

## Empoderamiento y salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Irene Casique

### 1. Planteamiento del problema

En las últimas décadas las altas tasas de fecundidad adolescente que prevalecen en la mayoría de los países de América Latina han atraído la atención de investigadores y políticos. La ampliación del uso de anticonceptivos por esta población, y de manera particular el uso consistente del condón (masculino), ha sido planteado como el factor clave no sólo para la prevención de embarazos adolescentes sino también para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) (Manning et al, 2007, Gayet et al, 2003). Sin embargo, y a pesar de incontables esfuerzos e iniciativas, los jóvenes continúan haciendo un uso escaso e inconsistente del condón en la región.

México no es la excepción en este panorama. Las tasas de uso de anticonceptivos entre los jóvenes y adolescentes son bajas, al tiempo que se observan elevadas tasas de embarazo adolescente (González Garza et al, 2005; Nuñez-Urquiza et al, 2003; Walker et al, 2004) y, en paralelo, los jóvenes entre 18 y 24 años de edad emergen como el grupo de población más afectado en el país por ITS (Madrazo et al, 2007).

Las soluciones propuestas, y aparentemente obvias, se han pronunciado, fundamentalmente en dirección de la expansión del conocimiento y uso de anticonceptivos entre los adolescentes, con particular énfasis en el uso del condón. No obstante, si bien el conocimiento y uso de anticonceptivos, son claramente elementos centrales para la disminución del número de embarazos y de infecciones sexualmente transmitidas entre los jóvenes, es obvio que el logro de estas metas requiere de un abordaje más integral de la problemática.

Las altas tasas de embarazo y el bajo e inconsistente uso de anticonceptivos entre los adolescentes son expresiones de una problemática sustancialmente más profunda: el débil reconocimiento, por parte de la sociedad, de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, que se refleja en múltiples obstáculos planteados desde las normas e instituciones sociales para el ejercicio sexual de los adolescentes, y que afectan profundamente la manera en que los adolescentes entienden y viven su sexualidad. En este sentido es posible ubicar a los adolescentes como un grupo carente de poder frente a esta dimensión de sus vidas.

La búsqueda de un nuevo escenario, en el que tanto los jóvenes varones como las mujeres puedan mantener relaciones de igualdad, con valoración y respeto de las desigualdades entre unos y otros, y con un conocimiento y ejercicio pleno de su sexualidad, pasa por muchas tareas –como la prevención de la violencia, la procuración de relaciones de género equitativas, y el empoderamiento de los jóvenes–, tareas que involucran no sólo a los jóvenes, sino a la

sociedad en general. Una herramienta particularmente valiosa radica en el empoderamiento de los jóvenes, varones y mujeres, que les permita entender y desarrollar sus vidas desde una perspectiva de acceso y control.

La noción de empoderamiento y su relevancia en la promoción de la salud no es nueva. Desde hace ya algunos años diversas instituciones y organizaciones internacionales intentan promover la agenda de investigación y el desarrollo de programas orientados al empoderamiento de los jóvenes, teniendo entre sus principales metas la atención de problemáticas como la desentendida salud sexual y reproductiva adolescente. No obstante, prevalece una profunda dualidad en torno a la sexualidad adolescente, particularmente en torno a la sexualidad de las adolescentes, que se extiende y cruza también al tema de la salud sexual adolescente y la promoción del empoderamiento sexual de los jóvenes (Horne y Zimmer-Gembeck, 2005).

En contraste con la amplia literatura de los últimos años respecto al status de la mujer y su vinculación con aspectos de salud sexual y reproductiva, la investigación realizada hasta ahora para examinar las posibles vinculaciones entre el empoderamiento de las y los adolescentes y su salud sexual y reproductiva es mucho más escasa y, en el caso particular de México, esta vinculación no ha captado la atención que a nuestro criterio merecería.

Con base en datos provenientes de la Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia, levantada en 2007 y en 2009 entre jóvenes estudiantes de preparatoria en México, nos proponemos analizar los vínculos entre algunos indicadores del nivel de empoderamiento de los jóvenes y dos aspectos de su salud sexual y reproductiva: el uso del condón y el riesgo de embarazo.

En concreto dos preguntas de investigación orientan nuestro análisis ¿En qué medida elementos de empoderamiento como un mayor poder de decisión, una mayor autoestima, y actitudes de género equitativas favorecen el uso consistente del condón en las relaciones sexuales de los adolescentes? ¿En qué medida estos elementos de empoderamiento de los adolescentes disminuyen el riesgo de embarazo entre los adolescente?

## **2. Empoderamiento de los adolescentes.**

El empoderamiento es un concepto clave empleado en diversas disciplinas y áreas... ha sido incluso aplicado de manera vaga e imprecisa. Si bien es claro es que no hay una única definición de empoderamiento, el concepto supone, necesariamente, el acceso al poder y la participación y el control en las decisiones que afectan la vida propia(OPS/OMS, 2006).

En un sentido amplio el empoderamiento es entendido como un proceso a través del cual las personas adquieren control sobre sus propias vidas (Rappaport, 1984) o, expresado de otra manera, como una expansión en la capacidad de las personas para tomar decisiones estratégicas para su vida en un contexto en el cual esta habilidad les era anteriormente negada (Kabeer, 2001).

El empoderamiento ha sido definido desde muchas perspectivas pero ninguna de ellas aborda las necesidades específicas de los adolescentes. Es ampliamente reconocido que la adolescencia es una etapa especialmente importante teniendo en cuenta su papel

fundamental en el desarrollo de hábitos y competencias que pueden afectar el bienestar de los jóvenes y su capacidad de afrontar las circunstancias durante toda su vida (Kia-Keating et al, 2011 citado por Morton y Montgomery, 2011). En esa medida resulta particularmente relevante y promisorio la promoción del empoderamiento de los jóvenes, que impactaría tanto su calidad de vida presente como futura.

El planteamiento que suscribimos aquí es que el empoderamiento es un proceso pertinente para el acceso de todos los adolescentes –varones y mujeres- a la salud sexual y reproductiva, en la medida en que todos, como grupo, han sido marginados por la sociedad de la posibilidad de un ejercicio informado, libre y responsable de su propia sexualidad. El empoderamiento implicaría, en este contexto fortalecer su acceso a la participación y al control de la toma de decisiones sobre la propia sexualidad y en esa medida es pertinente entonces enfocarse en el empoderamiento sexual de los adolescentes (OPS/OMS, 2006).

Por otra parte no podemos ignorar que son las mujeres adolescentes las que ocupan la posición social más desventajada en un marco de marginación e inequidad, posición subordinada que se exagera cuando nos centramos en el análisis de la salud sexual; condición no es temporal ni se modifica con la entrada de las jóvenes a la edad adulta, como si ocurre en el caso de los varones. Y en esa medida deben ser ellas el objeto primario de toda política de empoderamiento sexual, no sólo como instrumento para el fortalecimiento de su salud sexual y reproductiva, sino también como meta en sí misma deseable.

El empoderamiento en general se concibe como una condición dinámica, como un proceso en desarrollo permanente, sin un punto de llegada definitivo, y a la vez como un proceso multidimensional que comprende múltiples dimensiones o áreas de la vida, por lo que en cualquier momento un individuo puede experimentar empoderamiento en algunos niveles o áreas y desempoderamiento en otros (Peterson, 2010).

En el ámbito de las actitudes y conductas relacionadas con la sexualidad y reproducción de los individuos, y en el caso particular de la sexualidad adolescente, cobra relevancia el concepto más específico de empoderamiento sexual. Los estudios y planteamientos originales sobre el empoderamiento sexual han emergido fundamentalmente desde la psicología y han hecho énfasis en el nivel individual o psicológico del empoderamiento. Desde esta perspectiva se identifican tres componentes del empoderamiento sexual : el **intrapersonal** ( desarrollo de elementos como la agencia individual y la autoeficacia), el **interpersonal** (desarrollo de una conciencia crítica, conciencia de los recursos necesarios para alcanzar una meta, conocimiento de cómo experimentar placer sexual, claridad acerca de los propios deseos sexuales, capacidad para expresarlos al compañero/a y poder de decisión) y el **conductual** (entrar en acción para eliminar los desbalances de poder, tomar acción para cumplir con los propios deseos y valores sexuales, capacidad para rechazar experiencias sexuales que no se desean) (Zimmerman, 1995 citado por Peterson, 2009 y por Bay-Cheng, 2011). Es importante sin embargo reconocer que además del nivel individual (o psicológico), otras dimensiones y ámbitos de la vida son parte de un proceso de empoderamiento integral: la dimensión familiar, comunitaria, sociocultural, jurídica y política.

Por otra parte existe un debate en torno a la subjetividad u objetividad del concepto ¿se trata fundamentalmente del sentimiento subjetivo de empoderamiento que puede experimentar

un joven o una mujer (Zimmerman, 1995) o del acceso real de estos individuos a los recursos? (Riger, 1993; Lamb, 2010; Lamb y Peterson, 2011). ¿Sentirse empoderado y estar empoderado son equivalentes? Esta polémica nos remite a cuáles son los elementos fundamentales del empoderamiento y los niveles en que éste ocurre: ¿se trata de un proceso individual o de un proceso social? ¿se trata de un proceso subjetivo o de un fenómeno medible? (Peterson, 2010). Desde nuestra perspectiva el empoderamiento requiere ambos aspectos: supone tanto la capacidad objetiva de controlar el propio entorno como la convicción subjetiva de poder hacerlo (OPS/OMS, 2006).

Es importante además reconocer que la definición de empoderamiento es una construcción social dependiente del contexto cultural específico (Peterson, 2009) y en esa medida no es posible identificar una conducta única de empoderamiento sexual, ya que ésta puede variar de un individuo a otro, entre distintas edades, diferentes relaciones y diferentes contextos culturales (Lamb y Peterson, 2011),

El empoderamiento de los adolescentes representa importantes beneficios para el desarrollo positivo de los jóvenes en las diversas dimensiones de su vida, tanto psicológicas como sociales, incluyendo entre ellas su sexualidad: mayor confianza, desarrollo de una conciencia crítica, auto-eficacia y auto-estima, formación de relaciones íntimas, entre otros, y conduce al desarrollo de una identidad sana, propiciando la adopción de roles más positivos, y la participación y responsabilidad social (Chinman y Linney, 1998; Silva y Martínez, 2007, OPS/OMS, 2006). Sin embargo la promoción de éste como estrategia para un mayor bienestar de los jóvenes y en particular una mejor salud sexual y reproductiva ha sido escasa y lenta. En nuestra opinión ello se explica, al menos parcialmente, por la ambivalencia que socialmente caracteriza la visión de la sexualidad adolescente.

En este sentido es posible identificar una ambivalencia también en el paradigma del empoderamiento de la sexualidad adolescente, que puede ser descrita como la convivencia y el difícil equilibrio de dos planteamientos fundamentales en torno a la sexualidad de los jóvenes, y en particular de las jóvenes: por una parte la visión de la sexualidad como riesgo (riesgo de embarazo, riesgo de ITS, riesgo de abuso, etc.) y por otra parte la visión de la sexualidad como una fuente de autoconocimiento, placer y bienestar de los individuos. Estos dos planteamientos se entrecruzan en la agenda de la investigación y de las políticas de salud pública en torno al tema.

Por otro lado, la mayor parte de los instrumentos desarrollados para la medición y análisis del empoderamiento han tomado como sujeto de análisis a las mujeres casadas o en unión, planteando diversos indicadores que toman como contexto de referencia a la relación de pareja. Por lo que no deja de ser un reto la adopción de esta perspectiva de empoderamiento en el abordaje de problemáticas como la salud y la sexualidad adolescente.

### **3. Empoderamiento y salud sexual y reproductiva adolescente**

Una definición de la salud sexual de los adolescentes debe incluir, entre otras cosas, la habilidad de reconocer los propios deseos sexuales, libertad y comodidad para explorar conductas sexuales deseadas y de rechazar conductas no deseadas, y el conocimiento requerido y la habilidad para protegerse de infecciones sexualmente transmitidas y de embarazos no deseados (Tolman et al, 2003). Desde esta perspectiva, aspectos como poder de negociación, poder de decisión, participación, autonomía, ausencia de violencia y autoeficacia aparecen como elementos claves para un ejercicio “empoderado” de la sexualidad y en este caso particular, para el uso del condón.

La perspectiva feminista del desarrollo plantea además, en el caso de las adolescentes mujeres, la negociación de aprender a vivir en el cuerpo de una mujer como una tarea crítica para el empoderamiento de las mismas. Las adolescentes entran en el mundo patriarcal experimentando una presión importante para comportarse de manera femenina y dos aspectos particulares de esta ideología de la femineidad tienen importantes efectos en la salud sexual de las adolescentes: la falta de autenticidad en las relaciones (silenciando sus propios deseos y necesidades como una manera de reducir el conflicto y mantener relaciones importantes para ellas) y la objetivación del cuerpo (entendiendo éste como un objeto o mercancía sexual, el cual debe ajustarse a un estrecho estándar de belleza y en consecuencia juzgándose a sí mismas solo en base a su apariencia) (Impett et al, 2006; Downs et al, 2006).

Por tanto las jóvenes adolescentes son particularmente vulnerables a doblegar sus propias necesidades y deseos, incluyendo el deseo de protegerse de ITS y embarazos no deseados, frente a los deseos de su pareja, a tener baja auto-estima sexual, y baja asertividad sexual. Las adolescentes menos satisfechas con su propio cuerpo tienen menores probabilidades de negociar el uso del condón (Wingwood et al, 2002; Schooler et al, 2005)

La falta de autonomía aparece como un elemento claramente vinculado con la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/sida en las adolescentes (OPS/OMS, 2006). De manera similar, algunos estudios han encontrado que aquellas jóvenes mujeres con mayor poder de decisión en la pareja tienen una probabilidad 5 veces mayor de reportar un uso consistente del condón que las jóvenes con bajo poder de decisión (Pulerwitz et al, 2002; Tschann et al, 2002).

Incuestionablemente, las diferencias de género juegan un papel complejo y determinante respecto a la manera en que los adolescentes entienden y viven su sexualidad, dificultando el desarrollo de una vida sexual plena y controlada, y de manera muy particular en el caso de las jóvenes (Tolman, 2005; Impett et al, 2006). Las mujeres –no sólo las jóvenes- enfrentan un marco normativo mucho más censorador y controlador de su sexualidad y del ejercicio de ésta que los varones, lo que propicia el desarrollo de un menor control de esta dimensión de la vida (Szasz, 1998; Lamas, 1999; Impett et al, 2006). Y, consecuentemente, la libertad y naturalidad de planificar el encuentro sexual y las condiciones en que ocurre son profundamente más limitadas para las mujeres que para los hombres (Szasz, Rojas y Castrejón, 2008)

Análogamente, el poder de negociación es un aspecto que limita de manera clara la posibilidad de uso de anticonceptivos en ambos miembros de la pareja joven, pero primordialmente en el

caso de las mujeres, para quienes el modelo dominante de feminidad y las normas socio-culturales reservan un papel pasivo, inocente, y casi opuesto al deseo sexual (Suarez –Al-Adam, et al 2000; Kumar et al, 2001; Heise, 1995; Amaro, 1995). Algunos estudios han encontrado que aquellas jóvenes mujeres con mayor poder de decisión en la pareja tienen una probabilidad 5 veces mayor de reportar un uso consistente del condón que las jóvenes con bajo poder de decisión (Pulerwitz et al, 2002) y que las desigualdades de poder incrementan significativamente el riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH (Jewkes et al, 2010).

Adicionalmente -y estrechamente ligada a todos estos elementos- encontramos la violencia en el noviazgo, como otro factor que afecta de manera directa las posibilidades del establecimiento de relaciones de igualdad y confianza entre los miembros de la joven pareja, limitando por ende las posibilidades de establecer interacciones sexuales libres y satisfactorias. Estudios existentes sobre el tema en diversos países le adjudican una prevalencia similar o mayor a la correspondiente a la violencia conyugal (Hird, 2000; Follingstad et al, 1991), con estimaciones que señalan que entre 12 y 87% de los jóvenes habrían sufrido algún tipo de violencia en el marco de una relación de noviazgo (Chung, 2005; Archer y Ray, 1989). En México, datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (Envinov 2007), aplicada a jóvenes -hombres y mujeres- entre 15 y 24 años de edad arrojó prevalencias de 39.38% de violencia emocional, 6.79% de violencia física y 8.16% de violencia sexual (solo estimada en el caso de las mujeres) (Castro y Casique, 2011).

La violencia en el noviazgo afecta a su vez, de manera significativa, la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. La literatura internacional señala abundante evidencia de que los jóvenes que han experimentado violencia en el noviazgo están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, de embarazo y de presentar comportamientos sexuales de riesgo tales como relaciones sexuales sin protección (Ellickson et al, 2005; Howard y Wang, 2005; Hovsepian et al, 2010, Silverman, 2001; Raj et al, 2007; Roberts et al, 2005; Teitelman et al, 2008).

#### **4. Metodología**

##### **4.1. Datos**

El análisis desarrollado se basa en datos provenientes de la ENEIVEEMS 2009 ( Segunda Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia) levantada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) entre jóvenes estudiantes de nivel medio superior (secundaria y preparatoria) de escuelas públicas y privadas. La muestra final de la encuesta quedó integrada por 9,207 jóvenes (4,549 hombres y 4,713 mujeres) estudiantes en 105 planteles ubicados de las 32 entidades federativas, y con representatividad nacional. Estos jóvenes incluían edades desde 14 a 30 años.

Dado que en este trabajo nos interesa centrar la atención exclusivamente en los adolescentes, seleccionamos sólo aquellos jóvenes entre 15 y 19 años, lo que nos dejó una sub-muestra final de 8,923 jóvenes. Por otra parte, dado que las variables dependientes a analizar son solo relevantes para los adolescentes activos sexualmente, la muestra final empleada en el análisis quedó restringida a la sub-muestra de adolescentes que ya se habían iniciado sexualmente: 1,513 varones y 871 mujeres.

## **4.2. Métodos empleados**

Para dar respuesta a los dos objetivos que se desprenden de las preguntas de investigación planteadas en la introducción (examinar las asociaciones que se establecen entre nivel de empoderamiento de los adolescentes y uso consistente del condón y examinar las asociaciones que se establecen entre el nivel de empoderamiento de los adolescentes y el riesgo de embarazo) se plantearon dos etapas en el análisis.

- a) Estimación de indicadores de empoderamiento de los adolescentes. En concreto se estimaron tres indicadores sobre empoderamiento de los adolescentes: un índice de Autoestima, un Índice de Poder de Decisión (y un subíndice de poder de decisión sexual) y un Índice de Equidad de Roles de Género
- b) Análisis de regresión para identificar la asociación que se establece entre cada uno de estos indicadores de empoderamiento y dos variables a explicar: el uso consistente del condón y el riesgo de embarazo.

### **4.2.a. Indicadores de Empoderamiento de los Adolescentes**

#### **4.2.a.1. Índice de Autoestima**

La ENEIVEEMS 2009 incluyó 24 preguntas destinadas a examinar el nivel de autoestima de los jóvenes (ver anexo 1). Cada una de ellas planteaba 5 opciones de respuesta: 1) Nunca; 2) Pocas Veces; 3) Algunas Veces; 4) Muchas Veces y 5) Siempre a las que se les asignaron códigos de 1 a 5 cuando la pregunta estaba planteada en términos positivos y la respuesta de Siempre podía asociarse a una mayor autoestima; en los casos en que las preguntas estaban planteadas en términos negativos y la respuesta de siempre habría indicado el menor nivel de autoestima, se invirtieron los códigos, asignando el valor de 1 a la respuesta de siempre y el valor de 5 a la respuesta de nunca. De esta manera quedó asignada, para todas las preguntas, la puntuación más alta (5) a la respuesta que implicara una mayor autoestima.

Se examinó la consistencia interna de este conjunto de ítems, estimando el alpha de cronbach, el cual arrojó un valor de 0.8467, lo que indica una consistencia bastante alta.

Seguidamente empleamos Análisis Factorial para corroborar la pertinencia de construir un índice de Autoestima que incluya todos los ítems, y para determinar la ponderación que cada ítem tendría en este indicador general de autoestima (ver anexo 1). El Análisis Factorial retuvo cuatro factores con valores de eigenvalue mayor que 1 y que en conjunto explican el 56.57% de la varianza del conjunto de ítems. Se creó un sub-índice aditivo para cada factor identificado y en base a los ítems que se cargaron en cada uno, éstos nombrados como Sub-Índice de Autoestima en la escuela y como estudiante, Sub-Índice de Autoestima para manejo de miedos, Sub-Índice de Autoestima en la casa y la familia y Sub-Índice de Autoestima frente a los amigos. Finalmente y en base al porcentaje de varianza que contribuye a explicar cada sub-índice (cada factor retenido) se estimó el ponderador de cada factor, integrándolos todos (adicionando de manera ponderada los cuatro sub-índices) en un Índice de Autoestima general. Estandarizado. Los valores de este Índice de Autoestima oscilan entre 0 y 1, indicando 1 el mayor nivel de Autoestima de los adolescentes.

El valor promedio de este Índice para el conjunto de adolescentes es de 0.70 y no se observan diferencias significativa del mismo entre varones y mujeres.

#### **4.2.a.2. Índice de Poder de Decisión**

La sección VI del cuestionario de la ENEIVEMMS 2009 indaga sobre quién, en la actual o última relación de noviazgo, decide (o decidía) sobre diversos aspectos. En total se plantean 10 preguntas y para cada una de ellas las respuestas posibles eran Yo, El/Ella ó Ambos (ver anexo 2). A fin de construir un indicador de Poder de decisión que identifique un mayor poder de decisión cuando las decisiones son tomadas solo por el joven o la joven, que atribuya un valor intermedio cuando son tomadas entre ambos y asigne el más bajo valor a aquellas decisiones que son tomadas solo por el novio/la novia, recodificamos todos estos ítems asignándoles, respectivamente, los códigos de 3 (Yo), 2 (Ambos) y 1 (El/Ella).

El indicador de consistencia interna, alfa de cronbach, arroja un valor de 0.7252, indicando una consistencia aceptable entre los 10 ítems. Posteriormente el Análisis Factorial identifica dos factores con eigenvalue mayores que 1 y que en conjunto explican 47.60% de la varianza de los 10 ítems. Atendiendo a los ítems que se cargan en cada uno de estos dos factores los identificamos como Subíndice de Poder de Decisión en actividades cotidianas y Subíndice de Poder de Decisión en actividades sexuales. La proporción de varianza explicada por cada uno de estos factores nos permitió estimar el ponderador para cada uno, e integrarlos en un Índice aditivo ponderado de Poder de Decisión general, con valores entre 0 y 1. La media de este índice de poder de decisión general es de 0.45, con diferencias significativas en el valor correspondiente para hombres (0.41) y para mujeres (0.51), que apuntan a un mayor poder de decisión de las mujeres frente a los varones.

Dado que uno de los subíndices estimados involucra decisiones sobre uso de condón y cuándo tener relaciones sexuales, aspectos particularmente relevantes en nuestro análisis examinamos también los valores de la media en este subíndice particular, y constatamos que también en esta dimensión es mayor el poder de decisión (sexual) de las mujeres (media= 0.50) que el de los varones (media = 0.42).

#### **4.2.a.3. Índice de Equidad de Roles de Género**

La sección X de la ENEIVEMMS 2009 plantea una serie de preguntas para examinar las creencias sobre Género de los jóvenes. Se trata de 10 afirmaciones respecto a las cuales los jóvenes expresaban su grado de acuerdo en una escala de 0 a 7, correspondiendo 0 a ningún acuerdo y 7 al máximo acuerdo (ver anexo 3). Como interesaba estimar un indicador de roles de género que vaya de posturas más tradicionales e inequitativas a posturas más equitativas, en el caso de aquellos ítems que planteaban una postura tradicional (la mayoría) se invirtieron los códigos de manera de asignar el más alto puntaje a aquellas respuestas correspondientes a ningún acuerdo.

El conjunto de 10 ítems arroja una consistencia interna bastante aceptable (alfa de cronbach = 0.7194). Una vez constatado esto, se empleó el análisis factorial para corroborar la pertinencia de agruparlos en un indicador general, así como los pesos a asignar a los distintos ítems en la



integración de dicho indicador general (ver anexo 3). Los resultados del análisis factorial muestran tres factores retenidos con eigenvalue mayor que 1, que en conjunto explican el 57.67% de la varianza del conjunto de los ítems.

En función de los ítems que se cargan en cada uno de estos factores los denominamos como sub-índice de roles tradicionales asociados a la masculinidad, sub-índice de roles tradicionales asociados al ideal de mujer y sub-índice de roles de equidad respecto al condón y el embarazo. Y atendiendo al porcentaje de varianza que cada uno de ellos explica se estimó el ponderador de cada subíndice y se integraron los tres sub-índices, mediante una suma ponderada, en el Índice de Equidad de Roles de Género. El índice así obtenido y estandarizado, tiene valores que oscilan entre 0 y 1.

La media general de este índice es de 0.70 y se observa una actitud de (ligera) mayor equidad frente a los roles de género de las mujeres (media=0.72) que entre los varones (media=0.68), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, en el subíndice de Equidad de Roles de Género respecto al condón y el embarazo se constata que son los varones quienes evidencian una actitud de mayor equidad (media = 0.22 vs 0.16) siendo por demás ambos valores del subíndice bastante alejados de 1, lo que evidencia una situación imperante todavía muy alejada del ideal de equidad en torno a la sexualidad.

#### **4.2.b. Análisis de Regresión**

##### **4.2.b.1. Variables dependientes y variables independientes**

Para estimar los factores asociados al uso consistente del condón y al riesgo de embarazo entre los adolescentes identificamos, en primer lugar, las dos variables dependientes. Para el uso consistente del condón la variable empleada proviene de la pregunta ¿Acostumbras usar condón al tener relaciones sexuales con tu pareja?, la cual planteaba como opciones de respuesta sí o no, por lo que el indicador estimado es dicotómico.

Como puede observarse en el cuadro 1 alrededor de dos terceras partes de los jóvenes dice que acostumbra usar el condón, aunque el porcentaje correspondiente es significativamente mayor entre los varones (76%) que entre las mujeres (65%). Estos datos coinciden con información previamente disponible sobre un uso más reducido del preservativo entre las jóvenes mexicanas que entre los varones (Casique, 2011; Gayet et al, 2003; Caballero y Villaseñor, 2001).

La segunda variable dependiente, sobre riesgo de embarazo, se determinó a partir de la pregunta ¿Alguna vez has estado embarazada o has embarazado a alguien?, a la que los jóvenes respondían sí o no. En este caso puede observarse que alrededor del 10% de los adolescentes de la muestra han estado en esta situación, pero el porcentaje es mayor entre las mujeres (12%) que entre los varones (8%) (ver cuadro 1).

<b>Cuadro 1. Distribución de frecuencia de las variables dependientes</b>			
<b>Variables Dependientes</b>	<b>Ambos sexos (n=2,384)</b>	<b>Varones (n=1,513)</b>	<b>Mujeres (n=871)</b>
<b>Acostumbra condón</b>			
No	28.18	23.85	35.32
Si	71.82	76.15	64.68
<b>Ha/se ha embarazado</b>			
No	89.95	91.20	87.90
Si	10.05	8.80	12.10

En nuestro análisis, tanto para la identificación de factores asociados al uso del condón como en la identificación de factores asociados al embarazo, los indicadores de empoderamiento de los adolescentes, previamente descritos, son planteados como variables explicativas, dado nuestro interés particular de identificar el rol que los mismos juegan en cuanto al uso del condón y el embarazo entre los adolescentes mexicanos.

A ellos se suman como variables de control algunas características sociodemográficas de los jóvenes: *sexo, edad* (15, 16, 17, 18 y 19), *con quien vive* (ambos padres, solo con la madre, solo con el padre, con otras personas), *si además de estudiar trabaja, si dejaría de estudiar por alguna razón y si habla lengua indígena*. Se incluyen también tres características de los padres: *años de escolaridad del padre, años de escolaridad de la madre, y si la mamá trabaja*. Además se incluyó información sobre si el joven *se siente confiado frente al futuro* (si o no) y si *siente preocupación de contraer SIDA* (nada, poco, algo y mucho), la *edad a la primera relación sexual* y el número de compañeros sexuales que ha tenido (1, 2 ó 3, 4 o más). Vale la pena aclarar que el nivel educativo de los jóvenes no fue incorporado en el análisis dado que todos los jóvenes incluidos en la muestra cursan la preparatoria.

Adicionalmente, en los modelos para identificar factores asociados al uso del condón se incluyó también indicadores referentes al novio/a y a la relación de noviazgo, en tanto que la pregunta sobre uso del condón está referida a las relaciones sexuales con el novio actual o último novio. De esta manera agregamos las siguientes variables independientes: *edad del novio/a, diferencia de edad con novio/a* (joven mayor, misma edad( $\pm$  1 año) y novio/a mayor), *nivel de compromiso con novio/a* (muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto), *duración del noviazgo en meses, violencia emocional en el noviazgo* (si o no), *violencia física en el noviazgo* (si o no) y *violencia sexual en el noviazgo* (si o no).

Las características de los jóvenes de la muestra analizadas quedan recogidas en el cuadro 2, en el cual se resume, en base al conjunto de variables independientes, las principales características, tanto para la muestra en conjunto, como de manera diferenciada por sexo (ver cuadro 2). En general se evidencian muchas características similares entre varones y mujeres, aunque obviamente algunas diferencias también se hacen claras. Por ejemplo se observa que las mujeres, en mayor medida que los varones, viven solo con la madre (25.87 vs 18.0%) y también con otra persona (10.67 vs 7.3%), y en menor medida viven solo con el padre (1.30 vs 4.45%). El porcentaje de jóvenes que habla lengua indígena es mayor entre los varones (8.36 vs 5.90%), así como el porcentaje que trabaja además de estudiar (46.87 vs 36.85%). También

los varones estarían dispuestos a dejar de estudiar por alguna razón en mayor medida que las mujeres (67 vs 62%), y su nivel de confianza en el futuro es mayor que el de ellas (0.80 vs 0.75). Por otra parte aunque en promedio los varones han tenido un mayor número de compañeros sexuales (33% ha tenido 4 o más mientras la misma categoría solo representa el 8% de las mujeres), se sienten menos preocupados que las mujeres de contraer SIDA (85% algo o muy preocupados vs 90%).

Finalmente, en términos de los indicadores de empoderamiento, se observa que en los tres indicadores las mujeres aventajan ligeramente a los varones. El nivel de autoestima es ligera pero significativamente mayor entre las mujeres (0.72 vs 0.68), y además muestran niveles ligeramente mayores tanto en el indicador del poder de decisión sexual (0.51 vs 0.44) como en el indicador de actitudes equitativas frente a los roles de género (0.72 vs 0.68). Si bien hallazgos previos han apuntado ya una actitud frente a los roles de género un poco más igualitaria entre las mujeres adolescentes que entre los varones (Casique, 2011), el resultado de un poder de decisión mayor entre las mujeres no deja de sorprender, en tanto contradice supuestos y evidencias previas, que subrayan una subordinación de las mujeres frente a los varones en la toma de decisiones. Pero también es cierto que estos planteamientos y evidencias han tomado como referencia hombres y mujeres adultos, así que es importante explorar si se trata de un efectivo mayor poder de decisión de las mujeres adolescentes frente a los varones o de dificultades con el indicador respectivo, y la manera en que las preguntas planteadas en la encuesta para abordar esta dimensión de empoderamiento son planteadas.

Aunque fundamentada en la literatura existente sobre el tema, la selección de las variables independientes está obviamente limitada por la información disponible en la ENEIVEMMS 2009. Ello implica que en nuestro análisis no pudimos incluir información referente al conocimiento o acceso de los adolescentes al condón (o a los anticonceptivos en general). Esto obviamente supone una limitación importante en los modelos de regresión planteados, en tanto que se trata de variables directamente asociadas al uso del condón y a la prevención de embarazos. No obstante esperamos que la relevancia de las variables disponibles permita evidenciar otras asociaciones substanciales.

<b>Cuadro 2. Características de la muestra.</b>			
<b>Variable Independiente</b>	<b>Ambos sexos (n=2,384)</b>	<b>Varones (n=1,513)</b>	<b>Mujeres (n=871)</b>
<b>Sexo</b>			
Varones	46.98		
Mujeres	53.02		
<b>Edad</b>			
15 años	13.79	14.89	11.98
16 años	27.72	28.43	26.54
17 años	34.35	32.10	38.05
18 años	17.14	17.85	15.98
19 años	7.00	6.72	7.45
<b>Edad (media)</b>	16.77	16.78	16.77
<b>Con quien vive</b>			
Con ambos padres	67.16	70.2	62.16
Solo con la madre	21.01	18.05	25.87
Solo con el padre	3.26	4.45	1.30
Con otras personas	8.57	7.3	10.67
<b>Años de escolaridad del padre (media)</b>	9.78	9.92	9.55
<b>Años de escolaridad de la madre (media)</b>	9.37	9.60	9.01
<b>Mamá trabaja</b>	58.75	57.44	60.87
<b>Habla lengua indígena</b>	7.13	8.36	5.90
<b>Estudia y trabaja</b>	43.09	46.87	36.85
<b>Dejaría de estudiar por alguna razón</b>	64.89	66.71	61.87
<b>Confianza en el futuro (media)</b>	0.78	0.80	0.75
<b>Edad a la primera relación (media)</b>	15.37	15.12	15.75
<b>Número de compañeros sexuales</b>			
Uno	47.52	34.14	69.37
Dos o tres	28.59	32.42	22.33
Cuatro o más	23.9	33.44	8.3
<b>Preocupado/a por contraer SIDA</b>			
Nada	7.12	7.6	6.34
Poco	5.83	7.07	3.82
Algo	13.36	12.49	14.77
Mucho	73.69	72.84	75.07
<b>Índice de Autoestima (media)</b>	0.70	0.70	0.70
<b>Índice de Roles de Género (media)</b>	0.70	0.68	0.72
<b>Índice de Poder de Decisión (media)</b>	0.45	0.41	0.51
<b>Índice de Poder de Decisión Sexual (media)</b>	0.45	0.42	0.50
<b>Violencia emocional noviazgo</b>	34.41	33.64	35.67
<b>Violencia física noviazgo</b>	25.51	27.11	22.87
<b>Violencia sexual en el noviazgo</b>	13.87	15.77	10.73
<b>Diferencia de edad con novio/a</b>			
Joven mayor	9.91	15.39	2.02
Misma edad ( $\pm$ 1año)	60.78	71.81	44.91
Novio/a mayor	29.32	12.80	53.07
<b>Nivel de compromiso con novio/a</b>			
Muy bajo	5.68	7.37	3.45
Bajo	9.78	11.94	6.91
Medio	35.05	39.49	29.18
Alto	26.33	23.60	29.92
Muy alto	23.17	17.59	30.53
<b>Duración del noviazgo (en meses) (media)</b>	23.09	22.23	23.75

#### **4. 2.b.2. Empoderamiento y otros factores asociados al uso del condón en adolescentes.**

Para el análisis del papel que juegan las diversas dimensiones de empoderamiento de los adolescentes en el uso el condón que los mismos hacen, se estimaron modelos de regresión empleando como variable dependiente el indicador de “(en las relaciones con el novio/a) acostumbra uso del condón” e incluyendo como variables explicativas los tres indicadores disponible de empoderamiento de los jóvenes: Índice de Autoestima, Índice de Poder de decisión e Índice de Equidad frente a los Roles de Género.

Dada la naturaleza dicotómica de la variable dependiente, resulta adecuada la estimación de modelos de regresión logit. Un primer paso antes de estimar los modelos de regresión múltiple fue la estimación de modelos de regresión bivariados, para cada una de las variables independientes (datos no mostrados). Esto con el fin de incluir en los modelos multivariados sólo aquellas variables independientes que mostraron una asociación significativa bivariada con el uso del condón. De esta manera edad a la primera relación, número de compañeros sexuales y violencia sexual en el noviazgo resultaron excluidas del modelo multivariado. El Índice de Poder de Decisión tampoco evidenció una asociación significativa bivariada con el uso del condón, pero sí el sub-índice de poder de decisión sexual (referido a decisiones sobre cuándo tener relaciones sexuales y qué anticonceptivos usar), por lo que fue este sub-índice de poder sexual el que fue incluido en los modelos.

El cuadro 3 muestra los resultados de los modelos estimados para el uso del condón. Se presenta un modelo para el conjunto de adolescentes y otro para cada sexo.

En primer término, respecto a los indicadores de empoderamiento, se observa que tanto el Índice de Autoestima como el Poder de Decisión evidencian asociaciones significativas con el uso del condón. En el caso del índice de Autoestima, esta muestra una asociación positiva y muy clara sobre el uso del condón que hacen los adolescentes y su efecto aparece particularmente fuerte entre los varones, multiplicándose 11.3 veces la razón de probabilidad de acostumbrar usar el condón por cada incremento unitario en el valor del índice de autoestima, mientras que entre las mujeres el chance de acostumbrar usar el condón se multiplica 3.8 veces por cada incremento unitario en el mismo índice (ver cuadro 3).

Se evidencia también un efecto positivo y significativo del Índice de Poder de decisión sexual con el uso regular del condón, pero curiosamente sólo en el caso de los varones, entre quienes la razón de probabilidad de acostumbrar usar el condón se multiplica 2.4 veces por cada incremento unitario en el índice de poder de decisión. En el caso de las mujeres no se identifica una asociación significativa de esta dimensión de empoderamiento, quizás en parte por el tamaño de muestra más reducido.

El indicador de Equidad en los Roles de Género no arroja asociación significativa con el uso del condón ni para los varones ni para las mujeres.

Por otra parte, del conjunto de variables de control incorporadas en los modelos surgen evidencias de otras asociaciones significativas. En primer lugar, el modelo 1 para ambos sexos deja en claro que la razón de probabilidad de acostumbrar usar el condón es

significativamente menor (39%) entre las mujeres que entre los varones. En cuanto a la edad de los jóvenes se observa, en el modelo para ambos sexos y en el de los varones, que comparados con jóvenes de 15 años, la razón de probabilidad de acostumbrar usar el condón correspondiente a los jóvenes de 19 años de edad es alrededor de 60% menor, circunstancia posiblemente asociada a la sustitución del condón por otros métodos anticonceptivos entre jóvenes mayores, según lo refiere la literatura internacional sobre el tema.

Se observa además que entre las mujeres la razón de probabilidad de usar el condón de manera regular se incrementa significativamente (1.80 veces mayor) entre aquellas jóvenes que viven sólo con la madre (comparadas con las jóvenes que viven con ambos padres), mientras que entre los varones se observa un incremento -aunque solo marginalmente significativo- en la razón de probabilidad de uso del condón cuando viven sólo con el papá de 3.5 veces (comparados con aquellos jóvenes que viven con ambos padres).

Respecto a las variables incluidas sobre experiencia de violencia en el noviazgo (actual o último) los resultados muestran que la experiencia de violencia emocional por parte de la novia, reduce en 58% la razón de probabilidad de acostumbrar usar el condón entre los varones (comparados con aquellos jóvenes que no reciben violencia emocional en el noviazgo). Y en el caso de las mujeres, es la experiencia de violencia física la que muestra una asociación significativa y negativa, reduciendo en 53% la razón de probabilidad de usar el condón de manera usual.

Por otra parte los datos hacen evidente que tener un/a novio/a 2 o más años mayor, actúa como un factor inhibitor del uso usual del condón para los adolescentes varones: tal situación reduce la razón de probabilidad de uso habitual del condón en 45% respecto a los jóvenes cuya novia es de la misma edad ( $\pm 1$  año). En el caso de las mujeres se evidencia la situación complementaria: cuando ellas son mayores a sus novios en 2 o más años, la razón de probabilidad de usar el condón de manera habitual se reduce en un 91% en comparación con la probabilidad de uso entre aquellas jóvenes cuyos novios tiene la misma edad que ellas ( $\pm 1$  año). Estos resultados llaman la atención, en tanto que la literatura documenta como factor inhibitor del uso del condón una diferencia de edad amplia a favor del hombre y los resultados para esta muestra de jóvenes apuntan a la situación contraria: un efecto inhibitor del uso del condón cuando la mujer es mayor.

Finalmente los resultados confirman hallazgos previos tanto en México como en otros países en cuanto al papel inhibitor de la duración del noviazgo y del nivel de compromiso de éste, sobre la probabilidad de usar habitualmente el condón. La duración del noviazgo solo alcanza un efecto significativo entre los varones de esta muestra, reduciendo la razón de probabilidad de usar el condón en un 2% por cada mes adicional de duración del noviazgo. Por otra parte, un muy alto nivel de compromiso con el novio/a (comparado con un nivel medio de compromiso) reduce la razón de probabilidad de usar el condón en 55% para los varones y en 47% para las mujeres.

Cuadro 3. Factores asociados a "acostumbra usar el condón". Modelos de regresión logit.						
Variable dependiente	Modelo 1: Ambos sexos		Modelo 2: Varones		Modelo 3: Mujeres	
Variable Independiente	Odds Ratios	Sign.	Odds Ratios	Sign.	Odds Ratios	Sign.
<b>Sexo</b>						
Varones (ref)	1					
Mujeres	0.6137	**				
<b>Edad</b>						
15 años (ref)	1		1		1	
16 años	0.8155	ns	1.0287	ns	0.8172	ns
17 años	1.0005	ns	0.6679	ns	1.6318	ns
18 años	0.7231	ns	0.5506	ns	1.3960	ns
19 años	0.3851	**	0.4181	*	0.4207	†
<b>Con quien vive</b>						
Con ambos padres (ref)	1		1		1	
Solo con la madre	1.4501	†	1.2023	ns	1.7997	*
Solo con el padre	2.3642	†	3.4769	†	2.0696	ns
Con otras personas	0.5459	**	0.3171	**	1.2290	ns
<b>Años de escolaridad del padre</b>	1.0221	ns	1.0168	ns	1.0280	ns
<b>Años de escolaridad de la madre</b>	0.9743	ns	0.9609	ns	0.9880	ns
<b>Mamá trabaja</b>	0.9966	ns	0.8448	ns	1.1698	ns
<b>Habla lengua indígena</b>	0.7002	ns	0.6382	ns	0.8482	ns
<b>Estudia y trabaja</b>	1.0310	ns	1.2862	ns	0.7446	ns
<b>Dejaría de estudiar por alguna razón</b>	1.1030	ns	1.2766	ns	0.9662	ns
<b>Confianza en el futuro</b>	1.1332	ns	0.8484	ns	1.1846	ns
<b>Preocupado/a por el SIDA por SIDA</b>	1.0601	ns	1.1054	ns	1.0237	ns
<b>Índice de Autoestima</b>	6.4242	***	11.3033	**	3.7758	†
<b>Índice de Roles de Género</b>	1.2533	ns	0.8260	ns	1.8130	ns
<b>Índice de Poder de Decisión Sexual</b>	2.0159	**	2.3841	**	1.2957	ns
<b>Violencia emocional noviazgo</b>	0.6196	**	0.4194	***	0.8564	ns
<b>Violencia física noviazgo</b>	0.6115	**	0.7315	ns	0.4466	**
<b>Diferencia de edad con novio/a</b>						
Joven mayor	1.2740	ns	1.6757	ns	0.0851	*
Misma edad (± 1año) (ref)	1		1		1	
Novio/a mayor	0.7261	*	0.5515	*	0.7624	ns
<b>Nivel de compromiso con novio/a</b>						
Muy bajo	1.0840	ns	1.3744	ns	0.5414	ns
Bajo	0.9892	ns	0.8219	ns	1.3790	ns
Medio (ref)	1		1		1	
Alto	0.9052	ns	0.7098	ns	1.0211	ns
Muy alto	0.5347	**	0.4483	**	0.5344	*
<b>Duración del noviazgo (en meses)</b>	0.9934	ns	0.9841	*	1.0016	ns
N	1269		704		565	
Log-Likelihood	-697.5518		-333.5357		-336.9107	
Pseudo R2	0.0910		0.123		0.0952	

† p<0.1 \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

#### **4. 2.b.3. Empoderamiento y otros factores asociados al embarazo adolescente.**

De la misma manera que para los modelos sobre uso del condón, en el análisis de los factores asociados al riesgo de embarazo se excluyen las variables independientes para las cuales las regresiones bivariadas con el riesgo de embarazo no resultaron significativas: escolaridad del padre, condición de trabajo de la madre, si el/la joven estaría dispuesto a dejar los estudios por alguna razón, y la edad del/la joven a la primera relación sexual. Por otra parte se excluyeron también todas las variables relativas al noviazgo o características del novio/novia, ya que la pregunta sobre ocurrencia de embarazo (haber quedado embarazada o haber embarazado a alguien) no está acotada al marco temporal del último o actual noviazgo. Los resultados del análisis de regresión logística para modelar el riesgo de embarazo adolescente se presentan en el cuadro 4.

En cuanto a los indicadores de empoderamiento, los resultados sustentan una asociación significativa del Índice de Autonomía y del Indicador de Equidad en los Roles de Género tanto para varones como para mujeres, mientras que el Índice de Poder de Decisión Sexual es significativo solo en el caso de los varones. En primer término el Índice de Autonomía disminuye de manera importante el riesgo de ocurrencia del embarazo por cada incremento unitario en el valor de éste índice: 85% en los varones y 80% en las mujeres.

Los resultados para el Índice de Equidad en Roles de Género son ciertamente llamativos. Lo que parecen apuntar los resultados es que por cada incremento unitario en el Índice de Roles de Género el riesgo de embarazo incrementa, multiplicándose éste por 11 en el caso de los varones y por 19 en el caso de las mujeres. A primera vista estos resultados parecen contradecir las expectativas de que una actitud más equitativa entre los géneros contribuya a disminuir el riesgo de embarazo adolescente. Sin embargo, resulta factible pensar que lo que estos resultados evidencian es una modificación en las actitudes frente a los roles de género que pueden verse afectadas precisamente por la experiencia de embarazo (o de embarazarse a alguien). Es decir, que no es que los jóvenes con actitudes más igualitarias están en mayor riesgo de embarazo, sino que la experiencia de éste promueve el desarrollo de actitudes más equitativas. Por supuesto esta interpretación sólo puede ser planteada a manera de hipótesis, pero no nos es posible, con base en la información disponible, comprobarla. Otra posible explicación a explorar podría ser una inconsistencia o debilidad de los ítems e indicador empleados para medir equidad frente a los roles de género de los jóvenes. Pero en cualquier caso es claro que los resultados dejan abierta una necesaria ruta de investigación, sobre la verdadera naturaleza de la relación entre equidad de género y riesgo de embarazo de los adolescentes.

Por otra parte el Índice de poder de decisión muestra una asociación significativa sólo para los varones y nuevamente la dirección observada de esta asociación va en sentido contrario a lo que se hubiésemos esperado, multiplicando la razón de probabilidad de embarazarse a alguien 2.3 veces por cada incremento unitario en el valor de este índice. En nuestra opinión resulta obvio que es preciso refinar más la determinación de la naturaleza de esta relación. Es posible que un mayor poder de decisión sexual de los varones facilite



el no uso del condón y/o el uso de otros métodos anticonceptivos, distintos al condón. Y en tal sentido no se trataría de que los varones adolescentes con mayor poder de decisión procuren un embarazo sino que eviten el uso del condón. Pero la información disponible en esta encuesta no nos permite ahondar más en este sentido

El resto de variables independientes evidencian otras asociaciones significativas, y en general es mayor el número de factores que evidencian una asociación positiva con el riesgo de embarazo en el modelo de los varones que en el de las mujeres, lo que podría deberse, al menos en cierta medida, al menor tamaño de muestra para ellas.

El modelo para ambos sexos apunta a un mayor riesgo de embarazo adolescente entre las mujeres que entre los varones, con una razón de probabilidad entre las mujeres 1.78 veces mayor para ellas (cuadro 4, modelo1).

En cuanto al efecto de la edad, como era esperable, se observa que el riesgo de embarazo incrementa de manera significativa al incrementarse la edad (Cuadro 4, modelo 1). En el caso de los varones, y comparados con los varones de 15 años, el riesgo es significativamente mayor (2.7 veces mayor) a los 18 años y a los 19 años (6.25 veces mayor) (cuadro 4, modelo 2), mientras que para las mujeres el riesgo incrementa de manera significativa con cada año adicional de edad, siendo particularmente elevada la razón de probabilidad de embarazo a los 18 años: 10 veces mayor al riesgo correspondiente a los 15 años de edad (cuadro 4, modelo 3).

Respecto a la persona con quien viven, los resultados muestran que, comparado con los jóvenes que viven con ambos padres, para los varones el riesgo de haber embarazado a alguien incrementa de manera significativa cuando éstos viven sólo con la madre (razón de probabilidad 1.63 veces mayor), mientras que para las mujeres el riesgo incrementa significativamente cuando viven sólo con el padre (riesgo 5.16 veces mayor) o cuando viven con otras personas (razón de probabilidad 2.25 veces mayor).

Los años de escolaridad evidencian una asociación positiva significativa solo en el caso de los varones, entre quienes cada año adicional de educación de la madre incrementaría en 8% la razón de probabilidad del joven de haber embarazado a alguien. Este resultado también difiere de la dirección anticipada entre ambas variables y reclama una revisión del mismo. En el caso de las mujeres, la escolaridad de la madre no evidencia un efecto significativo sobre el riesgo de embarazo.

El hablar una lengua indígena y estudiar y trabajar a la vez muestran también efectos significativos sobre el riesgo de haber embarazado a alguien solo entre los varones. El hablar alguna lengua indígena multiplica el riesgo de embarazo 3.5 veces (respecto a los varones adolescentes que no hablan lengua indígena), en tanto que el estudiar y trabajar a la vez incrementa este riesgo 1.63 veces (cuadro 4, modelo 2).

Resulta interesante, por otra parte, observar que el tener confianza en el futuro actúa de manera preventiva entre los varones: esta condición reduce 45% el riesgo de embarazo

(respecto a los jóvenes que no se sienten confiados frente al futuro). Finalmente el número de compañero/as sexuales no presenta una asociación significativa con el embarazo para los varones, pero sí en el caso de las mujeres, entre quienes el riesgo de embarazo se multiplica por 4.2 cuando han tenido cuatro o más compañeros sexuales, a comparación con el riesgo correspondiente para aquellas mujeres que han tenido un solo compañero sexual.

<b>Variable dependiente</b>	<b>Modelo 1: Ambos sexos</b>		<b>Modelo 2: Varones</b>		<b>Modelo 3: Mujeres</b>	
<b>Variable Independiente</b>	<b>Odds Ratios</b>	<b>Sign.</b>	<b>Odds Ratios</b>	<b>Sign.</b>	<b>Odds Ratios</b>	<b>Sign.</b>
<b>Sexo</b>						
Varones (ref)						
Mujeres	1.7775	**				
<b>Edad</b>						
15 años (ref)	1		1		1	
16 años	2.5136	**	1.6169	ns	6.2183	**
17 años	2.2573	*	1.5601	ns	5.3489	*
18 años	3.8454	***	2.7056	*	10.0572	**
19 años	4.5036	***	6.2516	***	5.5331	*
<b>Con quien vive</b>						
Con ambos padres (ref)	1		1		1	
Solo con la madre	1.1709	ns	1.6362	*	0.9386	ns
Solo con el padre	2.8274	**	2.0773	ns	5.1626	*
Con otras personas	1.9566	**	1.7341	ns	2.2469	*
<b>Años de escolaridad de la madre</b>	1.0591	**	1.0891	**	1.0201	ns
<b>Habla lengua indígena</b>	1.9414	**	3.5198	***	0.6141	ns
<b>Estudia y trabaja</b>	1.4149	*	1.6356	*	1.1826	ns
<b>Confianza en el futuro</b>	0.9162	ns	0.5460	*	1.5290	ns
<b>Preocupado/a por contraer SIDA</b>	1.0275	ns	0.9899	ns	1.1312	ns
<b>Num. Compañeros sexuales</b>						
1 (ref)	1		1		1	
2 o 3	0.9345	ns	0.6191	†	1.1378	ns
4 o más	2.2258	***	1.3657	ns	4.1883	***
<b>Índice de Autoestima</b>	0.1847	**	0.1527	*	0.2029	†
<b>Índice de Roles de Género</b>	12.9948	***	11.0678	***	19.0055	**
<b>Índice de Poder de Decisión Sexual</b>	1.6844	*	2.2933	**	1.1505	ns
N	2336		1436		899	
Log-Likelihood	-674.9909		-352.3436		-298.1343	
Pseudo R2	0.098		0.1442		0.1024	

† p<0.1   \* p<0.05   \*\* p<0.01   \*\*\* p<0.001

## 5. Conclusiones

Los resultados encontrados plantean un papel positivo y prometedor del empoderamiento adolescente como proceso clave en la promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. La relación que se plantea entre el nivel de autoestima de los jóvenes y una mayor razón de probabilidad de usar el condón de manera habitual es clara y altamente significativa tanto para varones como para mujeres. Y de manera similar, aunque en esta muestra solo evidente para los varones, un mayor poder de decisión incrementa las probabilidades de uso del condón.

Al mismo tiempo los hallazgos sugieren que la relación entre empoderamiento adolescente y prevención de embarazos es compleja. Porque paralelamente al hecho que un mayor nivel de autoestima disminuye, tanto en mujeres como en varones, el riesgo de un embarazo, se observa también que una actitud más equitativa en ambos sexos y un mayor poder de decisión sexual en los varones actúa incrementando la razón de probabilidad de embarazo. Si se interpretan estos hallazgos desde una lógica occidental y moderna, que asume el embarazo como una condición a evitar en cualquier circunstancia, no es posible encontrarle sentido a un poder de decisión que no sirve para evitar caer en una situación no deseada.

Pero es posible que ahí sea donde esté fallando nuestro análisis o nuestra lógica. Estos resultados reflejan y ponen de manifiesto la alta heterogeneidad de circunstancias que viven los adolescentes mexicanos. Estudiar y trabajar no forman parte de la realidad de todos los jóvenes en nuestro país. Por otra parte, el modelo de la maternidad como meta y como elemento consustancial de la identidad femenina aún cuando pueda haber sufrido modificaciones sigue permeando en la mayoría de mujeres de las nuevas generaciones, particularmente entre aquellas con menos opciones de vida.

En este sentido es evidente que el embarazo adolescente no es siempre ni para todos los jóvenes mexicanos una situación que se desea evitar. Los resultados respecto a la asociación encontrada entre confianza en el futuro y riesgo de embarazo, señalando un incremento en el riesgo de embarazo de las mujeres adolescentes cuando éstas se sienten con mayor confianza respecto al futuro apuntalan también esta certeza.

Ello plantea que, intrínseco a la meta de dotar a los jóvenes de mayor autonomía, poder de decisión, actitudes equitativas, etc., es decir, de empoderarlos, está la necesidad imperativa de abrirles oportunidades reales de estudiar, de trabajar, de participar... La pretensión de empoderar a los jóvenes lleva inevitablemente atada la tarea de ofrecer oportunidades y recursos reales y diversos a los mismos, ampliando las condiciones socioculturales de posibilidades en las que pueda materializarse una vida plena y autodeterminada.

Este trabajo tiene importantes limitaciones. Quizás la más importante es la carencia de información relevante sobre el conocimiento de los adolescentes sobre anticonceptivos y sobre el acceso a los mismos. En cualquier análisis sobre el uso de anticonceptivos, o en concreto sobre el uso del condón entre los adolescentes, tal información es un referente necesario. La no existencia de información en esta encuesta nos impidió dar cuenta de estos aspectos y de controlar por los mismos las asociaciones establecidas para otras variables con el uso habitual del condón y con el riesgo de embarazo adolescente. Y ello deja planteada la

posibilidad de sesgos presentes en las relaciones encontradas, que depende del valor de la covarianza entre las variables ausentes y las variables incluidas. En principio no tenemos elementos para presumir una covarianza significativa entre dimensiones como la autonomía de los jóvenes, su poder de decisión o sus actitudes frente a los roles de género con el conocimiento y acceso a los anticonceptivos, o al condón. Pero tampoco podemos descartarla. La única manera de lograr certeza respecto a ello y respecto a los valores de las asociaciones estimadas implica continuar investigando en el futuro, con encuestas que incluyan tanto estos indicadores de conocimiento y acceso a anticonceptivos como indicadores de empoderamiento adolescentes.

## 6. Referencias.

- Amaro, H. (1995). "Love, sex and power. Considering women's realities in HIV prevention ", *American Psychologist* 50: 437-443.
- Bay-Chen, L.Y. (2011). "Recovering Empowerment: De-personalizing and Re-Politicizing Adolescent Female Sexuality", *Sex Roles* (online publication first).
- Caballero, R. y Villaseñor, A. (2001). "El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes", *Rev Saude Pública* 35 (6): 531-538.
- Casique, Irene (2011). "Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género", *Estudios Demográficos y Urbanos* 78:601-638.
- Chinman, M.J. y Linney, J.A. (1998). "Toward a Model of Adolescent Empowerment: Theoretical and Empirical Evidence", *The Journal of Primary Prevention* 18 (4): 393-413.
- Downs, D.M., James, S y Cowan, G. (2006). "Body Objectification, Self-Esteem, and Relationship Satisfaction: A Comparison of Exotic Dancers and College Women", *Sex Roles* 54 (11): 745-752.
- Ellickson, P.L, Collins R.L, Bogart, L.M., Klein, D.J. & Taylor , S.L. (2005). "Scope of HIV risk and co-occurring psychosocial health problems among young adult: Violence, victimization and substance use", *Journal of Adolescent Health* 36: 401-409.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). "Prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes mexicanos a través del uso del condón", *Salud Pública de México* 45(S5): S632-S640.
- González Garza, M.C., Rojas Martínez, R., Hernández Serrato, M. y Plaiz Fernández, G. (2005). "Perfil del Comportamiento Sexual en Adolescentes Mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000", *Salud Pública de México* 47(3):209-218.
- Halpern-Felsher, B.L., Kropp, R.Y., Boyer, C.B., Tschann, J.M., y Ellen, J.M. (2004). "Adolescent's self efficacy to communicate about sex: its role in condom attitudes, commitment and use", *Adolescent* 39: 443-456.
- Heise, L. y Elias, C. (1995). "Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries", *Social Science & Medicine* 40(7): 931-943.

- Horne, S. y Zimmer-Gembeck, M.J. (2005). "Female Sexual Subjectivity and Well-Being: Comparing Late Adolescents with Different Sexual Experiences", *Sexuality Research & Social Policy* 2(3): 25-40.
- Hovsepian, S.L., Blais, M., Manseau, H., Otis, J. & Girard, Marie-Eve (2010). "Prior Victimization and Sexual and Contraceptive Self-Efficacy among adolescent females Under Child protective Services Care", *Health Education & Behavior* 37(1):65-83.
- Impett, E.A., Schooler, D. y Tolman, D.L. (2006). "To Be Seen and Not Heard: Femininity Ideology and Adolescent Girls' Sexual Health", *Archives of Sexual Behavior* 35 (2): 131-144.
- Jewkes, R.K., Dunkle, K., Nduna, M y Shai, N. (2010). "Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study", *The Lancet* 376, Issue 9734: 41-48.
- Kabeer, N. (2001). "Reflections on the Measurement of Women's Empowerment" in: *Discussing Women's Empowerment: Theory and Practice*, Sida Studies 3. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency.
- Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M.L., Noam, G.G. (2011). "Protecting and Promoting: An Integrative Conceptual Model for Healthy Development of Adolescents", *Journal of Adolescent Health* 48 (3): 220-228.
- Kumar, N., Larkin, J., y Mitchell, C. (2001). "Gender, youth & HIV risk", *Canadian Women's Studies Journal/les cahiers de la femme*, 21(2): 35 - 43.
- Lamas, Martha (1999). "Género, diferencias de sexo y diferencia sexual", *Debate Feminista*.
- Lamb, S. (2010). "Feminist ideals of healthy female adolescent sexuality: A critique". *Sex Roles* 62: 294-306.
- Lamb, S. y Peterson, Z. (2011). "Adolescent Girl's Sexual Empowerment: Two Feminist Explore the Concept", *Sex Roles* (published online May 2011).
- Levinson, R.A. (1986). "Contraceptive self-efficacy: a perspective on teenage girl's contraceptive behavior", *Journal of Sex Research* 22: 347-369.
- López Gómez, A. (2005). *Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay*, Montevideo, Universidad de la República - Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Madrazo, J.M, Castellanos, G., Huerta, M.T, Tarasco & M., Marco, J. (2007). "Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios", *Medicina y Ética* (2): 151-164.
- Manning, W.D., Flanigan, C.M., Giordano, P.C., y Longmor, M.A. (2007). "Adolescent Dating Relationship and Consistency of Condom Use", Center for Family and Demographic Research, Working Paper series 07-09, Bowling Green State University.
- Martin, K.A. (1996). *Puberty, Sexuality and the Self: Girls and Boys at Adolescence*, New York, Routledge.
- Morton, M. y Montgomery, P. (2011). Youth Empowerment Programs for Improving Self-Efficacy and Self-Esteem of Adolescents, *Campbell Systematic Reviews* 5, 80p.

Núñez-Urquiza, R.M., Hernández-Prado, B., García-Barrios, C., González, D., Walker, D. (2003). "Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto", *Salud Publica* 45(S1): 92-102.

OPS/OMS (2006). Descubriendo las voces de las Adolescentes: Definición de Empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes, Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área Salud Familiar y Comunitaria, Borrador –Noviembre 2006.

Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S.L. y Rudd, R. (2002). "Relationship power, condom use and HIV Risk among women in the USA", *AIDS Care*, 14(6):789-800.

Raj, A., Reed, E., Miller, E., Decker, M.R., Rothman, E.F. y Silverman, J.G. (2007). "Contexts of condom use and non-condom use among young adolescent male perpetrators of dating violence", *AIDS Care* 19(8): 970-973.

Rappaport, J. (1984). "Studies in empowerment: Introduction to the issue", *Prevention in Human Services* 3: 1-7.

Roberts, T. A., Auinger, P., & Klein, J. D. (2005). "Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents", *Journal of Adolescent Health* 36: 380-385.

Schalet, A. (2009). "Subjectivity, Intimacy, and the Empowerment Paradigm of Adolescent Sexuality: the Unexplored Room", *Feminist Studies* 35 (1): 133-160.

Peterson, Z. D. (2010). "What is sexual empowerment? A multidimensional and process-oriented approach to adolescent girls' sexual empowerment". *Sex Roles* 62: 307–313.

Riger, S. (1993) "What's wrong with empowerment?" *American Journal of Community Psychology* 21:279-292.

Schooler, D., Ward, L.M., Merriwether, A. y Caruthers, A. (2005). "Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making", *Journal of Sex Research* 42: 324-334.

Silva Dreyer, C.L. y Martínez Guzmán, M.L. (2007). Empoderamiento, participación y autoconcepto de persona socialmente comprometida en adolescentes chilenos", *Revista Interamericana de Psicología* 41 (2): 129-138.

Silverman, J.G., Raj, A., Mucci, L.A., Hathaway, J.E. (2001). "Dating Violence against adolescent girls and associated substance abuse, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality", *Journal of the American Medical Association* 286: 572-579.

Suárez-Al-Adam, M., Raffaelli, M., O'Leary, A. (2000). "Influence of abuse and partner hypermasculinity on the sexual behavior of Latinas", *AIDS Education and Prevention* 12(3):263-274.

Szasz, I. (1998). "Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México", *Debate Feminista*, Año 9, octubre 1998, pp. 77-104.

Szasz, I., Rojas, O. y Castrejón, J.L (2008). "Desigualdad de género en las relaciones conyugales y prácticas sexuales de los hombres mexicanos"; *Estudios Demográficos y Urbanos* 23 (2): 205-232.

Teitelman, S.M. Ratcliffe, S.J., Morales-Aleman, M. y Sullivan, C (2008). "Sexual relationship power, intimate partner violence, and condom use among minority urban girls", *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (12): 1694-1712.

Tolman, D. (2003). "To be Seen and not Heard: Femininity Ideology and Adolescent Girl's Sexual Health", *Archives of Sexual Behavior* 35(2): 131-144.

Tolman, D.L. (2005). *Teenage girls talk about sexuality*. Harvard University Press, 259p.

Tolman, D. L., Striepe, M.I. y Harnosn, T (2003). "Gender matters: constructing a model of adolescent sexual health", *Journal of Sex Research* 40: 4-12.

Tschann, J.M., Adler, N.A., Millstein, S.G., Gurey, J.E., y Ellen, J.M. (2002). "Relative power between sexual partners and condom use among adolescents", *Journal of Adolescent Health* 31: 17-25.

Zimmerman, M. A. (1995). "Psychological empowerment: Issues and illustrations", *American Journal of Community Psychology* 23: 581-599.

Walker, D., Torres, P., Gutiérrez, J.P., Flemming, K., Bertozzi, S. (2004). "Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico", *Journal of Adolescent Health* 35: 329-334

Wingwood, G.M. y DiClemente, R.J. (1998). "Partner influences and gender-related factors associated with noncondom use among young adult African American women", *American Journal of Community Psychology* 26: 29-51.

Wingwood, G.M., DiClemente, R.J., Harrington, K. y Davies, S. (2002). "Body image and African-American females sexual health", *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 11: 433-439.

ANEXO 1: Estimación del Índice de Autoestima				Cargas factoriales (rotación PROMAX)					
Items para el Índice de Autoestima				Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Unicidad
1) Hago bien los trabajos escolares				AE_1	<b>0.6823</b>	0.0538	-0.0923	-0.0480	0.4513
2) Consigo fácilmente amigos				AE_2	0.1060	0.0381	0.0733	<b>-0.7955</b>	0.3265
3) Tengo miedo de algunas cosas				AE_3	0.0397	<b>0.6794</b>	-0.0878	0.1299	0.5307
4) Soy muy criticado(a) en casa				AE_4	-0.1133	0.4029	<b>-0.5558</b>	0.1561	0.5379
5) Mis profesores(as) me consideran un buen estudiante				AE_5	<b>0.8833</b>	0.0710	0.1003	-0.0230	0.2817
6) Soy una persona amigable				AE_6	0.0581	-0.0790	-0.1162	<b>-0.7264</b>	0.3637
7) Muchas cosas me ponen nervioso(a)				AE_7	0.1335	<b>0.7769</b>	0.1054	0.0783	0.4322
8) Me siento feliz en casa				AE_8	0.0793	-0.0279	<b>-0.7123</b>	-0.0732	0.3987
9) Trabajo mucho en clase				AE_9	<b>0.6893</b>	-0.0276	-0.1174	0.0933	0.4877
10) Es difícil para mi hacer amigos(as)				AE_10	-0.2170	0.3946	0.0804	<b>-0.5824</b>	0.5120
11) Me asusto con facilidad				AE_11	-0.0079	<b>0.6836</b>	-0.0086	-0.0586	0.5203
12) Mi familia está decepcionada de mí				AE_12	-0.0497	0.3664	<b>-0.5562</b>	0.1198	0.5623
13) Mis profesores(as) me estiman				AE_13	<b>0.7299</b>	0.0358	0.1264	-0.1521	0.4367
14) Soy un chico(a) alegre				AE_14	0.0220	-0.0145	-0.3200	<b>-0.5703</b>	0.4358
15) Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso(a)				AE_15	0.0535	0.7073	0.0021	-0.0100	0.5071
16) Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas				AE_16	0.0456	-0.0745	<b>-0.7065</b>	-0.1019	0.4155
17) Soy un buen estudiante				AE_17	<b>0.7802</b>	0.0371	-0.1383	0.0369	0.3158
18) Me cuesta hablar con desconocidos(as)				AE_18	-0.0892	<b>0.5250</b>	0.1948	-0.2132	0.6510
19) Mis amigos me estiman				AE_19	0.2465	-0.0930	-0.1630	<b>-0.4555</b>	0.5301
20) Mis padres me dan confianza				AE_20	0.0336	-0.0617	<b>-0.7782</b>	-0.0755	0.3309
21) Mis profesores(as) me consideran inteligente y trabajador(a)				AE_21	<b>0.8198</b>	0.0452	-0.0119	-0.0241	0.3128
22) Tengo muchos amigos(as)				AE_22	-0.0219	-0.0247	-0.1382	<b>-0.7533</b>	0.3613
23) Me siento nervioso(a)				AE_23	0.0777	<b>0.7824</b>	0.0521	-0.0355	0.4024
24) Me siento querido(a) por mis padres				AE_24	-0.0193	-0.0747	<b>-0.7974</b>	-0.1059	0.3180
	<b>Dimensión</b>		<b>Ponderador</b>						
Factor 1	Autoestima en la escuela y como estudiante		0.4822		<b>Valor medio del Índice: 0.6983</b>				
Factor 2	Autoestima respecto a miedos		0.2648		<b>Media del índice para varones: 0.6983</b>				
Factor 3	Autoestima en la casa y la familia		0.1299		<b>Media del índice para mujeres 0.7000</b>				
Factor 4	Autoestima frente a los amigos		0.1233						



**ANEXO 2: Estimación del Índice de Poder de Decisión**

Items para el Índice de Poder de Decisión	Item	Factor 1	Factor 2	Unicidad
a) Cuándo tener relaciones sexuales	dec_a	0.4756	<b>0.5242</b>	0.4989
b) Qué anticonceptivos usar	dec_b	0.4038	<b>0.4977</b>	0.5893
c) Cuándo visitar a los amigos	dec_c	<b>0.5746</b>	0.0809	0.6632
d) Participar en actividades escolares	dec_d	<b>0.5897</b>	-0.3416	0.5356
e) Qué tipo de ropa debes usar	dec_e	<b>0.6148</b>	-0.4384	0.4298
f) Cuándo ir al cine o salir de paseo	dec_f	<b>0.6834</b>	0.1302	0.5160
g) Cuándo ir al antro o fiestas	dec_g	<b>0.6967</b>	0.1501	0.4921
h) Cuándo faltar a una clase o cuándo irte de pinta	dec_h	<b>0.6741</b>	-0.3048	0.4527
i) Cuándo salir de paseo (cine, restaurante, antro, etc.) quién decide sobre los gastos	dec_i	<b>0.4859</b>	0.4422	0.5684
j) Por qué partido votar	dec_j	<b>0.6005</b>	-0.3809	0.4943

	Dimensión	Ponderador
Factor 1	Poder de decisión en actividades cotidianas	0.7246
Factor 2	Poder de decisión en aspectos sexuales	0.2574

**Valor medio del Índice de Poder de Decisión: 0.4492**

**Media del índice de Poder de Decisión para varones: 0.4140**

**Media del índice de Poder de Decisión para mujeres: 0.5102**

**Valor medio del Índice de Poder de Decisión Sexual: 0.4487**

**Media del índice de Poder de Decisión Sexual para varones: 0.4219**

**Media del índice de Poder de Decisión Sexual para mujeres: 0.4954**

**ANEXO 3: Estimación del Índice de Equidad de Roles de Género**

**Cargas factoriales (sin rotación)**

**Items para el Índice de Equidad de Roles de Género**

- a) Los chicos a diferencia de las chicas necesitan de varias parejas sexuales
- b) Los hombres no deben llorar
- c) La mujer que parece débil es más atractiva
- d) La prevención del embarazo es responsabilidad de las chicas
- e) La mujer debe llegar virgen al matrimonio
- f) Las mujeres que tienen condones en su bolsa son chicas fáciles
- g) Cambiar pañales, bañar y alimentar a un hijo son responsabilidades de la madre
- h) Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido
- i) Tanto las chicas como los chicos pueden proponer el uso de condones
- j) Si un chico embaraza a una chica, el hijo es responsabilidad de los dos

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Unicidad
rol_a	0.0981	-0.0039	<b>0.7401</b>	0.4426
rol_b	0.1991	0.0852	<b>0.6251</b>	0.5624
rol_c	0.2126	0.0180	<b>0.7428</b>	0.4027
rol_d	<b>0.6487</b>	-0.0087	0.1440	0.5584
rol_e	<b>0.6348</b>	0.2372	-0.0347	0.5396
rol_f	<b>0.6259</b>	0.0430	0.2540	0.5419
rol_g	<b>0.7719</b>	0.0038	0.1667	0.3764
rol_h	<b>0.7081</b>	0.0193	0.2412	0.4401
rol_i	0.0205	<b>0.8993</b>	0.0335	0.1897
rol_j	0.0425	<b>0.9049</b>	0.0014	0.1794

	Dimensión	Ponderador
Factor 1	Roles tradicionales asociados a la masculinidad	0.5296
Factor 2	Roles tradicionales asociados al ideal de mujer	0.2851
Factor 3	Equidad de roles de género respecto al condón y embarazo	0.1853

**Valor medio del Índice de Equidad de Roles de Género: 0.7022**

**Media del índice de Equidad de Roles de Género para varones: 0.6815**

**Media del índice de Equidad de Roles de Género para mujeres 0.7236**