción de mujeres (entre 62% y 76%) revela nunca haber usado condón, comparado con un 20% en los varones. (Tabla 24)

Aquí no se mide consistencia (uso en todas las relaciones sexuales, que es lo que se asocia con protección y menor riesgo de adquirir una ITS o el VIH-SIDA), solo medimos si alguna vez lo usaron. Entre un 83% y 86% de mujeres refiere nunca haber comprado condones.

En cuanto a las mujeres, el promedio de condones que compraron en su vida es de casi 2 en Huancayo e Iquitos, 5 en Lima; mientras que para los varones se sitúa entre 7 y 8 en las tres ciudades.

La forma más frecuentemente señalada en que consiguieron su último condón acusa claras diferencias por género. Para mujeres, los establecimientos de salud son la fuente más referida, mientras que para el caso de varones fueron los amigos o compraron ellos mismos los condones.

**Tabla 24: Uso de condones, acceso y fuentes en adolescentes de 15 a 19 años que afirman haber tenido relaciones sexuales**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 118)	(N= 160)	(N= 65)	(N= 128)	(N= 93)	(N= 167)
	%	%	%	%	%	%
Nunca ha usado condón	62.0	21.2	76.9	28.0	63.4	24.0
Nunca ha comprado un condón	83.8	27.5	86.0	39.0	86.0	38.9
<b>Cómo consiguió su último condón</b>						
<b>Establecimientos</b>						
de salud	38.1	23.1	41.5	19.5	40.9	26.9
Comprado	6.7	33.0	9.0	33.5	4.3	25.7
<b>Entregado por</b>						
un amigo(a)	15.2	28.0	17.0	28.0	17.2	28.7
<b>Entregado por la pareja</b>						
Entregado por la madre o el padre	24.5	3.7	12.3	4.6	22.5	5.3
<b>Entregado por un familiar</b>						
Entregado por un familiar	2.5	6.3	7.6	6.3	6.4	5.3
Entregado por un familiar	11.0	5.6	9.2	8.6	8.6	7.7

### Uso de condón con la última pareja sexual

En la encuesta, se indagó acerca de la disponibilidad y uso del condón en la última relación sexual que han tenido los/as adolescentes (Tabla 25). Encontramos que alrededor del 50% de los varones indica que tenía un condón a la mano y coincidentemente la misma proporción admite haber usado condón en su última relación sexual. Esta proporción es menor en mujeres (entre 25% y 29%), pero también coincide el hallazgo de tener un condón a la mano y usarlo.

Se indagó acerca de las razones por las que no usaron condones en la última relación sexual y la más frecuentemente indicada fue la de no tener condones disponibles; también se mencionó el uso de otros métodos o el desagrado por los condones.

**Tabla 25: Disponibilidad, uso de condón y razones reportadas para no usar condón en última relación sexual**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres (N= 118) %	Varones (N= 160) %	Mujeres (N= 65) %	Varones (N= 128) %	Mujeres (N= 93) %	Varones (N= 167) %
Sí tenía un condón a la mano	24.7	54.0	25.0	54.5	38.7	52.3
Usó condón en su última relación sexual	25.1	52.2	30.4	53.1	39.4	52.1
<b>Razones por las que no usó condón en su última relación sexual</b>						
No me gusta usar condones	15.9	13.0	6.3	6.6	11.7	5.2
Usé otro método anticonceptivo	11.7	8.6	14.8	6.6	3.4	2.9
No tenía ningún condón	13.7	16.7	22.4	20.8	20.3	19.3
No se me ocurrió	10.1	3.8	6.0	2.9	5.0	8.6
Por la emoción del momento	7.4	1.5	10.3	3.2	10.5	7.0
No sé usar condones	5.2	0.6	2.8	0.6	4.2	0.5

Había tomado						
mucho	1.9	1.9	0.0	5.0	1.0	0.7
Mi pareja se opuso	1.0	0.6	1.0	0.0	0.6	0.5
Por mis creencias						
religiosas	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0
Había consumido						
drogas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otro	5.7	2.1	1.5	1.3	1.0	2.1

### Barreras para acceder al condón

Los problemas identificados como barreras para conseguir condones fueron explorados con preguntas de respuestas múltiples. La alternativa más frecuentemente referida fue incomodidad o vergüenza. Es interesante que el costo del condón no sea percibido como una barrera. El grupo de adolescentes más jóvenes coincidió con las alternativas más frecuentes del grupo de adolescentes de 15 a 19 años; sin embargo, fue un número alto el que respondió no saber cuáles eran los problemas, probablemente reflejando su inexperiencia en el tema. (Tabla 26)

**Tabla 26: Barreras para acceder a condones en adolescentes de 15 a 19 años**

	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	(N= 519)	(N= 423)	(N= 354)	(N= 307)	(N= 319)	(N= 269)
	%	%	%	%	%	%
Incomodidad o vergüenza para comprarlos	60.2	59.8	50.4	44.9	46.3	48.9
Incomodidad o vergüenza para ir al establecimiento de salud	42.3	43.3	38.3	34.0	46.6	42.8
Ninguna	9.3	17.1	8.4	22.1	12.7	20.1
Horarios de atención de los establecimientos de salud	5.0	2.0	2.5	3.5	6.1	6.8

Costo de los condones	3.1	3.8	4.8	5.8	5.3	8.1
Lejanía de los lugares donde se consiguen gratis	2.7	2.4	4.0	3.9	3.1	10.1
Horarios de atención de farmacias/boticas	2.3	4.1	0.4	0.2	3.0	4.3
Lejanía de los lugares de compra	1.1	2.3	13.0	0.8	3.7	6.9

### **Impresión de los/as adolescentes respecto a actividades que podrían hacer que los jóvenes usen condón o retarden el inicio de relaciones sexuales**

Se incluyó en el cuestionario una pregunta que pedía calificar diversas actividades, según su importancia, para ayudar a los jóvenes a prevenir embarazos no deseados y/o ITS/VIH-SIDA.

Los resultados se resumen en las tablas 27 y 28. Muchas de las respuestas que se obtienen podrían estar influenciadas por diversos factores, pero vale la pena destacar que nuevamente consideran importante el rol de los padres y madres en relación a la necesidad de información, mientras que el costo de los condones no es un factor importante.

**Tabla 27: Importancia de actividades con adolescentes mujeres de 15 a 19 años para incrementar el uso del condón y retardar el inicio sexual**

	Lima (N= 519)	Huancayo (N= 354)	Iquitos (N= 319)	Total (N= 1192)
	%	%	%	%
Charlas educativas para jóvenes como nosotros	89.0	85.5	88.2	88.8
Charlas educativas para los padres	86.8	85.9	83.6	86.6
Crear centros de orientación para jóvenes, atendidos por jóvenes,	84.8	80.4	82.9	84.6
Que los profesores (en colegios, institutos, universidades) nos hablen acerca del condón y cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales	79.9	70.4	83.3	79.7
Que los padres nos hablen acerca del condón y cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales	75.1	66.1	74.2	74.7
Campañas de sensibilización (Televisión, radio, afiches, etc.)	71.5	74.7	68.5	71.5
Que los padres sepan que tenemos relaciones sexuales	62.4	52.8	60.4	62.0
Que podamos conseguir condones sin sentir vergüenza ni 'paltas'	60.5	45.7	54.3	59.8
Que los padres sepan que usamos condones	53.9	44.6	50.3	53.5
Que los centros de salud, puestos de salud y hospitales non den condones sin tener que pasar por consulta	51.7	39.7	54.9	51.4
Que tengamos mayor posibilidad de obtener condones	44.5	36.3	46.9	44.3
Que los condones sean más baratos	27.0	22.0	27.2	26.8
Que en el colegio se entreguen condones	24.4	21.3	32.4	24.6
Que personas de nuestra edad o amigos nos hablen acerca del condón y cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales	52.2	51.4	64.5	64.5

**Tabla 28: Importancia de actividades con adolescentes varones de 15 a 19 años para incrementar el uso del condón y retardar el inicio sexual**

	<b>Lima</b> (N= 423)	<b>Huancayo</b> (N= 307)	<b>Iquitos</b> (N= 269)	<b>Total</b> (N= 999)
	%	%	%	%
Charlas educativas para jóvenes como nosotros	76.1	77.1	84.6	76.5
Charlas educativas para los padres	69.7	74.6	78.7	70.2
Crear centros de orientación para jóvenes, atendidos por jóvenes, Que los profesores (en colegios, institutos, universidades) nos hablen acerca del condón y cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales	65.4	73.6	76.2	66.2
Que los padres nos hablen acerca del condón y cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales	68.0	66.6	75.9	68.3
Que los padres nos hablen acerca del condón y cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales	64.4	57.0	66.7	64.2
Campañas de sensibilización (Televisión, radio, afiches, etc.)	54.7	61.7	64.2	55.4
Que podamos conseguir condones sin sentir vergüenza ni paltas	58.8	49.3	60.2	58.5
Que tengamos mayor posibilidad de obtener condones	47.9	44.3	52.3	48.0
Que los centros de salud, puestos de salud y hospitales nos den condones sin tener que pasar por consulta	43.5	44.2	58.1	44.1
Que los padres sepan que usamos condones	46.5	37.9	50.3	46.3
Que los padres sepan que tenemos relaciones sexuales	44.7	40.8	45.0	44.5
Que personas de nuestra edad o amigos nos hablen acerca del condón y cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales	38.4	40.4	51.7	39.0
Que en el colegio se entreguen condones	30.9	30.6	45.8	31.5
Que los condones sean más baratos	27.4	29.8	40.8	28.0

### Factores asociados al uso de condón en adolescentes

Se realizó un análisis univariado buscando factores que se asocien al uso de condón en adolescentes. En la tabla 29, se resumen los hallazgos. Encontramos que los varones tienen tres veces más oportunidades de usar condón en sus relaciones sexuales que las mujeres; que aquellos que consideran que la educación que le dieron en el colegio sobre temas sexuales fue insuficiente tienen 60% más probabilidades de no usar condón; que aquellos que reportan que sus padres les han hablado sobre el uso del condón tienen casi tres veces más probabilidades de usar condón; los que saben para qué se usan, 48 veces más probabilidades de usar condón; y los que saben dónde comprarlos, 4.4 veces más.

Nuevamente, los padres y la escuela como fuentes de información pueden ser predictores de conductas sexuales más seguras en los y las adolescentes.

**Tabla 29: Factores asociados a uso de condón en adolescentes que indican haber tenido relaciones sexuales**

		OR	p	IC 95%	
<b>Sexo</b>	Femenino	1.0			
	Masculino	3.0	0.0	(1.6	5.8)
<b>La educación que te dan tus profesores en el colegio acerca de temas sexuales es</b>	Mucha\Suficiente				
	Insuficiente\Nada	0.6	0.03	(0.3	0.9)
<b>¿Tus padres alguna vez te han hablado sobre el uso del condón?</b>	Nunca	1.0			
	Sí	2.8	0.00	(1.5	5.1)
<b>¿Sabes para qué se usan los condones?</b>	No	1.0			
	Sí	48.3	0.00	(5.1	455.3)
<b>¿Sabes dónde podrías obtener condones?</b>	No	1.0			
	Sí	4.4	0.04	(1.1	18.2)

### **Máquinas expendedoras**

Por último, se decidió investigar la alternativa de las máquinas expendedoras como forma de facilitar el acceso a condones. Para ello, se incluyeron 4 preguntas al respecto. (Tabla 30)

El primer hallazgo es que las máquinas expendedoras son más conocidas en Lima. De los que conocen las máquinas, entre 70% y 90% considera que podrían mejorar el acceso, y más varones que mujeres lo consideran útil. Al preguntar dónde localizarlas, sugieren a las farmacias y boticas, establecimientos de salud, tiendas, centros comerciales, recepción de hoteles y otros lugares. Al preguntar específicamente si compraría condones de estas máquinas, alrededor de un 50% de los varones dice que sí, mientras que la proporción de mujeres que comprarían condones en máquinas (o tal vez que comprarían condones en general) es menor (alrededor de 20%). En cualquiera de los dos casos, estas son proporciones mucho mayores comparadas con el porcentaje de quienes reportan comprar condones.

**Tabla 30: Máquinas expendedoras y condones (adolescentes de 15 a 19 años)**

Lima		Huancayo		Iquitos		Total	
Mujeres (N= 519)	Varones (N= 423)	Mujeres (N= 354)	Varones (N= 307)	Mujeres (N= 319)	Varones (N= 269)	Mujeres (N= 1192)	Varones (N= 999)
%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Conocen las máquinas expendedoras (cualquier producto)</b>							
81.7	87.9	54.4	61.1	40.0	47.0	79.3	85.2
<b>Consideran que las máquinas podrían mejorar los problemas de acceso</b>							
65.0	69.0	77.0	90.0	71.0	92.0	69.0	79.0
<b>Dónde deberían colocarse estas máquinas</b>							
Farmacias/boticas							
58.5	47.4	53.6	52.3	58.2	55.4	58.3	48.0
En establecimientos de salud							
36.3	30.3	34.1	30.8	44.6	35.9	36.5	30.6
En la recepción de hoteles y hostales							
27.2	21.2	17.3	23.9	27.0	27.7	26.9	21.5
En los baños de hoteles y hostales							
25.2	18.8	16.8	15.9	17.1	21.5	24.6	18.8
Centro comercial							
17.1	17.5	15.6	16.7	14.1	16.2	17.0	17.4
Tiendas/bodegas							
14.0	18.0	13.3	13.3	19.9	19.1	14.2	17.8
En la calle /parques							
13.8	15.7	8.2	11.9	14.0	20.6	13.6	15.8
En los baños de discotecas/bares							
20.5	18.1	9.9	13.8	10.8	12.8	19.8	17.8
En la recepción de discotecas/bares							
12.1	16.9	15.5	15.9	9.7	10.1	12.1	16.6
En los baños de centros recreacionales							
8.5	6.6	5.9	7.1	4.9	9.6	8.2	6.7
En la recepción de centros recreacionales							
5.0	5.7	4.3	5.4	9.3	9.2	5.1	5.8
Sí comprarían condones en una máquina expendedora,							
25.0	52.0	44.0	83.0	18.0	46.0	22.8	50.8





# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DE LOS HALLAZGOS DEL PRESENTE ESTUDIO, se desprenden una serie de conclusiones y recomendaciones que presentamos organizadas según los objetivos iniciales.

### **1. Con respecto al conocimiento de VIH, SIDA, ITS y fuentes de información:**

#### **Conclusiones:**

- a) Alta proporción de adolescentes ha escuchado acerca del VIH, SIDA e ITS, siendo la proporción mayor en adolescentes mayores.
- b) Una alta proporción reconoce el uso del condón como una forma de protección frente al VIH/SIDA, una menor proporción reconoce el no tener relaciones sexuales como una forma de prevención.
- c) Se reconocen mitos como que “la buena higiene” es una forma de prevención, y existe mala información con respecto a la existencia de vacunas contra el VIH.
- d) Los y las adolescentes entre 15 y 19 años indican como fuentes de información, en orden de importancia, a: (i) los profesores, (ii) la madre, (iii) el padre. En cuanto a los/as adolescentes entre 12 y 14 años, para las mujeres la fuente primordial es la madre y para los varones los profesores.
- e) La información proveniente de profesores es calificada como insuficiente por un porcentaje alto de adolescentes.
- f) Hay una diferencia entre lo que los/as adolescentes señalan como sus fuentes de información actuales y quiénes creen ellos que deberían ser sus fuentes de información principal, poniendo en primer lugar a los padres, especialmente a la madre, e incluyendo al personal de salud y los profesores.
- g) Hay una pobre concordancia entre madres e hijos con respecto a cuáles son y cuáles deben ser las fuentes de información de los/as adolescentes sobre sexualidad y relaciones sexuales. Las madres no reconocen el rol de los profesores ni el del personal de salud en esta área.

#### **Recomendaciones:**

- Aclarar mitos con respecto a la prevención del VIH/ITS; por ejemplo, que la higiene es buena, pero no previene estas infecciones y que aún no existen vacunas.
- Diseminar la información acerca de las fuentes de información sobre sexualidad reconocidas por los/as adolescentes.
- Realzar el valor que los y las adolescentes le dan a recibir información por parte de sus madres y padres.
- Promover la mejora de la información brindada por los profesores, que es reconocida en este momento como la principal fuente pero también como insuficiente.

## 2. Con respecto a la comunicación de las madres con los/as adolescentes:

### Conclusiones:

- a) Las madres aparentemente hablan con los hijos de una serie de temas que se relacionan a la sexualidad y la salud reproductiva; sin embargo, ellas no son reconocidas por los adolescentes como su fuente principal de información
- b) Hay pobre coincidencia con lo que la madre considera que trata con su hijo y lo que el hijo siente que la madre trata con él o ella.
- c) Los/as adolescentes sí consideran que los padres (madre y padre) deberían ser fuentes importantes de información

### Recomendaciones:

- Promover canales de comunicación e intercambio entre madres (padres) y adolescentes
- Proveer a los padres de habilidades e información para poder guiar a sus hijos

## 3. Con respecto a comportamientos sexuales:

### Conclusiones:

- a) Entre los adolescentes de 15 a 19 años, aproximadamente un 21% de mujeres y 41% de varones han tenido relaciones sexuales. Entre los 12 y 14 años, 4% de las mujeres y 6% de los varones reportaron haber tenido relaciones sexuales.
- b) La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 16 años en mujeres y 15.5 años en varones; la edad de iniciación marcadamente menor en varones se da en Iquitos.
- c) Se encontró como un factor protector de inicio temprano de relaciones sexuales el que los/as adolescentes consideren que donde más han aprendido acerca de temas sexuales fuese en el colegio (OR 0.6, IC 95%, 0.43-0.83). ¡La información previene, no induce!
- d) La mayoría de mujeres señala que su primera relación sexual fue con su enamorado.
- e) La primera pareja sexual para los varones varía grandemente entre ciudades: enamorada, amiga, conocida. Hubo reportes de sexo con otros hombres y sexo con trabajadoras sexuales (Iquitos).
- f) La mayoría no usó condón en su primera relación sexual.
- g) Entre un 60 a 70% no usó protección efectiva para evitar embarazos.
- h) El 34.7% de las mujeres y el 32.2% de los varones expresan que su primera relación sexual fue inesperada o no planeada.
- i) En Huancayo e Iquitos, entre un 2% y 3% confiesa que su primera relación sexual fue por violación.
- j) Hay una diferencia importante entre el número de parejas sexuales en toda la vida para varones y mujeres (1.7 promedio para mujeres y 4.1 promedio para varones).
- k) El 65% de mujeres y el 74% de los varones informan haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses.

- l) 86% de las mujeres y 77% de los varones que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses señalan no haber usado condón.
- m) Alrededor de un 20% de mujeres y varones advierten haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol.
- n) Casi 4% de las mujeres y 6% de los varones indican haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto de alguna droga (marihuana, PBC o éxtasis).
- o) Se evidencia algunas peculiaridades en Iquitos: sexo con otros hombres y pago por tener relaciones sexuales.
- p) Las mujeres revelan haber tenido parejas de mayor edad.

#### **Recomendaciones:**

- Trabajar en la promoción de la protección (uso de condón y métodos anticonceptivos) desde la primera relación sexual (planear la primera relación sexual, que no sea inesperada ni forzada, y es necesario protegerse).
- Focalizar intervenciones en grupos de adolescentes más vulnerables a adquirir VIH-SIDA/ITS: adolescentes sexualmente activos/as que no se protegen usando condón, varones que tienen sexo con otros hombres, que pagan o reciben dinero por sexo, etc.
- Trabajar el tema del uso de alcohol o drogas como un factor que no permite manejar las situaciones y aumenta la vulnerabilidad de los/as adolescentes a tener relaciones sexuales no protegidas.
- Hacer notar que la práctica de las adolescentes de tener parejas de mayor edad las expone a personas con mayor “experiencia”, mayores probabilidades de estar expuestas a una ITS/VIH; y, por lo tanto, aumentar su riesgo a pesar de que en general las mujeres tienen un número bajo de parejas sexuales.
- Proveer de información adecuada, clara y suficiente a los/as adolescentes sobre sexualidad y temas relacionados. Enseñar habilidades. Aprovechar los espacios escolares. Aquí la escuela tiene un rol importante.

#### **4. Con respecto a los factores asociados al uso y acceso a condones en adolescentes:**

##### **Conclusiones:**

- a) Alta proporción de los/as adolescentes (84%-97%) ha escuchado hablar acerca de condones.
- b) La razón para el uso de condón más frecuentemente reconocida es la prevención de embarazos (68%-79%), seguida por el uso para prevenir ITS (69%-81%) y luego para prevenir VIH (54%-71%).
- c) Los/as adolescentes reportan frecuentemente saber dónde obtener condones, aunque hay diferencias por edades, sexo y ciudad.
- d) Hay claras diferencias por género en cómo consiguen condones: las mujeres, de los establecimientos de salud; los varones, por amigos o por compra.
- e) El lugar más frecuentemente reconocido para obtener condones es la farmacia.
- f) Una alta proporción de adolescentes mujeres (62%-76%) que refieren haber tenido relaciones sexuales

nunca ha usado un condón. En el caso de los varones, alrededor de un 20% admite nunca haber usado un condón.

- g) El tener un condón “a la mano” cuando se va a tener una relación sexual, se asocia con usar condón, tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, aproximadamente un 54% de varones, y alrededor de 30% de las mujeres, usaron condón en su última relación sexual.
- h) La razón más frecuentemente referida de por qué no se usó condón en la última relación sexual fue la falta de disponibilidad, seguida por la de usar otros métodos o por no gustarle usar condones.
- i) Los/as adolescentes reconocen como una barrera para acceder a condones la incomodidad y vergüenza para comprarlos o pedirlos. Aparentemente, los costos no son un problema.
- j) Los/as adolescentes notan el importante rol de los padres y madres y la necesidad de información (tanto para ellos como para los padres y madres).
- k) El que los padres hablen acerca del uso de condones con los hijos se asocia al uso de condones en sus relaciones sexuales.
- l) De aquellos que conocen las máquinas expendedoras, entre 70 y 90%, y especialmente los varones, consideran que podrían mejorar el acceso a condones; y entre 18 y 25% de las mujeres y 46% y 83% de los varones (dependiendo de las ciudades) sí compraría condones de una máquina expendedora.

#### **Recomendaciones:**

- Reforzar el concepto del condón como forma de protección contra el VIH. El concepto de uso de condón como protección para evitar el embarazo implica usarlo en “ciertos periodos peligrosos”; en el caso de VIH y las ITS, debe enfatizarse el uso correcto (desde el inicio de los juegos sexuales) y consistente (en todas las relaciones sexuales).
- Promover tanto habilidades en el uso del condón como el tener disponibles condones cuando se planea tener relaciones sexuales.
- Promover el empoderamiento de las jóvenes de modo que ellas puedan también tener condones disponibles cuando vayan a tener relaciones sexuales.
- Incluir a los padres y madres en intervenciones que pretendan llegar a los/as adolescentes.
- Pilotear la estrategia de máquinas expendedoras de condones como una forma de mejorar la disponibilidad. Es posible que sea más popular, finalmente, en lugares como Huancayo y más con los varones.



# BIBLIOGRAFÍA

1. UNFPA. The state of World Population 2003 report. New York: UNFPA, 2003.
2. SENANAYAKE P. Adolescent fertility. Oakland, California: Third Party Publishing, 1990.
3. UNFPA. State of World Population 2004: The Cairo consensus at ten - population, reproductive health and the global effort to end poverty. UNFPA, 2004.
4. AGI. Into a new world: Young women's sexual and reproductive lives. New York, 1998.
5. HOLMES K, LEVINE R, WEAVER M. NIAID Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention 2001. Bulletin of the World Health Organization 2004;82:454-61.
6. HOLMES KK, SPARLING F, MARDH P, ET AL., eds. Sexually Transmitted Diseases. Third Edition ed. New York: Mc Graw-Hill, 1999.
7. FHI. Youth Net: Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes. Resumen del informe de fin del Programa ENFOQUE en Adultos jóvenes. EEUU: Family Health International, 2003.
8. CELENTANO D, NELSON K, LYLES C. Decreasing incidence of HIV and sexually transmitted diseases in young Thai men: evidence for success of the HIV/AIDS control and prevention program. AIDS 1998;12:F29-F36.
9. HANENBERG R, ROJANAPITHAYACKORN W, KUNASOL P, SOKAL D. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. The Lancet 1994:243-245.
10. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES 2000). Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001.
11. UPCH. Proyecto PREVEN: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.
12. CAMPOS P. Enfermedades de transmisión sexual en centros de salud. Reporte al Ministerio de Salud, 1995. Inédito.
13. OGE. Boletín anual VIH-sida 2004: Ministerio de Salud /Oficina General de Epidemiología, 2004.
14. ADLER M, FOSTER S, RICHENS J, SLAVIN H. Sexual Health and Care: Sexually Transmitted Infections. Guidelines for Prevention and Treatment. London: Overseas Development Administration, 1996.
15. NICOLL A, BENNETT D, CATCHPOLE M, ET AL. Sexual Health and Health Care: HIV, AIDS and Sexually Transmitted Infections. Global Epidemiology, Impact and Prevention. London: Overseas Development Administration, 1996.
16. DALLABETTA G, LAGA M, LAMPTEY P. Control of Sexually Transmitted Diseases: A handbook for the design and management of programs. Washington DC: AIDSCAP/Family Health International, 1997.
17. UNAIDS. The public health approach to STD control. Geneva: UNAIDS, 1998.
18. UNAIDS. Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care. Geneva, 1997.

19. HUTCHINSON M, JEMMOTT J, JEMMOTT L, BRAVERMAN P, FONG G. The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: a prospective study. *J Adolesc Health* 2003;33(2):98-107.
20. MILLER B. Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *J Sex Res* 2002;39(1):22-26.
21. MILLER K, KOTCHICK B, DORSEY S, FOREHAND R, HAM A. Family communication about sex: what are parents saying and their adolescents listening? *Fam Plann Perspect* 1998;30(5):218-222,235.
22. KAROFKY P, ZENG L, KOSOROK M. Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *J Adolesc Health* 2001;28(1):41-45.
23. DITTUS P, JACCARD J. Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *J Adolesc Health* 2000;24(6):268-278.
24. IRI. Estudio de conocimientos, actitudes, prácticas y creencias sobre sexualidad en gente joven. Lima, Perú: Information Resources Inc / PROCETSS, 1999.
25. GARCÍA P, GOTUZZO E, HUGHES J, HOLMES K. Syndromic management of STDs in pharmacies: evaluation and randomised intervention trial. *Sex Transm Infect* 1998;74(Suppl 1):S153-158.
26. Reglamento de la Ley contra el SIDA, 1997.
27. GOICOCHEA P, BERNALES J, GARCÍA P. Social Marketing of STD / AIDS Prevention Packet, Feasibility Study (Final Report). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Wellcome Trust, 2000.
28. FHI. Behavioral Surveillance Surveys BSS: Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. USA: Family Health International, 2000.
29. CÁRCAMO C, HUGHES J, GARCÍA P, ET AL. Sexually Transmitted Disease (STD) Prevalences from the 2002 National Household-Based General Population Survey of Young Urban Adults in Peru. 15th biennial congress of international society of sexually transmitted diseases research 2003, OTTAWA, CANADA.