

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“RELACIÓN ENTRE MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTAS
DE RIESGO SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN
ADOLESCENTES ESCOLARES DE CHILE”**

KARLEEN SPENCER PATTERSON

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

**PROFESORES GUÍA DE TESIS: PROF. FANNY BERLAGOSKY MORA Y
PROF. MAURICIO FUENTES ALBUQUERQUE**

SANTIAGO, ENERO 2019

Agradecimientos

A Dios por ser mi guía constante.

A mi familia por su amor y apoyo incondicional.

A mis profesores guía por su motivación, enseñanzas y dedicación durante este proceso.

A la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCID) por brindarme la oportunidad de ser beneficiaria de su programa de becas y por el apoyo brindado durante mi curso por este magíster.

Tabla de contenido

I. Resumen.....	4
II. Introducción.....	5
III. Marco Teórico	8
3.1 La etapa de adolescencia.....	8
3.2 Conducta Sexual de Riesgo: definición y predisposición en los(as) adolescentes	10
3.2.1 Iniciación sexual temprana	13
3.2.2 Uso de métodos anticonceptivos (MAC) en la última relación sexual.....	15
3.2.3 Múltiples parejas sexuales.....	18
3.3 Determinantes sociales asociados a conductas sexuales de riesgo en adolescentes	20
3.4 Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo	24
3.5 La familia del adolescente como factor protector	27
3.5.1 Monitoreo parental: definición y antecedentes.....	29
3.6 Pregunta de investigación	31
IV. Objetivos e Hipótesis	32
4.1 Objetivo general.....	32
4.2 Objetivos Específicos	32
4.3 Hipótesis.....	32
V. Marco Metodológico	33
5.1 Tipo de estudio.....	33
5.2 Universo y muestra.....	33
5.3 Variables y su operacionalización	35
5.4 Fuente de datos y análisis de la información.....	38
5.5 Aspectos éticos	39
VI. Resultados	40
6.1.1 Descripción de la población	40
6.1.2 Relación entre monitoreo parental y conductas de riesgo sexuales y reproductivas.	43
VII. Discusión.....	47
VIII. Conclusiones	55

IX. Recomendaciones para futuras investigaciones.....	57
X. Bibliografía.....	58
XI. Anexos.....	68

I. Resumen

Introducción Una conducta sexual de riesgo se define como aquella que mediante la exposición sexual puede generar daños a la salud propia o a la de otras personas. Las conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes, definidas como: iniciación sexual temprana, relaciones sexuales sin protección o relaciones sexuales con parejas múltiples, son un área importante de preocupación para la salud pública debido a las muchas consecuencias negativas que tienen asociadas, como son los embarazos no deseados, los abortos inseguros y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El monitoreo parental es la práctica parental más comúnmente estudiada en relación con el comportamiento de riesgo sexual en adolescentes. El monitoreo incide en la actividad sexual, al restringir las oportunidades de los adolescentes para participar en conductas de riesgo, así como también al limitar su contacto con pares o amigos que presenten alta probabilidad de participar en ellas.

Objetivo Evaluar la relación del monitoreo parental con la presencia de conductas de riesgo sexuales y reproductivas de adolescentes escolares chilenos de 15 a 19 años.

Material y Métodos Se utilizaron los datos de la Octava Encuesta Nacional de Juventud de Chile 2015 del Instituto Nacional de Juventud (INJUV). Mediante un análisis de regresión log-binomial, se estimó la relación existente entre las variables de respuesta (iniciación sexual temprana, uso de métodos anticonceptivos (MAC) en la última relación sexual y múltiples parejas sexuales en el último año) y las variables predictoras (tipo de monitoreo parental).

Resultados Existe asociación entre el monitoreo parental con las conductas sexuales y reproductivas de riesgo en adolescentes chilenos, sin embargo, esta asociación puede variar según la forma de medición del monitoreo parental (conocimiento de los lugares de estancia frecuente del adolescente y conocimiento de sus amigos cercanos) y el nivel del mismo (bajo, medio, alto).

Conclusiones Los resultados obtenidos por la presente investigación significan un primer acercamiento en Chile para el aporte de evidencia que permita incorporar más fuertemente el componente familiar en la elaboración de programas específicos encaminados a la prevención e intervención de las conductas sexuales y reproductivas de riesgo en la adolescencia.

Palabras clave Conducta sexual de riesgo, monitoreo parental, adolescencia

II. Introducción

La sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, pero en cada período evolutivo presenta características diferenciales. Esto es particularmente notorio en la adolescencia, la cual se trata de una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios, dependiendo del contexto en que sucedan, implican un gran potencial para lograr una mayor autonomía y un crecimiento excepcional en el adolescente. No obstante, del mismo modo pueden tener influencias de tipo negativo, que impliquen una mayor vulnerabilidad en el desarrollo de comportamientos perjudiciales, entre los que sobresalen, las conductas sexuales de riesgo (1).

Una conducta sexual de riesgo se considera como aquella que mediante la exposición sexual puede generar daños a la salud propia o a la de otras personas. Desde el enfoque de la salud sexual y reproductiva, el ejercicio de la sexualidad puede constituirse en un potencial riesgo, en tanto se despliegue en un contexto de desinformación y desprotección (2). De hecho, los comportamientos sexuales de riesgo, como la iniciación sexual temprana, las relaciones sexuales sin protección, las relaciones sexuales con múltiples parejas o bajo los efectos de algún estupefaciente, a menudo ocurren durante la etapa de la adolescencia por la susceptibilidad que tiene el adolescente de desenvolverse en dichos contextos. Además, las investigaciones muestran que las percepciones y prácticas no saludables del sexo, incluida la visión de las mujeres como objetos sexuales, la explotación y abuso sexual, además del hecho de utilizar presión o fuerza para obtener sexo, generalmente comienzan durante esta etapa de la vida (3).

Por otra parte, las principales consecuencias de estas conductas, como son los embarazos no deseados, los abortos inseguros y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se han constituido en importantes problemas de salud pública, tomando en cuenta que afectan de manera importante la salud y el bienestar de los y las adolescentes, siendo estos elementos clave para el desarrollo social, político y la sostenibilidad económica a largo plazo de una sociedad (4).

Diferentes autores se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, debido a que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto (5). Por ejemplo, en los últimos años, tanto en Chile como en la mayoría de los países del mundo, ha habido un incremento en la precocidad de la actividad sexual adolescente. La iniciación sexual ocurre cada vez a más

temprana edad, registrando promedios de inicio de 13,5-16 años, con edades tan tempranas como los 11 años. Para los adolescentes de muchos países de América Latina y el Caribe, la edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años (6). Esto se ve reflejado en las altas tasas de embarazo adolescente de la región, las cuales oscilan alrededor de los 66,5 nacimientos por cada 1.000 niñas entre 15 y 19 años, siendo superadas únicamente por las de África Subsahariana (7). Otro punto es que actualmente hay aproximadamente 9,1 millones de casos de infecciones de transmisión sexual entre jóvenes de 15 a 24 años, observándose un aumento anual importante de la incidencia de VIH (8). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los jóvenes de entre 15 y 24 años representaron en 2009 un 40% del total de nuevos casos de infección por el virus, y en la actualidad las cifras van cada vez más en aumento (9).

La literatura con respecto al tema indica que el papel desempeñado por los padres en la crianza de los hijos es de gran importancia, tanto para promover un adecuado vínculo emocional, cómo para guiarlos en la toma de decisiones y evitar que se involucren en comportamientos de riesgo. Si bien las prácticas parentales son vitales en diferentes instancias del desarrollo, lo son aún más durante la adolescencia por ser una etapa de particular vulnerabilidad para la manifestación de ese tipo de conductas. Distintos estudios han demostrado que la manera en que los padres se comportan con sus hijos y las relaciones que éstos mantienen, son una de las variables de mayor influencia en predecir la conducta de los/las jóvenes (10).

El monitoreo parental es la práctica parental más comúnmente estudiada en relación con el comportamiento de riesgo sexual en adolescentes. Su medición incluye: el conocimiento de los lugares donde pasan los adolescentes, la supervisión de las actividades que realizan, así como el conocimiento de sus amigos más cercanos. El monitoreo incide en la actividad sexual, al restringir las oportunidades de los adolescentes para participar en conductas de riesgo, así como también al limitar su contacto con pares o amigos que presenten alta probabilidad de participar en ellas. Un monitoreo parental exitoso puede reflejar un mayor conocimiento de los padres sobre las actividades en las que participa el adolescente, siendo este conocimiento un *proxy* de la cercanía y las relaciones existentes entre ambos (11).

Una cantidad considerable de evidencia empírica en la literatura respalda el vínculo entre niveles más altos de monitoreo parental y niveles más bajos de comportamiento de riesgo sexual juvenil; con diferencias encontradas según género y entre diversos grupos socioeconómicos. Por ejemplo, un estudio realizado en Escocia con adolescentes de edad promedio de 15,5 años, encontró una asociación positiva entre el monitoreo parental con el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, el uso del condón en la última relación sexual y la ausencia en la práctica de relaciones sexuales

casuales. Las mujeres en general fueron más monitoreadas por sus padres que los hombres (12).

En Chile, a pesar de que existen estudios que han indagado acerca de distintas conductas de riesgo en adolescentes, son pocos los que han hecho énfasis específicamente en conductas sexuales riesgosas y más aún en su relación con el monitoreo parental. Además, la mayor parte de estos estudios no cuenta con representatividad a nivel nacional.

En ese sentido, la presente investigación tiene como principal objetivo estudiar la relación entre el monitoreo parental y la presencia de conductas de riesgo sexuales y reproductivas de adolescentes escolares chilenos. Se utilizarán los datos de la Octava Encuesta Nacional de Juventud de Chile 2015, la cual suministra información de base que permite conocer y cuantificar adecuadamente la prevalencia de ciertas condiciones, conductas y actitudes de jóvenes y adolescentes chilenos. La misma incluye diversos módulos con distintas áreas temáticas, siendo de especial interés para la presente investigación el módulo de *“Salud Sexual y Reproductiva”*, el cual permite indagar acerca de diversas prácticas o conductas sexuales de riesgo en población adolescente. Del mismo modo se hace énfasis en el apartado que indaga acerca de la percepción de los adolescentes respecto a las prácticas de monitoreo parental que tienen sus padres de familia con ellos/as. Se espera que los resultados obtenidos constituyan un aporte valioso que brinde información con sustento científico sobre la situación sexual de los adolescentes y su relación con la supervisión de los padres de familias. Lo anterior para que esto ayude efectivamente en la toma de decisiones públicas que contribuyan a disminuir las prácticas sexuales de riesgo en los adolescentes y a potenciar su bienestar y el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

III. Marco Teórico

Este apartado brinda los fundamentos teóricos de las variables que serán estudiadas. Primeramente, se realiza una descripción de la adolescencia como etapa de susceptibilidad para la adopción de distintas conductas de riesgo. Seguidamente, se presenta el concepto de conductas sexuales de riesgo, describiendo aquellas que fueron consideradas para el presente estudio. Seguido, se analiza el género, el nivel socioeconómico y el nivel educativo como determinantes sociales para el desarrollo de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Finalmente, se profundiza en el tema de la familia como factor protector y se define el concepto de monitoreo parental y su relación con las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia.

3.1 La etapa de adolescencia

La OMS define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo que se produce entre los 10 y los 19 años; siendo “adolescentes tempranos” entre 10 y 14 años y “adolescentes tardíos” entre 15 y 19 años (13).

Organismos que trabajan con este grupo poblacional, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), aluden a la adolescencia como *“una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos”* (14).

Según el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA), en la actualidad, más de 1.200 millones de adolescentes viven en el mundo, representando el 18% de la población mundial. Estos números indican que el planeta ha alcanzado la cohorte más grande de adolescentes en la historia, duplicando la cifra desde 1950. Para América Latina y el Caribe la cifra corresponde a 108 millones de adolescentes, siendo la región con la cuarta cifra más alta en el mundo (3).

En el informe “The State of the World’s Children 2011” se expresa que resulta difícil definir la adolescencia por diversas razones. Primero, porque se sabe que la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo la experimenta. Por tanto, a la pubertad no es posible considerarla como la línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia pues se suceden cambios a diferentes edades en hombres y mujeres, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor que complica la definición de adolescencia, son las grandes variaciones en relación con las leyes en distintos países sobre la edad mínima

para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como casarse y consumir bebidas alcohólicas. A pesar de que en muchos países los 18 años marcan la transición a la edad adulta, existen países en los que esto no es así, pudiendo ser antes o después y existiendo en ocasiones diferencias en la mayoría de edad entre sexos. La tercera dificultad que plantea la definición de la adolescencia, es que independientemente de lo que digan las leyes acerca del punto que separa la adolescencia de la edad adulta, en la realidad esto no se respeta y se permite a los adolescentes asumir actividades que legalmente no les corresponden como trabajar, casarse, conducir y/o consumir bebidas alcohólicas (14).

Pese a esto, la mayoría de las definiciones coinciden en que es el comienzo de la pubertad lo que marca el pasaje hacia la adolescencia. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios en el desarrollo físico, biológico, psicológico y sexual (13). Los cambios más evidentes a la observación son los corporales. Sin embargo, otros atributos menos definidos tales como los modos de pensamiento, las conductas y las relaciones sociales también se modifican durante este período. La velocidad de estos cambios varía de un individuo a otro (15).

Entre los cambios psicológicos y sociales se encuentra el desarrollo de la identidad propia, la cual va a propiciar la aparición de actitudes egocéntricas y enamoramientos intensos y de corta duración. Aunado a esto, se da inicio a una etapa de exploración de la sexualidad y experimentación de las primeras vivencias sexuales. Estas conductas en los adolescentes ocurren dada la presencia de características tales como la impulsividad, los cambios emocionales y/o de ánimo y la necesidad de explorar límites (15).

Los patrones de conducta establecidos durante este proceso hacen de la adolescencia una etapa de asunción de riesgos considerables, durante la cual el contexto sociocultural y psicosocial pueden tener una influencia determinante. Los adolescentes se pueden ver sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas y para empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, sin protección o incursionando en otras prácticas sexuales riesgosas; esto sin dejar de lado que pueden ser víctimas de explotación o abuso sexual. Entre las principales consecuencias se encuentran: traumatismos, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, las cuales muchas veces traen secuelas negativas duraderas en la salud y bienestar de los y las adolescentes (13).

Críticamente, la participación en estos comportamientos o conductas de riesgo que inician en la adolescencia, se incrementan con el aumento de edad en esta etapa,

continuando a menudo en la adultez temprana (16). Diversos autores señalan que estas conductas son más comunes durante la adolescencia tardía (15-19 años), la cual se caracteriza por ser una etapa en la que aumenta la experimentación sexual, los cambios imprevisibles de conducta y los sentimientos de invulnerabilidad, unidos a una resistencia al uso de métodos de protección y una falta de información referente a las vías de transmisión y formas de prevención de ITS (17).

Si bien la adolescencia es una etapa en la cual las personas son más susceptibles a tener conductas riesgosas, se trata también de un período reflexivo idóneo para aportar conocimiento y desarrollar habilidades que guíen la toma de decisiones del adolescente hacia conductas de autocuidado (15). Con el fin de comprender las conductas de los adolescentes, es importante entender su entorno y como éstos se relacionan e interactúan en él. Este entorno incluye a la familia, los padres o apoderados, los grupos de pares, amistades, entre otros. Ello implica que las intervenciones que se realicen deben tener en cuenta estas dimensiones, ejecutarse de manera temprana y además incluir de forma obligada a los propios adolescentes y a sus familias (18).

3.2 Conducta Sexual de Riesgo: definición y predisposición en los(as) adolescentes

Definición

La conducta sexual se puede definir como el contacto físico entre personas, fundamentalmente con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos. La misma, abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita sólo a coito o penetración. Incluye, en general, cualquier contacto que suponga excitación sexual con o sin orgasmo, como por ejemplo: abrazos, masajes, caricias o besos en el cuerpo, caricias en la zona genital, sexo oral y penetración (con o sin eyaculación) (6).

De acuerdo con la OMS, una conducta de riesgo es una *“forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente”*. Este enfoque, netamente biomédico contrasta con otros enfoques planteados desde la psicología que consideran aspectos más amplios de los factores determinantes y de las consecuencias, no solo ligados a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo, como por ejemplo en el caso de los y las adolescentes, la influencia e impacto en su rendimiento escolar y otros aspectos de su vida personal como la experimentación de sentimientos de culpa (19).

Pese a lo anterior, la mayoría de los conceptos no consideran esta dimensión social y definen las conductas sexuales de riesgo como cualquier comportamiento en el cual exista la exposición, vinculación o relación sexual o coital, que pueda ocasionar daños a la salud propia o de otras personas, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados o no planificados (1).

Varios autores concuerdan en que no existe un consenso sobre la tipificación de las conductas sexuales de riesgo, ya que se trata de un concepto que ha sido definido y operacionalizado en formas distintas y desde distintos puntos de vista (5) (20). No obstante, concuerdan en que cualquier definición del fenómeno debe incluir factores relacionados con actividad sexual sin métodos de barrera (generalmente el condón); actividad sexual realizada bajo los efectos de drogas o alcohol, iniciación sexual temprana y actividad sexual con múltiples parejas. Cuando cualquiera de estas actividades se presentan y su ocurrencia es frecuente, se dice que el individuo practica actividades sexuales de riesgo (20) (21) (22).

Un estudio español sobre “Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes” adiciona a las conductas anteriores la práctica de sexo oral y anal, además de que pone en evidencia que se trata de conductas que son más prevalentes en adolescentes varones que en mujeres (1).

Predisposición a la práctica de conductas sexuales de riesgo en la adolescencia

A diferencia de otros tipos de comportamientos de riesgo en la adolescencia, la conducta sexual de los jóvenes ha sido descrita por algunos autores como una actividad que es parte de su desarrollo normal y en la que casi todos se involucrarán en la adultez temprana. Desde un modelo biopsicosocial, los investigadores enfatizan que los aspectos normativos biológicos (p.e. cambio hormonal, maduración física), relacionales (p.e. noviazgos, relación con pares, amigos), familiares (p.e. cohesión familiar, educación sexual en el hogar, establecimiento de límites), y socioculturales (p.e. normas sociales y expectativas personales) de la sexualidad promueven el inicio y los patrones sexuales de comportamiento durante la adolescencia (8).

Alternativamente, otros enfatizan varios mecanismos biológicos, sociales y psicológicos que aumentan el nivel de riesgo asociado con el comportamiento sexual durante este período. Aunque la formación de una identidad sexual es un punto clave del desarrollo, también es cierto que el establecimiento de una identidad sexual no depende del inicio de la actividad sexual durante la adolescencia. Desde una perspectiva neurobiológica,

la adolescencia es un período de desarrollo único durante el cual las estructuras que componen la red socioemocional, se desarrollan rápidamente mientras que las estructuras que comprenden la red de control cognitivo son más lentos para madurar (8). El desarrollo acelerado de la red socioemocional, por lo tanto, conduce a una mayor capacidad de respuesta a las señales emocionales (por ejemplo, atracción sexual, impulsividad) mientras que la capacidad para participar en la regulación cognitiva y emocional es aun relativamente inmadura (11).

La corteza prefrontal, el área del cerebro responsable de la toma de decisiones, el razonamiento y la planificación, es la última área del cerebro que se desarrolla en el adolescente y no alcanza la maduración completa hasta la adultez temprana. Como resultado, la red de control cognitivo de los jóvenes es menos efectiva para imponer el control reglamentario sobre el comportamiento impulsivo y arriesgado durante los estados intensificados de excitación y atracción física (23).

La combinación de una mayor sensibilidad y vulnerabilidad a los estímulos emocionales y sociales, y el control cognitivo inmaduro, aumenta la propensión al comportamiento sexual y conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia. Es así como los adolescentes tienen muchas menos herramientas que los adultos para lidiar con los complejos procesos emocionales que a menudo se asocian con las relaciones íntimas y las conductas sexuales riesgosas (5).

Según una encuesta exhaustiva de salud realizada por la OMS entre 16.000 jóvenes de 10-18 años en nueve naciones del Caribe, más del 50% de los hombres sexualmente activos y el 25% de las mujeres sexualmente activas informaron haber tenido su primera experiencia sexual a los 10 años, y sólo el 53% de los hombres y las mujeres habían usado un anticonceptivo en la última relación sexual. Por otra parte, en otra encuesta con adolescentes de 15 a 19 años se reveló que el 54% de los hombres y el 32% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales en el último año; de ellos el 52% de los hombres y el 12% de las mujeres habían tenido más de una pareja sexual durante ese período (11).

Dadas las vulnerabilidades y consecuencias asociadas con la conducta sexual de riesgo en los adolescentes, esta no puede subestimarse, por el contrario, existe una clara necesidad de explicar los factores asociados a ella, los elementos que moderan estas asociaciones, así como sus principales antecedentes. Es bajo esta línea, que en el presente estudio se hará énfasis en la iniciación sexual temprana, la ausencia en el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual y las múltiples parejas sexuales como conductas sexuales de riesgo en los y las adolescentes chilenos(as). Lo anterior debido a que la literatura las destaca como prácticas de riesgo que son frecuentes durante la etapa de la adolescencia (11) (24) (25).

3.2.1 Iniciación sexual temprana

La iniciación sexual se define como la primera relación sexual que ocurre con penetración vaginal (26). Diversos autores concuerdan con que ésta es temprana cuando ocurre antes de los 15 años de edad, además señalan que se trata de un período especial de riesgo, por las consecuencias que conlleva al aumentar el riesgo de resultados adversos de salud en el adolescente (24). Por ejemplo, investigaciones refieren que los y las adolescentes con inicio sexual temprano presentan más comportamientos sexuales de riesgo, tales como mayor cantidad de parejas sexuales, parejas ocasionales de alto riesgo, ausencia en el uso de métodos de anticoncepción; y por tanto mayor riesgo de ITS y de tener o repetir un embarazo no planificado (26) (27) (28).

Diversas investigaciones demuestran que a nivel mundial la actividad sexual ocurre cada vez a edades más tempranas, registrando promedios de inicio de 13,5-16 años, con edades tan tempranas como los 11 años. En los Estados Unidos y Europa, la mayoría de los adolescentes inician las relaciones sexuales a los 16 años en promedio, aunque hay variaciones por región, etnia y género (27). En América Latina y El Caribe, aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53-71% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para los adolescentes de muchos países latinoamericanos, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años (6).

Son varios los determinantes que se han asociado con el inicio de la actividad sexual temprana, incluyendo los individuales, familiares, socioculturales y políticos. Entre los determinantes individuales destaca el consumo de drogas y alcohol, que provoca en general desinhibición del comportamiento, y presencia de conductas impulsivas de parte de los adolescentes. Entre los determinantes familiares se pueden citar la ausencia de uno o ambos padres, la baja supervisión o monitoreo parental, el nulo establecimiento de límites en relación con el noviazgo, la carencia de educación sexual en el hogar y la poca comunicación con los padres. Entre los determinantes socio-culturales y políticos se describen las inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) adolescentes, la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos, la influencia del ambiente y el contexto social y la presión por parte de compañeros pares y amigos, entre otros (6).

La influencia de estos determinantes ha sobresalido en múltiples estudios. Por ejemplo, según Epstein y colaboradores, dentro del ámbito familiar, el monitoreo de los padres, en particular, se ha relacionado con un retraso en la iniciación sexual y con prácticas

sexuales más seguras. Los autores indican que el hecho de tener padres que mantienen conocimiento y control de las actividades sociales de sus hijos limita las oportunidades de estos de involucrarse en conductas de riesgo, lo que puede retrasar el inicio de la actividad sexual, reducir la presencia de ITS y aumentar el uso del condón. Por otra parte, señalan además que los jóvenes cuyos pares son sexualmente activos tienden a informar una iniciación sexual más temprana, un mayor número de parejas sexuales y un uso menos frecuente de métodos anticonceptivos. Aunado a lo anterior, este mismo estudio encontró que el hecho de iniciar relaciones sexuales antes de los 15 años predice un aumento significativo en el comportamiento de riesgo sexual a principios de los 20 y principios de los 30 años, lo que sugiere que la asociación entre la iniciación sexual temprana y el comportamiento posterior de riesgo sexual continúa durante la etapa adulta (27).

En Brasil, el estudio “ERICA” sobre “Iniciación sexual y anticoncepción en adolescentes brasileños”, señala que en ese país más de una quinta parte de los adolescentes de 12 a 17 años ya han tenido su primera relación sexual. Observaron a través de la Encuesta Nacional de Salud Escolar para Adolescentes (PENSE), realizada en 2009 y 2012, que respectivamente, 20,5% y 28,7% de los estudiantes de noveno grado (13-15 años) ya habían iniciado su vida sexual. Además, describieron el género del adolescente, el tipo de establecimiento escolar (como proxy de nivel socioeconómico) y el lugar de residencia como factores determinantes para la iniciación sexual, demostrando la existencia de heterogeneidad en la prevalencia del inicio sexual en función de estas variables (29).

En el caso de Colombia, la investigación sobre iniciación sexual reporta que el inicio de la actividad sexual en adolescentes es cada vez más precoz, se da bajo un limitado uso de métodos anticonceptivos (condón y pastillas orales) y con múltiples parejas sexuales. Además de lo anterior, se ha encontrado que el poco control de los padres en la adolescencia, y las presiones del entorno social para tener relaciones sexuales, son los factores más significativos en la incidencia de la precocidad sexual. Otro punto importante es que en este país, diversos estudios han asociado la iniciación sexual temprana con conductas y prácticas de riesgo como la prostitución, la promiscuidad, las relaciones sexuales grupales y el intercambio de parejas, el aborto y el hecho de tener relaciones sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (5).

En Chile, los datos nacionales disponibles evidencian una mayor proporción de adolescentes de entre 15 y 19 años sexualmente activos, y una disminución de la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales con penetración (30). En una encuesta realizada, el 48% de los adolescentes de 15 a 19 años declaró haber iniciado su vida sexual; la edad promedio de inicio fue de 16,4 años en hombres y 17 años en mujeres. La edad de iniciación sexual presentó también variaciones según el nivel

socioeconómico, iniciando a edades más tempranas los adolescentes en los niveles socioeconómicos más bajos (2).

Un estudio realizado en Chile sobre edad de iniciación sexual y violencia de pareja en adolescentes, tuvo como resultados que en las mujeres, la iniciación sexual temprana aumentaba en grandes proporciones (más de 5 veces) la probabilidad de sufrir violencia física y psicológica por parte de sus parejas, aumentándose además en las mismas la probabilidad de presentar un embarazo no planificado; las consecuencias en el caso de los hombres fueron mucho menores (30). En otra investigación chilena que estudió los factores relacionados al inicio sexual tardío en adolescentes, se encontró, que, para ambos sexos, éste estuvo asociado a una mayor edad, a un nivel educativo más alto, mayor número de relaciones románticas, permisos limitados de los padres para las salidas de fin de semana y una alta supervisión parental. Los resultados mostraron además que aquellos adolescentes que viven en familias numerosas están en mayor riesgo de experimentar actividad sexual temprana, esto debido a que el mayor número de hijos puede limitar el tiempo para monitorear su comportamiento, especialmente cuando éstos son adolescentes (31).

3.2.2 Uso de métodos anticonceptivos (MAC) en la última relación sexual

Los métodos anticonceptivos son sustancias, elementos o procedimientos que se utilizan para evitar la concepción. La extensión del uso de los métodos anticonceptivos ha logrado, por una parte, la separación de la práctica sexual con la tarea reproductiva, haciendo posible la planificación del embarazo, y por otra, la protección contra las infecciones de transmisión sexual a partir de la creación del preservativo. Este último, además de cumplir una función anticonceptiva, es el único método que previene el contagio de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (2). Medir el uso de anticonceptivos en la última relación sexual, es una estrategia efectiva para comprender el comportamiento usual del adolescente respecto al uso de métodos anticonceptivos, dada la naturaleza esporádica de las relaciones sexuales, la dinámica de las relaciones afectivas que se establecen en esta etapa y el consecuente cambio de métodos que pueda darse (29).

En muchos casos, los adolescentes cuentan con información errónea o incompleta sobre métodos anticonceptivos. A nivel comunal, el acceso a estos métodos puede estar impedido por costumbres, tradiciones, actitudes y creencias de que los adolescentes no deben ser sexualmente activos y que, por lo tanto, no necesitan utilizarlos. La brecha entre actitudes adultas y realidades adolescentes es muchas veces el impedimento para que los adolescentes cuenten con la información y los insumos que les permitan tener una sexualidad segura y responsable (32).

Ahora bien, múltiples investigaciones sugieren que los adolescentes toman decisiones sobre su constancia en el uso de anticonceptivos, según las características de su pareja y el tipo de relación que mantienen con ésta. Algunos estudios han encontrado que los adolescentes que definen su relación como romántica o su pareja como alguien con quien tienen mayor "estabilidad", tienen mayores probabilidades de usar condón u otro tipo de anticoncepción en su última relación sexual que aquellos en relaciones no románticas o más casuales. No obstante, otras investigaciones han encontrado mayor uso y consistencia de métodos anticonceptivos en aquellos adolescentes con relaciones más informales o de "menor estabilidad" (33).

Un estudio realizado en Estados Unidos sobre "*Uso y consistencia de anticonceptivos en las relaciones sexuales más recientes*" entre adolescentes de séptimo a décimo año, encontró que una gran proporción de adolescentes iniciados sexualmente no son usuarios consistentes de métodos anticonceptivos y aquellos que los usan consistentemente en una relación pueden no hacerlo en otra. La mayoría de hombres y mujeres (62% y 58%, respectivamente) informaron un uso constante de anticonceptivos en su relación más reciente, 20-21% informaron no usar y el 18-21% restante informaron un uso inconsistente (34).

La misma investigación encontró que para las mujeres, las características predictivas asociadas con el uso de anticonceptivos en su relación coital más reciente fueron la familiaridad previa con la pareja y la duración de la relación. Las probabilidades de uso indefinido de MAC se redujeron si la relación hubiese sido con un desconocido o si se tratara de una relación pasajera o de corta duración. Además, para las mujeres, el hecho de haber hablado de anticoncepción con su pareja antes de tener relaciones sexuales se asoció con probabilidades elevadas de un uso constante. En el caso de los hombres, los predictores del uso de MAC en su última relación sexual estuvieron más relacionadas con variables familiares, como por ejemplo pertenecer a una familia con ambos padres, tener padres de alto nivel educativo y contar con buenas relaciones familiares. Además, para éstos, el hecho de asistir más frecuentemente a algún centro religioso se asoció con probabilidades elevadas de un uso consistente de métodos anticonceptivos (34).

Otro estudio sobre iniciación sexual y anticoncepción en adolescentes brasileños de 12-17 años, tuvo como principales hallazgos que de aquellos adolescentes que ya habían tenido su primera relación sexual, un 82,3% usaron anticonceptivos en la última relación sexual, siendo mayor la prevalencia entre las mujeres adolescentes de 17 años. El método más utilizado fue el condón masculino (69%), seguido de la píldora anticonceptiva, la cual fue utilizada por un 13,4% de los adolescentes. Un aspecto importante a resaltar es el alto uso del preservativo masculino, el cual es en general uno de los métodos menos empleados por los adolescentes en las relaciones sexuales,

a pesar de que es considerado el principal método para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (29).

Los y las adolescentes generalmente enfrentan numerosas barreras para el uso del condón. Algunas de las razones para no usarlo incluyen: falta de disponibilidad, vergüenza de comprarlo o portarlo, impresión de que disminuye el placer y la sensibilidad en la relación sexual, preferencia por otros métodos anticonceptivos, percepción de estabilidad en la pareja y de no tener posibilidades de contagio de alguna ITS y dificultades para el acceso (35).

Con el fin de hacer frente a estas dificultades y a otras barreras en la disponibilidad y acceso a MAC, en Chile, en el 2010 entra en vigencia la Ley N° 20.418 que *“Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”*. La misma garantiza la provisión de métodos anticonceptivos y de anticoncepción de emergencia, indicando que toda la población (incluyendo la adolescente) tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, de acuerdo a sus creencias, de forma clara y confidencial, para que pueda elegir y acceder libremente a los métodos de regulación de la fertilidad (36).

Actualmente, el sistema público de salud cuenta con diez métodos anticonceptivos para ofrecer de forma gratuita en Atención Primaria en Salud (APS), y durante los últimos 10 años la población adolescente bajo control ha ido aumentando sostenidamente. Esto se debe a la garantía en el acceso a métodos anticonceptivos que existe desde el 2010, asegurando la confidencialidad para esta población (37).

En una investigación realizada en adolescentes chilenas acerca de los determinantes para la elección de métodos anticonceptivos, se encontró que el inyectable mensual y la píldora anticonceptiva fueron los métodos más utilizados por las adolescentes (68% y 37% respectivamente), el uso del condón alcanzó un 18%, y el anillo vaginal un 0,89%. Alrededor de un 9% de las participantes eran usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración (7,1% implante y 1,82% dispositivo intrauterino). Entre las razones que fueron manifestadas por las participantes que no utilizaban ningún método, se encontraron: temor o desconocimiento sobre efectos adversos (sangrados irregulares, aumento de peso), dificultad y/o inconveniencia para utilizar el método e incomodidad para su cuerpo (33).

La poca educación sexual o información que reciben los y las adolescentes acerca de métodos anticonceptivos de parte de sus padres, centros educativos, o de los servicios de salud, es una de las principales barreras para el acceso a los mismos. Además, es lo que muchas veces refuerza las percepciones negativas de los adolescentes sobre

estos métodos. Los esfuerzos, por tanto, deben estar orientados a mejoras en la atención y en brindarles guía en la toma de decisiones e información oportuna y verídica acerca de las diversas alternativas que tienen disponibles (35).

3.2.3 Múltiples parejas sexuales

El término múltiples parejas sexuales hace referencia a la cantidad de personas con quienes un individuo ha mantenido o mantiene relaciones sexuales coitales. La mayoría de la literatura lo define como dos o más compañeros sexuales en el último año (11,38,39), no obstante existen también quienes lo consideran como dos o más parejas en los últimos 3 meses (40). Todos los autores, sin embargo, coinciden en que se trata de una conducta sexual de riesgo, sobretodo en población adolescente.

Aunque las relaciones monógamas son las relaciones más comunes entre un hombre y una mujer, la evidencia sugiere que muchas personas sexualmente activas tienen más de una pareja sexual. Por ejemplo, en Chile, los y las adolescentes entre 15 y 19 años reportan en promedio 1,95 parejas sexuales en los últimos 12 meses. Al desagregar esta información por sexo, se observa que el promedio de los hombres alcanza las 2,06 parejas sexuales en el último año, siendo mayor que el registrado por las mujeres, que se sitúa en 1,52 parejas en el último año (2).

Tener un mayor número de parejas sexuales está asociado con un riesgo mayor de presentar infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. La asociación a un riesgo mayor se debe al menos a dos razones: primero, refleja la mayor probabilidad de encontrar un agente patógeno de transmisión sexual al tener múltiples exposiciones potenciales; segundo, puede reflejar un aumento en la oportunidad de elegir un compañero que se encuentre infectado, dependiendo si el patrón de elección de parejas es usualmente de alto riesgo (24). De particular interés son las parejas concurrentes (más de un compañero(a) durante el mismo período de tiempo) o secuenciales (varias parejas que no coinciden en tiempo), ya que los individuos pueden no mostrar síntomas de una ITS antes de contagiar a la otra persona (41).

Un estudio llevado a cabo en España sobre sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes con edades entre los 13 y los 19 años, encontró diferencias significativas en función del sexo en cuanto al número de parejas sexuales. De la muestra seleccionada, haber tenido una sola pareja sexual en el último año fue declarado por el 38,4% de los adolescentes (49,6% mujeres, 27,3% hombres), mientras que un 58,8% declaró haber tenido dos o más parejas sexuales en ese período. De éstos últimos, un 14,1% mencionó haber tenido cinco o más parejas (18,8% de los hombres, frente a un 9,4% de las mujeres). El promedio de parejas sexuales fue de 2,27 (2,02 para las mujeres y 2,51 para los hombres) (1).

En cuanto al número de parejas sexuales y el uso del condón en estudiantes, una investigación sudafricana evidenció que los estudiantes que tenían múltiples parejas sexuales en los últimos 3 meses informaban tener una edad más temprana en el primer coito y en general un mayor número de compañeros sexuales a lo largo de su vida. Además, aquellos que tenían parejas múltiples reportaron relaciones sexuales más frecuentes y sin protección, en relación con aquellos que tenían una sola pareja. En cuanto al uso del condón, el estudio reveló que aquellos que informaron tener parejas múltiples usaron condones con menos frecuencia y eran más propensos a presentar embarazos no deseados o no planificados (40).

Por otra parte, un estudio longitudinal con representatividad nacional llevado a cabo en escolares estadounidenses, puso en evidencia que el hecho de experimentar síntomas depresivos se asocia con un mayor número de parejas sexuales durante la adolescencia, siendo esta relación más significativa en mujeres que en hombres. La investigación también reveló asociaciones positivas entre el uso de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, marihuana) y el sexo con parejas múltiples, siendo estas asociaciones más fuertes al comienzo de la adolescencia y disminuyendo considerablemente al inicio de la adultez. Los resultados señalan que en general, la probabilidad de tener múltiples parejas aumenta drásticamente a lo largo de la etapa de la adolescencia y se estabiliza a principios de los años veinte, sugiriendo que en la adolescencia la tenencia de parejas múltiples puede ser parte de la mayor susceptibilidad que se da en esta etapa para la práctica frecuente de conductas sexuales de riesgo (42).

Finalmente, en México, una investigación realizada con estudiantes universitarios puso en evidencia que el tener múltiples parejas sexuales puede manifestarse de diversas formas, siendo una de las más frecuentes el sexo casual. Este último se define como el hecho de tener encuentros sexuales sin compromiso con individuos que no son pareja "formal". El estudio encontró que un 20% de los estudiantes practicaba sexo casual de los cuales 54% fueron hombres y 46% mujeres, lo que muestra que se trata de una práctica frecuente en ambos sexos. En este mismo contexto, en Estados Unidos un estudio de 221 estudiantes universitarios tanto hombres como mujeres reportaron que los encuentros sexuales casuales son casi el doble que los encuentros sexuales con sus parejas formales (41).

Ninguno de estos estudios revela información respecto al uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes con múltiples parejas sexuales.

3.3 Determinantes sociales asociados a conductas sexuales de riesgo en adolescentes

La sexualidad es una dimensión humana que involucra conductas, aprendizajes, conocimientos y actitudes, está íntimamente ligada a los valores y creencias de cada persona y por tanto existen sobre ella diversidad de opiniones en la sociedad. El pluralismo social y cultural que se vive hoy en día da cuenta de la gran cantidad de valoraciones y expresiones sociales que existen con relación a la sexualidad y cómo éstas ejercen una gran influencia sobre las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes. La sexualidad está mediada por los roles de género y las relaciones de poder, así como también así por factores como la edad, la condición socioeconómica, el nivel educativo, lugar de residencia y etnicidad, entre otros. De esta manera, no hay una única sexualidad, así como tampoco una sola práctica sexual (2).

Dada las diversas dimensiones que existen en torno a la sexualidad, es que se reconoce que los factores que determinan las conductas sexuales de riesgo en los(as) adolescentes no actúan de manera aislada, sino que interactúan constantemente con otros factores, ocasionando que estas conductas se presenten de manera diferencial entre los(as) adolescentes, afectándolos en mayor o menor medida. Por esta razón, es necesario mirar más allá de los determinantes individuales e incluir los factores contextuales socioculturales que influyen en los comportamientos sexuales de los adolescentes. La limitante de enfocarse únicamente en el proceso individual es que se pasan por alto las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas, perdiendo así la posibilidad de reconocer plenamente los determinantes esenciales del comportamiento.

Debido a que se pueden identificar múltiples factores sociales que intervienen determinando la aparición de conductas sexuales de riesgo en los(as) adolescentes, el presente estudio profundizará sólo en algunos de ellos. Se hará énfasis en el género del adolescente, el nivel socioeconómico del hogar y el nivel educativo del jefe de hogar, por ser los más referidos en la literatura en relación a las variables de estudio (24).

Género

Diversas investigaciones han puesto en evidencia que la prevalencia de conductas sexuales de riesgo es mayor en hombres que en mujeres (1,5,8). Una investigación realizada en España encontró que la media de conductas de riesgo cometidas por los adolescentes varones fue de 1,16, frente al 0,70 de las mujeres. Lo anterior está relacionado con la percepción del riesgo, la cual tiende a ser mayor en mujeres,

quienes en general suelen tener conductas sexuales más precavidas (1). Además, está relacionado con los estereotipos y la presión social con respecto a lo que es una conducta esperada para un hombre o para una mujer.

En Río de Janeiro, Brasil, un estudio con adolescentes identificó que las relaciones afectivas o sexuales están muy influenciadas por la cultura machista. De esa forma, la sexualidad masculina es interpretada como incontrolable, que debe iniciar precozmente y con una gran variedad de parejas, sucediendo exactamente lo contrario en el caso de las mujeres (29).

Según Henriques y Yunes, el género es la base del camino en el cual los adolescentes comienzan a adquirir su identidad como hombres y mujeres, conduciéndolos a interiorizar patrones de comportamiento esperados, los cuales determinan las expectativas existentes en la sociedad. Esto pone en evidencia cómo las representaciones sociales acerca de lo femenino y lo masculino se articulan desde edades tempranas, condicionando las prácticas sexuales y reproductivas de los y las adolescentes e incrementando por tanto la vulnerabilidad de los mismos respecto a las construcciones de género, los cuales muchas veces carecen de herramientas para entrar en contradicción con las normas aprendidas (50).

En muchas sociedades, la cultura patriarcal fomenta que los hombres afirmen su virilidad asumiendo riesgos, iniciando precozmente las relaciones sexuales, teniendo múltiples parejas sexuales, reafirmando su valentía y tolerando el dolor (3). Las expectativas tradicionales en relación a lo que significa ser hombre para los adolescentes, incluyen: tener amplio conocimiento sobre las relaciones sexuales, aparentar seguridad en sí mismo, tener el control y tomar las decisiones importantes en una relación de pareja, demandar el sexo como "prueba de amor" y no utilizar protección durante el acto sexual como forma de asumir riesgos (51).

En el caso de las mujeres, los roles tradicionales de género las identifican como ajenas a la vida sexual activa, por lo que socialmente no encuentran condiciones para ejercerla de manera libre y responsable. A menudo se les restringe, condenándolas a un papel desigual y pasivo a la hora de tomar decisiones sexuales, lo cual afecta su autonomía.

Las expectativas social y culturalmente construidas que las adolescentes poseen de lo que significa ser una mujer en determinado contexto, dígase: "con conocimientos insuficientes sobre relaciones sexuales", "pasiva en las interacciones sexuales", "incapaz de tomar decisiones responsables en ausencia de su pareja" o "bajo riesgo de sufrir violencia en caso de poner resistencia a la relación sexual", todo lo cual puede

conducirlas a no ser capaces de negociar relaciones sexuales más seguras con el fin de evitar la práctica de conductas sexuales y reproductivas de riesgo (51).

En conclusión, en lo referente a las conductas sexuales de riesgo, el tema del género no sólo se hace evidente en torno a las consecuencias que estas implican, sino que está presente además en las raíces que le dan origen. Lo anterior, teniendo en cuenta que los comportamientos están pautados por relaciones de poder asimétricas e inequitativas, que se caracterizan por roles estereotipados, los cuales influyen en las actitudes de los y las adolescentes hacia el autocuidado, la asunción de riesgos, la reproducción y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El núcleo central de las prácticas y conductas de riesgo no siempre se encuentra en el tipo de información a la cual los adolescentes tienen acceso, sino que muchas veces se basa en las distintas formas de vivenciar lo femenino y lo masculino en el ejercicio de la sexualidad, y en esto tiene una fuerte influencia el contexto social (5).

Nivel socioeconómico

Los factores socioeconómicos en los que se desenvuelve un individuo afectan de forma directa la salud individual y comunitaria. Las diferencias socioeconómicas generan una desigualdad en salud que no sólo aumenta la morbimortalidad general, sino que se traduce en una baja utilización de los servicios preventivos, así como en un mayor porcentaje de hábitos nocivos y conductas de riesgo para la salud.

La relación entre el nivel socioeconómico y conductas sexuales de riesgo en la adolescencia puede ser explicada a través de diferentes mecanismos, entre ellos: las inequidades en el acceso a atención en salud, desigual acceso a métodos de planificación familiar, limitaciones en términos de educación sexual (escolar y familiar), falta de proyecto de vida, y otros aspectos socioculturales que determinan mayor prevalencia de estas conductas en los sectores más vulnerables (52).

En los grupos socioeconómicamente más deprimidos, el entorno y las circunstancias en las que viven las personas suelen ser frágiles y poco estables, debido en gran parte a las escasas oportunidades de empleo a las que tienen acceso y a los bajos salarios que se pagan en las limitadas ocupaciones a las que pueden acceder. Esta situación coadyuva para que sean frecuentes los problemas familiares, incluyendo la violencia intrafamiliar, la separación de las parejas, el alcoholismo y la drogadicción, entre otros. Muchos adolescentes crecen en estos ambientes en los que, además, pueden recibir poca atención y poco afecto. De esta manera, es más probable que tengan menores posibilidades de tener proyectos de vida, no terminen la escuela y en consecuencia tengan también menor acceso a educación sexual o a información sobre Salud Sexual y

Reproductiva (SSR), lo cual los hace más susceptibles a presentar conductas sexuales de riesgo (14).

La relación entre comportamiento sexual de riesgo y condiciones socioeconómicas ha sido ampliamente documentada en diversidad de estudios. La mayor parte de ellos sugiere una relación inversa entre ambos, siendo que, a menor estatus socioeconómico, mayores prácticas sexuales de riesgo (15).

Un estudio de encuestas nacionales realizado en adolescentes de 4 países de África encontró que los adolescentes de mayor nivel socioeconómico tuvieron una iniciación sexual más tardía en comparación con sus contrapartes más pobres. El estudio también reveló que los adolescentes de mayor nivel socioeconómico tuvieron mayor probabilidad de haber utilizado condón en su última relación sexual, sin embargo, no hubo asociación con el número de parejas sexuales. Por otra parte, se encontró que las mujeres pobres eran más vulnerables a presentar infecciones de transmisión sexual debido a que tenían un debut sexual más temprano y utilizaban métodos de anticoncepción en menor medida (53). Lo anterior se condice con un estudio cualitativo realizado en una zona semiurbana de Etiopía, el cual descubrió que la prostitución era una de las razones por la cual las mujeres iniciaban a tener sexo, esto como resultado de conseguir ingresos para suplir sus bajos recursos económicos (24).

Con respecto a una investigación que estudió la relación entre comportamientos de riesgo y vulnerabilidad económica en adolescentes mexicanos, se encontró, de forma consistente, que existe una mayor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, para adolescentes pertenecientes a hogares de mayor ingreso económico en comparación con los de ingresos económicos menores. La asociación ocurrió de la misma forma en el caso de los adolescentes con iniciación sexual temprana (54).

Siguiendo la misma línea, un estudio llevado a cabo en el área urbana de la ciudad de São Paulo mostró que el uso constante de condones fue más pronunciado entre los jóvenes estudiantes de escuelas privadas en comparación con los de las escuelas públicas, siendo el establecimiento educacional utilizado como un proxy de nivel socioeconómico. En lo que respecta al debut sexual precoz, éste fue mayor en los estudiantes de las escuelas públicas (55).

Finalmente, en Chile, según la Octava Encuesta Nacional de Juventud, la edad de iniciación sexual es diferente según el nivel socioeconómico (NSE) de las y los jóvenes. Las personas jóvenes pertenecientes al NSE bajo se inician sexualmente más temprano (16,38 años), presentando diferencias con aquellas que pertenecen al NSE

medio (16,73 años) y a un NSE alto (17,11 años). Lo mismo ocurre con el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, al respecto, son las y los adolescentes de NSE bajo (67%) quienes los utilizan en menor proporción que aquellos de NSE medio y alto (74% en ambos casos). La encuesta también encontró que las personas de mayor nivel socioeconómico tienen mayor conocimiento de las vías de transmisión del VIH que las personas de menor nivel socioeconómico (2).

Nivel educativo del jefe de hogar

Otro determinante que guarda estrecha relación con el nivel socioeconómico es el nivel educativo del jefe de hogar. Según el Instituto Nacional de Estadística de Chile (INE), el nivel educativo del jefe de hogar es una de las principales variables que permiten estimar adecuadamente el NSE de un hogar, pues está avalado por muchos estudios internacionales que el jefe es la persona que más determina el estatus socioeconómico del hogar. Los hogares más vulnerables o de bajo nivel socioeconómico están directamente asociados a jefes o jefas de hogar de un bajo nivel educativo. Al estar ambas variables (NSE y nivel educativo del jefe de hogar) íntimamente vinculadas, un bajo nivel educativo del jefe de hogar también puede ser predictor de una mayor prevalencia de conductas de riesgo en los adolescentes pertenecientes a dichos hogares (56). Además, la menor educación del jefe de hogar puede implicar que éste tenga mayores limitaciones para brindar educación sexual al adolescente, y orientarlo en la toma de decisiones que aminoren los riesgos a su salud sexual y reproductiva.

Un estudio realizado en Chile acerca de la influencia de factores familiares en la actividad sexual adolescente, encontró que entre las variables familiares asociadas a la iniciación sexual temprana y otras conductas sexuales de riesgo en hombres y mujeres se encontraba una baja escolaridad del jefe o jefa de familia (57).

3.4 Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo

El embarazo adolescente, los abortos inseguros y las enfermedades de transmisión sexual constituyen los principales problemas asociados con las conductas sexuales de riesgo, siendo todos particularmente frecuentes entre los y las adolescentes que las practican (6,8,20,29).

Embarazo adolescente

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable (aunque irregular), en las tasas de natalidad adolescente, aproximadamente un 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre el grupo de 15 a 19 años, representando cerca

de 16 millones de adolescentes que dan a luz cada año. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países en vías de desarrollo. Además, según la OMS las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años de todo el mundo, a la vez que sus bebés se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres entre 20 y 24 años (43). En cuanto a las morbilidades y complicaciones para la madre adolescente se describen: aumento de probabilidad de riesgo de hemorragia post-parto, obesidad, enfermedades mentales, preclamsia-eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas y muerte prematura (6).

Aunado a lo anterior, se sabe que la maternidad adolescente responde a causas multidimensionales que a su vez significan fuertes repercusiones sociales y económicas negativas para los y las adolescentes. La deserción escolar es una de las más importantes, debido a que al reducir la escolaridad se minimizan las oportunidades laborales futuras de los(as) adolescentes y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia. Además, si esta realidad es más común en los hogares más pobres, entonces puede producir una perpetuación del círculo de la pobreza e incremento de las inequidades (3).

Por otro lado, las asimetrías de género también ejercen su influencia, pues a las mujeres a diferencia de los hombres se les asocia con un rol tradicionalmente orientado al cuidado, colocándolas como responsables del embarazo y la crianza de los hijos, sean o no planificados. Estas diferencias están sustentadas en las normas sociales e inequidades de género que son más tolerantes a la maternidad que a la paternidad adolescente, debido a que los varones adolescentes pueden más fácilmente desentenderse o no responsabilizarse del producto de las relaciones, sin involucrarse en ocasiones en la crianza y cuidado de los hijos (3).

Aborto inseguro

El aborto en condiciones inseguras constituye también una de las consecuencias indirectas de la práctica de conductas sexuales de riesgo, el cual a su vez está íntimamente relacionado con el embarazo no deseado. Cuando el aborto se lleva a cabo en condiciones inseguras significa un gran riesgo para las adolescentes, esto debido a que generalmente está asociado a la clandestinidad, condiciones inadecuadas de higiene y complicaciones secundarias como hemorragias, infecciones o incluso la muerte (44). La OMS señala que a nivel mundial cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre adolescentes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados; la mayoría de éstos ocurre en países subdesarrollados (43).

En lo que respecta Chile, en el 2012, la última estadística entregada por el Ministerio de Salud (MINSAL) muestra un total de egresos hospitalarios por aborto de 30.434, de ellos 130 (0,43%) correspondieron a adolescentes de 10-14 años y 3.070 (10,1%) a adolescentes de 15-19 años (45).

Enfermedades de Transmisión Sexual

Los estudios también han demostrado que los comportamientos sexuales de riesgo entre los adolescentes pueden conducir a consecuencias como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la infección por VIH, siendo ésta la consecuencia más frecuente de las conductas de riesgo en los adolescentes (46).

Entre los factores que predisponen a un mayor riesgo para la infección por el VIH y las ETS se encuentran: una edad de inicio temprana de las relaciones sexuales coitales (a los 15 años o antes), mantener relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol y otras drogas, la ausencia en el uso de métodos de barrera como el condón en las relaciones sexuales y el tener múltiples parejas sexuales ocasionales (27).

A saber, la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual está relacionada con las siguientes infecciones: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B, herpes simple, VIH y virus del papiloma humano (VPH). Las cuatro primeras actualmente tienen cura, mientras que las cuatro últimas son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad (47).

De éstas, las que tienen mayor prevalencia a nivel mundial son: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis (48). No obstante, las estimaciones actuales sugieren un aumento en los casos de VIH principalmente en población adolescente y joven. En este grupo etario ocurren cada año más de 1 millón de nuevas infecciones, lo que representa más del 40% de las nuevas infecciones en todo el mundo (9).

Según la OMS, más de dos millones de adolescentes actualmente viven con VIH. Aunque el número total de muertes relacionadas con este virus ha disminuido un 30% con respecto al nivel máximo registrado en 2006, las estimaciones disponibles indican que las defunciones entre los adolescentes están creciendo (9).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en Chile, este año, sólo entre enero y junio, el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado 3.849 casos nuevos de VIH. Se estima que, a fines de 2018, los casos nuevos superarán los siete mil, pudiendo llegar incluso a los 8.000. La mayor parte de

estos incrementos se han dado especialmente en población adolescente y jóvenes que se encuentra entre los 15 y los 24 años. Según informan, la mortalidad de la enfermedad en el país es más del doble que el promedio mundial: 2,9 por cada 100.000 habitantes en el caso de Chile y 1,2 por cada 100.000 habitantes en el resto del mundo (49).

Finalmente, resulta importante resaltar como parte de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia, que éstas suelen ocurrir más comúnmente en conexión a otras prácticas de riesgo como el consumo de tabaco, drogas y alcohol; asociándose además con comportamientos violentos, agresividad, traumatismos por causa de accidentes de tránsito y una mayor morbilidad y mortalidad prematura (16). En un estudio realizado en Estados Unidos, el 70% de los adolescentes señaló que de no haber consumido alcohol y/o drogas no habría sostenido algún tipo de práctica sexual de riesgo (39).

Lo anterior pone en evidencia, los efectos nocivos que suponen las conductas sexuales de riesgo y la importancia de su estudio para conocer los factores que influyen en las mismas. De esta manera, se pueden optimizar los recursos preventivos encaminados a instaurar conductas saludables que potencien el bienestar actual y futuro de los y las adolescentes.

3.5 La familia del adolescente como factor protector

Desde la teoría sociológica constructivista, la familia es probablemente el primer y más importante entorno donde niños y adolescentes comienzan a generar socialización y adquirir habilidades y aprendizajes que les permitirán un adecuado ejercicio de su autonomía y de conductas necesarias para su desarrollo. Lo que allí se aprende es utilizado como medio de referencia para comportarse y relacionarse con otros (58). Por esta razón, la familia es considerada uno de los factores de protección más importante para el adolescente cuando éste tiene la atención y contención necesaria para enfrentar los cambios propios de su edad (59).

Durante la adolescencia, la forma en que los padres interactúan con sus hijos ejerce una influencia decisiva en la forma en que éstos avanzan hacia la adultez. Mientras mayor sea el involucramiento parental, la comunicación, contención, control y normas que éstos le entreguen a sus hijos a temprana edad, mayor será la capacidad de autocuidado que ellos desarrollen. Esto permite fomentar actitudes responsables, reforzar la autoestima y el control ante la influencia de los pares, que durante la adolescencia puede ser decisiva en la adopción de conductas de riesgo (58).

El estudio de las relaciones familiares y más específicamente, de la forma en que los padres ejercen su rol, ha ocupado un lugar muy importante en la literatura (8,10–12,60). Tradicionalmente una de las formas más empleadas en el abordaje de la función parental ha sido el estudio de los *estilos parentales*, definiéndose cuatro tipos de estilos: democrático, autoritario, permisivo e indiferente. No obstante, en los últimos años dada la necesidad encontrada de una descripción más flexible y dinámica de las conductas parentales ha surgido el concepto de *prácticas parentales*. La diferencia principal entre ambas formas de aproximación es que, mientras el estilo parental es considerado como un patrón de respuestas o conjunto general de actitudes en el cual se enmarcan los comportamientos parentales, las prácticas son las conductas específicas de los padres en cada situación. Diversos autores consideran que las prácticas parentales resultan de mayor utilidad que los estilos para predecir comportamientos o conductas en los hijos (10).

Metzler y colaboradores proponen la existencia de seis prácticas parentales: relaciones familiares positivas, uso de reforzamiento positivo, monitoreo parental, establecimiento de normas por parte de los padres, fortalecimiento consistente de las normas, y conflicto padre-hijo (10).

Dado que el monitoreo parental es la práctica parental más comúnmente estudiada en relación a las conductas de riesgo en adolescentes (8), en el presente estudio se hará referencia específicamente a ésta, al relacionarla con las conductas sexuales riesgosas en este grupo etario. A continuación, se analizará más a profundidad su concepto e implicancias.

3.5.1 Monitoreo parental: definición y antecedentes

Definición

Stattin y Kerr definen el monitoreo parental como el conjunto de conductas que comprenden la supervisión de los hijos, el conocimiento de los lugares donde se encuentran, sus amigos más cercanos y las actividades que éstos realizan cuando están fuera del hogar (60). Un estudio realizado en Nueva León, México, incluye estos mismos aspectos, pero enfatiza que el monitoreo se evalúa desde la apreciación que hacen los hijos, considerándolo como la percepción que éstos tienen sobre la supervisión que realizan sus padres, a fin de saber dónde, cómo y con quién pasan el tiempo cuando están fuera de casa (61). Este término no debe confundirse con el de involucramiento parental, el cual, además de las variables anteriores incluye la proximidad emocional, sensación de afecto y comunicación efectiva entre padres e hijos (62).

Antecedentes

La asociación entre bajos niveles de monitoreo parental y mayor prevalencia de conductas de riesgo en adolescentes ha sido bien documentada en la literatura, y diversos estudios transversales y longitudinales, han establecido una relación significativa entre ambos. A pesar de carecer de una definición uniforme, el monitoreo de los padres en estos estudios se ha medido por el conocimiento parental percibido de los adolescentes sobre a dónde van y qué hacen, junto con la cantidad de tiempo sin supervisión o con supervisión que experimentan. Se ha encontrado que los niveles más bajos de monitoreo parental percibidos se asocian con diferentes comportamientos de riesgo en los adolescentes, entre ellos: comportamiento delictivo, bajo rendimiento escolar, consumo de sustancias ilícitas, drogas, alcohol, tabaco, además de la práctica de diversas conductas sexuales de riesgo (60).

En su estudio de “Relación entre supervisión parental y conducta antisocial en menores infractores”, Carrillo y colaboradores indican que un fuerte apoyo parental y un alto nivel de monitoreo, son los factores clave en la prevención del abuso de drogas, alcohol y de otras conductas problemáticas o antisociales en adolescentes. Destacando además que para que la supervisión parental se efectúe, es necesario que exista comunicación y apoyo entre padres e hijos, con un ambiente familiar agradable (63).

Un metanálisis de 161 artículos publicados y no publicados sobre paternidad/maternidad y delincuencia, encontró que una serie de características negativas de la parentalidad como la indiferencia, el rechazo, la negligencia, la hostilidad y la permisividad presentaban un vínculo más fuerte con el comportamiento

delictivo de los hijos; mientras que el monitoreo parental, la comunicación, la confianza y otras dimensiones positivas del apoyo de los padres mantenían una asociación negativa con la delincuencia (64). En esta misma línea, un estudio con adolescentes (12-17 años) de Oklahoma también mostró que las relaciones parentales fuertes y el monitoreo efectivo, disminuyen el involucramiento de los jóvenes en comportamientos violentos o portación de armas (10).

Al referirse específicamente a prácticas sexuales de riesgo, un estudio con adolescentes de San Francisco, Estados Unidos, puso en evidencia que un monitoreo parental exitoso disminuye el riesgo de iniciación sexual temprana. Este estudio también propuso que el mecanismo a través del cual el monitoreo parental opera para reducir la incidencia de conductas sexuales de riesgo, está relacionado con que mediante el monitoreo los padres pueden limitar la exposición de los adolescentes a compañeros, pares o amigos que presenten estas conductas, restringiendo así las oportunidades de los adolescentes para participar en las mismas (65). Por otro lado, en un estudio similar, se enfatiza en que los altos niveles de monitoreo parental, además de estar relacionados con un retraso en el inicio sexual, lo están también con un menor número de parejas sexuales y un aumento en el uso de métodos anticonceptivos (66).

Otro estudio de control parental y su asociación con conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 14 a 18 años encontró que los adolescentes que percibían menor control parental, tenían más probabilidades de dar positivo para una enfermedad de transmisión sexual, informaban no haber utilizado preservativo o algún otro método anticonceptivo en la última relación sexual, haber tenido múltiples parejas sexuales en los últimos 6 meses y mayor cantidad de parejas sexuales riesgosas en los últimos 30 días. Además, los adolescentes que percibieron menos control parental tenían más probabilidades de tener un historial de consumo frecuente de marihuana y alcohol y un mayor involucramiento en comportamientos delictivos (67).

Una investigación realizada en las Bahamas con adolescentes de 13 y 17 años tuvo por objetivo examinar las relaciones entre el monitoreo parental y la influencia de los compañeros o pares en el comportamiento de riesgo sexual de los adolescentes. Se encontraron pruebas consistentes de que la influencia de los pares está fuertemente relacionada con el comportamiento de riesgo sexual de los jóvenes y que el aumento en la supervisión de los padres es moderadamente protector. La menor supervisión de los padres estuvo relacionada a un mayor comportamiento de riesgo entre pares (11).

En general, los hallazgos de estas investigaciones demuestran un patrón consistente entre los comportamientos de riesgo y otras conductas adversas para la salud de los adolescentes, con un bajo monitoreo parental. No obstante, la mayoría de los estudios no enfatiza en explicar los mecanismos mediante los cuales dicha conducta de los

padres influye en disminuir o aumentar las conductas de riesgo en la población adolescente.

Por otra parte, diversos estudios señalan la importancia de que las conductas de monitoreo y control de los padres de familia se lleven a cabo juntamente con otros aspectos que son igualmente importantes en la relación padre(s)-hijo(s). Entre ellos cabe mencionar: el apoyo, calidez o sensación de afecto, autonomía, soporte y comunicación (8,10,66). Las anteriores se refieren a comportamientos de los padres hacia el (la) adolescente como alentarlos, elogiarlos, escucharlos, darles afecto y hacerles sentir que es importante. Cuando los padres brindan un adecuado monitoreo parental en conjunto con estas prácticas, es más probable que los adolescentes desarrollen seguridad interpersonal, confianza, establecimiento de límites y tomen decisiones que alejan su participación en conductas de riesgo (8). Por el contrario, cuando este equilibrio se altera, aparecen resultados menos que ideales. Por ejemplo, *Kerr y Stattin* señalaron en su estudio, que cuando los adolescentes ven la supervisión de los padres como invasiva y demasiado controladora, pueden reaccionar ante esta intrusión adoptando comportamientos aún más riesgosos que sus padres no podrían monitorear o controlar (60).

Finalmente, cabe resaltar que, en la mayor parte de los resultados obtenidos en los estudios anteriores, el monitoreo parental fue más fuerte en las mujeres que en los hombres. Esto evidencia que el género juega un papel importante tanto como determinante de las conductas sexuales y reproductivas de riesgo en el adolescente como en la práctica de monitorear a sus hijos/as que tienen los padres o apoderados (12).

3.6 Pregunta de investigación

En virtud del marco teórico presentado, se establece a siguiente pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre el monitoreo parental y las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en adolescentes escolares de 15 a 19 años de Chile durante el año 2015?

IV. Objetivos e Hipótesis

4.1 Objetivo general

Evaluar la relación del monitoreo parental con la presencia de conductas de riesgo sexuales y reproductivas de adolescentes escolares chilenos.

4.2 Objetivos Específicos

- Realizar la caracterización sociodemográfica de la población chilena de adolescentes de 15 a 19 años.
- Describir las conductas de riesgo sexuales y reproductivas de la población chilena de adolescentes de 15 a 19 años.
- Explorar la relación del monitoreo parental con las conductas de riesgo sexuales y reproductivas.
- Estimar la asociación del monitoreo parental y las conductas de riesgo sexuales y reproductivas, controlando por las variables sexo de los adolescentes y nivel educativo del jefe o jefa del hogar.

4.3 Hipótesis

El monitoreo parental se encuentra relacionado a las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en los y las adolescentes, siendo que, existe mayor prevalencia de estas conductas, en aquellos adolescentes que presentan niveles más bajo de monitoreo de sus padres o apoderados.

V. Marco Metodológico

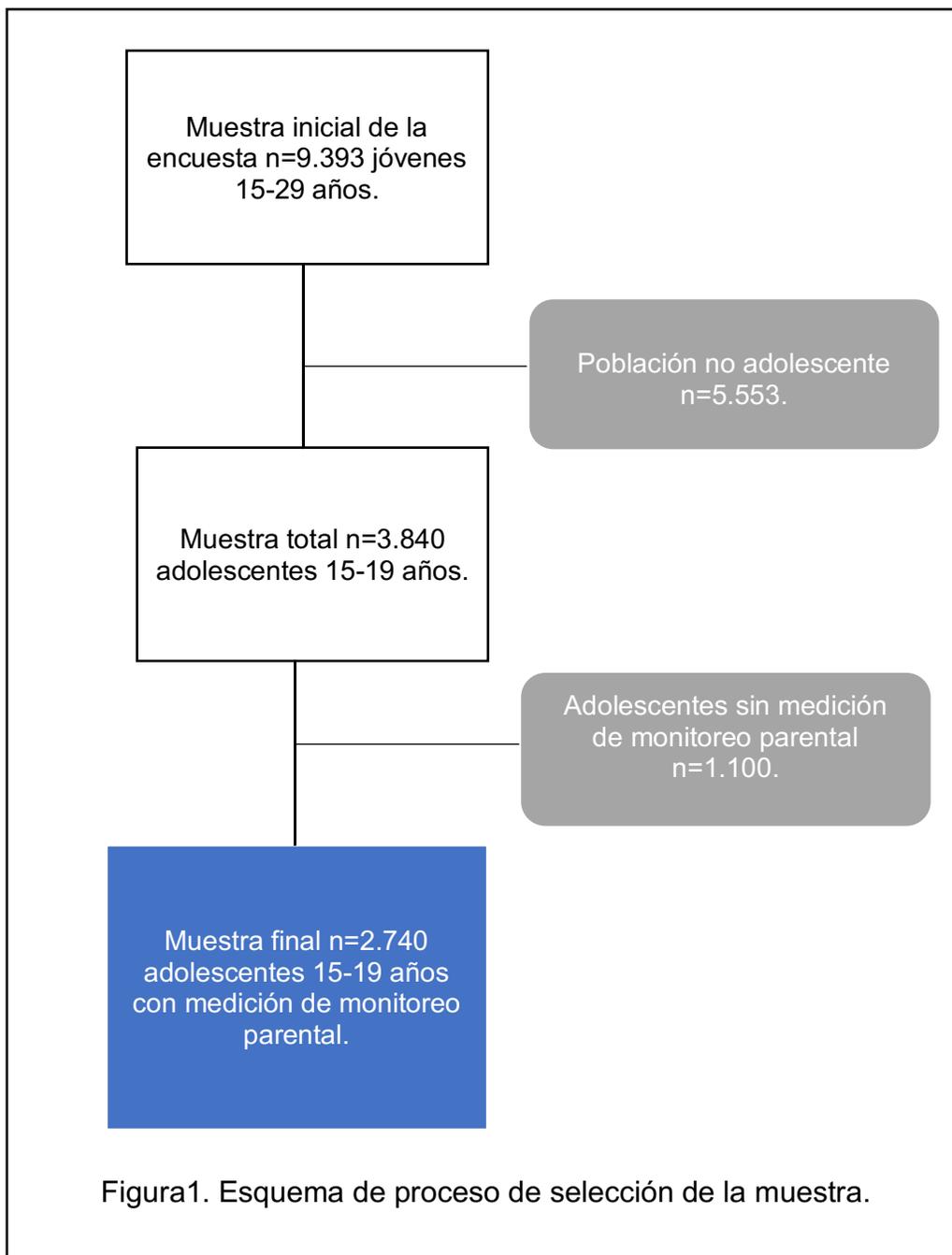
5.1 Tipo de estudio

El presente estudio cuantitativo es de tipo transversal, descriptivo y analítico. Es transversal debido a que se utilizaron los datos correspondientes a la Octava Encuesta Nacional de Juventud llevada a cabo por el INJUV durante el año 2015. Constituye a la vez un estudio descriptivo, ya que se describirá la población de interés a través de la estimación estadística de sus parámetros. Por otra parte, se trata de un estudio analítico, ya que se indagará la hipótesis acerca de la relación existente entre las conductas sexuales y reproductivas de riesgo en adolescentes y el monitoreo parental que estos reciben, se estimará la fuerza de asociación entre dichas variables y a su vez se generarán asociaciones múltiples con potenciales confusores o modificadores de efecto que podrían intervenir en dichas relaciones.

5.2 Universo y muestra

El tamaño de muestra utilizado para la Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015 consiste en 9.393 jóvenes, de ambos sexos, con edades entre 15 y 29 años, residentes en todas las regiones del país, en zonas urbanas y rurales. La encuesta se realizó entre los meses de septiembre y diciembre del 2015 y la cobertura del estudio incluyó viviendas particulares en 139 comunas, con una representatividad del grupo estudiado de un 86,6%. El diseño consistió en un muestreo probabilístico estratificado y trietápico, donde las regiones conformaron 15 estratos, y al interior de cada una, los casos se repartieron proporcionalmente entre las zonas urbano y rural. La distribución de otras variables de segmentación de la muestra, como sexo, edad y nivel socioeconómico, se realizó al azar. La muestra en el caso de las zonas urbanas fue definida utilizando el marco muestral del INE (selección aleatoria de manzanas y viviendas) y en el caso de las zonas rurales, fue utilizado el marco construido por la empresa GFK Adimark en función de información censal del INE del año 2002 y de información recopilada por parte de esta empresa durante sus años de experiencia (68).

Para la presente investigación se consideró la parte de la muestra constituida únicamente por el grupo de población adolescente (15-19 años), que consiste en un total de 3.840 personas. De este total, se seleccionaron a aquellos adolescentes que cursaban educación básica o media, ya que fue únicamente en éstos que se realizó la medición de la variable “monitoreo parental”. Después de aplicar este filtro, la muestra final fue de 2.740 adolescentes escolares (Figura 1).



5.3 Variables y su operacionalización

Para la presente investigación, las variables dependientes consisten en las conductas sexuales de riesgo en el adolescente y las variables independientes en la percepción de monitoreo parental.

Tabla 1. Operacionalización de variables dependientes.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Pregunta en la encuesta ¹	Definición	Valores
Iniciación sexual temprana	Categórica nominal	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración? (P.121)	Se define como iniciación sexual temprana aquella que ocurre antes de los 15 años.	0= ≥ 15 años 1= < 15 años
Utilización de método anticonceptivo (MAC) en última relación sexual ²	Categórica nominal	¿Qué método anticonceptivo usaste tú o tu pareja en tu última relación sexual? (P.124)	Se define como haber utilizado o no algún MAC en la última relación sexual.	0= Sí 1= No
Múltiples parejas sexuales	Categórica nominal	¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses? (P.128)	Se define como haber mantenido relaciones sexuales con dos o más personas en los últimos doce meses.	0= < 2 parejas 1= ≥ 2 parejas

¹Corresponde al cuestionario auto aplicado

²El cálculo de uso de MAC en la última relación sexual, se realizó considerando el listado de métodos brindado en la Encuesta Nacional de Juventud 2015, donde la declaración de uso de al menos uno de los métodos bastó para que el caso fuera clasificado como un caso que utilizó método anticonceptivo. Por el contrario, la declaración de no uso de ninguno de los métodos de la lista se clasificó como un caso de no utilización de MAC.

Tabla 2. Operacionalización de variables independientes.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Pregunta en la encuesta³	Definición	Valores
Conocimiento de lugares donde se encuentran los hijos	Categórica ordinal	¿Después de que sales del colegio o durante los fines de semana, ¿Cuántas veces ocurre que tu madre, padre o apoderado saben dónde estás? Ya sea por un período de una hora o más (P.39)	Percepción de los hijos del conocimiento que tienen sus padres o apoderados de los lugares donde se encuentran, cuando salen del colegio o durante los fines de semana. Lo anterior por un período de una hora o más.	1=Bajo 2=Medio 3=Alto
Conocimiento de amigos cercanos de los hijos	Categórica ordinal	En general, ¿cuánto crees que tus padres o apoderados (o alguno de ellos) conocen a tus amigos más cercanos? (P.40)	Percepción de los hijos del conocimiento que tienen sus padres o apoderados de quiénes son sus amigos más cercanos.	1=Bajo 2=Medio 3=Alto

La categorización original en la encuesta para la variable de conocimiento de los lugares donde se encuentran los hijos (as) fue: 1=nunca saben; 2=casi nunca saben; 3=a veces no saben; 4=casi siempre saben; 5=siempre saben. No obstante, tal como lo muestra la tabla 2, esta variable fue recodificada en los niveles: bajo (incluyó categorías “nunca sabe” y “casi nunca sabe”), medio (incluyó categoría “a veces no sabe”) y alto (incluyó categorías “casi siempre saben y “siempre saben”).

Para el caso de la variable de conocimiento de los amigos cercanos de los hijos (as) la categorización en la encuesta consistió en: 1= nada__ 5= mucho. Al igual que la variable

³ Corresponde al cuestionario cara a cara

anterior, esta fue recodificada en los niveles: bajo (incluyó valores 1 y 2), medio (incluyó el valor 3) y alto (incluyó valores 4 y 5).

Por su parte y de acuerdo con la revisión de evidencia realizada, se encontró que existen variables que podrían actuar como potenciales confusoras o modificadoras de efecto de la relación estudiada; por lo tanto, se incluyen también en el estudio.

Tabla 3. Operacionalización de variables confusoras o modificadoras de efecto.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Pregunta en la encuesta⁴	Definición	Valores
Sexo	Catagórica nominal	Indique su sexo (P. F3)	Establece el sexo del encuestado.	0= Hombre 1= Mujer
Nivel educativo del jefe de hogar	Catagórica ordinal	¿Cuál es el nivel de estudios del jefe de tu hogar? (P.107)	Indica el nivel educativo del jefe de hogar.	1=Educación Básica 2=Educación Media 3=Técnica Superior 4=Educación Universitaria

En el caso de la variable “nivel educativo del jefe”, la categorización original en la encuesta correspondía a: 1=básica completa o menos; 2=media incompleta; 3=media completa; 4=media técnica incompleta; 5=media técnica completa; 6=superior técnico incompleta; 7=superior técnico completa; 8=universitaria incompleta; 9=universitaria completa; 10=postgrado. Esta variable fue recodificada para simplificar el análisis de datos en: educación básica (conformada por el nivel de educación básica completa o menos), educación media (conformada por educación media y media técnica incompleta y completa), educación técnica superior (conformada por educación superior técnica incompleta y completa) y educación universitaria (conformada por educación universitaria incompleta, completa y postgrado).

⁴Corresponde al cuestionario “cara a cara”

5.4 Fuente de datos y análisis de la información

Fuente de datos

Para el presente estudio, la recolección de datos estuvo basada en la administración de dos cuestionarios (auto aplicado y cara a cara) aplicados a los participantes pertenecientes a cada uno de los hogares definidos en la muestra. El cuestionario auto aplicado se utilizó para aquellos temas más “sensibles” o que usualmente no son reportados por temor a repercusiones legales o para no crear una mala impresión; el fin fue reducir la declaración de datos inexactos asegurando la confidencialidad y el anonimato de los mismos. Por otra parte, para aquellas preguntas más generales y que trataban temas no considerados sensibles, se utilizó el cuestionario cara a cara, mismo que fue aplicado por un encuestador, con el fin de reducir la tasa de no respuesta y de facilitar la comprensión de las preguntas al encuestado (2).

Los cuestionarios fueron diseñados por el equipo del Departamento de Planificación y Estudios del Instituto Nacional de la Juventud, manteniendo algunas de las preguntas de versiones anteriores de la encuesta, modificando otras e incorporando nuevos módulos a partir de asesoramiento con expertos en investigación social y juventud. Los cuestionarios resultantes constan de 146 preguntas divididas en 13 módulos temáticos, a saber: actividades/acciones de integración micro social, representaciones de la juventud chilena, educación, política y procesos de integración al sistema democrático, confianza y discriminación, trabajo, tecnologías de la información, parejas y familia, prácticas económicas, consumo de drogas lícitas e ilícitas, salud sexual y reproductiva, salud mental y violencia. Los últimos 4 fueron los módulos incluidos en el cuestionario auto aplicado, y de éstos, fue de especial interés para la investigación el módulo de “salud sexual y reproductiva”, que indagaba acerca la práctica de conductas sexuales y reproductivas de riesgo en los y las adolescentes. A su vez, se incluyó en el estudio el módulo de “educación”, que incorporaba el componente de monitoreo parental, así como otros apartados del cuestionario cara a cara para estudiar las posibles variables confusoras y modificadoras de efecto (68).

Tanto el diseño muestral como la aplicación de la encuesta y su digitación fueron realizadas por la empresa Adimark GFK bajo la supervisión del Departamento de Planificación y Estudios del Instituto Nacional de la Juventud.

Con el fin de disminuir los sesgos de información, se realizó una validación de datos en línea, misma que fue ejecutada en paralelo a la digitación de los mismos. Esto se llevó a cabo mediante la implementación de un sistema informático que depura o evita posibles errores originados en la digitación: rango incorrecto de respuestas, respuestas en blanco u otras inconsistencias o errores.

Análisis de la información

Primeramente, se realizó una descripción de la población escolar chilena de 15 a 19 años en términos de sus características sociodemográficas, monitoreo parental y conductas sexuales de riesgo. Esta descripción se llevo a cabo a través de la estimación de parámetros de interés (porcentajes poblacionales), puntualmente y mediante intervalos de confianza.

Posteriormente se estimó la relación existente entre las variables de respuesta (iniciación sexual temprana, uso de MAC en la última relación sexual y múltiples parejas sexuales en el último año) y las variables predictoras (tipo de monitoreo parental), mediante un análisis de regresión log-binomial.

Se realizaron 3 modelos de regresión (uno por cada variable dependiente), obteniendo la razón de prevalencias como medida de asociación y como aproximación al efecto de las variables de monitoreo parental en la probabilidad de ocurrencia de la conducta sexual de riesgo. El análisis incluyó al sexo y al nivel educativo del jefe de hogar como posibles variables confusoras y modificadoras de efecto de la relación estudiada.

Los datos se analizaron utilizando el software STATA 12. Se aplicó el factor de expansión creado por el INJUV para la encuesta, el cual se interpreta como la cantidad de personas de la población que representa un individuo en la muestra. Lo anterior dado que esto permite obtener estimaciones considerando el error de muestreo asociado al diseño muestral de la encuesta.

5.5 Aspectos éticos

La presente investigación tomará en cuenta los siguientes aspectos éticos:

- Se envió una solicitud al Instituto Nacional de Juventud para gestionar los permisos oficiales que autorizaran la utilización de los datos de la encuesta para la presente investigación (Anexo 1).
- Se resguardará la confidencialidad del uso de los datos sólo para los fines de la presente investigación.
- Se considerará una etapa de devolución de resultados al INJUV y otras instituciones de interés, de los aspectos relevantes de la investigación, que puedan ser de utilidad para el desarrollo de estrategias que aborden la temática estudiada.

VI. Resultados

6.1.1 Descripción de la población

Primeramente, se realiza una descripción de la población en términos de sus características sociodemográficas, monitoreo parental y conductas sexuales y reproductivas de riesgo. Seguidamente, se realiza una exploración bivariada de las conductas de riesgo y el monitoreo parental de los adolescentes según sexo. Se presenta la estimación puntual y los intervalos de confianza del 95% para cada una de las variables estudiadas. Los resultados presentados corresponden a la población escolar estimada de adolescentes entre 15 y 19 años (935.149). Esta población es estimada a partir de la muestra del estudio de 2.740 jóvenes de ese rango de edad.

La Tabla 4 muestra la descripción de la población de adolescentes chilenos de 15 a 19 años. La edad media fue de 16,4 años (IC95% 16,3-16,4), la mayoría (52,4%, IC95% 49,5%-55,3%) resultó ser de sexo masculino y sólo un 7,7% (IC95% 6,3%-9,1%) cursaba la educación básica.

En lo que respecta las conductas sexuales de riesgo, se observa que un 12,1% (IC95% 9,9%-14,3%) de las y los adolescentes iniciados sexualmente reportan haber iniciado su actividad sexual de forma temprana (con una edad menor a los 15 años), un 7,0% (IC95% 5,7%-8,3%) indica que no utilizó ningún método anticonceptivo durante su última relación sexual y 13,9% (IC95% 11,7%-16,1%) que tuvo múltiples parejas sexuales en el último año, siendo esta última la conducta de riesgo con mayor prevalencia entre la población adolescente.

En su mayoría, los jefes o jefas de hogar tienen educación media (61,3%, IC95% 58,5%-64,1%), un 18,2% (IC95% 15,9%-20,4%) tiene educación básica y un 20,5% reporta tener estudios superiores (técnicos o universitarios).

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica y conductas sexuales y reproductivas

Característica	Media	%	IC (95%)
Edad (N=935.149¹)	16,4	---	16,3-16,4
Sexo (N=935.149¹)			
Hombre		52,4	49,5-55,3
Mujer		47,6	44,7-50,5
Nivel educativo del adolescente (N=935.149¹)			
Educación básica		7,7	6,3-9,1
Educación media		92,3	90,9-93,7
Nivel educativo del jefe o jefa de hogar (N=913.279²)			
Educación básica		18,2	15,9-20,4
Educación media		61,3	58,5-64,1
Técnico Superior		9,8	8,3-11,4
Universitario		10,7	9,1-12,2
Edad de iniciación sexual (N=918.639³)			
Inicio no temprano ≥ 15 años		87,9	85,7-90,1
Inicio temprano < 15 años		12,1	9,9-14,3
Uso de MAC en la última relación sexual (N=935.149¹)			
Sí		93,0	91,7-94,3
No		7,0	5,7-8,3
Múltiples parejas sexuales en el último año (N=902.461⁴)			
Sí		13,9	11,7-16,1
No		86,1	83,9-88,3

¹ Total estimado a partir del número de respuestas válidas (2.740).

² Total estimado a partir del número de respuestas válidas (2.660).

³ Total estimado a partir del número de respuestas válidas (2.678).

⁴ Total estimado a partir del número de respuestas válidas (2.654)

En relación a la prevalencia de conductas sexuales y reproductivas de riesgo según sexo del adolescente, es posible destacar de la Tabla 5 que todas estas conductas son más frecuentes en hombres que en mujeres. Siendo la ausencia en el uso de MAC en la última relación sexual, la conducta en la que existe menor brecha entre ambos (7,4% vs 6,6% respectivamente) y la tenencia de múltiples parejas sexuales, en la que existen mayores diferencias (17,7% vs 9,7% respectivamente). En lo que respecta a la iniciación sexual temprana, un 13,2% de los hombres y un 10,9% de las mujeres, indicaron haber tenido un inicio sexual temprano.

Por lo que se refiere al nivel de monitoreo parental, este fue medido de dos maneras: 1) cómo es la percepción que tienen los adolescentes acerca del grado de conocimiento que tiene su madre, padre o apoderado de los lugares donde está, ya sea después de que sale del colegio o los fines de semana; 2) cómo es la percepción que tienen los adolescentes acerca del grado de conocimiento que tiene su madre, padre o apoderado de sus amigos más cercanos. Ambos medidos en una escala de 5 puntos como fue mencionado en la metodología y recodificados en niveles de conocimiento “bajo, medio o alto”.

Es posible apreciar que una mayor proporción de hombres que de mujeres perciben que el nivel de monitoreo que reciben de parte de sus padres es bajo. Esto sucede para ambas formas de medir el monitoreo parental. Siendo la prevalencia del nivel bajo de conocimiento parental de los lugares de estancia del adolescente, un 3,4% para los hombres y un 2,7% para las mujeres; y la prevalencia del nivel bajo de conocimiento de sus amigos más cercanos de un 8,1% vs un 6,5%, respectivamente. Situación contraria sucede para el nivel alto de monitoreo parental, siendo en el caso del conocimiento de los lugares de estancia del adolescente, más alta la prevalencia en las mujeres (92,3%) que en los hombres (86,2%). Sin embargo, para el caso del nivel alto de conocimiento de los amigos cercanos del adolescente, los hombres presentan una prevalencia levemente superior a la de las mujeres (76,8% y 75,7% respectivamente).

Al observar el nivel medio de ambas categorías de monitoreo parental, las prevalencias se invierten entre hombres y mujeres. En el caso del conocimiento de los lugares de estancia, los hombres perciben un nivel medio de monitoreo de sus padres en mayor proporción que las mujeres (10,4% vs 5,0% respectivamente). Mientras que, para el conocimiento de los amigos cercanos, las mujeres perciben un nivel medio de monitoreo parental en mayor proporción que los hombres (17,8% vs 15,1% respectivamente).

La distribución de frecuencias obtenida para ambas formas de medir la percepción de monitoreo parental, indica que en general los y las adolescentes perciben mayor conocimiento por parte de sus padres o apoderados sobre los lugares dónde ellos se encuentran normalmente, que de sus amigos más cercanos.

Tabla 5. Prevalencia de conductas sexuales y reproductivas y grado de monitoreo parental según sexo de la población chilena de adolescentes de 15 a 19 años.

Conducta sexual/reproductiva de riesgo	Sexo				
	Hombre		Mujer		
	%	IC (95%)	%	IC (95%)	
Iniciación sexual temprana	13,2	9,8-16,7	10,9	8,3-13,5	
No utilización de MAC en última relación sexual	7,4	5,5-9,3	6,6	4,7-8,4	
Múltiples parejas sexuales en el último año	17,7	14,1-21,4	9,7	7,6-11,8	
Nivel monitoreo parental (%)					
Conocimiento lugares estancia del adolescente	Bajo	3,4	2,3-4,5	2,7	1,5-3,8
	Medio	10,4	8,1-12,6	5,0	3,7-6,3
	Alto	86,2	83,7-88,6	92,3	90,5-94,0
Conocimiento amigos cercanos del adolescente	Bajo	8,1	6,2-10,1	6,5	4,9-8,3
	Medio	15,1	12,7-17,4	17,8	13,4-22,1
	Alto	76,8	73,8-79,8	75,7	71,4-80,0

6.1.2 Relación entre monitoreo parental y conductas de riesgo sexuales y reproductivas.

En esta sección, se describe la asociación entre el monitoreo parental y la presencia de conductas de riesgo sexuales y reproductivas en el adolescente. Aunado a esto, se estima dicha asociación a través de la realización de modelos de regresión log-binomial entre cada variable de respuesta y las variables de exposición y control.

La relación entre el monitoreo parental y la iniciación sexual temprana resultó ser distinta según el sexo del adolescente, por lo que se presentan los resultados separados para hombres y mujeres (Tabla 6). Esta conducta resultó además estar relacionada únicamente con el nivel de conocimiento parental de los amigos cercanos del adolescente, no presentó relación (para ninguno de los dos sexos) con el nivel de conocimiento de los lugares de estancia del adolescente.

La Tabla 6 evidencia una asociación significativa con el nivel medio de esta forma de monitoreo, no obstante, esta relación se manifestó de forma contraria para cada sexo. Los hombres cuyos padres tienen un conocimiento medio de sus amigos más cercanos, presentan 2,08 (1/0,48) veces menor prevalencia de inicio sexual temprano que aquellos adolescentes cuyos padres tienen un nivel de conocimiento bajo. El intervalo de confianza para la medida resultó ser significativo y no contuvo el valor de nulidad (0,24-0,99).

En el caso de las mujeres, aquellas que tienen padres con un conocimiento medio de sus amigos más cercanos resultaron tener 2,37 veces mayor prevalencia de inicio sexual temprano que las adolescentes cuyos padres tienen un nivel de conocimiento bajo. El intervalo de confianza para la medida resultó ser significativo y no contuvo el valor de nulidad (1,02-5,55).

No se encontraron relaciones significativas con el nivel educativo del jefe o jefa de hogar.

Tabla 6. Modelo de regresión log-binomial entre la iniciación sexual temprana y el monitoreo parental, estratificado según sexo.

Iniciación sexual temprana		Hombres			Mujeres		
		RP ¹	p-valor	IC (95%)	RP ¹	p-valor	IC (95%)
Nivel de conocimiento amigos cercanos del adolescente ²	Medio	0,48	0,046	0,24-0,99	2,37	0,047	1,02-5,55
	Alto	0,52	0,054	0,27-1,01	1,02	0,958	0,48-2,15
Constante		0,24	0,000	0,13-0,42	0,09	0,000	0,04-0,17

¹RP=Razón de prevalencia.

²Categoría de referencia = nivel bajo.

La relación entre el monitoreo parental y la ausencia en la utilización de métodos anticonceptivos resultó tener variaciones según el nivel educativo del jefe de hogar. No obstante, la Tabla 7 muestra únicamente los resultados obtenidos para el nivel educativo universitario, debido a que no fue posible incluir los modelos para las otras categorías por problemas técnicos de convergencia del programa estadístico.

Cabe resaltar que, para este nivel educativo, la conducta de ausencia en la utilización de MAC en última relación sexual estuvo además relacionada significativamente con ambas formas de medición del monitoreo parental.

De la Tabla 7 se desprende que los adolescentes con padres que tienen un nivel medio de conocimiento de sus lugares de estancia frecuente tienen 2 veces (1/0,50) menor prevalencia de no uso de protección en su última relación sexual, en comparación con los adolescentes con padres que tienen bajo nivel de conocimiento. Por otra parte, aquellos adolescentes cuyos padres tienen un nivel medio o alto de conocimiento de sus amigos más cercanos, tienen 11,11 (1/0,09) y 5,26 (1/0,19) veces respectivamente, menor prevalencia de no uso de métodos anticonceptivos durante su última relación sexual, comparados con los adolescentes que tienen padres con un bajo nivel de conocimiento. Cabe resaltar que el sexo del adolescente no resultó ser confusor ni modificador de efecto para esta relación.

Tabla 7. Modelo de regresión log-binomial entre la ausencia en la utilización de MAC en la última relación sexual y el monitoreo parental para el nivel educativo universitario del jefe de hogar.

Ausencia en la utilización de MAC en última relación sexual		RP¹	p-valor	IC (95%)
Nivel conocimiento lugares estancia del adolescente ²	Medio	0,5	0,000	0,40-0,55
	Alto	1,61	0,638	0,22-11,80
Nivel de conocimiento amigos cercanos del adolescente ²	Medio	0,09	0,012	0,01-0,58
	Alto	0,19	0,044	0,39-0,96
Constante		0,16	0,056	0,25-1,05

¹RP=Razón de prevalencia.

²Categoría de referencia = nivel bajo.

Como se aprecia en la Tabla 8, la tenencia de múltiples parejas sexuales estuvo relacionada con el nivel de conocimiento parental de los lugares de estancia del adolescente. No obstante, no hubo evidencia suficiente para afirmar que estuviese asociada con el nivel de conocimiento parental de los amigos cercanos del adolescente. Con una razón de prevalencia de 0,43 se puede decir que aquellos adolescentes cuyos padres tienen un alto nivel de conocimiento de los lugares que éstos frecuentan, tienen un 2,33 (1/0,43) veces menor prevalencia de haber tenido múltiples parejas sexuales en el último año en comparación con los adolescentes cuyos padres tienen un bajo nivel

de conocimiento. El intervalo de confianza para la medida resultó ser significativo y no contuvo el valor de nulidad (0,28-0,68).

Para esta conducta no se encontró relación con el nivel medio de monitoreo ni con el nivel educativo del jefe o jefa de hogar.

Se destaca además el efecto que tiene el sexo del adolescente en la prevalencia de esta conducta sexual, pues manteniendo constante el nivel de monitoreo parental, las mujeres presentan 1,75 veces (1/0,57) menor prevalencia de múltiples parejas sexuales en el último año que los hombres.

Tabla 8. Modelo de regresión log-binomial entre la tenencia de múltiples parejas sexuales y el monitoreo parental, ajustado por sexo.

Múltiples parejas sexuales en el último año		RP¹	p-valor	IC (95%)
Nivel de conocimiento de los lugares de estancia del adolescente ²	Medio	0,96	0,891	0,58-1,61
	Alto	0,43	0,000	0,28-0,68
Sexo		0,57	0,000	0,42-0,77
Constante		0,35	0,000	0,23-0,52

¹RP=Razón de prevalencia.

²Categoría de referencia = nivel bajo.

VII. Discusión

La presente investigación tiene como principal objetivo evaluar la relación del monitoreo parental con la presencia de conductas sexuales y reproductivas de riesgo en adolescentes escolares chilenos. A la luz de este se analizan los principales resultados.

La prevalencia para todas las conductas sexuales y reproductivas de riesgo que fueron consideradas en el estudio (inicio sexual temprano, ausencia en el uso de MAC en la última relación sexual y múltiples parejas sexuales en el último año) fue mayor en hombres que en mujeres. Esto constata la naturaleza del hombre de presentar mayores comportamientos de riesgo y va de la mano con los estereotipos y la presión social respecto a lo que es una conducta esperada para un hombre o para una mujer. Mientras para las mujeres se trata de una conducta condenable, para los varones es estimulada y reforzada. No obstante, cabe resaltar que la brecha entre ambos es pequeña, lo que pone en evidencia la emergencia de nuevas tendencias y cambios culturales en las nuevas generaciones, que se desligan de las posturas tradicionales sobre lo masculino y lo femenino, posibilitando más puntos de encuentro entre géneros y gestando cambios en cuanto a las conductas sexuales. Actualmente, las mujeres, con cada vez mayor frecuencia tienden a imitar los comportamientos riesgosos atribuidos tradicionalmente a los hombres (5).

Al respecto, en un estudio realizado en Chile sobre edad de inicio sexual y asociación con variables de salud sexual en adolescentes, se encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales ha disminuido de manera importante en los últimos diez años, con cada vez menores diferencias según sexo. Esto manifiesta un cambio en el comportamiento sexual de los adolescentes chilenos y pone en evidencia que una proporción importante de los mismos está iniciando la actividad sexual antes de cumplir la mayoría de edad (30).

Al ahondar en las conductas sexuales de riesgo, es posible observar que la tenencia de múltiples parejas sexuales en el último año es la más prevalente entre los adolescentes. Según Heeren (2014), esta conducta además está asociada a tener coito a una edad más temprana y aumenta la probabilidad de no utilizar condón o algún otro método de protección en la última relación sexual, constatando que se trata de una práctica que guarda asociación con otras conductas sexuales y reproductivas riesgosas. Además, dada la mayor cantidad de contactos sexuales que podrían darse sin protección, hay un incremento en la susceptibilidad del adolescente de contraer distintas ETS incluido el VIH/SIDA, y/o un embarazo no planificado. De hecho, en Chile, sólo entre enero y junio del 2018 se confirmaron alrededor de 4.000 nuevos casos de VIH y se estima que para finales del año las cifras lleguen incluso a los 8.000 casos. La mayor parte de estos

incrementos se han dado en población de jóvenes con edades entre los 15 y los 24 años (49).

En relación al monitoreo parental, tal como lo refrenda la literatura, una mayor proporción de hombres que de mujeres perciben que el nivel de monitoreo que reciben de parte de sus padres es bajo. No obstante, la relación se invierte cuando se trata de un nivel alto de monitoreo, siendo las mujeres las que perciben en mayor proporción que los hombres que el monitoreo que reciben de parte de sus padres es alto. Esto pone en evidencia el papel moderador que ejerce el género, según el cual, las mujeres tienden a recibir un mayor control y límites de parte de sus padres en las actividades que realizan diariamente, en contraposición con los hombres quienes en general tienen mayores libertades y son menos supervisados (8). En este sentido, un estudio realizado en las Bahamas encontró que los estilos de crianza de los padres difieren según el género del adolescente, siendo más probable que las mujeres den fe de un control más autoritario de sus padres y que los varones sean más propensos a informar una crianza negligente o menos controlada (11).

Por lo que se refiere a la relación estudiada entre las conductas sexuales de riesgo y el monitoreo parental, se encontró que ésta no fue siempre la misma para ambas formas de medir el monitoreo de los padres.

La iniciación sexual temprana se relacionó únicamente con el conocimiento parental de los amigos cercanos del adolescente, su asociación con el conocimiento de los padres de los lugares de estancia del adolescente no fue significativa. Lo anterior concuerda con un estudio realizado en los Estados Unidos Mexicanos, que señala que el inicio de la actividad sexual se ve influenciada por el comportamiento de los pares o amigos del adolescente y la presión que estos puedan ejercer para propiciar esta y otras conductas de riesgo (41). Los y las adolescentes se sienten muchas veces presionados por los comentarios de sus amigos, lo cual en ocasiones los impulsa a tomar acciones sin estar plenamente convencidos, por el simple hecho de creer que el resto de sus amigos lo hace, además se sienten físicamente preparados para mantener este tipo de relaciones, aunque no lo estén desde el punto de vista biológico y social (66). Dado el conocimiento que existe la probabilidad de que el adolescente pueda ser influenciado por sus amigos más cercanos para iniciar la actividad sexual, es que los padres presentan mayor preocupación por conocer quienes son estas personas y cuál es la relación que mantienen con sus hijos(as). Máxime considerando que éstos se convierten en el contexto de socialización más importante para el adolescente, compartiendo con ellos la mayor parte de su tiempo.

Siempre en referencia a la iniciación sexual temprana, ésta fue la única conducta sexual de riesgo con la cual el monitoreo parental tuvo una relación distinta según el sexo del

adolescente, presentando resultados opuestos para hombres y mujeres. Así pues, en los hombres, la presencia de un nivel medio de monitoreo parental resultó tener un efecto protector y en las mujeres no. Esto puede estar relacionado con el hecho que la iniciación sexual temprana, al tener probabilidad de haber ocurrido en tiempo pasado, no necesariamente refleja el monitoreo parental actual, el cual pudo haberse modificado (tanto en mujeres como en hombres) después de ocurrida la conducta de riesgo. Por ejemplo, pudiera ser que los padres al darse cuenta de que sus hijos se han iniciado sexualmente de forma temprana, les incrementen el control y la supervisión y esto se vea reflejado en una relación inversa entre el monitoreo y la prevalencia de esta conducta. Sin embargo, lo anterior es solamente una suposición, ya que al tratarse de un estudio transversal no es posible determinar con certeza la temporalidad en esta asociación.

El uso de MAC en la última relación sexual estuvo relacionado significativamente con ambas variables de monitoreo parental. No obstante, para el conocimiento de los lugares de estancia del adolescente, solo existió relación con el nivel medio y no con el alto. Lo anterior podría coincidir con lo señalado por algunos autores que las conductas de control o monitoreo que son extremistas (déficit o exceso de normas) podrían no tener influencia en la práctica de conductas de riesgo por parte del adolescente. En este caso, los resultados indican que un nivel alto de monitoreo podría no tener efecto alguno sobre la prevalencia de uso de MAC en la última relación sexual del adolescente (6). También podría ocurrir que cuando los padres monitorean mucho el lugar donde se encuentran sus hijos, las oportunidades que estos tengan para tener relaciones sexuales se vean reducidas y, por lo tanto, cuando haya ocasión que se presente alguna de estas oportunidades, resulte más difícil que el adolescente planifique, piense o converse con su pareja sobre la utilización de algún método anticonceptivo.

Vale la pena destacar que el efecto del monitoreo parental sobre esta conducta de riesgo no fue diferente según fuese el adolescente hombre o mujer, lo cual descarta el efecto confusor o modificador de efecto del sexo. No obstante, fue la única conducta que presentó variaciones según el nivel educativo del jefe de hogar, siendo significativa la relación con el nivel educativo “universitario”. Esto se condice con lo reportado en el estudio “factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes”, según el cual, a altos niveles educativos de los padres, disminuye la participación del adolescente en conductas sexuales de riesgo (70).

Respecto al nivel educativo, Nazzari y colaboradores también señalan que éste es un importante indicador para dar cuenta de las habilidades cognitivas de una persona para comprender y usar información respecto a salud (71). Entre más alto sea el nivel educativo de los padres, estos podrían tener mayores capacidades para educar

efectivamente a sus hijos en materia de sexualidad saludable y segura, protegiéndolos de esta forma de la práctica de conductas sexuales y reproductivas de riesgo. Lo anterior se puede lograr al conversarles abiertamente sobre estas conductas y sus principales riesgos, por ejemplo, mostrándoles la importancia del uso de métodos anticonceptivos para disminuir las probabilidades de contraer una infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado.

El hecho de presentar múltiples parejas en el último año guardó relación únicamente con un alto nivel de conocimiento parental de los lugares de estancia del adolescente. Esta relación al igual que las anteriores, fue inversa, siendo que, presentaban menor prevalencia de múltiples parejas sexuales en el último año, aquellos adolescentes con niveles altos de monitoreo de sus padres, al compararlos con los que tenían un bajo nivel de monitoreo. La relación con el nivel medio de esta medida de monitoreo parental no fue significativa. Además, no hubo evidencia suficiente para afirmar que estuviese asociada con el nivel de conocimiento parental de los amigos cercanos del adolescente. Lo anterior puede guardar relación con la creencia de los padres que, al tener conocimiento de los lugares de estancia del adolescente, y por lo tanto poder restringir aquellos que consideren riesgosos o no apropiados para ellos, pueden evitar que el adolescente tenga oportunidad de involucrarse con múltiples compañeros sexuales. Se cree, sin embargo, que bajo esta misma línea debió ser igual la relación para el conocimiento de los amigos cercanos del adolescente, pues como fue anteriormente referenciado el efecto que tienen los pares puede también ser influyente es este tipo de conducta.

Hay que hacer notar el efecto protector que tiene el hecho de ser mujer respecto a tener múltiples parejas sexuales, pues manteniendo constante el nivel de monitoreo parental, los hombres presentan alrededor de un 50% más de prevalencia de esta conducta que las mujeres. Esto concuerda con el informe de la Octava Encuesta Nacional de Juventud, en la cual la probabilidad de tener de múltiples parejas sexuales en el último año es 2,3 veces mayor en jóvenes hombres respecto a mujeres (2).

Tal como fue referenciado, el monitoreo parental (vigilancia activa o seguimiento del comportamiento de los hijos y conocimiento de sus amigos más cercanos) ha sido sugerido en múltiples estudios como una estrategia para reducir el comportamiento sexual de riesgo en la adolescencia. Snyder y Patterson sugieren que los padres deben dar a sus hijos un conjunto de límites y reglas, saber con quién se asocian regularmente, dónde se encuentran y con quién. Deben hacer además un seguimiento y supervisión del cumplimiento de esas reglas y tomar medidas disciplinarias efectivas cuando las reglas son incumplidas, de manera que puedan influir disminuyendo la probabilidad de que el adolescente se involucre en conductas riesgosas (60).

Pese a que el presente estudio encontró asociación entre las variables de monitoreo parental y las conductas sexuales y reproductivas de riesgo, esta relación no fue en todos los casos significativa para ambas formas de monitoreo parental, lo cual podría estar relacionado con la forma de medición de estas variables en la encuesta.

Las medidas de monitoreo que se utilizan con más frecuencia (como las utilizadas por la Octava Encuesta Nacional de Juventud en su cuestionario) piden a los adolescentes que califiquen el conocimiento de sus padres sobre las actividades que estos realizan, mediante autopercepción: "¿Cuánto saben realmente tus padres?... ¿Quiénes son tus amigos más cercanos?, ¿Qué haces en tu tiempo libre?, ¿Dónde estás la mayoría del tiempo después de la escuela?, ¿Dónde estás los fines de semana?, ¿Saben tus padres dónde estás cuando estás lejos de casa?, ¿Saben tus padres con quién estás cuando estás fuera de casa?". Sin embargo, estas medidas no preguntan cómo los padres llegaron a saber estas cosas y rara vez preguntan sobre el seguimiento y la verificación de esta información. Además, no indagan sobre la calidad de las relaciones entre padres e hijos, el clima y la cercanía familiar, entre otros que ha mostrado la literatura que guardan una estrecha relación con el monitoreo y con la práctica de conductas sexuales de riesgo en la adolescencia (8) (58) (60) (69).

Aunque el término "monitoreo parental" implica que las medidas representan los esfuerzos de seguimiento y supervisión de los padres, en realidad representan un producto final: el conocimiento de los padres. De hecho, los padres podrían conocer las actividades de sus hijos en al menos tres formas. Primero, los adolescentes podrían decirles espontáneamente, sin ninguna solicitud del padre (exteriorización del adolescente). En segundo lugar, los padres podrían preguntar a sus hijos y/o a los amigos de sus hijos por la información (solicitud paterna). En tercer lugar, los padres podrían imponer reglas y restricciones a las actividades y asociaciones de sus hijos, controlando así la cantidad de libertad que tienen para hacer las cosas sin decirles (monitoreo parental).

Statin y Kerr en su estudio sobre la reinterpretación del concepto de monitoreo parental, encontraron que, de estas tres fuentes potenciales de información, la exteriorización voluntaria de los hijos era la fuente más importante del monitoreo parental. Evidenciando que los padres obtienen la mayor parte de los conocimientos sobre las actividades de sus hijos, de la exteriorización voluntaria de los mismos. En lugar de sus esfuerzos activos de supervisión y monitoreo, los adolescentes les cuentan libremente a sus padres una gran proporción de lo que sus padres saben sobre los lugares que frecuentan y las actividades que realizan (60).

Ahora, la revelación voluntaria del adolescente acerca de sus actividades está ligada a una relación de comunicación y confianza con los padres. Un estudio realizado en

China que examinó la relación entre el monitoreo parental, la confianza y la comunicación entre padres y sus hijos, encontró que la voluntad de los adolescentes de contarles a los padres sobre sus actividades, está asociada con las percepciones de los adolescentes de una relación basada en la confianza (69).

En efecto, en la teoría del desarrollo de Erikson, establecer una confianza básica con los padres o cuidadores, es una tarea clave de desarrollo en la primera infancia y es fundamental para la resolución de la crisis de identidad adolescente. Los estudios empíricos también han demostrado que los adolescentes que perciben una fuerte confianza mutua con sus padres tienden a involucrarse en menores conductas de alto riesgo, a sentir menos soledad, a reportar un nivel más alto de relaciones interpersonales, y a mostrar un mejor ajuste psicosocial (60).

De hecho, al lograr el equilibrio correcto entre autonomía y límites, los padres y los adolescentes pueden mantener una mejor relación entre ellos. Cuando el equilibrio se altera, aparecen resultados menos que ideales. Por ejemplo, cuando los y las adolescentes ven la supervisión de los padres como invasiva y demasiado controladora, pueden reaccionar ante esta intrusión adoptando comportamientos aún más impropios que sus padres no podrían supervisar o controlar. Las conductas parentales que comprometen los sentimientos de confianza y autonomía de los adolescentes pueden tener el efecto de cerrar los procesos de comunicación y dificultar así el monitoreo de los padres.

En el presente estudio, existe la probabilidad que la forma que tienen los padres para conocer los lugares de estadía y los amigos cercanos de sus hijos (medición de monitoreo parental) no sea la misma. En algunos casos podría ocurrir que obtengan la información voluntariamente de sus hijos y en otros casos que sea mediante mayor restricción y control de sus actividades.

Lo anterior demuestra que el monitoreo o supervisión de los padres está vinculado a través de la percepción de los adolescentes, a varios otros aspectos que usualmente no son medidos en las encuestas que consultan acerca del monitoreo parental, como lo son las relaciones subyacentes entre padres e hijos, incluidas las relaciones de comunicación y la confianza. Podría ocurrir que aquellos adolescentes que tienen una relación más de confianza con sus padres presenten menores prevalencias de conductas sexuales y reproductivas de riesgo y que esa confianza a su vez esté relacionada con el mayor o menor monitoreo que sus padres ejerzan sobre ellos. Destacándose estos valores como elementos importantes para la prevención de conductas riesgosas de los adolescentes y jóvenes.

Al respecto, diversos estudios han demostrado que aquellos adolescentes que confían en sus padres tienen en general vínculos emocionales más estrechos con los mismos, y son los vínculos emocionales los que hacen que sea menos probable que participen en conductas de riesgo (69). Considerando además que, dada esa relación de confianza, existe mayor posibilidad de diálogo padre-adolescente acerca de las distintas implicaciones y consecuencias que puede traer la práctica de conductas riesgosas para el adolescente.

Esto evidencia que las relaciones de confianza entre padres e hijos podrían funcionar como una tercera variable que explica el monitoreo parental en sí mismo, así como también el vínculo entre el monitoreo parental con las conductas sexuales de riesgo.

A la luz de las relaciones existentes entre el monitoreo parental con las conductas sexuales y reproductivas de riesgo, los resultados de este estudio sugieren que los adolescentes hombres y mujeres pueden requerir enfoques parentales diferentes para amortiguar la toma de riesgos sexuales durante la adolescencia. Por otra parte, pese a que el estudio realizado evidencia que existe una relación beneficiosa entre un monitoreo parental alto y la baja prevalencia de conductas sexuales y reproductivas de riesgo en la población adolescente, cabe la posibilidad de que existan relaciones subyacentes entre padres e hijos que puedan mediar esta asociación y ocasionen que no sea siempre igual para ambas formas de medir el monitoreo parental.

Fortalezas y debilidades del estudio

Varias limitaciones del presente estudio deben ser mencionadas. En primer lugar, se trata de un estudio realizado con datos obtenidos desde una fuente secundaria con objetivos diferentes a los planteados, lo cual podría influir en el alcance de los resultados. En segundo lugar, las medidas de la actividad sexual se basaron en auto informes de los adolescentes y, por lo tanto, los comportamientos sexuales de riesgo pueden haber sido subestimados u omitidos debido a las percepciones de lo socialmente correcto o incorrecto o al sesgo de recuerdo. En general, los hombres tienden a exagerar su comportamiento sexual mientras que las mujeres tienden a subestimar el suyo debido a las percepciones socioculturales. Además, el recuerdo de la edad en el debut sexual, especialmente para los adolescentes de mayor edad, podría haber contribuido a algún sesgo de informe.

También se debe tener en cuenta que, debido a la naturaleza transversal del estudio, la capacidad para establecer inferencias causales respecto a las relaciones observadas se ve limitada. Del mismo modo, no es posible afirmar que los hallazgos sean generalizables a toda la población adolescente chilena, pues no se pudo incluir al grupo

de 10 a 14 años, dado que no formaba parte de la población objeto de estudio de la encuesta.

Por otra parte, debido a que la variable de monitoreo parental fue medida en la encuesta únicamente en adolescentes escolares, no fue posible estudiar la asociación en aquellos adolescentes que no se encontraban cursando la educación básica o media.

Finalmente, como todo tipo de estudio cuantitativo analítico, las estimaciones o explicaciones a las que se llegue pudiesen ser parciales, dada la existencia de otras variables relacionadas a las variables de respuesta que quizá no fueron medidas, pero que pudieran interferir en la relación estudiada.

Pese a las limitaciones expuestas, los resultados que aquí se presentan constituyen uno de los primeros intentos en Chile de estudiar la relación entre el monitoreo parental y la práctica de conductas sexuales de riesgo en población adolescente. Esto abre el camino para seguir investigando el tema y contribuir a la implementación de políticas preventivas que tomen como pilar importante además del adolescente, a la madre y/o al padre de familia.

El hecho de contar con un amplio tamaño muestral y con representatividad a nivel nacional es también una de las principales fortalezas del estudio, ya que permite que los resultados obtenidos sean representativos de toda la población escolar chilena de 15 a 19 años.

VIII. Conclusiones

La prevalencia de conductas de riesgo sexuales y reproductivas es levemente mayor en hombres que en mujeres, siendo pequeñas las brechas existentes entre ambos.

El mantener múltiples parejas sexuales en el último año, es la conducta sexual de riesgo más prevalente entre los adolescentes, seguida de la iniciación sexual temprana y por último de la ausencia en el uso de MAC en la última relación sexual. Tratándose de conductas que exponen al adolescente al contagio de infecciones de transmisión sexual, así como a experimentar una situación de embarazo no planificado.

Los hombres perciben en mayor medida que las mujeres que reciben un bajo nivel de monitoreo de parte de sus padres. No obstante, la relación se invierte cuando se trata de un nivel alto de monitoreo, siendo las mujeres las que perciben en mayor proporción que los hombres que son altamente monitoreadas.

En relación a ambas formas de monitoreo parental, los adolescentes en general perciben mayor conocimiento por parte de sus padres o apoderados, de sus lugares de estancia frecuente, que de sus amigos más cercanos.

El monitoreo parental tuvo una asociación positiva con la práctica de conductas sexuales y reproductivas de riesgo. Siendo que al existir algún nivel de monitoreo (medio o alto) disminuyó la prevalencia de estas conductas.

La asociación entre el monitoreo parental con las conductas sexuales y reproductivas de riesgo no fue igual para ambas formas de medición de monitoreo parental ni para todos los niveles. Para la iniciación sexual temprana, la asociación resultó ser significativa con el grado de conocimiento de los lugares visitados normalmente por el adolescente; en el caso de la tenencia de múltiples parejas sexuales, la asociación fue significativa con el grado de conocimiento parental de los amigos más cercanos del adolescente y únicamente la ausencia en el uso de MAC en la última relación sexual estuvo relacionada significativamente con ambas formas de medición de monitoreo parental. Algunas conductas presentaron asociación con el nivel medio de monitoreo y otras con el nivel alto.

La importancia del género como moderador de la asociación entre monitoreo parental y conductas sexuales y reproductivas de riesgo, no fue igual para todas las conductas estudiadas, resultando tener efecto protector (en las mujeres) únicamente para la prevalencia de múltiples parejas sexuales.

La ausencia en el uso de MAC en la última relación sexual fue la única conducta que se vio afectada por el nivel educativo del jefe o jefa de hogar, siendo que la asociación entre el monitoreo parental con esta conducta de riesgo se modificaba en el caso de jefes de hogar con un nivel educativo “universitario”.

La asociación entre el monitoreo parental con las conductas de riesgo sexuales y reproductivas en la adolescencia posiblemente esté influenciada por las relaciones subyacentes existentes entre padres e hijos, las cuales podrían fungir como una tercera variable que tiene efectos en la forma de monitorear que tienen los padres a sus hijos y también en la postura respecto a la práctica de conductas sexuales de riesgo que éstos últimos adopten.

Los resultados obtenidos por la presente investigación significan un primer acercamiento en el aporte de evidencia que permita incorporar más fuertemente el componente familiar en la elaboración de programas específicos encaminados a la prevención e intervención de las conductas sexuales y reproductivas de riesgo en la adolescencia.

IX. Recomendaciones para futuras investigaciones

Estudiar las relaciones entre monitoreo parental y conductas sexuales y reproductivas de riesgo en la población en adolescencia temprana (10-14 años), ya que como ha quedado evidenciado en estudios anteriores, la edad de inicio de estas conductas es cada vez más precoz. Considerando además que el monitoreo parental podría ser más influyente en esta etapa.

Se requiere investigación adicional sobre los procesos de género como un mecanismo importante para comprender el desarrollo adolescente, los comportamientos sexuales y reproductivos de riesgo durante esta etapa y el efecto del monitoreo parental según se trate de mujeres u hombres.

Estudiar la relación entre el monitoreo parental y las conductas sexuales y reproductivas de riesgo, tomando en cuenta la influencia de otras conductas de riesgo de alta prevalencia durante la adolescencia como lo es el uso de sustancias psicoactivas: alcohol, tabaco, marihuana, entre otras drogas que se ha evidenciado que son predictoras de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia.

Investigar dentro de las medidas de monitoreo parental, la influencia que ejercen madre y padre por separado, ya que ésta podría afectar de manera distinta la participación del adolescente en conductas de riesgo.

Dado que el diseño transversal limita la capacidad del estudio para establecer inferencias causales con respecto a las relaciones observadas, se necesitan estudios longitudinales para ayudar a abordar el tema de causalidad entre las variables estudiadas. Además, complementar la información con estudios cualitativos que permitan conocer más a fondo los procesos de crianza y entreguen mayores elementos que den cuenta de las relaciones subyacentes entre padres e hijos. Por ejemplo, la existencia de relaciones basadas en el apoyo, comunicación y confianza, entre otros, que permitan dilucidar el efecto en los comportamientos sexuales de riesgo en la adolescencia.

Finalmente, según lo encontrado en la literatura, se utilizaron medidas dicotómicas únicas para las variables de respuesta. No obstante, al tratarse de conductas sexuales y reproductivas pueden entrar en juego otros factores que influyen en que el efecto observado sea más o menos dañino. Por ejemplo, aquellos adolescentes que tienen múltiples parejas sexuales, pero que además usan condón en sus relaciones, pueden no estar en mayor riesgo en comparación con aquellos adolescentes que tienen relaciones sexuales sin protección. Se recomienda para próximos análisis tomar en cuenta estas consideraciones.

X. Bibliografía

1. Garcia-Vega E, Menendez Robledo E, Fernandez García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Int J Psychol Res* [Internet]. 2012;5(1):79–87. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539010>
2. Instituto Nacional de Juventud. Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015 [Internet]. Santiago; 2017. Available from: http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf
3. Nancy W. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en la adolescencia [Internet]. New York; 2013. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
4. Kahn RE, Holmes C, Farley JP, Kim-Spoon J. Delay discounting mediates parent-adolescent relationship quality and risky sexual behavior for low self-control adolescents. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2015 Sep [cited 2018 Sep 8];44(9):1674–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26202153>
5. Bahamón Muñetón M, Viancha Pinzón M, Tobos Vergara A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2014;31(2):327–53. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008
6. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016;81(3):243–53. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington D.C; 2016.
8. Kincaid C, Jones DJ, Sterrett E, McKee L. A review of parenting and adolescent

- sexual behavior: the moderating role of gender. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2012 Apr [cited 2018 Sep 9];32(3):177–88. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735812000189>
9. Organización Mundial de la Salud. El VIH y los jóvenes [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Sep 9]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/es/
 10. Bobbio A, Arbach K, Alderete A. Evaluación de las prácticas parentales: Análisis psicométrico de la escala Adolescent Family Process. *Evaluar* [Internet]. 2016;16(1):46–65. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/15941/15757>
 11. Wang B, Stanton B, Deveaux L, Li X, Lunn S. Dynamic relationships between parental monitoring, peer risk involvement and sexual risk behavior among Bahamian mid-adolescents. *Int Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2015 Jun [cited 2018 Sep 9];41(2):89–98. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.1363/4108915>
 12. Parkes A, Henderson M, Wight D, Nixon C. Is parenting associated with teenagers' early sexual risk-taking, autonomy and relationship with sexual partners? *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2011 Mar [cited 2018 Sep 9];43(1):30–40. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1363/4303011>
 13. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2015 [cited 2018 Sep 9]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 14. Brazier C. The state of world's children 2011. Adolescence an age of opportunity [Internet]. New York; 2011 [cited 2018 Sep 9]. Available from: https://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
 15. Florenzano R. El adolescente y sus conductas de riesgo. Universidad Católica de Chile. Santiago; 2002. 236 p.
 16. MacArthur GJ, Smith MC, Melotti R, Heron J, Macleod J, Hickman M, et al. Patterns of alcohol use and multiple risk behaviour by gender during early and late adolescence: the ALSPAC cohort. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2012

- [cited 2018 Sep 11];34(1):20–30. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fds006>
17. Alfaro AC, Roche RG, Monterrey Gutiérrez P, Fuentes Abreu J, Sosa DP. SIDA, adolescencia y riesgos. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2000 [cited 2018 Sep 9];16(3):253–60. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n3/mgi05300.pdf>
 18. Santisteban TB. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico de Holguín* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 9];18(1):5–7. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n1/ccm02114.pdf>
 19. Alcázar L, Alessandra M, Walker I, Valdivia M, Cueto S, Saldarriaga V, et al. Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo [Internet]. Ediciones. Teillier C, Infante A, editors. Lima, Perú; 2011. 168 p. Available from: http://repositorio.grade.org.pe/bitstream/handle/GRADE/126/30_cueto_saldarriaga_munoz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Pulido MA, Carazo V, Orta G, Coronel M, Vera F. Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Rev Intercont Psicol y Educ* [Internet]. 2011;13(1):11–27. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80218382002>
 21. Paredes N, Chavez B. Conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Iquitos-2015 [Internet]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015. Available from: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3311/TESIS_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 22. Mmari K, Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: An update. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2013;53(5):562–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.018>
 23. Rosabal E, Romero N, Gaquín K, Hernández R. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev Cubana Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 1];44(2):218–29. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15/mil10215.htm
 24. Odimegwu C, Somefun OD. Ethnicity, gender and risky sexual behaviour among

- Nigeria youth: an alternative explanation. *Reprod Health* [Internet]. 2017 Jan 31 [cited 2018 Sep 11];14(16):1–15. Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0284-7>
25. Berhan Y, Berhan A. A meta-analysis of risky sexual behaviour among male youth in developing countries. *AIDS Res Treat* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 11];1–9. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/art/2015/580961/>
 26. Epstein M, Bailey JA, Manhart LE, Hill KG, Hawkins JD, Haggerty KP, et al. Understanding the link between early sexual initiation and later sexually transmitted infection: test and replication in two longitudinal studies. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Sep 11];54(4):435–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280303>
 27. Epstein M, Bailey JA, Manhart LE, Hill KG, Hawkins JD. Sexual risk behavior in young adulthood: broadening the scope beyond early sexual initiation. *J Sex Res* [Internet]. 2014 Oct 14 [cited 2018 Sep 11];51(7):721–30. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2013.849652>
 28. Lara LAS, Abdo CHN. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2018 Sep 11];29(5):417–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26655691>
 29. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CB do N, de Moraes AJP, Azevedo GD, et al. ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2016 Feb [cited 2018 Sep 11];50(1):1s–11s. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26910547>
 30. Leal I, Molina T, Luttgés C, González E, González E. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018;83(2):149–60. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200149
 31. González A E, Molina G T, Montero V A, Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 11];78(1):4–13. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

32. Molina R. Ginecología Infantojuvenil: Un abordaje interdisciplinario. In: Libro de Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Sociedad A. Buenos Aires; 2014. p. 621–39.
33. González EA, Breme P, González DA, Molina TG, Leal IF, González EA, et al. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Sep 11];82(6):692–705. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600692&lng=en&nrm=iso&tlng=en
34. Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Contraceptive use and consistency in U.S. teenagers' most recent sexual relationships. Perspect Sex Reprod Health [Internet]. 2004 [cited 2018 Sep 11];36(6):265–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687085>
35. Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs A. Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2010. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>
36. Dides C, Fernández Editoras C. Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile [Internet]. Santiago; 2016 [cited 2018 Sep 11]. Available from: http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf
37. Ministerio de Salud de Chile. Situación actual embarazo adolescente [Internet]. Santiago, Chile; 2015. Available from: <http://www.minsal.cl/>
38. Leal F I, Stuardo A V, Molina G T, González A E. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 11];80(1):41–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
39. Cervantes DT. Estado del arte sobre el comportamiento sexual adolescente. Rev Electrónica del Inst Psicol y Desarro. 2005;2(6):1–18.

40. Heeren GA, Mandeya A, Jemmott JB, Chiruka RT, Marange CS, Batidzirai JM, et al. Multiple partners and condom use among students at a South African University. *J Evid Based Soc Work* [Internet]. 2014 Oct 20 [cited 2018 Sep 11];11(5):437–44. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4265805>
41. Hurtado de Mendoza Zabalgoitia MT, Veytia López M, Guadarrama Guadarrama R, González Forteza C, Hurtado de Mendoza Zabalgoitia MT, Veytia López M, et al. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Nov Sci* [Internet]. 2017 Oct 19 [cited 2018 Sep 11];9(19):615–34. Available from: <http://novascientia.delasalle.edu.mx/ojs/index.php/Nova/article/view/849>
42. Vasilenko SA, Lanza ST. Predictors of multiple sexual partners from adolescence through young adulthood. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 11];55(4):491–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24561033>
43. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [cited 2018 Sep 11]. Available from: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
44. Sara Amneris Urgellés Carrera D, Reyes Guerrero E, Mariela Figueroa Mendoza D, Batán Bermúdez Hospital Militar Central Y, Díaz Soto L, Habana L. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2012 [cited 2018 Sep 11];38(4):549–57. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_4_12/gin12412.htm
45. Donoso S E, Vera P-G C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Sep 11];81(6):534–45. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
46. Ahmadian M, Hamsan HH, Abdullah H, Samah AA, Noor AM. Risky sexual behavior among rural female adolescents in Malaysia: a limited role of protective factors. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 11];6(3):165–74.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24762359>

47. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Ginebra; 2016. Available from: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
48. Ministerio de Salud de Chile. Norma de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. Santiago, Chile; 2016. Available from: <https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2016/Norma de Profilaxis Diagnostico y Tratamiento de las Infecciones de Transmision Sexual.pdf>
49. Yáñez C. Sida Chile [Internet]. VIH sigue aumentando en el país y especialmente entre los más jóvenes. . 2018 [cited 2018 Sep 11]. Available from: <http://www.sidachile.cl/contenido/prensa.php>
50. Henriques M, Yunes M. Adolescence: Misunderstandings and hopes. Pan Am Heal Organ [Internet]. 1993;(541):43–61. Available from: <https://www.popline.org/node/333693>
51. Barbón Pérez OG. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2012 [cited 2018 Sep 12];50(2):245–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Determinantes sociales de embarazo en menores de 15 años [Internet]. Bogotá, Colombia; 2014. Available from: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SM-Determ-embarazo-menores-15-años.pdf>
53. Madise N, Zulu E, Ciera J. Is poverty a driver for risky sexual behaviour? Evidence from national surveys of adolescents in four African countries. Afr J Reprod Health [Internet]. 2007 Dec [cited 2018 Sep 11];11(3):83–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698061>
54. Gutiérrez JP, Atienzo EE. Socioeconomic status, urbanicity and risk behaviors in Mexican youth: an analysis of three cross-sectional surveys. BMC Public Health [Internet]. 2011 [cited 2018 Sep 11];11(900):1–10. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22129110>

55. Moura LR de, Torres LM, Cadete MMM, Cunha C de F, Moura LR de, Torres LM, et al. Factors associated with health risk behaviors among Brazilian adolescents: an integrative review. *J Sch Nurs Univ São Paulo* [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 12];52(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100800&lng=pt&tlng=pt
56. Instituto Nacional de Estadística Chile. Jefatura de hogar: usos del concepto, historia, críticas y expresión en los indicadores [Internet]. Santiago, Chile; 2016. Available from: http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/documentos/jefatura_hogar.pdf
57. González E, Molina T, Montero V A, Martínez V. Influencia de los factores familiares en la actividad sexual adolescente [Internet]. Santiago, Chile; Available from: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/164/prom_34.pdf?sequence=1&isAllowed=y
58. Recabarren P. Involucramiento parental y consumo de drogas en escolares en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2017. Available from: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin_19_Involucramiento_parental_y_consumo_de_drogas_en_escolares_de_Chile.pdf
59. Rojas LM. Estilos parentales y salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma [Internet]. Universidad César Vallejo, Perú; 2016. Available from: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/412>
60. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Dev* [Internet]. 2000 [cited 2018 Sep 12];71(4):1072–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11016567>
61. Noverola MV. Monitoreo parental y conducta sexual en jóvenes [Internet]. Universidad Autónoma de Nueva León, México; 2014. Available from: <http://eprints.uanl.mx/4109/1/1080253768.pdf>
62. Méndez Muñoz J. Consumo de drogas e involucramiento parental entre estudiantes de secundaria de Costa Rica durante el 2015. *Drugs Addict Behav* |

- [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 12];2(2):193–205. Available from: <https://doi.org/10.21501/24631779.2440>
63. Carrillo Amezcua L, García FJ, González-Forteza C, Angélica Martínez Vélez N, Medina-Mora Icaza ME. Relación entre supervisión parental y conducta antisocial en menores infractores del Estado de Morelos. *Supervisión Parent en menores Infract* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 12];11(1):11–7. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n1/0185-3325-sm-39-01-00011.pdf>
 64. Hoeve M, Dubas JS, Eichelsheim VI, van der Laan PH, Smeenk W, Gerris JRM. The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2009 [cited 2018 Sep 12];37(6):749–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19263213>
 65. Sieverding JA, Adler N, Witt S, Ellen J. The Influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2005 [cited 2018 Sep 12];159(8):724–9. Available from: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpedi.159.8.724>
 66. Palacios JR, Andrade P. Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Rev Investig la Univ Simón Bolív* [Internet]. 2008;(7):7–18. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2986557>
 67. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, et al. Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics* [Internet]. 2001 Jun [cited 2018 Sep 12];107(6):1363–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11389258>
 68. Instituto Nacional de Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2015. Manual de usuario. Santiago, Chile; 2015.
 69. Ying L, Ma F, Huang H, Guo X, Chen C, Xu F. Parental monitoring, parent-adolescent communication, and adolescent's trust in their parents in China. [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Dec 2];10(8):1–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=26271080>
 70. Andrade P, Betancourt D, Palacios JR. Factores familiares asociados a la conducta

sexual en adolescentes. Revista Colombiana de Psicología. [Internet]. 2006 Sep [cited 2018 Dec 2]: 99–101. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1238/1796>

71. Nazzari C, Corbalán R, Sepúlveda P, Schacht. Efecto del nivel educacional en la sobrevivencia posterior a un infarto agudo de miocardio: Registro chileno de infarto de miocardio, GEMI 2009-2012. Rev Med Chile. [Internet]. 2015 May [cited 2018 Dec 15]: 99–101. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700001

XI. Anexos

Anexo 1. Correo de solicitud de Octava Encuesta Nacional de Juventud al INJUV.

De: Karleen Spencer <kiki.spencer2@gmail.com>

Enviado: miércoles, 3 de octubre de 2018 12:08

Para: Pamela del Pilar Neira Molina

Asunto: Solicitud información

Estimada, mi nombre es Karleen Spencer, soy estudiante de segundo año del magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile y actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis. Mi interés es trabajar con los datos de la Octava Encuesta Nacional de Juventud del 2015, no obstante, pese a que en algún momento la información de la base de datos se encontraba en internet y a disposición del público, ahora ya no tengo acceso a ella y quería consultarles si existe posibilidad de trabajar con los datos de esta encuesta para realizar mi tesis, lo anterior tomando en cuenta todas las consideraciones pertinentes.

Gracias de antemano

Saludos, Karleen



María Gabriela Evans Espineira <gevans@injuv.gob.cl>

para mí ▾

mié., 3 oct. 12:32 ☆ ↶ ⋮

Estimada

Adjunto bases solicitadas

María Gabriela Evans Espineira

Secretaria

Dpto. Planificación y Estudios

Instituto Nacional de la Juventud

Ministerio de Desarrollo Social | Gobierno de Chile

(t) 02 26204741

