

**PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES
VARONES Y HOMBRES JÓVENES EN AMÉRICA LATINA**

Preparado por

Rebecka Lundgren, Consultora

Para:

División de Promoción y Protección de la Salud
Programa de Familia y Población

OPS

Enero 2000

ÍNDICE

	<i>Pág. No.</i>
I. Introducción	4
II. Metodología de estudio	8
A. Objetivos	8
B. Preguntas de investigación	9
C. Diseño e implementación	10
D. Muestreo	17
E. Guías para las entrevistas	17
F. Análisis de datos	21
G. Procedimientos de consentimiento informado	22
H. Diseminación de resultados	23
III. Conocimiento actual de la salud reproductiva y la sexualidad de los adolescentes varones y hombres jóvenes	24
A. ¿Cuáles son las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes?	24
1. Negociando la pubertad	24
2. Conciencia de fertilidad	25
3. Auto cuidado	26
4. Toma de decisiones y comunicación con la pareja	26
B. ¿Cómo se pueden satisfacer las necesidades de los adolescentes varones y hombres jóvenes?	27
1. Educación sexual y de Habilidades para la vida	28
2. Esfuerzos para mejorar las comunicaciones y modificar los roles de género tradicionales	29
3. Servicios clínicos y de orientación	29
4. Prevención del abuso sexual	31
5. Información, Educación y Comunicación	32

C. El significado de masculinidad	32
1. Construcción social de la masculinidad	32
2. Influencia de la sexualidad	34
3. Imposición de los roles de género	37
4. Roles de género	39
5. Consecuencias	39
D. Experiencia de sexualidad entre adolescentes varones y hombres jóvenes	40
1. Inicio sexual	40
2. Prácticas sexuales	42
3. Experiencias homosexuales y bisexuales	42
4. Factores relacionados con el uso de anticonceptivos	43
5. Enfermedades de transmisión sexual	43
6. Factores que protegen o promueven la salud reproductiva	44
7. Factores relacionados a los comportamientos riesgosos	45
8. Resiliencia	46
E. Paternidad adolescente	47
1. Frecuencia	47
2. Actitudes hacia el embarazo adolescente	48
3. Construcción social de la paternidad adolescente	48
4. Respuesta al embarazo no planificado	50
5. Consecuencias	51
F. Víctimas o perpetradores de abuso sexual	51
Apéndices	
1. Guías para grupos focales	55
2. Guías para entrevistas individuales	71
3. Encuesta	86
4. Consentimiento informado	105
Bibliografía	

I. INTRODUCCIÓN

Este protocolo describe un estudio propuesto sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes varones y hombres jóvenes en países seleccionados de América Latina. Los resultados de este estudio guiarán el desarrollo de políticas y programas que promuevan la salud sexual y reproductiva de los niños varones y hombres jóvenes a través de una mejor comprensión de sus conocimientos, actitudes y prácticas, tomando en cuenta la influencia de la construcción social de la masculinidad en América Latina.

Existen relativamente pocos estudios enfocados en los adolescentes varones y hombres jóvenes. Esta brecha es particularmente notoria al considerarse la voluminosa literatura existente sobre las adolescentes mujeres. La cantidad limitada de literatura científica relacionada con la salud reproductiva de los adolescentes varones en América Latina consiste en unos pocos estudios de ciudades individuales y aún menos estudios de países individuales. Los resultados de estos estudios no pueden ser generalizados a otras ciudades de la región y mucho menos a la población rural o a varones en otras regiones y continentes. El estudio que se propone tratará de sobreponerse a estas limitaciones de las siguientes maneras:

- Se combinarán el grupo focal, la historia de vida y las metodologías de encuestas para proveer información en normas sociales y conducta y para permitir la cuantificación y la triangulación de los resultados.
- Se proporcionará información sobre un amplio grupo objetivo, tanto en ambientes rurales como urbanos, en vez de poblaciones específicas como estudiantes universitarios o jóvenes de la calle.
- Finalmente, está diseñado específicamente para examinar la interacción de los roles de género y la salud sexual y reproductiva de los varones.

Durante los últimos años se ha renovado el reconocimiento del rol de los hombres en la salud sexual¹ y reproductiva de las mujeres y la importancia de incluirlos en los esfuerzos programáticos. El interés en los hombres en la planificación familiar ha subido y bajado en las últimas tres décadas, pero a medida que se acerca el próximo milenio, el debate sobre la responsabilidad de los hombres ha tomado un nuevo giro y cada vez con mayor frecuencia surge la pregunta: ¿Qué ganan los hombres?

¹ Se define “salud sexual” como “el realce de la vida y las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían consistir tan solo en la orientación y cuidados relacionados a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual”. CIPD 7.2

Se define como “salud reproductiva” “el estado físico, mental y social de bienestar total y no sólo la ausencia de una enfermedad, en todos los asuntos relacionados al sistema de salud reproductiva y a sus funciones y procesos. Las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de elegir cuando y cuán a menudo lo hacen”. CIPD 7.2

La atención renovada sobre los hombres dentro de la planificación familiar y el campo de salud reproductiva se expresa convincentemente en el plan de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD); “...*el objetivo es promover la igualdad de los géneros en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria, y promover y capacitar a los hombres para que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y de sus roles sociales y familiares*” (Párrafo 4.25).

A pesar que un mejor entendimiento de los hombres y su comportamiento reproductivo es esencial para lograr una de las metas de política centrales de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo (CIPD), se sabe poco sobre cómo se comportan los adolescentes varones en el ámbito de la salud reproductiva y la sexualidad, y se sabe aún menos sobre sus actitudes y sentimientos respecto de los comportamientos asociados y su significado sociocultural. A pesar que las encuestas de Salud Reproductiva de los Adultos Jóvenes llevada a cabo por los Centros para el Control de Enfermedades proporcionan información esencial acerca del comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos, éstas no fueron diseñadas para cubrir la variedad de temas de salud reproductiva que son pertinentes a los adolescentes varones.

Existe una notable falta de investigación acerca del significado y la importancia de la actividad sexual, uso de contraceptivos y otros temas de la salud reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes. La información sobre experiencia coital y uso de contraceptivos es sólo una pequeña parte de la película. Puede ser aún más importante entender las circunstancias del comportamiento sexual, en especial su dimensión emocional.

La mayor parte de los estudios en el área de salud sexual y reproductiva han examinado a los hombres desde una perspectiva de déficit; los hombres deben hacer más, o participar más. Este discurso no explica el punto de vista de los hombres. En vez de entender lo que los hombres creen o sienten, éstos a menudo han sido estudiados desde la perspectiva de lo que se puede aprender sobre ellos para convencerlos de participar en programas preconcebidos de salud sexual y reproductiva o en programas de participación varonil.

Una revisión de la literatura acerca de los hombres y la planificación familiar muestra que ésta se centra casi exclusivamente en cómo influyen los hombres en la salud de las mujeres. La literatura refleja el supuesto que satisfacer las necesidades reproductivas y de otro tipo de las mujeres es y seguirá siendo una prioridad de los programas de salud reproductiva y planificación familiar. Sin embargo, también reconoce que la investigación de diversos ámbitos sugiere que estas metas serán difíciles de lograr sin una incorporación apropiada de los hombres.

La justificación que se da para esta posición es que mientras las mujeres tienen más riesgos de salud asociados con la reproducción que los hombres, son los hombres los más responsables de contribuir a estos riesgos, por ejemplo, en una situación en que a un embarazo no deseado le sigue la inducción de un aborto peligroso. Por lo tanto, se reconoce la necesidad de aumentar la responsabilidad de los hombres, particularmente en lo que concierne a las consecuencias de sus acciones sexuales para sus parejas.

Los diferentes enfoques sobre los hombres y las mujeres en la literatura sobre salud reproductiva reflejan el hecho que los hombres están conceptuados como un “problema” o un medio para conseguir un fin. En el documento de la CIPD, el lenguaje que se refiere a la responsabilidad y participación de los hombres es familiar para aquellos que trabajan en el campo de la salud reproductiva. Los proyectos de participación varonil a menudo enfocan el asunto desde un punto de vista simplista que los hombres en y por sí mismos son los obstáculos a la planificación familiar o al uso de condones. La literatura tiende a referirse al “Empoderamiento y Condición de las Mujeres”, mientras los proyectos o investigaciones acerca de los hombres son llamados “Responsabilidades y Participación Masculina”.

Mientras el empoderamiento de las mujeres es fundamental, a menudo se pierde de vista la idea que la ansiada transformación y expansión de los roles masculinos también beneficiará a los hombres. El hecho que los hombres tengan derechos sexuales que están ligados a la eliminación de reglas opresivas, tales como el derecho a demostrar emociones sin que se cuestione su virilidad, rara vez se reconocen. Una excepción a esto son los trabajos de Gary Barker (1996) y Benno Keijizer (1995) que sugieren que la transformación y expansión de los roles sexuales tradicionales liberará a los hombres. El campo de la salud reproductiva debería reconocer que lo que usualmente se llama responsabilidad o deber (por ejemplo, el apoyo a la mujer en la planificación familiar) en muchos casos se puede proponer como un derecho (por ejemplo, el derecho a participar en la decisión acerca del número y momento de tener hijos). Un mayor énfasis en los derechos masculinos llevaría a estrategias para crear las condiciones en que los hombres queden habilitados para asumir más responsabilidades.

Cuando se hace referencia a la participación masculina es importante reconocer que los hombres ya están involucrados en la salud reproductiva, aunque a veces con consecuencias negativas. Es por eso que no se trata simplemente de aumentar la participación de los hombres, sino de cambiar radicalmente la forma en que participan los hombres. Como líderes de la familia, la comunidad, religiosos, profesionales y políticos, los hombres son instrumentales en promover u obstruir la salud de las mujeres. Por esto, es de vital importancia llevar a los hombres hacia un proceso positivo de toma de decisiones con sus parejas mientras se neutraliza la resistencia que oponen a las mujeres.

Finalmente, hablar sólo de los hombres - así como hablar sólo de las mujeres - es un enfoque inadecuado. Judith Helzner argumenta que “en general, si se da poca o ninguna de atención a la visión general - incluyendo a los dos sexos antes de centrarse en los hombres - existe el potencial para que los programas de planificación familiar refuercen el status quo en las desigualdades de género” (1996). Algunos programas, cuya meta es aumentar la participación masculina, han resultado en un aumento del control de los hombres sobre las decisiones de su pareja. El análisis de género nos recuerda que debemos preguntar qué consecuencias tendrán estrategias específicas sobre la salud y autonomía de las parejas mujeres y sobre la comunicación y la dinámica sexual. En muchos países, a pesar que los hombres tienen poca información correcta sobre contracepción, ellos son los que toman las decisiones. Algunas estrategias pueden fomentar las decisiones patriarcales a expensas de la igualdad de las mujeres y su derecho a tomar decisiones que afectan sus vidas.

Empoderamiento

En esta era post-Cairo, la naturaleza del discurso sobre participación masculina está cambiando. Aún no existe un acuerdo universal de lo que significa la inclusión de los hombres en los esfuerzos de salud sexual y reproductiva y lo que es sexualmente sano para los adolescentes. Sin embargo, existe una conciencia emergente sobre la necesidad que los programas y servicios de salud reproductiva lleguen a los hombres no sólo para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de las mujeres, sino también para satisfacer las necesidades de los mismos hombres.

Las investigaciones recientes sugieren que las necesidades de salud de los hombres, especialmente los adolescentes, son más urgentes de lo que se pensaba. De hecho, Rutter (1990) sugiere que el género masculino es una variable que genera mayor vulnerabilidad al riesgo. Por ejemplo, en general en América Latina y el Caribe, la carga de salud para los hombres es 26% más alta que para las mujeres (Keijizer, 1995). Mucha de esta morbilidad se asocia a la construcción social de la masculinidad: accidentes de tránsito, homicidios, lesiones y enfermedades cardiovasculares a menudo relacionadas con el uso del alcohol, el estrés y los estilos de vida. Estas tendencias sugieren la necesidad de trabajar con adolescentes varones porque muchos de los comportamientos que llevan a estos problemas de salud en la edad adulta emergen de patrones aprendidos en la niñez y la adolescencia.

El interés en los hombres y la salud sexual y reproductiva sugiere la importancia de diseñar intervenciones para adolescentes varones y hombres jóvenes. Está ampliamente reconocido que la intervención durante los años de la adolescencia puede resultar en un mejoramiento de la salud sexual y reproductiva durante la vida adulta. La adolescencia marca el comienzo de la sexualidad y la adopción de patrones de comportamiento que pueden tener implicancias para toda la vida en lo referente a salud reproductiva. La investigación empírica sugiere que los hábitos sexuales precoces y los patrones de interacción en relaciones íntimas forman la base de los hábitos y patrones para la vida. Por ejemplo, una investigación en los Estados Unidos ha encontrado que la consistencia en el uso de condones entre los adolescentes está relacionada con la edad en la primera relación sexual y el uso previo de condones. Es más probable que usen condones los hombres que comenzaron su actividad sexual más tarde, y que aquellos que usaron condón en su primera relación sexual los usen en forma consistente de ahí en adelante (Sonenstein, Pleck & Ku, 1995).

El centrarse en las intervenciones a adolescentes nos lleva a mirar de una forma distinta a los adolescentes varones y hombres adultos. ¿Cuán precisa es la imagen popular de los adolescentes hombres como “inseminadores ambulantes” que provocan embarazos no deseados y reparten enfermedades de transmisión sexual exclusivamente por su propio placer sexual? Más importante aún, ¿cómo afecta esta percepción a nuestros esfuerzos para formular programas que sean efectivos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres?

Tenemos mucho más que aprender sobre cómo los hombres adolescentes forman su identidad de género, cómo la socialización masculina influye en el uso de contraceptivos y el riesgo de VIH, cómo miden sus conflictos y alternativas relacionadas a la masculinidad, qué recompensas y costos son producto de cambios en sus comportamientos y actitudes sexuales y qué tipo de padres y esposos

quieren ser. La investigación emergente acerca de la violencia doméstica, en citas amorosas y cortejos, no ofrece suficientes conocimientos sobre cómo trabajar con adolescentes hombres para prevenir la violencia doméstica y la coerción sexual. Muy pocos estudios le han preguntado a los hombres sus opiniones acerca de estos asuntos o acerca de sus experiencias siendo violentos, con el propósito de prevenir la violencia en las relaciones. Otra área prioritaria para la investigación es el tema de la interacción entre pares y fuentes de información sobre sexualidad y planificación familiar entre los jóvenes. Se necesitan investigaciones no sólo para proporcionar una mejor comprensión de los hombres y la sexualidad masculina, sino también en términos de esfuerzos para promover una actividad sexual más segura y responsable.

II. METODOLOGÍA DE ESTUDIO

A. Objetivos

La literatura sobre varones adolescentes y hombres jóvenes proporciona buena información sobre conocimientos de contraceptivos, prácticas sexuales y planificación familiar en América Latina. A pesar que se ha escrito una buena cantidad acerca del rol del género y su influencia en la salud reproductiva y la sexualidad, existen pocos datos empíricos para apoyar estos trabajos. La mayor parte de los datos vienen de investigaciones cualitativas con poblaciones de alto riesgo, tales como los niños de la calle o de pequeñas encuestas en poblaciones escolares. Existe información adicional sobre adolescentes hombres que viene de estudios de embarazos adolescentes y de prevención de SIDA entre poblaciones minoritarias en Estados Unidos.

Este estudio se centrará principalmente en llenar el vacío que a nuestro juicio es el más notable, es decir, qué significa la masculinidad para los varones jóvenes y cómo experimentan los cambios corporales y la iniciación de la actividad sexual. También proporcionará información sobre el contexto en el que se dan los comportamientos documentados por las encuestas, tales como iniciación sexual temprana, multiplicidad de parejas sexuales y bajo uso de contraceptivos. Además, esta investigación explorará varias áreas en las que prácticamente no hay información disponible, tales como paternidad adolescente y abuso y coerción sexual, que son dos áreas prioritarias para la intervención por medio de programas. Finalmente se recogerá información necesaria para desarrollar programas, incluyendo de dónde obtienen los adolescentes la información sobre salud reproductiva y sexualidad, y sus necesidades y preferencias expresadas por información y servicios.

El objetivo general de este estudio es que se comprenda cómo la construcción social y la expresión de masculinidad entre los adolescentes y adultos jóvenes influye en la salud sexual y reproductiva, así como explorar las actitudes de los proveedores de servicios de salud hacia ellos. El objetivo de recolectar esta información es que nos guíe al desarrollo de políticas y programas efectivos para trabajar con los adolescentes y jóvenes varones. Por ende, los investigadores se centrarán en recopilar la información que formará las iniciativas programáticas, a la vez que expanden nuestra comprensión de la relación entre la masculinidad y la salud sexual y reproductiva.

Los objetivos específicos de este estudio son:

1. Comprender la importancia que la masculinidad tiene para los jóvenes;
2. Identificar los modelos de socialización que conducen a la formación de las distintas formas de masculinidad;
3. Comprender cómo el significado de masculinidad se manifiesta en la actitud sexual y reproductiva y en la conducta, específicamente en:
 - a) la pubertad y el desarrollo de la identidad sexual;
 - b) las relaciones interpersonales;
 - c) la expresión sexual;
 - d) la paternidad; y
 - e) el abuso sexual y la coerción.
4. Determinar de qué fuentes los niños y los jóvenes varones obtienen información sobre salud sexual y reproductiva;
5. Explorar la utilización de los servicios de salud reproductiva y de las opiniones y preferencias de los jóvenes con respecto a estos servicios; y
6. Explorar las percepciones de los proveedores de salud con relación a las conductas y a las necesidades de los jóvenes en la esfera de la salud sexual y reproductiva, así como sus actitudes y sugerencias con respecto a la prestación de servicios a este grupo.

B. Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál es el significado de masculinidad y sexualidad para los adolescentes varones y hombres jóvenes y cómo influye esto en su salud reproductiva y su sexualidad? ¿Cuáles son las recompensas y los costos de cambiar los comportamientos sexuales y actitudes para los adolescentes varones?
2. ¿Cómo experimentan los adolescentes varones y hombres jóvenes su salud reproductiva y su sexualidad en relación a la pubertad, desarrollo de la identidad sexual, iniciación sexual, actividad sexual y uso de contraceptivos?
3. ¿Cómo perciben los adolescentes varones y hombres jóvenes la paternidad adolescente? ¿Bajo qué condiciones varía esta percepción?
4. ¿Cuán común es la experiencia de abuso y coerción sexual entre los adolescentes varones y hombres jóvenes?
5. ¿De dónde los adolescentes varones obtienen información sobre salud sexual y reproductiva? ¿De dónde les gustaría a ellos obtener esta información?
6. ¿Cuán a menudo y cuán bien se comunican los adolescentes varones y hombres jóvenes con sus amigos, parejas y familias acerca de salud reproductiva y sexualidad?
7. ¿Qué preocupaciones y problemas identifican los jóvenes varones relacionados con salud reproductiva y sexualidad? ¿Cómo priorizan estas preocupaciones y problemas?

8. ¿Están los jóvenes varones y hombres al tanto de los servicios disponibles? ¿Los perciben como accesibles? ¿Los utilizan? ¿Qué tipo de servicios desean los jóvenes?
9. ¿Cuánto saben los proveedores de salud y cuáles son sus actitudes hacia la entrega de salud reproductiva, educación y servicios de sexualidad a los adolescentes varones y hombres jóvenes?

C. Diseño e Implementación

En cada país se formará un equipo para llevar a cabo esta investigación. El equipo estará compuesto de investigadores con experiencia en metodologías cualitativas y cuantitativas, representantes de programas del sector público y privado que trabajan con jóvenes, individuos involucrados con grupos que trabajan con hombres para cambiar los roles de género tradicionales y líderes juveniles o representantes de organizaciones juveniles (tanto de entrega de servicios como de investigación). Este equipo funcionará como un grupo de asesoramiento técnico para ayudar a los investigadores a identificar y revisar los datos y experiencias existentes, adaptar y centrar los objetivos y la metodología de la investigación a las necesidades del país, adaptar y probar las guías para entrevistas y cuestionarios, facilitar el acceso a los adolescentes y proveedores, interpretar datos y sacar conclusiones y contribuir a la diseminación y utilización de los resultados.

Dado que éste es un estudio que tendrá múltiples escenarios, los investigadores se reunirán para analizar el estudio de la metodología y mantener estrecha coordinación durante el estudio. Objetivos claves de estas reuniones serán la definición de tópicos, reduciendo quizás la amplitud del estudio, y definir las poblaciones objetivo en cada país. Una estrecha colaboración durante todas las fases del estudio aumentará las posibilidades de comparar los resultados a nivel regional. Se preparará una lista para facilitar los contactos entre los investigadores.

El diseño del estudio será descriptivo, usando una combinación de los métodos de recolección de datos. La metodología cualitativa enfatiza la importancia de entender los significados del comportamiento humano y el contexto sociocultural de la interacción social. Aunque ya existe investigación de encuestas que cuantifican la actividad sexual y uso de contraceptivos por parte de adolescentes, falta comprensión del mundo social empírico como realmente existe para los adolescentes varones más que como los investigadores se imaginan que es. Esto es consistente con las conclusiones del informe de la ICRW sobre su investigación de VIH/SIDA entre los adolescentes de los países en vías de desarrollo, que concluye que la mejor forma para obtener información sobre comportamientos sexuales entre los adolescentes es a través de métodos cualitativos y cuantitativos.

El diseño del estudio está basado en la combinación de grupos focales para aprender sobre normas “ideales” y entrevistas individuales para sondear los comportamientos “reales” de los adolescentes varones y hombres jóvenes. El uso de los grupos focales y las entrevistas individuales indicará las diferencias entre el comportamiento real y las normas sociales idealizadas, así como descubrirá el grado de conocimientos acerca de los temas claves. Los grupos focales tienden a

producir las respuestas más socialmente "correctas" y producen buenos datos sobre las normas sociales, pero las entrevistas individuales proporcionan buenos datos sobre los conocimientos y la experiencia real. Por este motivo, muchos investigadores han llegado a la conclusión de que la investigación basada en la comunidad en el tema de sexualidad y reproducción debe incluir ambos métodos de recopilación de datos (World Health Organization).

Un análisis secundario de los datos existentes de países ayudará a enfocar el estudio en temas relevantes en el contexto específico. Los datos cualitativos proporcionarán un entendimiento conceptual de la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes varones y hombres jóvenes, lo que se confirmará con encuestas pequeñas y dirigidas. Este estudio se llevará a cabo en cuatro fases:

- Fase 1. Revisión y análisis secundario de los datos existentes.
- Fase 2. Grupos focales para identificar normas y patrones culturales sobre asuntos de salud reproductiva y sexualidad entre adolescentes varones. Grupos focales y proveedores de servicios identificarán sus opiniones y actitudes respecto de entregar servicios de salud reproductiva a jóvenes varones.
- Fase 3. Entrevistas individuales con información clave para explorar el conocimiento, las actitudes y las conductas relacionadas con los temas de salud reproductiva y sexualidad a nivel individual.
- Fase 4. Encuestas de pequeña escala dirigidas a temas y segmentos seleccionados de la población para cuantificar aspectos emergentes.

Fase 1: Análisis Secundario

Como primer paso en un proceso de investigación, los investigadores recopilarán y analizarán investigaciones llevadas a cabo en el país que tengan relación con adolescentes varones y hombres jóvenes. Este cuerpo de investigación puede incluir datos de censos nacionales o de encuestas, investigación formativa llevada a cabo durante el desarrollo de los programas de salud reproductiva, evaluaciones de programas de adolescentes y jóvenes, e investigaciones de ciencias sociales realizadas por institutos de investigación y universidades, entre otras. El equipo de investigación sintetizará y, si es necesario, llevará a cabo análisis secundarios de estos datos. El análisis de estos datos deberá: 1) proporcionar antecedentes para la investigación; 2) proporcionar datos descriptivos importantes y datos socio-demográficos sobre la población de adolescentes varones y hombres jóvenes; y 3) ayudar a refinar los objetivos y metodología de la investigación, centrándose en las áreas de mayor necesidad de investigación. Durante esta fase, los equipos de investigación decidirán si usarán sólo los módulos centrales o si añadirán módulos o preguntas adicionales a su estudio para satisfacer las necesidades específicas del país, tomando en cuenta la investigación existente, los indicadores de salud y otros indicadores de desarrollo social, las necesidades de información de los interesados y las iniciativas programáticas vigentes y planificadas. Los investigadores pueden decidir limitar su investigación a elementos particulares de este protocolo, que cubre una amplia gama de asuntos

relacionados a salud sexual y reproductiva. Además, probablemente será necesario centrarse en segmentos seleccionados de la población varonil joven, dependiendo de las prioridades programáticas locales.

En condiciones ideales, la investigación etnográfica se debe realizar en comunidades de estudio antes de comenzar los grupos focales y las entrevistas en profundidad. La información obtenida mediante esta investigación sería útil adaptarla a los instrumentos de estudio, realizando entrevistas e interpretando los resultados de estudio. Sin embargo, es improbable que los equipos de investigación que realizan este estudio tendrán los recursos necesarios para realizar este tipo de investigación. Para compensar esta falta de información los investigadores deben buscar activamente la información y realizar las entrevistas con individuos que conocen a la población objeto de estudio, quizás de la organización de prestación de servicios o de la ONG que facilita la investigación.

Fase 2: Grupos Focales

Durante esta fase se organizarán grupos focales con adolescentes varones y hombres jóvenes para identificar normas y patrones culturales relacionados a la salud reproductiva y la sexualidad. También se organizarán grupos focales con proveedores de salud para determinar sus actitudes respecto de la entrega de servicios y educación en salud reproductiva a adolescentes varones. Los datos que se obtengan de estos grupos focales contribuirán a un mejor entendimiento de las políticas existentes de salud reproductiva y de los programas para adolescentes y niños varones. Esta información ayudará a guiar el desarrollo de iniciativas futuras en esta área.

Un grupo focal es una entrevista con un pequeño grupo de gente sobre un tema específico. Los grupos típicamente consisten de un número relativamente homogéneo de seis a ocho personas que participan en la entrevista durante un período que va de media hora a dos horas (Debus y Porter/Novelli, 1996). Los participantes escuchan las distintas respuestas y hacen comentarios adicionales que van más allá de sus respuestas originales a medida que escuchan lo que otros dicen. El objetivo es lograr datos de alta calidad en un contexto social donde las personas pueden considerar sus opiniones en el contexto de las opiniones de otros (Patton, 1987). Una ventaja de esta metodología es que la interacción de los entrevistados a menudo estimula buenas respuestas o pensamientos nuevos y valiosos. Además, la presión del grupo y de los pares en la discusión es valiosa para motivar el pensamiento de los entrevistados y para destacar las opiniones conflictivas.

Las discusiones del grupo focal se usan principalmente para investigar los aspectos normativos de la conducta. La conducta de los individuos no debe ser investigada por este método. Estas discusiones permiten la exploración de las maneras en que las personas interactúan en la discusión de un tema y del grado de acuerdo común en la opinión y la actitud. Una ventaja del grupo sobre los entornos individuales es la mayor amplitud de las ideas, las opiniones y las experiencias que es probable se expresen. El contenido de una entrevista individual está limitado por las experiencias, los recuerdos y las habilidades conceptuales y verbales de una sola persona. En una discusión en grupo hay obviamente un rango más amplio de experiencias y de talentos verbales para profundizar.

(World Health Organization, 1999).

El grupo focal será facilitado por un moderador que sigue procedimientos muy parecidos a los de una entrevista sin estructuración, usando una guía de discusión general y consiguiendo detalles a través de sondeos. Los participantes serán elegidos intencionalmente para incluir segmentos de la población adolescente y de adultos jóvenes que sean de interés para el estudio. Se elegirán participantes que representen similitudes relevantes tales como clase social, ciclo de vida, actividad sexual, edad, estado civil y diferencias culturales.

En los estudios cualitativos, la dimensión del estudio es una característica importante del diseño, pero no hay reglas precisas para proporcionar orientación. Tanto la recopilación como el análisis de datos tienden a consumir mucho tiempo, por lo que la dimensión de los estudios es generalmente pequeña. Pero está claro que los estudios muy pequeños proporcionan una base inadecuada para la generalización. En condiciones ideales, los estudios cualitativos deben seguir recopilando los datos de los grupos o individuos hasta que se encuentre nueva información de importancia. El objetivo debe ser obtener información de los miembros característicos de cada categoría de interés. Es peligroso confiar en una sola discusión por cada población de estudio donde se usan los grupos focales. El mínimo debe ser dos o tres discusiones del grupo focal. Aproximadamente de dos a tres grupos focales se mantendrán con cada segmento de población de interés. Si se agregan nuevas ideas en el tercer grupo, entonces se organizará un cuarto grupo focal y un grupo adicional. Los investigadores seguirán recopilando la información hasta el punto de la saturación, o sea cuando se sientan seguros de que obtendrán poca información nueva en las entrevistas posteriores (Glaser y Strauss, 1967 citado en la Rubina, 1995).

Debido a la amplitud de los tópicos de estudio, se utilizará una metodología en que participe el mismo grupo de jóvenes en grupos focales varias veces, usualmente dos o tres. Esto le permite a los investigadores cubrir una amplia gama de temas con los mismos participantes, permitiendo suficiente tiempo para explorar cada tema en profundidad y ganar la confianza de los participantes para permitir la discusión de temas sensitivos, tales como la violencia y coerción sexual.

Ya que se busca la homogeneidad de los participantes de los grupos focales en términos de clases sociales, nivel educacional, edad, educación y otras variables que afectan el grado en que los participantes comparten información durante las discusiones de grupo, el número de grupos focales necesarios crece de acuerdo al número de segmentos de población de interés para la investigación.

Dadas las preguntas de investigación de interés para este estudio, las características más dominantes parecen ser la edad y la ubicación geográfica de los participantes.

El siguiente cuadro muestra que se llevarán a cabo aproximadamente dieciocho estudios de opinión durante este estudio. Por consiguiente se realizará un mínimo de 36 sesiones de estudio de opinión, asumiendo que todos los temas incluidos en la guía podrán ser cubiertos en dos sesiones con cada grupo de participantes. Todos los países van a realizar estudios de opinión y entrevistas individuales con jóvenes de 13-14 y 15-19 años, en por lo menos un área rural y un área semi-urbana.

Es opcional incluir al grupo de 20-24 años de edad. Cada equipo de investigación de país podrá decidir si incluye segmentos de poblaciones adicionales en el estudio. Esto sugiere que, a no ser que la amplitud del estudio se reduzca significativamente, se llevarán a cabo 36 grupos focales, asumiendo que cada grupo puede cubrir todos los temas incluidos en la guía en dos sesiones.

NÚMERO DE GRUPOS FOCALES POR SEGMENTO DE POBLACION

Rango de Edades	Urbana	Rural	Total
10-14	3	3	6
15-19	3	3	6
20-24	3	3	6
Total	9	9	18

Los investigadores van a coordinar con las organizaciones de base comunitarias, los servicios de salud, las ONG y con los clubes de madres en las áreas seleccionadas para reclutar a los participantes en el grupo focal. Se le debe proporcionar criterios claros al personal que realiza el reclutamiento para asegurar que los participantes en el grupo focal representen toda la gama de características típicas del sector de la población que ha sido seleccionado para el estudio. En otras palabras, hay que tener cuidado de que no todos los participantes vivan cerca de los centros de salud, son ellos mismos promotores de salud, son familiares de la enfermera auxiliar, etc.

Adicionalmente se le realizarán grupos focales o entrevistas individuales a los proveedores de salud. Se llevará a cabo un mínimo de dos grupos focales con los proveedores de salud en cada zona geográfica. Si los investigadores consideran que es más factible realizar las entrevistas individuales, entonces se deben realizar entre diez y quince entrevistas en cada zona geográfica.

Se deberá reclutar dos equipos, cada uno compuesto por un moderador y un observador, los cuales serán entrenados en los objetivos y la metodología del estudio. Si en el grupo focal no hubiera moderadores entrenados y con experiencia, los investigadores entonces tendrán que buscar candidatos entre los estudiantes de psicología o de trabajo social. Los moderadores y los observadores tienen que estar entrenados en la metodología del grupo focal y bien informados de los objetivos del estudio.

Fase 3. Entrevistas de Estudio de Casos

Los grupos focales proporcionan valiosa información sobre normas culturales e ideales, pero no son muy útiles para obtener información sobre los comportamientos y actitudes reales de los individuos. Una cantidad de estudios sobre masculinidad utilizando metodología de grupos focales, tal como el estudio sobre paternidad efectuado en Guatemala por Isabel Nieves (1992), han sido incapaces de develar información sobre cómo el comportamiento de los participantes varía de las

normas sociales ideales. Por lo tanto, es preferible usar entrevistas individuales para proporcionar información sobre comportamientos reales. Estas entrevistas se organizan usualmente alrededor de eventos pivotaes o epifanías en las vidas de los individuos. El investigador explora el significado de estos eventos, confiando en que el individuo proporcione explicaciones y buscando múltiples significados.

Las entrevistas individuales se realizarán con informantes claves para explorar cómo experimentan ellos su salud sexual y reproductiva. El objetivo de estas entrevistas es proporcionar comprensión, de manera que los adolescentes varones pasen a la madurez sexual. En las entrevistas de los casos de estudio se alienta a los entrevistados a que expresen su propia conducta. Se les pide que cuenten, paso a paso, los procesos y episodios que lo rodean o eventos de particular importancia.

La ventaja principal de las entrevistas en profundidad sobre las entrevistas estructuradas es su capacidad para arrojar luz y comprensión acerca del contexto en el cual el comportamiento tiene lugar y los factores estructurales determinantes (por ejemplo, las relaciones de poder) de la conducta. Otras ventajas incluye: a) la determinación del entrevistado sobre la relevancia de los temas; b) mayor profundidad y más detalles de la información; c) mayor oportunidad de compartir y comprender los puntos de vista de los entrevistados y cómo sus creencias, experiencias y vocabulario se relacionan con temas más amplios; y d) la posibilidad de descubrir lo inesperado; lo cual se excluye en un enfoque sumamente estructurado.

Existen, por supuesto, algunas desventajas. Para la aplicación exitosa de este método se necesitan entrevistadores altamente capacitados y entrenados, los cuales tienen que comprender los objetivos de la investigación y por tanto tienen que convertirse en parte del equipo de investigación en lugar de ser sólo agentes mecánicos recopiladores de datos.

Cuando los temas son complejos o delicados, es aconsejable repetirle la entrevista al mismo entrevistado para lograr confianza y armonía. El objetivo es conseguir tanta descripción como sea posible. El énfasis está en conseguir las perspectivas propias de las personas acerca de los acontecimientos y en obtener una descripción rica del contexto y las situaciones en las cuales estos acontecimientos y eventos están teniendo lugar. Los contactos repetidos con el mismo entrevistado permitirán una comprensión más profunda de los motivos ocultos de las conductas, ya que el investigador tiene tiempo suficiente para investigar las explicaciones, resolver aparentes contradicciones y obtener ejemplos adicionales de eventos o acciones. Las actitudes y creencias son frecuentemente expresadas espontáneamente por los informantes cuando están narrando un incidente específico de la vida.

Las entrevistas en profundidad proporcionan una gran cantidad de información y los métodos de registro y análisis son muy lentos. En consecuencia, los tamaños de las muestras son generalmente pequeños, típicamente en el rango de 10-60 entrevistados. Esta característica puede inevitablemente crear dudas sobre la representatividad de los resultados, y debe tenerse sumo cuidado de minimizar estas dudas mediante una selección cuidadosa de los entrevistados. Por medio del muestreo de casos "típicos" podemos asegurarnos que los entrevistados seleccionados son ampliamente representativos

en términos de educación y otras características del grupo al cual ellos pertenecen. Sin embargo, cuando el objetivo de la investigación es comprender los procesos sociales, la representatividad no es el tema primario en el muestro sistemático de los entrevistados, por lo que éste no debe convertirse en el centro de atención en etapas posteriores de interpretación. (World Health Organization, 1999).

NÚMERO DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES POR SEGMENTO DE POBLACIÓN

Rango de Edades	Urbana	Rural	Total
13-14	3	3	6
15-19	3	3	6
20-24*	3	3	6
Total	9	9	18

* Opcional

Se efectuarán un mínimo de dieciocho entrevistas individuales, incluyendo por lo menos dos en cada segmento de la población. Al igual que los grupos focales, se espera que la entrevista se complete en dos sesiones. Por lo tanto, se realizará un mínimo de 36 entrevistas. La tabla anterior muestra los segmentos de población mínima que deben ser incluidos en el estudio - el urbano y el periurbano. Un mínimo de tres individuos será entrevistado por cada zona geográfica en los grupos de 13-14 años y el grupo de 15-19 años de edad. Si el equipo de investigación lo decide, podrán realizar entrevistas también con el grupo de 20-24 años y/o con áreas geográficas adicionales.

Como informantes serán seleccionados para ser entrevistados aquellos que representen un amplio rango de jóvenes prototipos. Estos prototipos serán identificados durante la investigación del grupo focal. Por ejemplo, los resultados de los grupos focales podrían indicar que los jóvenes pueden clasificarse sobre la base de la continuidad de los roles de género que van de los tradicional a lo liberal/moderno. Alternativamente, una clasificación más significativa puede encontrarse en aquellos que son o no son sexualmente activos, o que usan métodos contraceptivos, o aquellos que han experimentado un embarazo planificado versus aquellos que no. En el primer ejemplo, los participantes en grupos focales que representan roles de género tradicionales, neutrales y modernos podrían ser seleccionados para entrevistas individuales. En el segundo caso, la estrategia podría consistir en entrevistar a adolescentes varones que han tenido o no han tenido relaciones sexuales y aquellos que han utilizado o no han utilizado métodos contraceptivos. Los informantes pueden ser reclutados de los participantes de los grupos focales o identificados por otras vías, por ejemplo, por medio de los líderes de la comunidad. Los informantes deben ser seleccionados basados en su consentimiento y en su habilidad para compartir actitudes y experiencias personales, así como por el hecho de que ellos representan un individuo típico del grupo blanco de la investigación.

Fase 4: Encuestas de Pequeña Escala

Finalmente, si los recursos lo permiten, se efectuarán encuestas representativas enfocando temas y poblaciones específicas para cuantificar asuntos emergentes. El primer paso de esta fase será que los investigadores de cada país se junten para identificar el enfoque particular de la investigación y los segmentos de la población que son de interés. Este paso es crítico porque cubrir todos los temas de salud reproductiva y sexualidad con una muestra representativa a nivel nacional de adolescentes varones está más allá del ámbito de este esfuerzo. Una vez que se hayan establecido las poblaciones de estudio, se contratará a un analista de estadísticas para diseñar la estrategia de muestreo. Se utilizarán entrevistas estructuradas para asegurar que se hacen las mismas preguntas y en la misma secuencia a todos los entrevistados. La capacitación de los entrevistadores incluirá familiarización con el cuestionario, caracterización y experiencia en la conducción de entrevistas en el campo bajo supervisión. Los supervisores revisarán todas las entrevistas completadas para corregir errores, omisiones y discrepancias lo más pronto posible después de la entrevista. Para corregir errores que no se puedan resolver de otra manera, los entrevistados serán contactados nuevamente.

D. Muestreo

La lógica detrás del muestreo no aleatorio que se usará en los grupos focales y en las entrevistas individuales es muy diferente del muestreo probabilístico que se utilizará en la encuesta. El poder del muestreo no aleatorio radica en seleccionar casos ricos en información para el estudio. Por tanto, los individuos serán seleccionados de aquellos de los cuales podemos aprender mucho sobre los temas de importancia fundamental para el estudio. Se buscará una variación máxima para captar y describir los temas centrales o los resultados que abarca una gran diversidad de participantes. Para las muestras pequeñas requeridas en la investigación cualitativa, mucha heterogeneidad puede ser un problema, ya que los casos individuales son muy diferentes unos de otros. El muestreo no aleatorio convierte esta aparente debilidad en fuerza aplicando la lógica siguiente. Cualquier modelo común que surge de una gran variedad es de un interés y un valor particular al captar las experiencias esenciales y los aspectos centrales compartidos. Con este tipo de ejemplo, el análisis de los datos conducirá a dos clases de resultados: 1) las descripciones de alta calidad, detalladas, de cada entrevistado, útiles para documentar el carácter único; y 2) los modelos importantes compartidos que abarcan los casos y que derivan su importancia de haber surgido de la heterogeneidad.

E. Guías para las entrevistas

Temas de investigación

La siguiente tabla presenta los temas o módulos esenciales incluidos en las guías de los grupos focales para cada grupo de edad. Los investigadores pueden incluir temas adicionales en los grupos focales y en las entrevistas con el grupo más joven, a condición de que puedan cubrir todos los temas con profundidad suficiente.

TEMAS POR EDAD

TEMAS/MÓDULOS	13-14	15-24
MASCULINIDAD	X	X
PUBERTAD	X	X
SEXUALIDAD	X	X
PATERNIDAD DE ADOLESCENTES		X
ABUSO Y COERCIÓN SEXUAL		X
INICIACION SEXUAL Y ACTIVIDAD		X
SERVICIOS E INFORMACIÓN	X	X

Las guías para los grupos focales, las entrevistas individuales en profundidad y la encuesta fueron diseñadas para explorar los temas de estudio y las preguntas enumeradas más abajo. Es importante que los entrevistadores comprenden plenamente estas preguntas de investigación para conducir eficazmente los grupos focales y las entrevistas en profundidad.

Masculinidad:

¿Cuál es el significado de masculinidad para los adolescentes varones y los hombres jóvenes y cómo ello influye en su salud reproductiva y en su sexualidad? ¿Cuáles son las recompensas y los costos para los hombres jóvenes al cambiar sus actitudes y comportamientos sexuales? ¿Cómo se socializan los adolescentes varones en la construcción social de la masculinidad?

Pubertad:

¿Cómo experimentan los adolescentes varones y los hombres jóvenes su pubertad y el desarrollo de su identidad sexual? ¿Qué saben acerca de los cambios corporales que están experimentando? ¿Qué saben acerca de la fecundidad masculina y femenina? ¿Dónde adquieren información acerca de estos temas?

Sexualidad:

¿Cuáles son las normas de la comunidad para la expresión de la sexualidad entre los adolescentes varones y los hombres jóvenes? ¿Cuál es el significado de sexualidad para ellos y cómo ello influye en su salud reproductiva y en la sexualidad? ¿Cuáles son las recompensas y los costos para los hombres jóvenes al cambiar sus actitudes y comportamientos sexuales? ¿Cómo se socializan los adolescentes varones con la construcción social de la sexualidad?

Paternalidad Adolescente:

¿Cómo perciben los adolescentes varones y los hombres jóvenes la paternidad de adolescentes? ¿Bajo qué circunstancias toman parte en el embarazo?

Abuso y coerción sexual

¿Cuál es la importancia del abuso y la coerción sexual en la salud sexual y reproductiva de los hombres jóvenes?

Actividad sexual:

¿Cuál es el rango de experiencias sexuales de los adolescentes varones y los hombres jóvenes? ¿Cómo sienten acerca de su actividad sexual? ¿Qué significa esta experiencia para ellos?

Servicios e información:

¿Dónde obtienen los adolescentes varones y los hombres jóvenes información sobre sexualidad y salud reproductiva? ¿Con qué frecuencia y cuán bien se comunican con sus padres y parejas acerca de la salud reproductiva y la sexualidad? ¿Cuáles son las necesidades que los hombres jóvenes identifican en salud reproductiva y sexualidad? ¿Cómo las priorizan? ¿Qué tipo de servicios desean? ¿Están conscientes de los servicios disponibles? ¿Los perciben como

s?

Guías Cualitativas

Los grupos focales y las guías de entrevistas se incluyen en los anexos para asegurarnos que esencialmente se obtiene la misma información de todos los entrevistados. La guía de entrevistas proporcionará temas o materias sobre las que el entrevistador podrá explorar, sondear y hacer preguntas libremente para aclarar y esclarecer la materia. Los temas no necesitan un orden particular y la formulación de las preguntas no está determinada con anticipación. La guía sirve como verificación para asegurarse que se han cubierto todos los temas relevantes. El entrevistador adaptará tanto las palabras como la secuencia de las preguntas a los entrevistados específicos en el contexto de la entrevista. La guía ayudará a mantener la interacción enfocada pero permitirá que surjan experiencias individuales y perspectivas.

Las guías para este estudio están escritas en forma de lista con preguntas específicas, aunque generalmente es mejor destacar áreas de preguntas o temas y después incluir preguntas especiales de sondeo bajo cada una de las preguntas claves. La cantidad de detalles en la guía depende de la experiencia del moderador; un moderador inexperto necesitará más detalles en la guía de temas y posiblemente necesite una lista de preguntas. Sabiendo que en algunos países donde se están realizando estas entrevistas pudieran participar moderadores con poca experiencia, el borrador del estudio de las guías incluye preguntas específicas y detalladas, así como guías suplementarias de sondeo para cubrir los temas de interés especial.

La guía final se debe preparar conjuntamente con el moderador y con el equipo de investigación y se podrá modificar en dependencia de las preferencias y las habilidades de los moderadores. El moderador deberá estar bien informado sobre el tema del grupo y sobre uno de los objetivos específicos de la investigación. Las guías de las entrevistas cualitativas se probarán a nivel de pilotos mediante una revisión por parte de expertos para asegurar la validez del contenido, el rumbo de las preguntas y los sondeos. Se dará atención específica al flujo lógico y secuencial de preguntas y a la capacidad de los sondeos de producir la información deseada. La segunda prueba piloto será la primera entrevista individual o el primer grupo focal. En ese momento, el moderador

reflexionará sobre la forma y secuencia de las preguntas y hará los cambios que sean necesarios.

Guías de Grupos Focales

Los investigadores realizarán grupos focales con varones de 10 a 14 años de edad, 15 a 19 años de edad, y quizás 20 a 24 años de edad. Se desarrollaron dos guías para grupos focales: una para ser usada con el grupo más joven y la otra para los dos grupos mayores. Los temas incluidos en las guías serán cubiertos durante dos o tres discusiones de grupos focales con cada grupo. Aunque hay más temas recogidos en las guías que los que se pudieran abarcar, sólo se desarrolló una guía para cada grupo para que el moderador pueda moverse de módulo a módulo a medida que progresa la discusión. Se incluyen borradores de las guías de grupos focales en el Apéndice 1. Nótese que las guías son bastante largas e incluyen una cantidad de preguntas alternativas que cubren el mismo tema. Los investigadores locales querrán revisar, adaptar y probar las guías basados en el contexto y necesidades locales y pueden optar por eliminar algunos temas o preguntas.

Guías para Entrevistas en Profundidad

Se efectuarán entrevistas individuales con participantes claves. El propósito de estas entrevistas será el sondear más allá de las actitudes y normas hacia el conocimiento real y los comportamientos. Se desarrollaron dos guías: una para ser usada con el grupo más joven y otra para ser usada con los dos grupos mayores (Apéndice 2). Se espera que se requerirán dos sesiones de entrevistas para cubrir todos los temas en estas guías.

Instrumento de Encuesta

Se desarrolló un instrumento para las entrevistas de encuestas que utiliza principalmente preguntas probadas de encuestas (Apéndice 3). Las preguntas provienen principalmente de: 1) las encuestas de salud reproductiva de adultos jóvenes; 2) instrumentos de encuestas diseñados por el Instituto de Salud Reproductiva relacionado con conciencia de fertilidad; 3) la Encuesta de Salud de los Jóvenes del Caribe y el Minnesota Health Risk Instrument (Instrumento de Riesgo de Salud de Minnesota). Dependiendo de los niveles de alfabetización de la población objetivo, los investigadores deberán decidir si el instrumento será de auto-aplicación o no y deberá formatearlo según el caso.

El instrumento de encuesta será probado con anterioridad con alrededor de quince entrevistados seleccionados con el propósito de asegurar que la esperada heterogeneidad del estudio se refleje en la muestra de prueba. Puede ser necesario efectuar más de una prueba si los resultados de alguna prueba necesitan correcciones importantes. Los supervisores de campo serán utilizados en estas pruebas para darles un mejor entendimiento de los objetivos del estudio y para prepararlos para ayudar en la capacitación de los entrevistadores. El propósito de la prueba es asegurar que los entrevistados entienden las preguntas y las contesten en forma útil. Así, cada entrevista tendrá a continuación un cuestionario en el que el entrevistador preguntará a los entrevistados sobre su comprensión de las preguntas que pueden ser mal interpretadas o que parecen haber causado dificultades durante la entrevista.

F. Análisis de datos

Cualitativos

Las entrevistas serán grabadas y las grabaciones serán transcritas al pié de la letra por los entrevistadores y revisadas por los supervisores del estudio para asegurar la exactitud. Las transcripciones se harán en el programa de procesador de texto Microsoft Word y el análisis se realizará utilizando un software para análisis cualitativo. La OPS le proporcionará a cada equipo de investigación el software y asistencia técnica de cómo usarlo.

Cada equipo de investigación tendrá su propia forma de analizar los datos cualitativos; sin embargo, se seguirán en general los pasos analíticos descritos por Miles y Huberman (1994):

1. Darle códigos a los apuntes de las entrevistas y transcripciones;
2. Anotar las reflexiones u otros comentarios en los márgenes;
3. Buscar en estos materiales para identificar frases similares, relaciones entre las variables, patrones, temas, diferencias marcadas entre sub-grupos y secuencias comunes;
4. Aislar estos patrones y procesos, factores comunes y diferencias y llevarlas al campo en la próxima etapa de recolección de datos;
5. Elaboración gradual de un pequeño conjunto de generalizaciones que cubren las inconsistencias percibidas en la base de datos.

El proceso de análisis de datos cualitativos consiste de la recolección de datos, reducción y transformación. La reducción de datos es el proceso de seleccionar, enfocar, simplificar y transformar los datos de las transcripciones. La segunda fase del análisis es la representación de los datos. Esto consiste en trabajar para desarrollar un montaje de información organizada y comprimida que permita sacar conclusiones. La forma más frecuente de representar datos en un análisis cualitativo ha sido en texto prolongado que hace muy complicado el trabajo con los datos. Recientemente los investigadores cualitativos han encontrado que es más eficiente representar los datos en forma de matrices, gráficos, cuadros y redes. Esto es análogo a las frecuencias y diagramas de dispersión que se usan en el análisis cuantitativo. La fase final del análisis consiste en sacar conclusiones y verificar. Las conclusiones se sacan a través de una cantidad de tácticas que incluyen hacer contrastes y comparaciones, inclusión de aspectos particulares en generalidades, hacer notar las relaciones entre las variables y encontrar variables interpuestas. Las conclusiones deben verificarse eliminando las relaciones falsas, examinando las explicaciones rivales y obteniendo retroalimentación de los informantes.

La confiabilidad y validez de los resultados serán evaluadas examinando la representatividad, examinando los efectos potenciales de la investigación y triangulando a través de las fuentes de datos y métodos. En la triangulación, los investigadores usan múltiples y distintas fuentes, métodos, investigaciones y teorías para proporcionar evidencia corroboradora (Creswell, 1998). La confiabilidad y validez serán maximizadas a través de la combinación de entrevistas no estructuradas (de alta validez) con entrevistas más estructuradas.

Cuantitativos

El análisis y la administración de datos se llevará a cabo con el uso de un programa de computación como el SPSS o EPI-INFO. Después que los datos hayan sido editados y limpiados, se efectuará un análisis de una y dos variables para probar las conclusiones e hipótesis que surgieron de la fase cualitativa del estudio.

G. Procedimientos de Consentimiento Informado

El equipo de investigación dará prioridad a la mantención de la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio. Privacidad quiere decir mantener el control del individuo sobre sus fronteras personales para compartir información. Confidencialidad es lo acordado con los entrevistados en lo referente a los que se puede y no se puede hacer con sus datos. Finalmente, el anonimato se refiere a asegurar que no se dará ninguna información que pueda permitir la identificación de los individuos entrevistados.

Durante las fases cualitativas y cuantitativas del estudio, los investigadores respetarán la privacidad y confidencialidad de los entrevistados a través de un proceso de consentimiento informado. Se leerá a todos los entrevistados un formulario de consentimiento informado que explica la naturaleza básica del estudio y busca el acuerdo de los individuos a ser entrevistados. El formulario de consentimiento explicará lo siguiente: 1) propósito del estudio; 2) qué significará la participación en el estudio; 3) cómo se mantendrá la confidencialidad; 4) el derecho a rehusar la participación sin perjudicar su relación con la institución o individuos afiliados a la investigación; 5) derecho a rehusar contestar preguntas específicas durante la entrevista; 6) derecho a interrumpir su participación en cualquier momento. Ver el borrador del formulario en el Apéndice 4.

La confidencialidad y el anonimato se mantendrán con procedimientos estándares del estudio, que incluyen: 1) uso de un código de números o seudónimos; y 2) almacenamiento en archivos con llave de todos los formularios y datos, particularmente la información con identificadores individuales.

H. Diseminación de los Resultados

El objetivo de esta investigación es proporcionar información útil a los administradores y diseñadores de políticas para que se implementen programas que satisfagan las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes. Para asegurarse que este estudio tenga el máximo de impacto, el equipo de investigación desarrollará un plan de diseminación que conteste a tres preguntas críticas: 1) ¿Quiénes son los usuarios (interesados) potenciales de los resultados? 2) ¿Qué resultados específicos serán de mayor interés a cada grupo de usuarios? 3) ¿Cuáles son las mejores vías para llegar a cada grupo de usuarios?

Para aumentar la probabilidad que los resultados del estudio sean utilizados, el equipo de investigación tomará las siguientes medidas: 1) identificar a los diseñadores de políticas que probablemente estén más interesados en la investigación e informarlos de los objetivos del estudio; 2) involucrar a los usuarios e interesados en la mayor cantidad de aspectos del estudio como sea posible para aumentar su compromiso a usar los resultados; 3) producir un informe escrito breve y claro enfocando los principales resultados con implicancias programáticas; 4) incluir una sección sobre “implicaciones del estudio”; y 5) llevar a cabo un seminario al término del estudio que proporcione suficiente tiempo para que los participantes discutan los resultados del estudio y desarrollen un plan de acción.

III. CONOCIMIENTO ACTUAL SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA Y LA SEXUALIDAD DE ADOLESCENTES VARONES Y HOMBRES JÓVENES

A. ¿Cuáles son las Necesidades de Salud Reproductiva de los Adolescentes Varones y Hombres Jóvenes?

En vista del limitado número de programas diseñados para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones, no debería sorprendernos que exista poco conocimiento de sus necesidades. Una revisión de la literatura dio como resultado los siguientes temas que los programas para adolescentes varones y hombres jóvenes podrían considerar: 1) negociando la pubertad; 2) conciencia de fertilidad; 3) auto cuidado; y 4) toma de decisiones y comunicación con la pareja.

1. Negociando la Pubertad

La pubertad, que es el comienzo de la adolescencia, se caracteriza por un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los varones jóvenes. Es importante entender las respuestas de los adolescentes varones a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios que satisfagan esas necesidades. Los datos indican que no siempre es fácil que los niños acepten los cambios que experimentan durante la pubertad. Por ejemplo, en un estudio de las características psico-sexuales de los estudiantes de una universidad brasilera, se encontró que mientras que el 50% de los hombres jóvenes tenían sentimientos positivos respecto a su desarrollo físico y a su sexualidad, el 23% eran indiferentes, y 17% inseguros, ansiosos o atemorizados de sus cambios físicos durante la pubertad. Algunos hombres jóvenes reportaron problemas respecto del porte de su pene, de tener y mantener una erección, erecciones espontáneas en momentos inoportunos y lo que eso significa, y temor de no poder satisfacer las expectativas femeninas (Cerqueira Leite et.al.1995). Los primeros sentimientos respecto del desarrollo físico pueden ser determinantes para la aceptación de la identidad sexual adulta y puede impactar el comportamiento sexual futuro.

La primera eyaculación y masturbación, principales formas de confirmar la masculinidad, y los sentimientos del individuo al respecto, pueden ser indicadores de un desarrollo psico-sexual positivo. En un estudio de comportamiento sexual de estudiantes secundarios colombianos, 56,3% de los varones entrevistados experimentaron su primera eyaculación por medio de masturbación, 25% durante emisiones nocturnas, y 15,4% durante el coito (Useche, 1990). Noventa y siete por ciento de los entrevistados afirmó que se masturbaban, y de éstos, 67% de los entrevistados afirmaron que se masturbaban con frecuencia. Cuando se les preguntó sobre sus sentimientos acerca de la masturbación, la mayoría dijo que tenían sentimientos de placer y desahogo, sin embargo el 13% dijo que la masturbación les provocaba sentimientos de culpa que pueden surgir de las ideas equivocadas que aquejan a los niños adolescentes: la ceguera, crecimiento de pelo en la palma de las manos, y el agotamiento de la producción de espermios (Madaras, 1995). Cerqueira Leite et.al. (1995) encontró que 17% de los entrevistados expresaron ansiedad o temor respecto de su primera eyaculación. Los

estudios sugieren que los adolescentes varones a menudo expresan emociones conflictivas respecto del desarrollo de su sexualidad que podría llevarlos a un ajuste psico-sexual inadecuado y a futuros problemas de salud reproductiva.

Los asuntos de identidad sexual también son de gran importancia durante esta etapa ya que los niños jóvenes se enfrentan a manifestaciones homosexuales y bisexuales de su sexualidad. Varios estudios confirman que los adolescentes varones que no necesariamente se identifican a sí mismos como homosexuales, abrigan fantasías o experiencias homosexuales y bisexuales. En un estudio, 10% de los adolescentes y 13 % de los adultos jóvenes varones reportaron experiencias heterosexuales y homosexuales, y en otra investigación, 28% de los hombres jóvenes reportaron ese tipo de relaciones (Caceres et.al., 1997; Cerqueira Leite et.al., 1995). Estos sentimientos y comportamientos tempranos de homosexualidad pueden ser considerados como parte de la formación de la identidad sexual y no necesariamente son indicadores de largo plazo de auto identificación como homosexual. Sin embargo, pueden provocar una cantidad considerable de ansiedad entre los adolescentes varones y los adultos jóvenes.

El desarrollo psico-sexual de los adolescentes varones es un asunto importante a ser tratado al diseñar programas para ayudar a los adolescentes varones a navegar a través de este período tumultuoso y confuso. Los programas educacionales diseñados para los niños deberían incluir información sobre sexualidad, y también deberían discutir la mantención y cuidado rutinario de sus genitales: limpieza, cuidado de los penes no circuncidados y tratamiento de irritación genital (Madaras, 1995).

2. Conciencia de Fertilidad

Está bien documentado que el conocimiento sobre fertilidad es muy bajo entre los jóvenes. Por ejemplo, encuestas en Ciudad de México y Paraguay encontraron que el método contraceptivo más usado en el primer coito era el ritmo, un método que también es comúnmente usado en Brasil. Sin embargo, solo un cuarto de los adolescentes varones y mujeres pudieron identificar el período más fértil en el ciclo menstrual de una mujer. Basado en estos resultados, Morris concluyó que la combinación de un inicio sexual temprano y la falta de conocimientos sobre fertilidad apuntan a la necesidad de programas efectivos de educación sexual en los colegios de enseñanza básica (Morris, 1988).

Las enfermedades de transmisión sexual pueden amenazar la fertilidad y salud de los adolescentes varones y sus parejas. La infertilidad masculina representa entre 8 y 22 por ciento de la infertilidad mundial y el hecho que los hombres practiquen el sexo sin protección fuera de su relación de pareja primaria es la mayor causa de las enfermedades de transmisión sexual las que pueden tener consecuencias devastadoras.

Además de la infertilidad causada por las relaciones sexuales sin protección, los hombres necesitan tomar conciencia de los riesgos potenciales de los peligros ambientales que están presentes en su ambiente de trabajo. Todos los años se identifican nuevas causas de la infertilidad masculina,

incluyendo la exposición crónica a altos niveles de arsénico y aflatoxinas de los hongos que infectan la producción agrícola. Además de causar infertilidad masculina, la exposición a estas toxinas puede afectar a los futuros hijos (Best, 1998).

3. Auto-Cuidado

Un factor que se debe superar en la implementación efectiva de programas de salud preventivos para adolescentes varones puede ser las barreras culturales y psicológicas a la utilización de servicios de salud observada entre hombres adultos cuando contemplan buscar servicios de salud: temor, negación, vergüenza y la amenaza a la masculinidad. Por ejemplo, a pesar que en los Estados Unidos los hombres reconocen que tendrán 2,5 veces más ataques cardíacos que las mujeres y que a los sesenta y cinco años uno de cada tres hombres sufrirá de presión alta, son reacios a tener chequeos médicos anuales y como consecuencia, los hombres visitan a los médicos 150 millones de veces menos que las mujeres en un año. Los hombres pueden ver una visita al médico como una amenaza a su orgullo, como evidencia que son incapaces de cuidarse adecuadamente o como una violación de las normas masculinas del estoicismo.

Las actitudes masculinas respecto de la utilización de los servicios de salud se pueden cambiar si se les enseña acerca de los riesgos de la salud y se acostumbran a practicar el auto cuidado desde su juventud. La iniciación a estas prácticas puede empezar con el auto-examen para el cáncer testicular (TSE). El cáncer testicular es el más común entre los hombres entre 15 y 35 años (NCI, 1997). Se cura fácilmente si se diagnostica temprano, (Best, 1998) y el diagnóstico temprano se puede lograr con un auto-examen consistente (Madaras, 1995). Una vez que los niños adolescentes se acostumbran a hacerse el auto-examen, estará dada la base para que acepten el examen de sangre y examen rectal que pueden diagnosticar el cáncer a la próstata y adoptar los comportamientos sanos que reducen la posibilidad de un derrame cerebral o un ataque al corazón a medida que envejecen (Best, 1998).

A medida que los adolescentes pasan la pubertad les preocupa más el estado físico y el rol que este juega en mejorar la calidad de vida. Este es un momento oportuno de ayudar a los jóvenes a elegir una dieta sana con una limitada cantidad de grasa y consumo de colesterol que los proteja el resto de sus vidas (Health Explorer, 1997).

4. Toma de Decisiones y Comunicación con la Pareja

Otro factor que complica la habilidad de los adolescentes varones de cuidar su salud es el hecho que la planificación familiar y el sexo a menudo son temas difíciles de discutir. En muchas culturas, los asuntos relacionados con el sexo rara vez se discuten entre la gente joven, y mucho menos entre los esposos. En un estudio de planificación familiar en México, un 35% del total de la muestra encuestada nunca habían discutido la contracepción antes del nacimiento del primer hijo (Folch-Lyon et.al., 1981). En un estudio sobre sexualidad llevado a cabo en Nigeria y Kenia, muchas de las personas jóvenes entrevistadas dijeron que era imposible o extremadamente difícil para ellos hablar de sexualidad con los padres u otros miembros de la familia (Barker & Rich, 1992). De forma

similar, Cerqueira, et. al., hizo notar que los niños en Brasil tienen dificultades e incomodidad para expresar su deseo de usar condones con sus parejas por el estigma asociado al uso de condones (1995). En un estudio efectuado en México, tanto los adolescentes varones como mujeres expresaron que a menudo les daba miedo hablar de sexo y contracepción con su pareja y necesitaban orientación sobre cómo comunicar sus preocupaciones. De hecho, las adolescentes embarazadas dijeron que preferían arriesgarse a quedar embarazadas antes que aparecer como conocedoras de asuntos de sexo y contracepción (Pick, 1980).

B. ¿Cómo Pueden Satisfacerse las Necesidades de los Adolescentes Varones y Hombres Jóvenes?

Los resultados de encuestas enfatizan la necesidad crítica de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes varones y hombres jóvenes. Por ejemplo, un estudio en Ciudad de México encontró que un quinto de los embarazos ocurren entre los adultos jóvenes menores de 23 años de edad, y que la edad de inicio de la vida sexual es 16 años para los varones y 17 para las mujeres (Townsend, 1987). Otros estudios han mostrado que de 20% a 60% de los embarazos y nacimientos a mujeres menores de 20 años ocurren en un momento inoportuno o no son deseados; la incidencia de gonorrea es más alta entre las mujeres de entre 15-19 años, y ocupan el segundo lugar entre los varones de 15-19; por lo menos la mitad de aquellos que están infectados con VIH tienen menos de 25 años. (Informes de Población, 1995).

La controversia y el temor a la controversia han parado la entrega de servicios en gran escala a los jóvenes de la mayoría de los países de América Latina. Los servicios de salud reproductiva para los jóvenes, ya sean en clínicas de extensión, distribución de condones u orientación sobre contraceptivos han tendido a ser esfuerzos pequeños y aislados. Sin embargo, los países de Europa del norte con programas nacionales de salud reproductiva para los jóvenes tienen los índices más bajos de embarazo juvenil, enfermedades de transmisión sexual y abortos en el mundo desarrollado. En estos países las normas sociales apoyadoras se combinan con servicios fácilmente disponibles para los jóvenes (Informes de Población, 1995).

Los programas para mejorar la salud reproductiva de los varones deben tomar las siguientes consideraciones: 1) llegar a los hombres donde estén, a menudo las escuelas o lugares de trabajo; 2) involucrar a sus pares, padres e instituciones sociales; 3) ayudar a los hombres a encontrar formas para expresarse y trabajar con ellos y con mujeres para crear nuevos guiones de género; 4) crear mecanismos en los sistemas de salud y educación para satisfacer las necesidades de los jóvenes varones; y 5) proporcionar servicios especiales a los padres jóvenes y primerizos.

Los tipos específicos de programas que se necesitan incluyen: 1) educación sexual y de habilidades para la vida; 2) esfuerzos para cambiar los roles de género tradicionales; 3) servicios clínicos y de orientación; 4) prevención de abuso sexual; y 5) esfuerzos en los medios de comunicación.

1. Educación Sexual y de Habilidades para la Vida

La información que tienen los adolescentes varones y hombres jóvenes sobre sexualidad, fertilidad y contracepción usualmente es inadecuada y frecuentemente incorrecta. Es más probable que mencionen la falta de conocimiento más a menudo que las mujeres, y que digan que es responsabilidad de la pareja evitar el embarazo (Informes de Población, 1995). Existe una necesidad crítica de educación sexual para los niños varones. Los programas educacionales pueden darle a los jóvenes las habilidades que necesitan para posponer su iniciación sexual, y si llegan a la gente joven a tiempo, pueden aumentar el uso de contraceptivos (informes de Población, 1995).

La educación sexual dirigida a los pre-adolescentes debería referirse al importante rol que tienen los hombres en la toma de decisiones sobre sexo y contracepción, las dinámicas de las relaciones y como el comportamiento de un individuo afecta no sólo su bienestar sino también el de su pareja (Aguma, 1996). Los programas también deben referirse a asuntos de salud reproductiva de los varones, tales como el uso de contraceptivos, enfermedades de transmisión sexual, sexo forzado, embarazos no planificados, y también la percepción de los niños sobre la masculinidad, responsabilidad y los roles de género (Informes de Población, 1995). Dos temas importantes que a menudo se pasan por alto son las habilidades para criar niños y para comunicarse. Algunos hombres pueden no involucrarse en la paternidad porque se sienten inadecuados. Esto subraya la importancia que tienen los grupos de discusión o de apoyo con padres jóvenes donde los hombres puedan intercambiar experiencias y desarrollar sentimientos positivos sobre sus habilidades como padres (Barker, 1996).

La experiencia y la investigación han demostrado consistentemente que la forma más efectiva de proporcionar educación sobre vida familiar a los jóvenes es a través del enfoque de habilidades para la vida. La base de este enfoque es que los adolescentes necesitan habilidades específicas para enfrentarse a la vida con efectividad. Uno de estos programas, el programa Life Skills (Habilidades para la Vida) desarrollado por el Dr. Gilbert Botvin, de la Universidad de Cornell, proporciona una forma organizada para que los alumnos de la secundaria aprendan estas habilidades. Este programa enseña el conocimiento y las habilidades necesarias para aumentar la auto-estima, aumentar las habilidades necesarias para la toma de decisiones y resolución de problemas, comunicarse efectivamente, hacerse de nuevas amistades y adquirir más acierto.

Se necesitan programas para padres adolescentes y primerizos, tales como clases de preparación para la paternidad. Se ha encontrado que es extremadamente importante proporcionar información básica sobre el cuidado y el desarrollo de los niños para ayudar a los padres jóvenes a sentirse más preparados para asumir su nuevo rol. Se ha probado que la experiencia en vivo en el cuidado de los niños ha sido muy exitosa en varios programas de adolescentes varones. Servol, una ONG que trabaja con jóvenes de bajos ingresos de Trinidad y Tobago, requiere como parte de un programa de capacitación vocacional y de capacitación de habilidades para la vida que todos los adolescentes varones y mujeres trabajen parte del tiempo en su centro de atención de niños. A través de esta experiencia, los hombres jóvenes a menudo tienen su primera experiencia en el cuidado de un niño pequeño (Barker, 1996).

2. Esfuerzos por Mejorar la Comunicación y Modificar los Roles de Género Tradicionales

Muchos de los asuntos de salud a los que se enfrentan los adolescentes varones, incluyendo la violencia, la toma de riesgos y el comportamiento sexual, se aprenden como resultado de la socialización. El consenso general es que algunos de los riesgos pueden ser evitados aunque no fácilmente. Una área programática importante incluye iniciativas para cambiar los roles de género tradicionales. Los programas de salud sexual más efectivos incluyen información que ayude a los jóvenes a mejorar sus habilidades para negociar y comunicarse, aclarar sus valores y cambiar los comportamientos riesgosos (Barnett, 1997). Un ejemplo de ese tipo fue el desarrollo de una serie de actividades de grupo verbales y no verbales con hombres brasileños para ayudarlos a expresar sus sentimientos con respecto a las relaciones, sexualidad, paternidad y su rol de hombre (Barker, 1996). Intervenciones adicionales en esta área han incluido programas con tutores para hombres jóvenes; educación en salud o vida familiar que incluye la discusión de roles de género y las relaciones hombre-mujer; y grupos de responsabilidad de varones o grupos de discusión de hombres como parte de clínicas de salud basadas en las escuelas o clínicas de planificación familiar.

Un elemento clave de estos programas puede ser la entrega de modelos de roles alternativos. Investigaciones en Brasil y Estados Unidos han determinado que encontrar modelos de roles alternativos para los niños varones, sean estos profesores, miembros de la familia o amigos, está asociado con la no-violencia, el mayor respeto por las mujeres y asumir mayor responsabilidad frente a la contracepción.

En varios países latinoamericanos los grupos de discusión de hombres se han formado con el propósito de discutir sus roles como hombres, cuestionar los roles de género tradicionales y encontrar apoyo mutuo para enfrentar las presiones y frustraciones que sienten como hombres. Como la mayoría de los hombres han sido socializados para no hablar de sus necesidades, no expresar sus emociones, no estar “en contacto” con sus cuerpos y no cuestionar sus roles de hombre, la mayor parte de los coordinadores de grupo han encontrado que es necesario usar actividades no tradicionales para facilitar la comunicación entre los hombres (Barker, 1996).

En un estudio sobre hombres en Río de Janeiro, Socrates Nolasco efectuó entrevistas con hombres de bajos ingresos y desarrolló un módulo de actividades para elevar la conciencia que ayuda a los hombres a aprender a comunicarse, discutir sus necesidades y cuestionar sus roles. Nolasco también capacitó a un grupo de facilitadores para llevar a cabo estas actividades con otros grupos de hombres.

3. Servicios Clínicos y de Orientación

Debido a que se sabe muy poco sobre las necesidades y preferencias de servicios de los adolescentes varones, es útil estudiar las preocupaciones de los hombres adultos. De aquellos hombres que buscan información en centros de salud reproductiva de varones, las preocupaciones

más importantes han incluido eyaculación precoz e impotencia. Muchos vienen a las clínicas para obtener información sobre: planificación familiar, despertar excitación sexual en las mujeres, impotencia, presión alta, cáncer de próstata, menopausia masculina y cambio en los roles sexuales. También buscan exámenes médicos para trabajos y condones gratis. En un estudio, un tercio de los hombres buscó orientación en salud reproductiva a pesar que la mayoría no demostró un gran interés en la participación masculina en la planificación familiar (Gordon, 1984). Algunos estudios han notado un incremento en el interés en los servicios de salud reproductiva entre los hombres de los Estados Unidos, que parece ser causado por las actuales epidemias de enfermedades de transmisión sexual y el VIH; la preocupación por el cáncer de próstata, los riesgos ocupacionales, la infertilidad masculina y la disfunción eréctil.

Los programas también deberían ofrecer orientación sobre violencia doméstica y coerción sexual (Schulte, 1995). En las conversaciones con adolescentes debería discutirse sobre la coerción sexual en relación a la impaciencia sexual de los varones vírgenes (Danielson, 1990). La necesidad de orientación en estos temas fue demostrada en una investigación en que los hombres reportaron haber tenido relaciones sexuales con alguien “que no estaba muy feliz de tener relaciones sexuales” y “tener relaciones sexuales cuando uno quiere y ella no quiere”.

La experiencia en las clínicas de salud de adolescentes en Nueva York ha demostrado que los adolescentes varones y hombres jóvenes responden a aquellas cosas que tradicionalmente atraen a los adolescentes a un lugar de salud: 1) empleados que respetan su confidencialidad; 2) actividades (aparte de servicios de salud) que les interesan, como el basketball; y 3) participación de los jóvenes en el liderazgo y toma de decisiones de la clínica. También se encontró que la sensibilización de los empleados era extremadamente importante; los empleados necesitaron analizar sus propias visiones y valores relacionados a la masculinidad antes de poder trabajar con adolescentes varones y hombres jóvenes para enfrentar estos temas (Barker, 1996).

Los servicios diseñados para hombres deberían crear un ambiente aceptable para los hombres y que satisfaga sus perspectivas y necesidades. Deberían referirse a un amplio espectro de temas relacionados a la salud y no estar limitados solamente a la contracepción y la planificación familiar. Un ambiente “amistoso a los jóvenes” puede ayudar a atraer y servir a jóvenes que puedan sentir vergüenza o temor de buscar servicios, o pueden subsanar obstáculos prácticos tales como la falta de transporte y fondos. Se debe tener cuidado de asegurar que los proveedores no emitan juicios sobre los adolescentes solteros que son sexualmente activos. Los jóvenes deben estar involucrados en el máximo de etapas del proyecto que sea posible, desde la determinación de las necesidades iniciales y diseño de programas hasta la implementación, evaluación e incluso capacitación de los proveedores.

Las clínicas que deseen expandir sus servicios para incluir a adolescentes varones y hombres jóvenes deben sobreponerse a las barreras tomando las siguientes medidas: proporcionar una amplia variedad de servicios e informar a los hombres sobre ellos; ofrecer capacitación en el área de sensibilización a los empleados; establecer horarios de atención solamente para hombres; familiarizar a los hombres con los cuidados preventivos y aumentar el financiamiento. Otra área que debe ser

incluida es la iniciación de orientación y tratamiento de problemas sexuales, disfunciones y enfermedades de hombres. También, a medida que se expanden los programas de planificación familiar para incluir a los hombres, los temas que surgen de la nueva clientela incluyen la responsabilidad compartida y la necesidad de involucrarse en el proceso de toma de decisiones y orientación cuando se considera terminar con un embarazo (Aguma, 1996).

De acuerdo a un autor involucrado en la provisión de servicios a adolescentes varones y hombres jóvenes, las clínicas que planean atender a estos grupos, especialmente con servicios de planificación familiar, deberían esperar que estos lleguen en grupos y tengan un comportamiento alborotado debido a los nervios. Por lo tanto, puede ser apropiado proveer un área de espera y de orientación separada para que puedan expresar sus ansiedades y obtener información y seguridad (Seex, 1996).

Extensión

Para atraer a los hombres a los servicios de salud reproductiva se debe dirigir la atención a las parejas mujeres y los pares, ya que es más probable que los hombres confíen en las recomendaciones de los pares. Los esfuerzos de las escuelas y la comunidad educacional también han sido exitosos para atraer a clientes hombres (Finger, 1997). La extensión comunitaria y los programas de pares también son importantes. Varios estudios efectuados en América Latina han encontrado que los hombres responden bien a la distribución de condones efectuada a través de pares o de la comunidad. De hecho, estos programas son más efectivos en su llegada a los hombres que a las mujeres (Townsend, 1987).

4. Prevención del Abuso Sexual

Los esfuerzos de prevención deben comenzar por sacar el abuso sexual del dominio familiar privado al foro de la salud pública; recolectar datos para identificar la extensión del problema; publicar los resultados de la investigación tanto local como nacionalmente; involucrar a la comunidad en todos los niveles para enfrentar y responder al abuso sexual e iniciar y reforzar la educación sexual a la gente joven. Los programas de educación y orientación pueden ayudar a prevenir el abuso sexual incluyendo la capacitación en habilidades tales como roles de sexo y género positivos y resolución de conflictos (Stewart, 1996). En el diseño y la provisión de servicios los proveedores no deben asumir que sus clientes están involucrados en relaciones sexuales consensuales.

Hay varios tipos de programas que se han desarrollado para enfrentar el problema del abuso sexual. INPPARES desarrolló un protocolo educacional para la prevención del abuso sexual entre los adolescentes, incluyendo un video producido con sus promotores juveniles. También han desarrollado procedimientos para que equipos multidisciplinarios proporcionen asistencia a los que han sufrido el abuso sexual y para hacer referencias a otras agencias para obtener ayuda adicional. INPPARES también trabaja para elevar la conciencia de la comunidad mediante reuniones, seminarios y presentaciones de videos. Los empleados y educadores pares están capacitados para ser sensitivos frente a aquellos que han experimentado el abuso y para implementar políticas y procedimientos estándar. Finalmente, se han establecido relaciones con agencias especializadas en el trato del abuso sexual, para facilitar las referencias (Stewart, 1996).

5. Información, Educación y Comunicación

Los medios de comunicación masivos se han convertido en una gran fuente de información sobre sexualidad para los jóvenes. La influencia de estos medios se puede usar para proporcionar información exacta y modelar comportamientos responsables. Las campañas usando figuras públicas, tales como la de Tatiana y Johnny en México, han sido muy exitosas en aumentar la conciencia de la gente joven respecto de los riesgos del sexo y los beneficios de la planificación familiar. De igual forma, las campañas de comunicación masiva promoviendo la vasectomía en América Latina han incrementado su uso. Otras estrategias exitosas de información, educación y comunicación incluyen la entrega de información a los hombres a través de sus lugares de trabajo y los servicios de salud; los programas de extensión comunitarios; las discusiones formales e informales, visitas al hogar, presentaciones de películas y videos, distribución de condones y el apoyo de los líderes varones de la comunidad.

C. El Significado de Masculinidad

1. La Construcción Social de la Masculinidad

“Si se entiende la femineidad como una fuerza natural que sólo necesita ser controlada y disciplinada, la masculinidad deja de ser una certidumbre. Constantemente amenazada...la virilidad que marca la sexualidad masculina madura debe seguir un sendero tortuoso y complicado para llegar a su fin: debe ser cultivada a través de un complejo proceso de masculinización que empieza a comienzos de la niñez”. (Parker, 1991).

En muchas culturas, la hombría es un estado que se gana, más que se confiere automáticamente (Barker, 1996). Durante el desarrollo de la niñez a la adolescencia, a menudo se espera que los hombres prueben su sexualidad ante sus pares y mayores. La expresión de la masculinidad en términos del comportamiento no se determina biológicamente; se adquiere en gran parte a través de la socialización que lleva a la internalización de un patrón establecido de actitudes y valores “masculinos”. Los niños adolescentes aprenden la definición de masculinidad de su sociedad a través de sus padres, sus pares, los medios de comunicación y observando a los adultos. Los procesos de desarrollo durante los años de la niñez y la adolescencia, combinados con los

requisitos tradicionales asociados con la masculinidad, definen los guiones sexuales para muchos hombres jóvenes.

Casi universalmente, la hombría se define sobre la base de la productividad o alrededor del rol de proveedor financiero o material (Gilmore, 1995). En un estudio cualitativo efectuado en las barriadas urbanas del Brasil, los adultos jóvenes hombres y mujeres mencionaron que hay dos pasos fundamentales para convertirse en hombre: 1) estar activo sexualmente; y 2) mantenerse a uno mismo y a su familia. Para la mayoría de los hombres jóvenes entrevistados, la actividad sexual era de lejos el requisito más fácil de cumplir. Lograr la capacidad de proveer por las necesidades financieras de la familia representa una fuente considerable de estrés para los hombres jóvenes en América Latina que perciben, muchas veces correctamente, que tienen una capacidad limitada de encontrar y mantener un empleo (Barker y Lowenstein, 1996).

En América Latina el término “machismo” es el más usado para referirse a la “estructura profunda” de la masculinidad. El machismo generalmente se iguala a la jactancia, a la hazaña sexual, a protección del honor y a la voluntad de enfrentar el peligro entre otras características. Estas tradiciones surgieron de la herencia latina-mediterránea del machismo que afirma que la virilidad de un hombre se mide por el número de conquistas sexuales e hijos que tiene, y por el comportamiento de las mujeres a su alrededor.

La adolescencia para los niños significa dejar el mundo de sus madres y las mujeres de la casa y establecer una identidad “varonil”. Esto requiere un cambio gradual de los roles hacia los padres y la adaptación a los modelos proporcionados por otros muchachos o adultos varones a su alrededor. Durante este período de socialización, se disuade a los hombres de expresar miedo, dolor, inseguridad, tristeza o cualquier otra emoción que los haga aparecer como débiles.

La definición tradicional heterosexual de masculinidad contribuye al proceso dinámico y permanente de auto desarrollo y su componente de identidad de género. Parte de este proceso involucra un esfuerzo para desarrollar características tales como el éxito, prestigio, dureza, independencia, agresividad y dominación. A los jóvenes varones no sólo se les fomenta la independencia, sino que también se les refuerza más que a las mujeres el que tengan comportamientos asertivos, controladores, emocionalmente distantes, competitivos y agresivos en su vida diaria (Marsiglio, 1998).

Las definiciones culturales de la masculinidad afectan los guiones sexuales directa e indirectamente. Por ejemplo, un tema prevalente de la adolescencia para muchos hombres es que deben ser auto dependientes y experimentados. En la medida en que se fomente en los adolescentes varones la adquisición de su independencia, ellos pueden expresar estas tendencias en el campo sexual teniendo más disposición que las mujeres para involucrarse en relaciones sexuales. No debería sorprender que esos hombres probablemente no reporten su primera experiencia sexual en un contexto de una relación significativa. Esta indiferencia aparente o aversión al compromiso en las primeras etapas de una relación romántica es consistente con la idea que los varones jóvenes están buscando independencia en esta etapa. Más aún, este tipo de indiferencia complementa la percepción

de la experiencia sexual como un rito crítico más que una oportunidad de conocer a otra persona íntimamente (Marsiglio, 1998).

Otro aspecto del guión sexual de los varones en América Latina es que supuestamente los hombres tienen experiencia y poseen grandes cantidades de información sobre sexualidad. Sin embargo, varias encuestas muestran que muchos hombres, adultos y jóvenes, piensan que tienen una cantidad apropiada de información sobre sexualidad y reproducción cuando en realidad saben muy poco (Figueros, 1995; Garcia da Costa, 1995; Morris, 1993; Meijueiro, 1995; y Keijizer, 1995).

Antes de comenzar una discusión sobre la interconexión entre la definición social de la masculinidad y la sexualidad, es importante hacer notar que han habido grandes cambios en las actitudes referentes a rol de género y sexualidad durante los últimos veinte años, particularmente en las áreas urbanas de América Latina. Cada vez más, el comportamiento de los hombres está guiado por muchas “masculinidades” en vez de la construcción tradicional de masculinidad descrita anteriormente. Las investigaciones recientes sugieren que la adhesión a los roles de género tradicionales ya no se impone como antes. Sin embargo, todavía existen diferencias. Numerosos estudios han mostrado que, por ejemplo, los hombres en América Latina y el Caribe típicamente comienzan su actividad sexual antes que las mujeres, a pesar que la diferencia se está reduciendo con el tiempo.

2. Influencia de la Sexualidad

Una profunda comprensión de la sexualidad masculina es clave para el desarrollo de nuevos esfuerzos por mejorar la salud reproductiva, tanto de los hombres como de las mujeres. El significado de sexualidad para el desarrollo de los niños jóvenes durante los comienzos y finales de la adolescencia se ve intensificado por el hecho que los varones jóvenes pueden usar el ámbito sexual para confirmar su masculinidad (Marsiglio, 1988). El desempeño sexual tradicionalmente ha sido un factor crucial en la mantención de la identidad masculina.

Reconociendo los rápidos cambios en las normas culturales en el área de género y sexualidad, ¿cuáles son las dimensiones comunes de la sexualidad masculina en América Latina y sus potenciales consecuencias en términos de salud reproductiva?

- **La sexualidad masculina es instintiva, incontrolable y agresiva.** Como resultado, los hombres que participan en coerción sexual u hostigamiento pueden creer que no están haciendo nada malo. No se espera que los hombres puedan controlar sus deseos, y por lo tanto, no se espera que sean monógamos o fieles dentro de una relación estable (Giffin, 1944b, Barker y Lowenstein, 1995).
- **La violencia, al igual que la sexualidad masculina, es incontrolable.** La violencia también se percibe como parte del contrato social; por ejemplo, un hombre espera ciertas cosas de una mujer a cambio de su manutención (Barker y Lowenstein, 1995; Shepard, 1996).

- **Tradicionalmente el machismo se organiza alrededor de una jerarquía de la pasividad de las mujeres y la actividad de los hombres** (Parker, 1991; Gilmore, 1990). Se espera que los hombres tomen la iniciativa sexual. Siempre deben permanecer activos, nunca pasivos, con la consecuencia que las mujeres no deben expresar deseos.
- **Se espera que el deseo sexual masculino esté separado del afecto y las emociones.** Muchos hombres se sienten humillados cuando no pueden desempeñarse sexualmente aún cuando se sientan ansiosos o desconectados de su pareja (Marsiglio, 1988; Shepard, 1996).
- **Se espera que los hombres tengan experiencia sexual.** Esto lleva a que algunos hombres busquen esta experiencia a toda costa, sin importar si sienten afecto o respeto por su pareja. Los adolescentes varones pueden verse estimulados por sus pares o incluso familiares para iniciar la actividad sexual o frecuentar trabajadoras comerciales de sexo, mientras a las niñas se les advierte que deben permanecer castas (Uriza, 1988). Si un niño no ha tenido relaciones sexuales a una edad “apropiada”, sus amigos y familiares pueden cuestionar su masculinidad. Mientras las niñas tienen la experiencia de la menstruación como un marcador claro de la transición de sus cuerpos a la condición de mujer, los niños no tienen ninguna transición física comparable, por lo que la primera relación sexual a menudo sirve como iniciación de la vida adulta.
- **Se espera que los hombres dominen a las mujeres y son ridiculizados si no lo hacen.** Se espera que los hombres sean posesivos y celosos, y en algunos contextos, que reaccionen violentamente para restaurar su honor si su pareja es infiel (Barker y Lowenstein, 1996; Ali, 1995).
- **Se espera que los hombres tomen riesgos,** lo que lleva a que los hombres sean menos receptivos a los mensajes relacionados con el sexo seguro (Shephard, 1996).
- **El machismo enfatiza la visión de las mujeres como objetos sexuales.** Un estudio sobre adolescentes varones en Chile encontró que ellos ven a las mujeres como objetos para la satisfacción sexual. Para estos estudiantes, actuar sobre sus propios instintos sexuales era visto como legítimo, pero ellos no creen que las mujeres tengan los mismos derechos a ejercitar su sexualidad (Mundigo, 1995).

Como se demuestra más arriba, las expresiones de la construcción social tradicional de la masculinidad tienen una influencia importante, aunque veces negativa, en la salud reproductiva. Por ejemplo, estas expectativas de comportamiento juegan un rol importante en algunas instancias de coerción sexual, especialmente en el contexto del cortejo o las citas amorosas. A los niños se les enseña a ser sexualmente agresivos y a ver el sexo como una competencia en la que ganar significa convencer (quizás coercionar o incluso forzar) a una niña a tener relaciones sexuales.

Una de las consecuencias más negativas de la adhesión a una definición estrecha de masculinidad involucra la transferencia de comportamientos agresivos durante la adolescencia de los varones al ámbito de la sexualidad. Como muchos hombres son incapaces de expresar sus emociones (porque nunca se les enseñó a hacerlo) o creen que es socialmente inaceptable hacerlo, pueden mostrar su frustración y enojo a través de la violencia, que a menudo es vista como una forma

legítima de expresión masculina (Nolasco, 1993). Cuando los hombres se sienten frustrados o sin poder, pueden optar por la violencia como una forma de expresar estas emociones; de hecho, algunos estudios en los Estados Unidos han vinculado la violencia doméstica al estrés económico.

En su estudio de los jóvenes en Brasil, Barker encontró que los varones en general, y especialmente los padres, son vistos como incapaces de expresar emociones y, por lo tanto, de demostrar cariño y empatía. Los hombres jóvenes se quejaron de la falta de un lazo emocional con sus padres y algunos mencionaron su propia incapacidad para expresar emociones. En un gran número de casos, los hombres jóvenes dijeron que habían sentido rabia contra las mujeres y quisieron usar la violencia, sin embargo la gran mayoría dijo no haber usado violencia para resolver argumentos domésticos (Barker y Lowenstein).

Aparentemente para muchos hombres jóvenes, la violencia es una reacción incontrolable y socialmente aceptable ante una situación difícil. No teniendo otras formas de expresar sus emociones, la violencia se ve como un desahogo apropiado para la frustración varonil. Al igual que la sexualidad masculina, la violencia varonil a menudo se ve como incontrolable y, por lo tanto, en muchas circunstancias, aceptable o por lo menos explicable (Barker y Lowenstein, 1996).

Otra manifestación frecuente de las normas tradicionales es el “doble estándar”. Los hombres no sólo están libres del requisito de la virginidad prematrimonial, sino también se espera que tengan experiencia sexual antes del matrimonio. Así, mientras a los hombres se les fomenta el desarrollo de las habilidades sexuales a través de una colección de experiencias sexuales prematrimoniales, se espera que las mujeres participen sexualmente casi por instinto, o se espera que sean iniciadas en la actividad sexual por una pareja con experiencia. Los resultados de los estudios sugieren que las mujeres tienden a comenzar su actividad sexual mucho más tarde y en menor cantidad y con menor frecuencia que sus contrapartes masculinas (Morris, 1994; Useche, 1990). Sería razonable asumir que las grandes diferencias de género en las tasas generales de comportamientos sexuales reportados son resultado del condicionamiento cultural diferenciado (a menudo llamado “doble estándar”), ya que las encuestas más recientes indican que las diferencias de género en la incidencia del coito premarital ha disminuido e incluso se ha invertido.

El doble estándar sexual del desempeño proactivo de los hombres y la pasividad de las mujeres se contradice con los datos fisiológicos de la sexualidad y también por indicadores de comportamiento más recientes sobre la actividad sexual para los dos sexos. Los hombres y las mujeres comparten capacidades sexuales comunes y patrones de desarrollo sexual desde la infancia hasta la vida adulta, y los informes de experimentación con distintas formas de sexualidad son cada vez más similares para los hombres y para las mujeres a través de sus años de desarrollo (Bolton, 1988). Las diferencias de género y los cambios en el comportamiento sexual no se pueden explicar con la biología y muchos investigadores atribuyen estas diferencias al aprendizaje dentro de ambientes socioculturales específicos.

Sin embargo a pesar de esta realidad fisiológica, los adolescentes varones aún se enfrentan con la creencia que la masculinidad es equivalente al desempeño sexual, especialmente en términos de las relaciones sexuales heterosexuales. Esta creencia va acompañada por temores de femineidad

y homofobia porque en parte, la masculinidad está definida como la ausencia de cualquier huella de femineidad o de interés en los hombres que pueda interpretarse como homosexualidad. A pesar de ellos, las experiencias en el desarrollo sexual a menudo incluyen comportamientos que pueden calificarse como femeninos u homosexuales. Como lo hace notar un investigador, no debe sorprender que el desarrollo de la identificación sexual masculina sea a menudo confuso, irritante y difícil (Bolton, 1988).

Dado el hecho que la intimidad entre los hombres y las mujeres durante la adolescencia está estrechamente regulada por normas asociadas al valor de mantener la virginidad de las mujeres, es probable que la comprensión de la experiencia coital y el uso de planificación familiar no diga toda la historia de la sexualidad adolescente. Sin embargo, con la excepción de las investigaciones sobre prevención de VIH/SIDA y comportamiento no heterosexual, cualquier mención de formas alternativas de expresión sexual tales como masturbación, juego sexual, sexo anal y oral está virtualmente ausente en la literatura. Una excepción es un estudio efectuado en Sri Lanka por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer “Mujeres e Iniciativa del SIDA”. Este estudio encontró que la mayoría de la gente joven había escuchado sobre la masturbación y no asociaba mitos con su práctica. Más aún, en un esfuerzo por proteger el himen, los jóvenes practicaban el sexo interfemoral (insertando el pene entre los muslos de la pareja), penetración parcial, y sexo oral y anal. Los hombres fueron socializados a la experiencia sexual involucrándose en juegos sexuales, sexo anal y oral con parejas masculinas, mujeres mayores y trabajadoras del sexo para proteger la virginidad de las mujeres jóvenes. Estos resultados sugieren un área importante de investigación a seguir en América Latina.

3. Imposición de los Roles de Género

La sociedad impone normas culturales de masculinidad sancionando a los hombres que no se ajustan a ellas. Como se mencionó anteriormente, los hombres constantemente deben “probar” su masculinidad. Mientras el comportamiento de las mujeres también está prescrito y circunscrito por normas de género, los roles de género para los hombres tienden a ser menos flexibles e impuestos de forma más rígida. La literatura ha sido consistente al encontrar que los padres ven las actividades en que los hijos varones adoptan roles femeninos como asociadas a actividades homosexuales mientras que no las asocian de igual manera cuando las hijas mujeres adoptan roles masculinos (Bolton, 1988). Las prácticas de socialización de los padres para los varones parecen establecer las bases del temor a la femineidad, de la homofobia, de la necesidad de lograr y demostrar la masculinidad consistentemente y el doble estándar de expectativas de comportamiento, incluyendo las de sexualidad.

Varios estudios han mostrado que están apareciendo nuevos modelos de sexualidad femenina para las mujeres de América Latina. Por ejemplo, en un estudio sobre la cultura de adolescentes en Lima, se le pidió a niños y niñas que nombraran tipos de niñas de acuerdo a su comportamiento sexual. Tanto los hombres como las mujeres generaron una variedad de nombres distintos para describir distintos tipos de niñas, sugiriendo que están apareciendo nuevos modelos de sexualidad femenina en los cuales las mujeres toman la iniciativa, o no se dejan controlar tan fácilmente por los

hombres. En contraste, no hubo evidencias en las discusiones de grupo de que existiera una diversidad similar de tipos sexuales para los hombres. En general, los jóvenes dijeron que uno es “hombre” o es “maricón” (Cáceres, 1995). En general, la investigación sugiere que los roles masculinos parecen ser una camisa de fuerza aún más apretada y rígida que los roles femeninos en estos tiempos modernos.

La literatura enfatiza la importancia de los pares en la socialización de los hombres en sus roles de género y guiones sexuales. Muchos hombres perciben que ellos aprenden “a ser hombres” de sus pares varones. Esto es particularmente cierto ante la ausencia de una relación significativa con sus padres o con otros adultos varones y otras fuentes de información sobre sexualidad. Desafortunadamente el grupo de pares varones frecuentemente presenta sólo la forma tradicional de la masculinidad y tiende a imponer expectativas extremadamente rígidas a sus miembros. Cuestionar al grupo de pares varones y sus valores puede dar como resultado el ser llamado homosexual y ser expulsado del grupo. Muchos estudios ilustran el rol de la misoginia y la homofobia en el control social del comportamiento de género de los hombres. La misoginia es el odio y falta de respeto hacia las mujeres, y la homofobia es el odio a los hombres que se salen del rol tradicional de hombres, y un temor a vínculos físicos o emocionales entre los hombres. Estudios peruanos confirman que los hombres jóvenes que se alejan drásticamente de las ideas tradicionales sobre sexualidad masculina son casi automáticamente sospechosos de ser homosexuales y se arriesgan a ser marginados por sus pares. El temor a que se le niegue la condición de hombre puede ser una de las razones principales de porqué un movimiento entre los hombres, similar al movimiento de las mujeres para apoyar las transformaciones de las ideas tradicionales sobre la masculinidad ha sido tan lento en llegar (Cáceres, 1995).

Debido a que la virilidad a menudo se ve como algo que se logra bajo presión y que requiere desempeño y presentación ante el grupo de pares varones, los grupos de pares pueden alentar a los adolescentes varones a probar su sexualidad masculina antes que estén listos. Los jóvenes en Brasil discutieron largamente la presión pública a la que se enfrentan para ser “hombres de verdad”. En los Estados Unidos se encontró que los adolescentes varones (26%) sentían significativamente más presión de los amigos para tener relaciones sexuales que las mujeres (7%), en cambio las adolescentes mujeres reportaron sentirse presionadas por sus parejas masculinas (Feltey, 1991). Este resultado ha sido corroborado por investigaciones en varios países, lo que sugiere que los adolescentes que se asocian con colegas sexualmente experimentados tienen muchas más posibilidades de convertirse en sexualmente experimentados ellos mismos (Kiragu, 1993; Marsiglio, 1988).

Otro factor que puede influir en el comportamiento sexual es la naturaleza típicamente competitiva del mundo social de los hombres. Los jóvenes socializados para adoptar virtudes estándares de amistades masculinas tradicionales, tales como competitividad, autoridad y agresión, tenderán a experimentar la sexualidad en forma distinta que aquellos socializados para apreciar los atributos de la amistad andrógena y femenina. Marsiglio sugiere que en el ambiente competitivo las experiencias sexuales con mujeres jóvenes, e incluso las mujeres mismas, comúnmente son explotadas con el propósito del auto engrandecimiento (1988). Este resultado está apoyado por estudiantes universitarios en Brasil donde el prestigio que un joven alcanza entre sus amigos cuando tiene una

cita amorosa puede ser más importante que los sentimientos involucrados en la relación (Leite, 1995).

4. Roles de Género

En el rol tradicional de hombre, el marido es responsable por el bienestar económico de la familia, mientras la mujer se encarga de todo lo demás, incluyendo la reproducción y especialmente la crianza de los niños y el trabajo del hogar. Investigaciones en México sugieren que la mayor parte de los hombres ven a sus esposas principalmente como madres de sus hijos, como dueñas de casa, y como “objetos” a ser “usados” para la gratificación sexual en vez de compañeras o pares sociales (Folch-Lyon, 1981). Otro aspecto importante de los roles de género es que los hombres, tanto jóvenes como viejos, tienden a llevar a cabo sus vidas sociales separadas de la familia y la vida matrimonial (Folch-Lyon, 1981). Esto refuerza la importancia de los pares en la socialización e imposición de roles de género. Las relaciones de poder de género afectan el comportamiento sexual y la salud reproductiva, incluyendo los tipos de expresión sexual y el grado de coerción y violencia que pueden considerarse aceptables dentro de una relación. A pesar que los roles de género tradicionales están cambiando rápidamente, los niños adolescentes no tienen modelos o guiones que les permitan interpretar nuevos roles como padres y esposos que les otorgue el mismo tipo de identidad personal que tiene el rol de proveedor.

5. Consecuencias

Las investigaciones sobre género y salud reproductiva a lo largo de América Latina han enfatizado cómo la construcción machista de la sexualidad representa riesgos directos para las mujeres, las subyuga y les niega el derecho a sentir placer y a la autonomía sobre sus cuerpos. Sin embargo, en gran parte hemos fallado en reconocer que los hombres también están sujetos a las fuerzas del machismo y a las nociones estereotipadas acerca de los comportamientos que son aceptables en los hombres. Aunque de manera distinta que las mujeres, los hombres están sujetos a normas sociales y sistemas que proscriben e imponen, a veces en términos estrechos, lo que como hombres pueden y no pueden hacer.

Más aún, varios estudios alrededor del mundo han documentado que como la mayoría de las sociedades define el rol principal de un hombre como sostén de familia, los hombres jóvenes se enfrentan a un estrés considerable cuando son incapaces de cumplir esa función. En su estudio sobre hombres jóvenes en las barriadas urbanas de Brasil, Barker encontró a muchos hombres jóvenes que reportaron ejemplos de padres adolescentes que abandonaron a sus familias y se tornaron al alcohol como resultado de su incapacidad de cumplir el rol socialmente designado de proveedor (Barker y Lowenstein, 1996).

La masculinidad tradicional también puede inhibir el crecimiento emocional de los hombres. Seidler (1987) y Nolasco (1993) sugieren que en un esfuerzo por adherirse a las normas de género, los hombres a menudo ocultan sus emociones. Los hombres que se comportan en forma distinta,

expresando sus afecciones y ternura abiertamente con sus amigos hombres pueden sentir presión para ajustarse a las normas sociales, algunas veces siendo objeto de provocaciones homosexuales y ridículo. Shephard (1996) advierte que los hombres ponen presión uno sobre otro para tomar alcohol juntos para crear un espacio social donde los comportamientos normalmente proscritos para los hombres, tales como llorar, expresar dolor y ansiedad, sean aceptados. En este ambiente, a los niños se les dificulta la posibilidad de amistades profundas tanto con otros hombres como con niñas. Distanciándose de sus pares hombres por temor a mostrar sus debilidades, los niños reducen efectivamente sus oportunidades de discutir su sexualidad abierta y honestamente con sus amigos.

Barker describe la experiencia de los hombres jóvenes en Brasil de la siguiente manera: “Otra característica de la construcción social del género en Brasil es la división del mundo en lo secular y lo racional, que se definen como masculino, y asuntos domésticos y emocionales que están definidos como femeninos. Como resultado de esta construcción social los hombres a menudo ocultan sus emociones. Esta distancia psicológica de parte de los varones puede eventualmente convertirse en un exilio emocional del cual es difícil volver; un hombre que nunca aprende a expresar sus emociones y a estar involucrado activamente y presente en la vida de su familia tendrá dificultades para aprender esto más adelante en la vida” (Barker and Lowenstein, 1996).

D. Experiencia de Sexualidad entre Adolescentes Varones y Hombres Jóvenes

1. Inicio Sexual

Edad

Varios estudios efectuados en América Latina han examinado la edad de iniciación sexual pero pocos exploran profundamente las experiencias y sentimientos de los adolescentes varones y hombres jóvenes en sus primeras relaciones sexuales. En general, la experiencia sexual comienza antes para los varones que para las mujeres, con un cuarto a tres cuartos de los adolescentes varones iniciando sus relaciones sexuales antes de los quince años (Informes de Población, 1995)². Morris, (1994) encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12,7 años en Jamaica a 16 años en Santiago de Chile. La edad promedio de la primera relación sexual prematrimonial para los varones en Costa Rica fue 15,3 años; en Quito 15,1 años; en Guayaquil 14,8 años y en Río de Janeiro 15 años. La edad de la primera relación sexual fue significativamente más baja para los hombres que para las mujeres en todos los países encuestados, con una edad promedio en la primera relación sexual en las mujeres de 15,6 años en Jamaica a 17,9 años en Santiago de Chile. De acuerdo a datos de la Encuesta de Salud de Adolescentes en el Caribe, más de dos de cada cinco adolescentes sexualmente activos reportan una edad menor a los diez años al iniciar su vida sexual y 20% adicional entre los 11 y 12 años (OPS).

Pareja

² Basado en datos de las Encuestas de Salud Reproductiva para Adultos Jóvenes efectuadas en cinco ciudades brasileñas, Chile, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, dos ciudades en Ecuador, Ciudad de Guatemala, Haití, Jamaica y Ciudad de México, entre 1985 y 1992.

Los varones tienden a buscar parejas de más edad - de 0,6 años mayor en Jamaica a 6,2 años mayor en Guayaquil (Morris, 1992). Es más probable que los varones más jóvenes busquen mujeres mayores que tienen experiencia sexual. En un estudio, 21,9% de los varones reportaron que su primera pareja sexual era una pareja estable; 62,2% respondió que era una amiga y 9,8% reportó que era una prostituta (Useche, et.al., 1990). Varios estudios reportan que el 42% de los adolescentes varones en Ciudad de Guatemala tuvieron su primera experiencia sexual con una prostituta. En otro estudio se encontró que el 60% de los encuestados tuvieron su primera relación sexual con una compañera de curso o con alguien con quien no había ataduras emocionales y fue un acto impulsivo o casual en un 52% de los casos. Por esta razón, la experiencia ha sido frustrante o traumática para muchos adolescentes varones, sin mencionar que es potencialmente peligroso y riesgoso (Herold et.al., 1988; Cerqueira Leite, et.al., 1995).

Durante la adolescencia a menudo se espera que los varones demuestren su sexualidad. Esta presión los puede llevar a primeras experiencias que no son satisfactorias y los dejan faltos de contenido emocional e incluso puede incluir abuso sexual o violencia. En un estudio, la mayoría de los hombres reportó que ellos esperaban que las mujeres tuvieran relaciones sexuales con ellos si es que habían gastado dinero en ellas (Mundigo, 1995). En un estudio sobre las actitudes sexuales de adolescentes en Guatemala, 92% de los varones aprobó las relaciones sexuales con parejas atractivas y complacientes, incluso sin amor, en contraste con sólo un 5% entre las encuestadas mujeres (Berganza et.al., 1989). En una encuesta en 1987 a estudiantes secundarios en Colombia, 60,9% de los varones reportaron que el deseo sexual era la razón principal para iniciar una relación sexual la primera vez, mientras un 27,2% reportó curiosidad, y 10,7% amor (Useche et.al., 1990). Estos resultados están apoyados por otros estudios que indican que los varones tienden a involucrarse en actividades sexuales por el placer (es decir, sexo recreacional), independiente de una relación romántica o comprometida (Berganza et.al., 1989).

Uso de Contraceptivos

Morris (1994) encontró que pocos varones reportaron uso de contraceptivos en su primera relación sexual. El uso de contraceptivos varió entre 11% en Jamaica y 32,5% en Costa Rica. En Ciudad de Guatemala el 14,9% de los hombres jóvenes reportaron uso de contraceptivos durante su primera relación sexual, mientras en Río de Janeiro fue de 21,8%. En general, el método usado más frecuentemente en la primera relación sexual prematrimonial en América Latina fue el condón, seguido por contraceptivos orales y después el método del ritmo. Sin embargo, en Ciudad de México y Santiago de Chile el método más usado para la primera relación sexual fue el método del ritmo, en Sao Paulo la interrupción del coito y en Ciudad de Guatemala la píldora. Las bajas tasas de uso de contraceptivos, particularmente el condón, pone a los adolescentes varones y hombres jóvenes en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados. Esto, combinado con el hecho que la primera experiencia sexual de los hombres es a menudo con una mujer mayor y de más experiencia o con una prostituta, tiene consecuencias potencialmente muy serias. En el Caribe, un estudio reportó que la mitad de los jóvenes sexualmente activos no usaron contraceptivos en su última relación sexual (Encuesta de Salud de Adolescentes del Caribe, OPS).

2. Prácticas Sexuales

Las tasas de uso de contraceptivos entre los adolescentes varones y adultos jóvenes sexualmente activos son relativamente altas, variando entre 56% en Costa Rica y Río de Janeiro y 82% en Ciudad de México. No es sorprendente que el método más común usado por los adolescentes varones sea el condón (Morris, 1994). Cerquiera Leite (1989) reportó que el 82% de los estudiantes universitarios varones en Brasil toma precauciones para prevenir el embarazo, sin embargo otro estudio sobre adolescentes en Guatemala reportó que sólo el 10% de las parejas sexualmente activas usaban algún tipo de contracepción (Berganza et.al., 1989).

La iniciación sexual generalizada y temprana entre los jóvenes y adolescentes no necesariamente implica promiscuidad. El promedio reportado de frecuencia de relaciones sexuales entre los jóvenes varones sexualmente activos en América Latina varía entre dos y cinco veces al mes, con un 8 a 33 % de los adolescentes varones reportando más de una pareja durante el mes anterior (Morris, 1994). Los varones consistentemente reportaron múltiples parejas y relaciones sexuales con conocidos casuales más frecuentemente que las mujeres. Los hombres tienen una mayor probabilidad que las mujeres de involucrarse en relaciones sexuales fuera de una relación amorosa comprometida, y de aprobar e involucrarse en sexo recreacional. Por ejemplo, en otro estudio, 96% de las niñas en Guatemala planean casarse con su actual pareja sexual mientras sólo el 5,5% de los varones planea lo mismo (Berganza et.al., 1989).

3. Experiencias Homosexuales y Bisexuales

Existe muy poca información sobre qué tipos de actividad sexual predominan entre los adolescentes varones, tales como sexo anal y oral y su experiencia con prácticas homosexuales y bisexuales. Sin embargo, en un estudio el 6% de los sujetos tenían en ese momento relaciones homosexuales o bisexuales y 20% reportó experiencias homosexuales en algún momento durante los comienzos de la adolescencia (Cerqueira Leite, 1995; Cáceres et.al., 1997). Cáceres et. al. encontró que 38% de los que reportaron comportamientos homosexuales dijeron haber experimentado el sexo anal (y sólo el 20% usó condón siempre). Es de interés notar que el 76% de los que declararon mantener relaciones homosexuales reportaron experiencias heterosexuales también. A pesar que frecuentemente no se incluye en las encuestas, existe la hipótesis que un porcentaje significativo de adolescentes experimenta sexo anal para prevenir el embarazo y preservar la virginidad de las jóvenes. Se necesita más investigación en ésta área para entender mejor los riesgos a la salud asociados a las experiencias sexuales de los jóvenes.

4. Factores relacionados con el uso de Anticonceptivos

Los resultados de numerosos estudios sugieren que hay relación en el uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes. Morris (1994) reportó que la mayoría de los adolescentes varones que no usaron contraceptivos en su primera relación sexual no esperaban tener relaciones sexuales en ese momento y, por lo tanto, no estaban preparados para usar contraceptivos. Otros investigadores encontraron que cuando a los adolescentes se les pide que expliquen porqué no usan contraceptivos las razones más comúnmente esgrimidas son: falta de conocimiento, dificultades para obtenerlos, ambivalencia, y temor a discutir asuntos sexuales con los adultos, incluyendo profesionales (Berganza, 1989). Peleaz encontró que la causa principal para no usar condón era la percepción de una sensación de pérdida, seguida por la creencia que es responsabilidad de las mujeres el preocuparse de la contracepción (1997).

Barker (1996) presenta datos empíricos que sugieren que es más probable que los adolescentes varones y hombres jóvenes que adoptan los valores machistas no usen condones; que es más probable que aquellos que comienzan la actividad sexual más tardíamente usen condones; y que es más probable que aquellos que usan condón durante su primera relación sexual lo sigan usando consistentemente en el futuro. Otros investigadores han encontrado que es más probable que los hombres jóvenes de vecindarios más afluentes y de grupos socioeconómicos más acomodados hayan usado un método contraceptivo efectivo durante su última relación sexual. También es más probable que aquellos que tienen mejores calificaciones escolares, una relación más estable con su última pareja y creencias religiosas firmes, usen un método contraceptivo efectivo (Cáceres, 1997; Marsiglio, 1993). Adicionalmente, Marsiglio (1993) encontró que es menos probable que los hombres jóvenes que tienen actitudes tradicionales más firmes hacia los roles de género usen condones y que es probable que consideren que la contracepción pertenece al dominio femenino y, por lo tanto, es responsabilidad de las mujeres.

5. Enfermedades de Transmisión Sexual

Frecuencia

Mientras un embarazo temprano puede tener un enorme impacto sobre la vida de un adolescente, la iniciación temprana de las relaciones sexuales también presenta riesgos, tales como la exposición a las enfermedades de transmisión sexual. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 20 adolescentes en el mundo se contagia con una enfermedad de transmisión sexual al año. Una encuesta en un pueblo de Perú encontró que el 23% de los varones en la escuela secundaria tenían una enfermedad de transmisión sexual (Koontz & Conly, 1994). Cáceres et.al. (1997) encontraron que el 18% de los sujetos encuestados había tenido síntomas o había sido diagnosticado con una enfermedad de transmisión sexual, donde los encuestados de clases socioeconómicas más bajas tenían tasas más altas de infección. En un estudio sobre las prácticas sexuales de los jóvenes de la calle en Brasil, un quinto de los encuestados dijeron haber contraído una enfermedad de transmisión sexual y que la mitad de sus amigos habían tenido alguna con anterioridad (Raffaelli et.al., 1993). Más aún, por lo menos 6 millones de personas infectadas de HIV tienen menos de 25 años y es probable que la mayor parte del millón de personas que tienen SIDA en el

mundo, lo hayan contraído durante la adolescencia.

Conocimientos

En las Encuestas de Salud Reproductiva de los Adultos Jóvenes llevadas a cabo en América Latina, se encontró que los conocimientos acerca de enfermedades de transmisión sexual y en particular sobre VIH/SIDA eran altos. Casi tres cuartos de los varones estaban de acuerdo que una persona puede estar infectada sin tener síntomas clínicos, y más del 90% de los adultos jóvenes sabían cuales son las principales formas de transmisión de la enfermedad. Sin embargo, había información errónea acerca de transmisión a través de picaduras de mosquitos, compartir utensilios de comida, o uso del baño de una persona infectada (Morris, 1994). En otro estudio, a pesar que la mayoría de los encuestados tenía conocimientos básicos de las principales formas de transmisión del VIH, sólo el 38% de aquellos sexualmente activos reportaron tomar medidas preventivas (Cerqueira Leite et.al., 1995).

Percepción de Susceptibilidad

En Brasil, más de tres cuartos de los varones sexualmente activos creen que las personas jóvenes tienen un alto riesgo de contraer VIH en contraste con Chile, donde el porcentaje es 29,5%. Sin embargo, sólo entre 1% y 5,2% de los varones se perciben a sí mismos como en riesgo, sugiriendo una brecha entre el riesgo atribuido a otros y el riesgo percibido para sí mismos (Morris, 1994). La práctica común de monogamia serial puede contribuir a su sentimiento de invulnerabilidad. Los adolescentes que están involucrados en una relación mutuamente monógama pueden considerar que no tienen riesgos de contraer VIH, incluso cuando estas relaciones monógamas cambian cada seis meses. Cerqueira Leites et.al., (1995) encontraron que la mayoría de los encuestados (75%) indicó que contraer el SIDA presenta en gran riesgo para la gente joven en general; sin embargo, 87% consideran que el riesgo no existe o es mínimo para ellos mismos. No obstante, datos de la Encuesta de Salud Adolescente del Caribe muestran que el SIDA es una preocupación significativa entre los jóvenes sexualmente activos en el Caribe (OPS).

6. Factores que Protegen o Promueven la Salud Reproductiva

Varios factores asociados al desarrollo de los adolescentes hacen peligrar la capacidad de los adolescentes varones de proteger su salud. A menudo los adolescentes se sienten invulnerables a los riesgos, mientras al mismo tiempo tienen una perspectiva fatalista. Estas actitudes disminuyen su control sobre las cosas que eligen para sí mismos (Cáceres et.al., 1997). El grado de madurez cognitiva de un adolescente puede ponerle límites a su habilidad de planear sus relaciones sexuales, articular claramente sus valores personales, negociar con una pareja, y obtener contraceptivos y condones (Haffner, 1995). Burak describe la adolescencia como un período de exploración que puede incluir tomar riesgos que las personas jóvenes no necesariamente perciben como peligrosos (1997). Por ejemplo, los adolescentes pueden empezar a experimentar con el alcohol y las drogas, que a menudo lleva a tomar malas decisiones en lo relativo a su salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, las habilidades de comunicación de los adolescentes son deficientes debido a su falta

de experiencia. Esta falta de habilidad para comunicarse se combina con los tabúes culturales relacionados con la sexualidad (Clark, Zabin y Hardy, 1984).

Existen muchas barreras y normas culturales en América Latina que impiden que los adolescentes varones mantengan su salud reproductiva y sexual. Muchos hombres se enfrentan a expectativas sociales que los suponen conocedores y experimentados en sexualidad, por lo que no deberían tener la necesidad de buscar información relativa a su salud sexual (Barker, 1996). Efectivamente, sienten temor que al buscar información estén admitiendo ignorancia sexual. Culturalmente, las comunidades latinas a menudo marcan la conversión en adulto en los varones tolerando e incluso fomentando la actividad y experimentación sexual (De LaVega, 1990). También muchas culturas dictaminan que la contracepción es responsabilidad de las mujeres y desaniman la participación masculina en la toma de decisiones relativas a la contracepción (Helkzner, 1996; De La Vega, 1990). Los hombres en América Latina tienden a tener actitudes más tradicionales respecto a los roles de género que limitan su comportamiento en relaciones íntimas. Marsiglio encontró que los hombres jóvenes con actitudes tradicionales respecto a los roles de género tienden a tomar más riesgos en su comportamiento sexual y contraceptivo (1993). Cáceres encontró que las normas culturales sugieren el uso de condones sólo con parejas casuales porque el uso de condones está asociado a la prostitución y las enfermedades de transmisión sexual (1997).

7. Factores Relacionados con los Comportamientos Riesgosos

Es importante comprender los factores relacionados con los comportamientos riesgosos que influyen sobre la salud reproductiva como, por ejemplo, participar en relaciones sexuales sin protección. Como se mencionó con anterioridad, es más probable que los jóvenes de vecindarios más afluentes hayan usado por lo menos un método contraceptivo efectivo durante su último encuentro sexual. Es más probable que aquellos con mejores calificaciones escolares, una relación más estable con su última pareja sexual y creencias religiosas firmes hayan usado un método contraceptivo. En un estudio de jóvenes de la calle en Brasil, los investigadores encontraron que estos jóvenes se involucran en muchos comportamientos riesgosos, tales como relaciones sexuales anales, relaciones sexuales con múltiples parejas y sexo sin protección. Los jóvenes encuestados tenían niveles educacionales más bajos, vivían en ambientes peligrosos e inadecuados y no tenían apoyo de los padres (Raffaelli et.al., 1993).

En un estudio de adolescentes de edad escolar en Kenya se demostró que los comportamientos sexuales riesgosos estaban relacionados con la socialización en un grupo de pares con experiencia sexual, un compromiso religioso débil, actitudes tolerantes hacia el sexo premarital y un ambiente familiar inestable (Kiragu y Zabin, 1993). Ooms opina que los hombres jóvenes que se involucran en comportamientos riesgosos a menudo tienen pocas relaciones positivas con sus padres u otros adultos varones que pueden servir como modelos y mentores (1997). En México, Pick y Palos encontraron que la comunicación entre los padres e hijos respecto a la sexualidad tiene una influencia significativa en el inicio de la vida sexual de los niños, así como también en los embarazos adolescentes y el uso de contraceptivos (1995). Otros factores citados en la literatura que están asociados a las conductas sexuales riesgosas incluyen la violencia y los conflictos intrafamiliares, una

baja autoestima, abandono escolar temprano y una falta de control externo (Burak, 1998).

Se ha demostrado que para los jóvenes en general, el uso de las drogas y el alcohol está asociado a un riesgo más alto de enfermedades de transmisión sexual y embarazos. Cáceres et. al. encontró que el sexo frecuente bajo la influencia de drogas y alcohol estaba asociado a problemas de salud reproductiva, incluyendo enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (1997).

En un estudio sobre actividad sexual adolescente en Kenya, se encontró que el factor predictor más importante de una iniciación sexual temprana era el uso anterior de drogas ilícitas, y que era más probable que los sujetos sexualmente activos usaran drogas, marihuana, alcohol y cigarrillos. También, dentro de un ambiente predominantemente heterosexual, tienden a surgir algunas formas de sexualidad sólo cuando los individuos están bajo la influencia del alcohol o las drogas y eso los lleva a comportamientos riesgosos (como por ejemplo no utilizar condones). Estudios en los Estados Unidos han encontrado que el uso de drogas está asociado con otros comportamientos de alto riesgo, como la multiplicidad de parejas, relaciones sexuales frecuentes, y uso inconsistente de condones (Ku, Sonenstein y Pleck, 1993). En este estudio, más del 25% de los hombres jóvenes sexualmente activos reportaron que habían estado ingiriendo alcohol antes de su última relación sexual, 3,5% había usado drogas, y 2,3% había usado drogas y alcohol.

8. Resiliencia

Las investigaciones sobre salud reproductiva de los adolescentes han tendido a centrarse en la identificación de factores de riesgo asociados con la mala salud observada. Así como hay factores en el medio ambiente y antecedentes de los jóvenes que aumentan las posibilidades de problemas, también hay factores que protegen a los jóvenes de las influencias negativas, conocidos como factores protectores. Los individuos con una cantidad de factores de riesgo asociados a su medio ambiente o antecedentes, que a pesar de todos esos desafíos desarrollan comportamientos saludables, han sido llamados “resilientes”.

Burak (1998) resume esas características y factores protectores comúnmente identificados en los individuos resilientes. Estos factores individuales incluyen auto estima y capacidad de auto control (sentir confianza en que los esfuerzos propios producirán los resultados esperados). Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia matrimonial, cohesión familiar, y una buena relación con por lo menos uno de los padres. Un importante factor protector es estar conectado con uno de los padres u otro adulto. Por ejemplo, los resultados de la Encuesta de Salud de Adolescentes del Caribe muestran que la conexión con los padres, sentir que el papá y/o la mamá están preocupados, hace una diferencia. Entre los factores de riesgo importantes se incluyen la ausencia de sentirse cuidado por alguno de los padres, o la preocupación que los padres se vayan (OPS). Otros ejemplos de factores protectores incluyen: un nivel satisfactorio de educación, una buena nutrición, buena sanidad ambiental e higiene personal, empleo, valores y normas religiosas, fuertes redes familiares y de amigos, y normas políticas y legislativas que favorecen a los niños (OPS, 1997).

Los esfuerzos para combatir los problemas sociales tradicionalmente se han centrado en la

prevención terciaria, teniendo como objetivo asuntos particulares tales como los embarazos tempranos o las enfermedades de transmisión sexual sin tener en cuenta los contextos sociales y familiares en los que ocurren estos comportamientos. Los programas centrados en asuntos particulares generalmente son ineficientes y más caros por cliente atendido ya que duplican los servicios debido a que muchos problemas tienen orígenes comunes e interrelacionados (OPS, 1997). Basándose en las investigaciones relativamente recientes en torno a estos factores protectores y su relación con la resiliencia de un individuo, los programas de salud de adolescentes han empezado a enfatizar aquellos programas de prevención primaria que se centran en el desarrollo humano y la promoción de la salud en el contexto familiar, social y del ambiente político.

E. Paternidad Adolescente

1. Frecuencia

Los embarazos adolescentes no intencionados se reconocen ampliamente como un gran problema. En un estudio de seis países de América Latina y el Caribe, entre un 40 % y un 50% de los nacimientos provenientes de mujeres adolescentes no eran intencionados. Globalmente, se estima que los abortos en las niñas entre 15 y 19 años de edad representan por lo menos 5 millones de los 50 millones de abortos inducidos que ocurren cada año (Population Action International, 1994). Estudios recientes sobre embarazos adolescentes muestran que las tasas de fertilidad entre las adolescentes de 15 a 19 años varían de 84/1000 en México, a 139/1000 en Guatemala (Pick de Weiss et. al., 1988). Para otros países de América Latina y el Caribe, 22%-24% de mujeres de entre 15 y 24 años que en alguna oportunidad se casaron, y que han tenido por lo menos un bebé vivo, registraron una concepción prematrimonial. En América del Sur, esta proporción varía desde sólo un 25% en Guayaquil, Ecuador, a 63% en Santiago, Chile (Morris, 1994).

De Acuerdo a las Niñas

Debido a que las mujeres son las que cargan con los embarazos, a los hombres rara vez se les pregunta sobre su propia conducta reproductiva; por lo tanto, los datos sobre el porcentaje de adolescentes varones y hombres jóvenes que se convierten en padres son difíciles de obtener. En un estudio sobre adolescentes embarazadas en los Estados Unidos las encuestadas reportaron una edad media al momento de la primera relación sexual de 13,8 años, lo que es significativamente más bajo que la edad media al momento de la primera relación sexual de 16,2 años entre los adolescentes sexualmente activos de entre 15 y 19 años en la población general. Ellas reportaron que la edad media de sus parejas en ese momento era de 17,9 años (Boyer, 1992).

De Acuerdo a los Niños

De acuerdo a datos recientes del Brasil, entre 10% y 20% de los varones no casados entre 15 y 24 años en Río de Janeiro, Recife y Curitiba, reportaron que dejaron embarazadas a sus parejas.

Una proporción considerable de estos hombres jóvenes (entre 37% y 57%) reportaron que no dan apoyo financiero ni moral a las madres (Morris, 1993). Las mismas encuestas encontraron que más de la mitad de los hombres jóvenes en dos ciudades y casi un tercio de los hombres jóvenes en la tercera ciudad reportaron ser responsables de un embarazo que había sido abortado (Population Action International, 1994).

2. Actitudes Hacia el Embarazo Adolescente

Mientras que existe una gran cantidad de literatura sobre la frecuencia, causas, significados y consecuencias de un embarazo no deseado entre las mujeres jóvenes, casi no existen datos disponibles sobre los padres jóvenes. Y mientras que la tendencia es a preocuparse del embarazo adolescente, es importante recordar que algunos de esos embarazos pueden ser deseados, incluso aunque sean no intencionados. Los adolescentes varones y hombres jóvenes pueden juzgarse a sí mismos como listos para formar una familia. Pueden sentir que el embarazo mejora su auto estima, los hace sentirse como hombres “de verdad” y aumenta el control sobre su pareja.

La literatura considera que es más probable que los hombres jóvenes en desventaja socioeconómica vean la paternidad como una fuente de autoestima y, por lo tanto, es más probable que crean que ser padres puede reforzar su sentido de masculinidad. La investigación empírica ha mostrado que es menos probable que los hombres jóvenes que adoptan a valores machistas estrictos usen métodos contraceptivos, con la excepción de usar condones en sus relaciones “casuales” (Sonenstein, Pleck y Ku, 1995). Igualmente en un análisis de datos de una encuesta nacional de adolescentes varones efectuada en Estados Unidos en 1988, Marsiglio encontró que los adolescentes varones y adultos jóvenes con roles de género tradicionales tendían a manifestar actitudes y comportamientos que apoyan una orientación riesgosa hacia las relaciones heterosexuales y la procreación (Marsiglio, 1993).

3. Construcción Social de la Paternidad Adolescente

A menudo se critica a los varones jóvenes por no involucrarse en el embarazo de sus parejas, sin embargo es probable que las normas sociales existentes no esperen que se involucren. En muchos contextos los adolescentes varones son educados con la creencia que ellos no son responsables de los embarazos o los niños que resulten de su primera actividad sexual (Barker, 1996). Las instituciones sociales tales como la familia, los colegios y el sistema de atención de salud tienden a apoyar esta visión, tomando acciones punitivas en contra de las niñas pero no de sus parejas por los embarazos pre-maritales. En contraste con la situación a la que se enfrentan las mujeres jóvenes, la aceptación varonil de la paternidad a menudo es condicional, contingente a la prueba de paternidad, la calidad de la relación con la madre, las expectativas de los padres y la sociedad, y su habilidad de proveer apoyo económico.

Por ejemplo, en grupos focales efectuados en Guatemala, los hombres indicaron que asumir la responsabilidad por un embarazo no planificado estaba condicionado por la certeza de que era efectivamente de ellos (Nieces, 1993). Las normas y presiones sociales también juegan un rol

determinante. Estos hombres jóvenes sintieron que la fuente más importante de consejos y apoyo respecto de su rol paternal eran sus propios padres. Ellos temían desilusionar a sus padres si no actuaban de acuerdo a sus expectativas. También eran susceptibles a la presión social, temiendo dar un mal ejemplo y fallar ante los seres queridos y la comunidad.

La investigación en América Latina ha encontrado que la situación de empleo de un hombre joven afecta en gran parte el nivel de responsabilidad que acepta por un hijo. Un estudio de bebés nacidos de mujeres adolescentes en Chile, encontró que 42% de los padres no proporcionaban ningún apoyo seis años después del nacimiento y que era cinco veces más probable que el padre proporcionara apoyo al niño si tenía empleo (Engle y Breaux, 1994). Debido a las dificultades que a los hombres jóvenes a menudo tiene para encontrar empleo en América Latina, esto puede significar que frecuentemente los padres adolescentes no encuentran un rol paternal viable a llenar (Engle y Breaux, 1994; Barker y Lowenstein, 1996).

En su estudio de responsabilidad procreativa, Marsiglio encontró que los tres factores relacionados con la aceptación de la responsabilidad por el embarazo son la educación, la calidad del vecindario y la fuerza de la creencia en roles de género varonil tradicionales (Marsiglio, 1993).

Paternidad

La investigación sobre los patrones de socialización de niños en el Caribe y partes de América Latina muestra que los niños son criados en gran parte para ser libres de responsabilidades y generalmente no se les enseña a criar. Cuando se convierten en adultos y padres se les dice que son irresponsables y que no saben cuidar a los niños. Así, se les critica por no poder hacer cosas que explícitamente se dejaron fuera de su educación, como son la crianza, responsabilidad y fidelidad (Barker y Lowenstein, 1996).

En grupos focales con hombres en Guatemala se encontró que incluso cuando no están casados con la madre de sus hijos ellos sienten que mantendrían sus responsabilidades con los niños aún cuando terminara la relación, pero que su responsabilidad con la madre terminaba allí. También dijeron estar preocupados por los componentes morales y éticos de un comportamiento paternal ideal y de las implicancias económicas. Las características de un buen padre que ellos identificaron incluyeron dar un buen ejemplo trabajando duro, enseñar a los niños a ser honestos, no fumar, no tomar alcohol o drogas y no ser mujeriegos (Nieves, 1992). Cuando se les preguntó a los hombres de Guatemala sobre sus propias experiencias, muchos de ellos habían tenido hijos con los cuales ya no vivían y a los cuales ya no proporcionaban ningún apoyo. Estos hombres definieron la responsabilidad principal hacia los niños como económica; el concepto de proporcionar amor y crianza no fue mencionado.

Un resultado importante de varios estudios es que mientras más temprano un hombre se involucra con su hijo, es más probable que se mantenga comprometido con ese hijo. Un estudio longitudinal de padres adolescentes mexicanos encontró que si el padre estaba presente en el nacimiento del hijo, sugiriendo que acepta su responsabilidad, era más probable que se mantuviera

involucrado con ese hijo; de los padres que estuvieron presentes en el nacimiento del hijo, 75% todavía estaban presentes cuatro años después (Engle y Rico, 1994).

El Padre como Proveedor

En América Latina y en la mayoría de los países industrializados cuando un padre no puede proveer suficientemente por sus hijos, su asociación con la madre se debilita y su autoridad y relación con los hijos se hace tenue. En la mayoría de los casos, cuando los padres no pueden cumplir con su rol de proveedores sienten que no pueden hacer ninguna otra contribución a la familia y los hijos. Un estudio en Brasil con 300 pares de padres e hijos encontró que mientras más pobre era el padre, más probable era que no se involucrara con sus hijos (Engle y Breaux, 1994). Igualmente investigaciones etnográficas en Jamaica hallaron que el rol de los hombres como proveedores económicos era el más importante, y si no podían satisfacer ese rol, no veían ningún otro rol para sí mismos en la familia (Brown y Newland, 1995). Investigación cualitativa en Brasil ha confirmado que los hombres ven su rol primordial en la familia como proveedores (Nolasco, 1993; Barker y Loewenstein, 1996).

4. Respuesta al Embarazo No Planificado

Se desconoce el porcentaje de hombres jóvenes que aceptan su responsabilidad frente a un embarazo no planificado. Tampoco se sabe lo que esta responsabilidad acarrea o cuando tiempo dura. Investigaciones sobre unidades familiares donde la jefa del hogar es mujer sugieren que el apoyo y compromiso disminuye con el tiempo, particularmente ante la ausencia de una relación fuerte con la madre (Engle y Breaux, 1994).

La reacción de los hombres jóvenes y adolescentes a un embarazo no intencionado puede variar desde la negación, deseo de abortar o adopción, aceptación de su responsabilidad hasta la participación total como padre. Sus actitudes influenciarán las acciones de las mujeres jóvenes, tanto directa como indirectamente. La actitud de su pareja hacia el embarazo usualmente es un factor clave en la decisión de una muchacha sobre cómo manejar un embarazo no intencionado. Investigaciones cualitativas en México encontraron que entre las adolescentes mujeres, la primera persona a la que piden consejos es típicamente la pareja (Enhrenfeld, 1994). Esto es congruente con investigación en el Perú que muestra que el 78% de las mujeres incluyen a su pareja en la decisión respecto de tener o no un aborto. Más aún, aunque la pareja no participe en el proceso de toma de decisión de un aborto, la relación con la pareja y su actitud frente al embarazo eran centrales en el proceso de toma de decisión (Cordich, 1993).

Estos datos sugieren que los hombres a menudo juegan un rol clave en el proceso de toma de decisiones respecto del aborto. El grado en el que el hombre decide proporcionar apoyo financiero para el futuro hijo parece ser el elemento clave en la actitud del hombre frente al aborto y la decisión de la mujer de buscar un aborto. Tolbert (1995) sugiere que los hombres en América Latina están involucrados en la toma de decisiones sobre el aborto al actuar como “porteros, apoyo financiero y decisivos a través de su ausencia”. Los resultados de las Encuestas de Salud

Reproductiva de Adultos Jóvenes efectuadas en América Latina encontraron que entre 32% y 60% de los adultos jóvenes varones reportaron que por lo menos una de sus parejas había tenido un aborto (Morris, 1993). En Río de Janeiro y Recife, en Brasil, el porcentaje fue de 59%. De los hombres que reportaron que su pareja había tenido un aborto, el 24% dijo que había participado en el proceso de toma de decisión conducente al aborto.

5. Consecuencias

Las consecuencias negativas de los embarazos tempranos sobre las mujeres jóvenes están bien documentadas. Comparada con las mujeres que esperan a tener hijos hasta que tienen más de 20 años, es más probable que la mujer que tiene su primer hijo antes de los veinte años obtenga menos educación, tenga menos posibilidades de trabajo y menor ingreso y viva en la pobreza (Informes de Población, 1995). Además de los riesgos económicos, las madres jóvenes solteras pueden encontrarse atrapadas en matrimonios inestables o no deseados, o pueden verse estigmatizadas (Oficina de Referencias de Población, 1992). Sin embargo, casi no se ha prestado atención al impacto de los embarazos no intencionados en los muchachos. Para los hombres jóvenes, las consecuencias de la paternidad temprana pueden incluir oportunidades perdidas de educación o avance económico futuro. Aquellos que se casan pueden dejar la escuela para mantener a sus nuevas familias. Los hombres jóvenes pueden verse atrapados en una vida de pobreza con una familia grande y un matrimonio infeliz. Más aún, el estrés de la situación puede manifestarse en abuso de sustancias, violencia y otros comportamientos negativos para su salud y la de su familia (Informes de Población, 1995).

Por otro lado, un posible beneficio a menudo descuidado del compromiso de un padre es el potencial inmenso para promover mayor responsabilidad, comprensión, madurez y compromiso con la crianza entre los hombres. Los beneficios para los niños de la participación paterna han sido documentados. Por ejemplo, un estudio en Barbados de 333 hijos de madres adolescentes encontró que los niños que recibieron apoyo e interés de los padres tuvieron un mejor desempeño escolar, les fue mejor en su desarrollo social y emocional, y su salud y bienestar general es mejor (Engle y Breaux, 1994).

F. ¿Víctimas o Perpetradores de Abuso Sexual?

Como Víctimas

Mientras aumenta el reconocimiento del problema del abuso y coerción sexual entre las niñas adolescentes, se ha dado menos consideración al abuso de niños y el efecto que este abuso pueda tener en su interacción con las parejas mujeres en el futuro. Estudios recientes sugieren que el abuso sexual, tanto de varones como de mujeres, es significativamente mayor que lo que se pensaba con anterioridad. Los datos revelan que una proporción significativa de mujeres, niñas y a veces niños son forzados, coercionados o engañados para tener relaciones sexuales. De acuerdo a la Encuesta de Salud Adolescente del Caribe, a los 16-18 años, el 16% de los niños reportan haber sido físicamente abusados y 7,5% reportan abuso sexual (OPS). Los varones son menos propensos que

las mujeres a reportar experiencias de relaciones sexuales involuntarias. Sin embargo, un tercio de los hombres entrevistados en un estudio canadiense experimentó alguna forma de abuso sexual (Stewart, 1996). En los Estados Unidos se estima que el 15% de los varones han sido sexualmente abusados cuando niños comparado con estimaciones de 28% para las niñas. En contraste con las mujeres, el abuso sexual de los hombres tiende a ocurrir después de iniciado el sexo voluntario (Moore, 1996). Es importante hacer notar también que un número significativo de jóvenes lesbianas, homosexuales y bisexuales reportan haber sido verbal y físicamente asaltados, violados, robados y abusados sexualmente (Savin-Williams, 1994).

La literatura muestra que es más probable que los niños que han sido abusados se conviertan a su vez en abusadores (Stewart, 1996). Un componente intergeneracional ha sido documentado en estudios que muestran que es más probable que los padres abusivos hayan sido a su vez abusados, que el abuso de los niños y la violencia familiar sean de naturaleza intergeneracional y que sea más probable que las mujeres que fueron sexualmente abusadas tengan hijos que sean física y sexualmente abusados (Boyer, 1992).

Estudios recientes han mostrado que el abuso sexual es una de las causas fundamentales de los comportamientos sexuales riesgosos (Stewart, 1996). Handwerker encontró que el abuso sexual en la niñez surge como el determinante individual más importante de la actividad sexual de alto riesgo durante la adolescencia tanto para varones como mujeres (Heise, 1995). El abuso sexual está fuertemente correlacionado con una edad temprana en la primera relación sexual, multiplicidad de parejas, disparidad de edad en la pareja, uso frecuente de drogas y alcohol que pueden llevar a comportamientos sexuales de alto riesgo, uso menos frecuente de contraceptivos, y un riesgo creciente de infección de enfermedades de transmisión sexual y VIH (Moore, 1996; Stewart, 1996). Un estudio en los Estados Unidos mostró que los varones víctimas de abuso en la niñez tienen el doble de riesgo de infección por VIH que niños no abusados (Zierker, 1991). Un estudio en Barbados mostró que el abuso físico, emocional y/o sexual en la niñez estaba altamente relacionado con la falta de uso de condón de los hombres en la vida adulta (Stewart, 1996).

Las consecuencias psicológicas del abuso sexual en los niños pueden incluir ansiedad, temor, y una sensación de sentirse sucios (Stewart, 1996). Las víctimas se sienten vulnerables, no amadas, sin valor e ineficaces. Tienen dificultades para distinguir entre el comportamiento sexual y el comportamiento afectivo, para mantener barreras personales claras y apropiadas, especialmente en relación a sus cuerpos, se sienten incapaces de rehusar presiones, por ejemplo, de alguien que quiera tener relaciones sexuales; tienen dificultades para confiar en otras personas, pueden experimentar sentimientos de vergüenza, culpa o temor acerca de las actividades sexuales, especialmente si estas pueden ser placenteras, y pueden experimentar otros problemas de salud mental (Stewart, 1996). Las características psicológicas que han sido asociadas al comportamiento abusivo de los hombres incluyen desórdenes de personalidad, poco control de los impulsos y falta de acierto (Barker, 1996).

Claramente, los problemas psicológicos asociados con el abuso sexual pueden prevenir acciones apropiadas en un contexto sexual. Tanto Boyer como Stewart presentan datos que indican una correlación fuerte entre abuso o coerción sexual y embarazo adolescente. Las niñas y mujeres

que han sido sexualmente abusadas exhiben un sentido de disociación, o falta de conexión física con sus cuerpos. También tienen una auto estima más baja y a menudo no se sienten amadas (Moore, 1996). Es probable que una persona que esté manifestando estas características, ya sean hombres o mujeres, no tome decisiones acertadas respecto del uso de contraceptivos, sexo seguro o actividad sexual voluntaria.

Como Perpetradores

La violencia contra las niñas y mujeres jóvenes por parte de hombres de su edad o adultos es un gran problema en el mundo. A pesar que los datos sobre asaltos sexuales y violaciones son incompletos en América Latina y el Caribe, surge una imagen de las mujeres jóvenes como víctimas frecuentes de coerción sexual y violación, incluyendo violencia en las citas amorosas perpetrada por hombres jóvenes. Aunque hay pocos datos disponibles, varios informes indican que la mayoría de los perpetradores son personas que la víctima conoce (Heise, 1994). Alrededor de 30 estudios bien diseñados de todo el mundo, incluyendo varios de América Latina, muestran que entre un quinto y la mitad de las mujeres entrevistadas han recibido golpes de una pareja varonil (Barker, 1996). A pesar que hay pocos datos disponibles sobre la edad de esos abusadores, se puede inferir por estudios de madres adolescentes que reportaron la edad media de sus parejas de 17,9 años, que el abuso entre las niñas adolescentes frecuentemente es perpetrado por hombres jóvenes (Boyer, 1992).

Factores Socioculturales

Los factores socioculturales juegan un rol importante en la condonación o fomento de la coerción y el abuso sexual. Como se mencionó con anterioridad, la construcción social de la sexualidad masculina apoya el abuso a las mujeres. Haciendo de las mujeres objetos sexuales, la sexualidad masculina le niega el reconocimiento a las mujeres de sus derechos y poder en el campo sexual. Keijzer (1995) sugiere que en México las costumbres sexuales hacen de las mujeres objetos; la sexualidad masculina no promueve la relación sexual como un encuentro, sino más bien como un “ejercicio de poder y afirmación de la masculinidad basada en la potencia y el tamaño de sus genitales”.

Persiste la creencia en muchos lugares que la sexualidad masculina es inherentemente predatoria: los hombres necesitan sexo frecuentemente, preferentemente con múltiples parejas, mientras las mujeres son esencialmente pasivas (Heise, 1995). Una investigación en Brasil ha encontrado que tanto los hombres jóvenes como las mujeres jóvenes ven la sexualidad masculina como algo “animal” y fuera de control; los hombres, una vez excitados, deben tener relaciones sexuales (Barker y Loewenstein, 1996). La socialización masculina, la presión de los pares, los medios de comunicación y los cuerpos militares virtualmente engendran comportamientos violentos en los hombres. Esta ‘Mística Masculina’ fomenta la dureza, autoridad y competitividad extrema a expensas de emociones honestas, empatía y comunicación. Es el ‘condicionamiento masculino’ y no la ‘condición de ser hombre’ la que aparece como el problema (Heise, 1995).

Los estereotipos culturales de comportamientos femeninos aceptables también tienen un papel

en la dinámica del sexo coercitivo. Tanto los niños como las niñas aprenden desde temprana edad que las niñas ‘buenas’ no deben admitir que quieren tener relaciones sexuales. El ‘guión sexual’ tradicional dice que las niñas tienen que pretender que ‘no’ aunque quieran decir ‘sí’, lo que les da a los jóvenes varones la perfecta excusa para ignorar el ‘no’.

Más aún, la limitada investigación en América Latina confirma que muchos hombres ven la violencia doméstica como parte de un matrimonio informal o contrato de cohabitación, y pueden considerar la coerción sexual como parte “normal” de las citas amorosas y las relaciones sexuales hombre/mujer. Por ejemplo, los adolescentes de un estudio efectuado en Brasil creen que si un hombre mantiene el hogar, su pareja debe cuidar la casa y ser sexualmente fiel. La violación de este contrato por parte de la mujer es vista por muchos como causal de violencia masculina (Barker y Loewenstein, 1996).

Considerando la socialización de los hombres jóvenes y su relación con la violencia doméstica y el asalto sexual, las investigaciones sugieren que varios factores se relacionan con la violencia doméstica: la ausencia de modelos masculinos positivos, falta de información y socialización positiva sobre relaciones sexuales y relaciones hombre/mujer; y haber observado violencia o haber sido víctima de violencia en la familia de origen (Barker, 1996). La importancia de los factores socioculturales está apoyada por investigaciones que muestran que muchos adolescentes varones que tienen hijos o que han tenido sexo coercitivo con una mujer adolescente creen en los roles de género tradicionales (Heise, 1995).

Apéndice 1

GUÍA PARA GRUPOS FOCALES (13-14 AÑOS)⁴

1. Introducción

- Bienvenida
- Presentación del moderador y del observador
- Objetivos del grupo focal

Hoy vamos a hablar de temas relacionados con tu salud reproductiva y tu sexualidad. El propósito de esta discusión es que tú compartas tus ideas y experiencias conmigo para que podamos diseñar programas para ayudar a los niños y hombres jóvenes a desarrollarse en forma sana. Discutiremos temas tales como el significado de ser hombre, los cambios que tú experimentas al crecer, tu sexualidad, y dónde podrías acudir para obtener información o ayuda en estos temas.

- Participación

No existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas que te haré. Por favor no temas responder exactamente lo que piensas.

- Confidencialidad y respeto entre nosotros

Todo lo que digas aquí se mantendrá en privado y será confidencial. Jamás mencionaremos tu nombre fuera de esta sala. Si prefieres no contestar alguna pregunta particular, está bien. Si necesitas irte en cualquier momento, también está bien.

- Consentimiento para grabar/ tomar nota
- Presentación de los participantes (nombre, edad, escuela/trabajo, etc.).

2. Servicios e Información: fuentes, necesidades y demandas de:

- ¿Dónde los niños de tu edad aprenden sobre su cuerpo y cómo cuidarlo? ¿Dónde aprenden sobre sexo? (Explore si es en los medios de información, por los padres, amigos, maestros o figuras religiosas. Investigue el tipo de información que ellos reciben y su opinión sobre la misma).

⁴A ser utilizada en el curso de, por lo menos, dos sesiones con los mismos participantes.

- ¿Cree usted que los niños y las niñas aprenden sobre su salud y sexualidad de los medios masivos de información? (Explore acerca del cine, la televisión y la radio).
 - ¿Cuál de los medios de información influye más en la juventud? ¿Por qué?
 - ¿Cuáles son los mensajes que los medios de información le envían a los jóvenes? ¿Qué usted piensa sobre ellos? ¿Son objetivos?
- Si hubiera un lugar para aprender sobre sexo y tu cuerpo, ¿qué te gustaría saber? ¿A quién quisieras hablarle?
- Si necesitaras un método de planificación familiar, ¿a dónde acudirías? ¿Por qué?
- La mayoría de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar están concebidos para mujeres o para adultos. Quisiera que te hicieras la idea de que a este grupo se le ha pedido que diseñe los servicios ideales de salud para adolescentes varones y hombres jóvenes. ¿Cómo serían estos servicios? (Anote los comentarios en el rotafolio). Investigue sobre:
 - Servicios administrados
 - Horarios y procedimientos para fijar citas
 - Estructura física
 - Separado para mujeres y hombres
 - Privacidad /confidencialidad
 - Precios
 - Características de los proveedores

Explore: ¿Serían estos servicios diferentes de aquellos para las niñas? ¿Diferentes de los de adultos? ¿De qué manera?

3. ¿Qué significa ser un hombre? ¿Cómo los niños aprenden a actuar como hombres? (Fuentes y modelos). ¿Qué pasa si los niños actúan diferente de como "se supone" que actúen? (Explore sobre los beneficios y los costos de cambios de actitudes y de comportamientos).

Nota: Para las dos próximas preguntas use el método de lluvia de ideas, escribiendo las respuestas en el rotafolio. Registre estas respuestas para usarlas en la clasificación por grupo durante las entrevistas individuales.

- Me gustaría conocer qué significa para ti y para tus amigos ser un hombre aquí en ... (nombre de la comunidad). Menciona todas las cosas que se te ocurran y yo las escribiré en este papel.

¿Tus padres y maestros piensan lo mismo? (Explore diferentes perspectivas).

- Explore:
 - Actividad sexual, proveedor financiero
 - Necesidad de dar prueba de masculinidad
 - ¿Qué sucede a los niños que no actúan así (indique una lista de palabras)?
 - ¿Que significa ser una mujer? ¿Cómo se diferencia esto de ser un hombre?
 - ¿Cómo te sentirías si despertaras mañana como una niña/mujer? ¿Por qué? ¿Qué es mejor ser hombre o mujer? ¿Por qué? ¿Dirían lo mismo las niñas?
 - ¿Cómo tú piensas que los hombres “de verdad” actúan? ¿Pudieras describir a alguien que tú pienses que es un hombre "de verdad"? ¿Te gustaría ser como él? ¿Y alguien que no lo sea? ¿Te gustaría ser como él? (Explore el papel de la sexualidad en la masculinidad). Tome notas en papel para después clasificar por grupos.
 - ¿Dirías que un hombre que actúa diferente de como lo has descrito es menos hombre? ¿Por qué?
 - ¿Cuán importante es para ti ser reconocido como un hombre "de verdad"? ¿Es difícil? ¿Por qué? ¿Qué pasaría si no lo fueras?
 - ¿Cómo los niños aprenden a actuar como hombres "de verdad"?
 - de otros (padres, hermanos, modelos)
 - de la televisión, de las películas
 - de las fuentes de información.
 - Cuando una niña comienza con la menstruación, se considera que ya es una mujer. ¿Cómo saben los niños cuando se han transformado en hombres? ¿Cuándo tu familia te reconoce como un hombre? ¿Y tus amigos?
 - ¿Existen personas a las que no considerarías hombres o mujeres? ¿Cómo son ellos? ¿Qué piensas tú de la gente así? ¿Por qué?
- 4. Experiencias durante la pubertad y el desarrollo de la identidad sexual. ¿Cómo se sienten los niños durante la pubertad? ¿Cuáles son sus preocupaciones? ¿Cuál es el sentimiento de los niños acerca del desarrollo del deseo sexual? ¿Qué saben sobre los cambios corporales que están experimentando?**
- ¿Qué le preocupa a los niños como tú sobre su desarrollo físico y la sexualidad? (Explore sobre el tamaño del pene, las enfermedades de transmisión sexual, la virginidad, la homosexualidad, las emisiones nocturnas, ser normal, la masturbación, las erecciones espontáneas). ¿Qué información necesitan?

- ¿Qué tú piensas que le importa a las niñas?
- ¿Has recibido alguna información sobre tu cuerpo o tu sexualidad? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Sobre qué? ¿Te ayudó? ¿Hay alguna otra cosa que te hubiese gustado o que te gustaría saber?
- ¿Cuál es la cosa más importante que tú le dirías a un hermano menor para ayudarlo a pasar por los cambios que tú has experimentado? ¿Por qué? ¿Alguien te habló sobre esto?
- ¿Qué piensan o cómo se sienten los niños de tu edad acerca de tener relaciones sexuales? ¿Existe algo sobre sexo que les preocupe? ¿Qué cosa? ¿Por qué?
- ¿Es importante para los niños que sus novias sean vírgenes? ¿Y las futuras esposas? ¿Por qué?

5. Desarrollo y expresión de la sexualidad

Ahora vamos a conversar sobre Bob. Quiero que ustedes me ayuden a crear una historia sobre él. Bob es un niño como tú y tus amigos. Tiene 14 años y vive aquí en tu vecindario. Él está comenzando a tener deseos sexuales y a pensar sobre sexo.

- Bob está viendo cómo se desarrolla su cuerpo. ¿Qué cambios él nota? ¿Cómo se siente acerca de esto?
- ¿Piensa Bob sobre sexo? ¿Qué piensa? ¿Qué es lo que hace que Bob piense sobre sexo? ¿Cómo se siente él acerca del sexo?
- ¿Que es lo que él hace para satisfacer sus deseos sexuales? (Investigue sobre la masturbación). ¿Como él se siente por lo que hace? (Investigue sobre normas sociales).
- ¿Qué le dicen sus padres y sus maestros sobre sexo? ¿Qué le dicen sus amigos?
- Bob está preocupado sobre algunas cosas en su vida. ¿Qué es lo que le preocupa? ¿Por qué? ¿Habla Bob con alguien acerca de sus sentimientos? ¿Con quién? ¿Por qué/ Por qué no?
- ¿Qué le dicen sus amigos sobre sus sentimientos? ¿Y sus padres? ¿Cómo esto hace sentir a Bob? (Explore sobre la presión social)
- ¿Piensa Bob en las niñas? ¿Qué es lo que piensa?
- ¿Qué piensa Bob acerca de tener relaciones sexuales? ¿Le gustaría a él tener relaciones sexuales? ¿Está ansioso por esto? ¿Está presionado? ¿Está emocionado?
- ¿Alguna vez él ha tenido sentimientos sexuales hacia otros niños? ¿Cómo hace esto que él se sienta?
- Ahora vamos a conversar un poquito más sobre Bob y tus amigos.
- ¿Cómo supo Bob que él estaba comenzando a sentir madurez sexual? ¿Cómo se sintió sobre esto?
- ¿Actúan todos los niños como Bob? Si la respuesta es no, ¿de qué otra manera ellos actúan?

- ¿Qué tú piensas de la manera en que actuó Bob? (Explore sobre masturbación y tener relaciones sexuales). ¿Qué pensarían tus padres?
- ¿Qué significa la palabra sexo para ti? (Explore sobre el coito, la masturbación, acariciarse, besarse, etc.).
- ¿Los niños de tu edad tienen deseos sexuales? ¿Cómo ellos satisfacen esos deseos?
- Algunos niños se sienten sexualmente atraídos hacia otros niños. ¿Conoces a alguien así? ¿Qué piensas sobre esto?
- Algunos niños/jóvenes de tu edad ya han tenido relaciones sexuales, otros no. ¿Tú crees que es común para los niños de tu edad haber tenido relaciones sexuales? ¿Con quién tuvieron relaciones sexuales? ¿Usaron métodos de planificación familiar?
- En tu opinión, ¿cuál es el momento oportuno para un niño/hombre tener relaciones sexuales por primera vez? ¿Por qué? ¿Y en el caso de las mujeres? ¿Qué piensan tus padres?
- ¿Tú crees que existe alguna ventaja en posponer la primera vez en tener relaciones sexuales? ¿Cuáles son estas ventajas?
- ¿Los niños de tu edad han tenido alguna vez relaciones sexuales con prostitutas? ¿Qué tú opinas sobre eso?

6. Conclusiones. Explore los sentimientos durante la discusión de hoy y determine el interés y la necesidad de más información.

- ¿Cómo te sentiste durante la discusión de hoy? ¿Habías hablado con alguien alguna vez sobre los temas que conversamos hoy? (Explore en cuanto al padre, la madre o los amigos). ¿Cómo te sentiste hablando acerca de estos temas? ¿Cómo tú y/o tus padres se sintieron durante estas conversaciones? ¿De qué hablaron? ¿Te gustaría conversar más con tus padres sobre estos temas?
- ¿Quisieras más información sobre algo de lo que discutimos hoy? ¿Sobre qué te gustaría aprender? (Explore para priorizar necesidades informativas). ¿Cómo quisiera aprender de estos temas? ¿Con quién quisieras discutirlos?

Gracias por compartir tus ideas y experiencias. Si alguno de ustedes quisiera conversar conmigo acerca de donde pueden acudir para obtener más información sobre algunos de los tópicos que hemos discutido en el día de hoy, por favor véanme a mí o a... (contacto local).

Apéndice 1

GUÍA PARA GRUPOS FOCALES (15-24 AÑOS)⁵

1. Introducción

- Bienvenida
- Presentación del moderador y del observador
- Objetivos del grupo focal

Hoy vamos a hablar de temas relacionados con tu salud reproductiva y tu sexualidad. El propósito de esta discusión es que tú compartas tus ideas y experiencias conmigo para que podamos diseñar programas para ayudar a los niños y hombres jóvenes a desarrollarse en forma sana. Discutiremos temas tales como el significado de ser hombre, los cambios que tú experimentas al crecer, tu sexualidad, y adónde podrías acudir para obtener información o ayuda en estos temas.

- Participación

No existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas que te haré. Por favor no temas responder exactamente lo que piensas.

- Confidencialidad y respeto entre nosotros

Todo lo que digas aquí se mantendrá en privado y será confidencial. Jamás mencionaremos tu nombre fuera de esta sala. Si prefieres no contestar alguna pregunta particular, está bien. Si necesitas irte en cualquier momento, también está bien.

- Consentimiento para grabar/ tomar nota
- Presentación de los participantes (nombre, edad, escuela/trabajo, etc.).

2. Servicios e Información: fuentes, necesidades y demandas

- ¿Dónde los niños de tu edad aprenden sobre sus cambios corporales durante la pubertad y acerca de cómo tomar cuidado de sí mismos? ¿Dónde aprenden sobre sexo? (Explore si es en los medios de información, por los padres, amigos, maestros o figuras religiosas. Investigue el tipo de información que ellos reciben y su opinión sobre la misma).

⁵A ser utilizada en el curso de, por lo menos, dos sesiones con los mismos participantes. Esta Guía debe ser adaptada de acuerdo a la edad de los integrantes del grupo focal.

- ¿Cree usted que los niños y las niñas aprenden sobre su salud y sexualidad de los medios masivos de información? (Explore acerca del cine, la televisión y la radio).
 - ¿Cuál de los medios de información influye más en la juventud? ¿Por qué?
 - ¿Cuáles son los mensajes que los medios de información le envían a los jóvenes? ¿Qué usted piensa sobre ellos? ¿Son objetivos?
- Si hubiera un lugar para obtener información o consejos sobre sexo y tu cuerpo, ¿qué quisieran los hombres jóvenes conocer? ¿A quién querrían hablarle?
- ¿Adónde acudirías si quisieras tener un método de planificación familiar? ¿Por qué?
- La mayoría de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar están concebidos para mujeres o para adultos. Quisiera que te hicieras la idea de que a ti se te ha pedido que diseñes los servicios ideales de salud para adolescentes varones y hombres jóvenes. ¿Cómo serían estos servicios? (Anote los comentarios en el rotafolio). Investigue sobre:
 - Servicios administrados
 - Horarios y procedimientos para fijar citas
 - Estructura física
 - Separado para mujeres y hombres
 - Privacidad /confidencialidad
 - Precios
 - Características de los proveedores

Explore: ¿Serían estos servicios diferentes de aquellos para las niñas? ¿Diferentes de los de adultos? ¿De qué manera?

3. Masculinidad: ¿Qué significa ser un hombre? ¿Cómo los niños aprenden a actuar como hombres? (Fuentes y modelos). ¿Qué pasa si los niños actúan diferente de como "se supone" que actúen? (Explore sobre los beneficios y los costos de los cambios de actitudes y de comportamientos).

Nota: Para las dos próximas preguntas use el método de lluvia de ideas, escribiendo las respuestas en el rotafolio. Registre estas respuestas para usarlas en la clasificación por grupos en las entrevistas individuales.

- Me gustaría conocer qué significa para ti y para tus amigos ser un hombre aquí en ... (nombre de la comunidad). Menciona todas las cosas que se te ocurran y yo las escribiré en este papel. ¿Tus padres y maestros piensan lo mismo? (Explore diferentes perspectivas).

- Explore:
 - Actividad sexual, proveedor financiero
 - Necesidad de dar prueba de masculinidad
- ¿Qué sucede a los niños que no actúan así (indique una lista de palabras)?
- ¿Qué significa ser una mujer? ¿Cómo se diferencia ser una mujer de ser un hombre?
- ¿Cómo te sentirías si despertaras mañana como una niña/mujer? ¿Por qué? ¿Qué es mejor ser hombre o mujer? ¿Por qué? ¿Dirían lo mismo las niñas?
- ¿Cómo tú piensas que los hombres “de verdad” actúan? ¿Podieras describir a alguien que tú pienses que es un hombre "de verdad"? ¿Te gustaría ser como él? ¿Y alguien que no lo sea? ¿Te gustaría ser como él? (Explore el papel de la sexualidad en la masculinidad). Tome notas en papel para después clasificar por grupos.
- ¿Dirías que un hombre que actúa diferente de como lo has descrito es menos hombre? ¿Por qué?
- ¿Cuán importante es para ti ser reconocido como un hombre "de verdad"? ¿Es difícil? ¿Por qué? ¿Qué pasaría si no lo fueras?
- ¿Cómo los niños aprenden a actuar como hombres "de verdad"?
 - de otros (padres, hermanos, modelos)
 - de la televisión, de las películas
 - de las fuentes de información.
- Cuando una niña comienza con la menstruación, se considera que ya es una mujer. ¿Cómo saben los niños cuando se han transformado en hombres? ¿Cuándo tu familia te reconoce como un hombre? ¿Y tus amigos?
- ¿Existen personas a las que no considerarías hombres o mujeres? ¿Cómo son ellos? ¿Qué piensas tú de la gente así? ¿Por qué?

4. Experiencias durante la pubertad y el desarrollo de la identidad sexual. ¿Cómo se sienten los niños durante la pubertad? ¿Cuáles son sus preocupaciones? ¿Cuál es el sentimiento de los niños acerca del desarrollo del deseo sexual? ¿Qué saben sobre los cambios corporales que están experimentando?

- ¿Qué le preocupa a los niños como tú sobre su desarrollo físico y la sexualidad? (Explore sobre el tamaño del pene, las enfermedades de transmisión sexual, la virginidad, la homosexualidad, las emisiones nocturnas, ser normal, la masturbación, las erecciones espontáneas). ¿Qué información necesitan?
- ¿Qué tú piensas que le importa a las jóvenes?

- ¿Qué les ocurre a los niños que les hace saber que se han convertido en hombres? (masturbación, primera eyaculación, sueños “mojados” (eyaculación durante el sueño), pérdida de la virginidad, erecciones espontáneas). Investigue acerca de los sentimientos y los significados de estas experiencias.
- ¿Cuál es la cosa más importante que tú le dirías a un hermano menor para ayudarlo a pasar por los cambios que tú has experimentado? ¿Por qué? ¿Alguien te habló sobre esto?
- ¿Qué piensan o cómo se sienten los jóvenes de tu edad acerca de tener relaciones sexuales? ¿Existe algo sobre sexo que les preocupe? ¿Qué cosa? ¿Por qué?
- ¿Es importante para ti que tu novia sea virgen? ¿Y tu futura esposa? ¿Por qué?

5. Desarrollo y expresión de la sexualidad

Quisiera que me ayudaras a crear una historia sobre un muchacho llamado Bob. Bob es un niño como tú y tus amigos. Tiene 16 años y vive aquí en tu vecindario.

- ¿Piensa Bob sobre sexo? ¿Qué es lo que piensa?
- ¿Piensa Bob en las niñas? ¿Qué es lo que piensa?
- ¿Qué piensa Bob acerca de tener relaciones sexuales? ¿Le gustaría a él tener relaciones sexuales? ¿Está ansioso por esto? ¿Está presionado? ¿Está emocionado?
- ¿Qué es lo que él hace para satisfacer sus deseos sexuales? (Investigue sobre la masturbación, las relaciones sexuales). ¿Como él se siente por lo que hace? (Investigue sobre normas sociales).
- ¿Qué le dicen sus padres y sus maestros sobre sexo? ¿Qué le dicen sus amigos?
- Bob está preocupado sobre algunas cosas en su vida. ¿Qué es lo que le preocupa? ¿Por qué? ¿Habla Bob con alguien acerca de sus sentimientos? ¿Con quién? ¿Por qué/¿Por qué no?
- ¿Qué le dicen sus amigos sobre sus sentimientos? ¿Y sus padres? ¿Cómo esto hace sentir a Bob? (Explore sobre la presión social)
- ¿Alguna vez él ha tenido sentimientos sexuales hacia otros niños? ¿Cómo hace esto que él se sienta?

Ahora vamos a conversar un poquito más sobre lo que tú piensas sobre sexo.

- ¿Actúa la mayoría de los niños como Bob? Si la respuesta es “no”, ¿de qué otra manera ellos actúan?
- ¿Qué tú piensas de la manera en que actuó Bob? (Explore sobre masturbación y tener relaciones sexuales). ¿Qué pensarían tus padres?
- ¿Qué significa la palabra sexo para ti? (Explore sobre el coito, la masturbación, acariciarse,

besarse, etc.).

- ¿Cómo los jóvenes de tu edad satisfacen sus deseos sexuales?
- ¿Tienen los jóvenes de tu edad relaciones sexuales con prostitutas? ¿Qué tú crees de eso?
- Algunos niños se sienten sexualmente atraídos hacia otros niños. ¿Conoces a alguien así? ¿Qué piensas sobre esto?
- Algunos niños/jóvenes de tu edad ya han tenido relaciones sexuales, otros no. ¿Tú crees que es común para los niños de tu edad haber tenido relaciones sexuales? ¿Con quién tuvieron relaciones sexuales? ¿Usaron métodos de planificación familiar?
- En tu opinión, ¿cuál es el momento oportuno para un niño/hombre tener relaciones sexuales por primera vez? ¿Por qué? ¿Y en el caso de las mujeres? ¿Qué piensan tus padres?
- ¿Tú crees que existe alguna ventaja en posponer la primera vez en tener relaciones sexuales? ¿Cuáles son estas ventajas?
- Para ti y para tus amigos, cuando una niña dice “no” ¿eso algunas veces quiere decir “sí” o “más tarde”? ¿Por qué? ¿Cómo tú sabes la diferencia?
- ¿Crees que existen situaciones en las cuales las niñas en algunas ocasiones deberían acceder a tener relaciones sexuales? (Investigue sobre insinuarse al niño, recibir dinero o de regalos de parte del niño, número de veces que hayan salido, etc.).
- ¿Los jóvenes y las jóvenes que salen juntos hablan sobre sexo? ¿De qué hablan? ¿Cómo se sienten ellos conversando sobre sexo? ¿Qué facilitaría o dificultaría esto?

6. Debut sexual: Explore el contexto, los sentimientos y las normas sociales

Ahora vamos a inventar una historia juntos, la historia de Mario y Yolanda. Mario tiene 16 años y Yolanda 15; ambos viven en ..., y ellos están saliendo juntos. Ellos acaban de tener relaciones sexuales por primera vez.

- ¿Cuánto tiempo han estado ellos juntos? ¿Dónde se conocieron? ¿Cómo congenian?
- ¿Cómo fue que llegaron a tener sexo la primera vez? ¿Arribaron a un acuerdo? ¿Quién lo propuso? ¿Qué dijo él y que dijo ella? ¿Dónde? ¿Cuándo tuvieron relaciones sexuales? ¿Qué ocurrió?
 - ¿Fue la experiencia positiva o negativa para Mario? ¿Para Yolanda? ¿Por que? ¿Cómo se sintió él? ¿Cómo se sintió ella? ¿Fue lo que él esperaba? ¿Por qué/Por qué no? (Explore satisfacción y nerviosismo).
 - ¿Estuvo alguno de ellos preocupado por tener relaciones sexuales? (Explore las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, ansiedad en cuanto al desempeño, normas sociales).
 - ¿Se sintió alguno de ellos presionado a tener relaciones sexuales? ¿Quién? ¿Por qué?

- ¿Usaron algún tipo de protección? ¿Por qué/ Por qué no? ¿Cuál? ¿Quién lo propuso? ¿Cómo lo obtuvieron? (Explore la comunicación entre pareja, participación del varón, fuentes de apoyo o información).
- ¿Por qué eligieron ese método?

7. Paternidad adolescente

Digamos que Yolanda no tiene menstruación y descubre que está embarazada.

- ¿Cómo se siente? ¿Qué hace?
- ¿Lo sabe la familia de ella? ¿Cómo se enteran ellos? ¿Cómo reaccionan? (Si ellos no lo saben, ¿por qué ella no se los dice?)
- ¿Cómo se entera Mario de que ella está embarazada? ¿Se lo dice ella a Mario?
- ¿Cómo se siente Mario? ¿Cómo reacciona? ¿Qué hace?
- ¿Con quién él conversa? ¿Qué le dicen a él?
- ¿Se enteran la familia de él? ¿Cómo se enteran ellos? ¿Cómo reaccionan? (Si ellos no lo saben, ¿por qué él no se los dice?)
- ¿Qué deciden ellos hacer? (Explore las dos opciones que aparecen a continuación, comenzando con la que el grupo elija).

Si ellos deciden tener el bebé:

- ¿Por qué deciden tenerlo? ¿Quién tomó la decisión? ¿Quién piensan ustedes debe tomar la decisión fina, Yolanda o Mario?
- ¿Cómo van a vivir? ¿Vivirán juntos? ¿Dónde? Si estudian, ¿continuarán en la escuela? ¿Alguien los ayudará?
- Si deciden tener el bebé, pero no vivir juntos o casarse, ¿qué hará Mario? ¿Brindará apoyo a Yolanda y al bebé o no? ¿Continuarán juntos o se separarán?
- ¿Cómo piensan ustedes que afectará esto la vida de Mario de inmediato? ¿En cinco años? ¿En 10 años? ¿Cómo afectará la vida de Yolanda? ¿Cómo serán de diferente su vida debido al bebé?

Si ellos deciden no tener el bebé (explore ambas opciones):

- ¿Por qué lo decidieron?
- ¿Cuál de ellos no quiere el bebé?
- ¿Qué van a hacer para no tenerlo? ¿Dónde? ¿Con quién?
- ¿A quién le han hablado acerca de esto? ¿Quién los apoyará? ¿Cómo?
- ¿Quién paga por ello?
- ¿Irán juntos o irá ella sola y por qué?

Ahora quiero hacerles algunas preguntas acerca de lo que le ocurrió a Mario.

- ¿Piensan ustedes que lo que Mario hizo estuvo correcto? ¿Qué debe hacer un niño si su pareja está embarazada? ¿Por qué? ¿Hacen eso usualmente? ¿Por qué/ Por qué no?
- ¿Piensan ustedes que Mario será un buen padre? ¿Cómo será un buen padre?
- ¿Qué piensan ustedes acerca de los jóvenes que se convierten en padres antes de casarse? ¿Qué piensan los padres de ellos? ¿Y la comunidad?

8. Planificación familiar

- ¿Con qué frecuencia piensan ustedes que la mayoría de los jóvenes usa un método de planificación familiar? ¿Por qué ellos no lo utilizan en cada ocasión?
- ¿Por qué? ¿Qué métodos utilizan? ¿Por qué? ¿Les preocupa el embarazo, la enfermedad o ambos? ¿Quién toma la iniciativa en el uso de anticonceptivos?
- ¿Piensan ustedes que es fácil o difícil obtener un método de planificación familiar? ¿Por qué? ¿Cuán fácil sería utilizar uno de ellos?
- ¿Cuán fácil o difícil sería conversar con su pareja sobre contracepción? ¿Qué lo dificulta? ¿Qué lo facilita?
- ¿En que situación piensan ustedes que un joven utilizaría un método anticonceptivo? ¿Cuándo no lo haría?
- ¿Qué tipo de jóvenes usa anticonceptivos? ¿Qué tipo no lo hace? ¿Qué tipo de mujeres jóvenes utiliza algo?
- Si inventaran ustedes el método anticonceptivo perfecto, ¿cómo sería? ¿Cuál tipo de anticonceptivo piensan ustedes que inventarían las jóvenes?

9. Conclusiones. Explore los sentimientos durante la discusión y determine el interés y la necesidad de más información.

- ¿Cómo te sentiste durante nuestras conversaciones? ¿Habías hablado con alguien alguna vez sobre los temas que conversamos hoy? (Explore en cuanto al padre, la madre o los amigos). ¿Cómo te sentiste hablando acerca de estos temas? ¿Cómo tú y/o tus padres se sintieron durante estas conversaciones? ¿De qué hablaron? ¿Te gustaría conversar más con tus padres sobre estos temas?
- ¿Quisieras más información sobre algo de lo que discutimos hoy? ¿Sobre qué te gustaría aprender? (Explore para priorizar necesidades informativas). ¿Cómo quisiera aprender sobre estos temas? ¿Con quién quisieras discutirlos?

Gracias por compartir tus ideas y experiencias. Si alguno de ustedes quisiera conversar conmigo acerca de donde pueden acudir para obtener más información sobre algunos de los tópicos que hemos discutido en el día de hoy, por favor véanme a mí o a ... (contacto local).

Apéndice 1

GUIA TEMÁTICA PARA PROVEEDORES

I. Introducción (5 minutos)

- Introducción
- Objetivo de la entrevista

Quisiera conversar con ustedes acerca de la educación de salud reproductiva y sexualidad para los niños y hombres jóvenes. El propósito de esta discusión es conocer sus ideas y experiencias de manera que podamos diseñar programas para ayudar a los niños y hombres jóvenes a crecer para convertirse en adultos sanos.

- Participación

No existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas que te haré. Por favor no temas responder exactamente lo que piensas.

- Confidencialidad y privacidad

Todo lo que digas aquí se mantendrá en privado y será confidencial. Jamás mencionaré tu nombre fuera de esta sala. Cuando digamos a la gente lo que hemos encontrado en las entrevistas no utilizaremos nombres, sino que hablaremos en términos generales, como lo han sugerido la mayoría de los proveedores de salud... Si prefieres no contestar alguna pregunta particular, está bien.

- Consentimiento para grabar/tomar nota.

1. Introducción: Familiarización (10 minutos)

- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en ella?
- ¿Cuánto tiempo ha estado usted trabajando en _____?
- ¿Cuáles son sus responsabilidades?
- ¿Qué es lo más que le gusta de su trabajo? ¿Y lo menos?

2. Actitudes hacia los hombres jóvenes y su salud reproductiva y sexualidad

- Si fuera usted una persona joven, ¿preferiría ser un niño o una niña? ¿Por qué?
- ¿Cuál es su opinión acerca de los adolescentes varones y los hombres jóvenes en el día de hoy? ¿Difiere de la que tenía usted cuando era joven? ¿Cómo difiere? ¿Qué piensa usted acerca de la conducta sexual de éstos? ¿Por qué piensa usted que ellos actúan de la manera que lo hacen?

3. Percepciones acerca de las necesidades de salud reproductiva de los varones jóvenes

- ¿Cuál piensa usted que son las necesidades de este grupo con relación a salud reproductiva y sexualidad? (Generar y priorizar una lista usando un ejercicio de lluvia de ideas).
- ¿Piensa usted que este grupo tiene algunas necesidades particulares diferentes a las de las niñas? ¿Diferentes a las de los adultos?
- ¿Cuán importante piensa usted que es proveer educación sexual y educación y servicios sobre salud reproductiva a los varones adolescentes y a los hombres jóvenes? ¿Por qué? ¿Es ello más menos o igualmente importante que proveer servicios a las mujeres jóvenes o los adultos? ¿En que deben diferir los servicios para este grupo a aquellos ofrecidos para las niñas? ¿Para los adultos?

4. Conocimientos y opiniones sobre los servicios existentes

- ¿Podría usted nombrar alguna organización que provea servicios/educación a los jóvenes varones en esta comunidad? ¿Qué servicios ofrecen? ¿Cómo calificaría usted la calidad de esos programas?

- ¿Cuán adecuada piensa usted que es la satisfacción de las necesidades anteriormente enumeradas por usted por esos servicios y programas?

5. Experiencias de servicios para la juventud

- ¿Ha prestado alguna vez servicios a los varones adolescentes o a los hombres jóvenes? ¿Qué fue lo que hizo? ¿Cómo fue? ¿Qué le gustaba de estos servicios? ¿Qué no le gustaba?

6. Actitudes hacia los servicios

- ¿Cómo se sentiría prestando servicios a los varones adolescentes? ¿A los hombres jóvenes? ¿Qué servicios/educación ofrecería usted?
- ¿Se siente usted preparado de una forma adecuada para hacerlo? ¿Qué tipo de capacitación quisiera usted recibir antes de trabajar con los hombres jóvenes? ¿Qué tipo de apoyo requeriría de parte de su organización?
- ¿Cuáles son sus ideas acerca de lo que deben ser esos servicios? ¿Qué cambios necesitaría usted introducir en su clínica/organización? ¿Existe algo en cuanto a lo que su organización/clínica necesita ser cuidadosa si usted comenzara a proveer servicios para los varones jóvenes?

Gracias por compartir sus ideas y experiencias conmigo. Serán importantes para nosotros al planear nuevos servicios de salud reproductiva para los niños.

Apéndice 2

GUÍA DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES (13-14 AÑOS)

I. Introducción (5 minutos)

- Introducción
- Objetivos de la(s) entrevista(s)

Quisiera conversar contigo acerca de tus experiencias en la medida en que has ido madurando y desarrollándote sexualmente. Estoy conversando también con otros niños de tu edad. El propósito de estas discusiones es conocer tus ideas y experiencias para poder diseñar programas que ayuden a los niños y hombres jóvenes a desarrollarse de una manera saludable. Conversaremos acerca de lo que significa ser hombre, los cambios experimentados por ti a medida que creces, tu sexualidad y dónde podrías buscar información o ayuda sobre estos temas.

- Participación

No existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas que te haré. Por favor, no te cohibas de responder exactamente lo que piensas.

- Confidencialidad y privacidad

Todo lo que digas aquí se mantendrá en privado y será confidencial. Jamás mencionaremos tu nombre fuera de esta sala. Cuando hablemos a la gente acerca de lo que hemos encontrado en las entrevistas no utilizaremos nombres, hablaremos en términos generales, por ejemplo, diciendo que la mayoría de los niños piensa... Si prefieres no contestar alguna pregunta particular, está bien.

- Consentimiento para grabar/tomar nota.

1. **Introducción: Familiarización (10 minutos)**

- ¿Qué edad tenías en tu último cumpleaños?
- ¿Trabajas, vas a la escuela, o ambas cosas?
- (*Si él estudia*) ¿Cuál fue el último grado que completaste en la escuela?
- (*Si él trabaja*) ¿Qué tipo de trabajo haces?
- ¿Con quién vives?
- ¿Qué te gusta hacer para divertirte?
- ¿Cómo te imaginas que será tu vida dentro de aproximadamente 10 años?

2. **Percepciones de la masculinidad y de convertirse en un hombre**

- Cuando te menciono la palabra “ hombre” ¿qué viene a tu mente? (Explore una lista de palabras).
- ¿Cómo debe actuar un hombre? (Explore actividad sexual, proveedor financiero, necesidad de probar la masculinidad). ¿Actúas tú de esa manera? ¿Por qué o por que no? ¿Cómo te sientes al actuar de esa manera? ¿Es fácil o difícil? ¿ Qué ocurre si actúas diferente? (Cite ejemplos).
- ¿Cómo conocerás que has cambiado de niño a hombre? ¿Cuándo te reconocerá tu familia como un hombre? ¿Y tus amigos?
- *Clasificación de grupo.* Voy a entregarte un grupo de tarjetas con palabras escritas en cada una de ellas describiendo las características de los hombres. (*Utilice conceptos de la lista libre del grupo focal*).
 - Por favor separa las tarjetas en grupos similares los unos a los otros. Puedes agrupar las tarjetas de la manera que quieras (*después que él termina de clasificar las tarjetas, pregúntele por qué las ha clasificado de esta manera*).
 - Ahora quisiera que colocaras las características de ser un hombre en un orden de mayor a menor importancia.
- ¿Cómo estás aprendiendo a ser un hombre? (Explore de los padres, de los hermanos, de otros modelos, de la televisión, de las películas).

3. Conciencia de fertilidad

- Haga que el entrevistado dibuje un cuerpo masculino en un pedazo de papel. (Explore/agregue órganos omitidos). Formule las siguientes preguntas sobre cada parte del cuerpo:
- ¿Qué conoces acerca de esto? ¿Cómo lo denominas? ¿Cuál es su función? ¿Cómo debes cuidarlo? ¿Cómo cambia durante la pubertad? (Refiriéndose a órganos externos) ¿Se ven éstos iguales en todos los niños/hombres? ¿Cómo varían de un individuo a otro? ¿Has oído alguna vez acerca del autoexamen testicular?
- ¿Puedes explicarme cómo se hacen los bebés? (¿Cómo queda una mujer embarazada?) (Explore comprensión de la esperma, óvulo, ciclo menstrual).
- ¿Qué conoces acerca de cómo funciona el cuerpo de la mujer? Explore para descubrir conocimientos de ovulación, secreciones, fase de fertilidad. ¿Cuándo durante su ciclo (el mes) es más probable que la mujer quede embarazada? ¿Dónde aprendiste acerca de esto?
- ¿Cuándo crees que una niña tiene la edad suficiente para quedar embarazada? ¿Cuándo puede un muchacho dejar embarazada a una niña?
- ¿Conoces algunas vías para prevenir el embarazo? ¿Cuáles son? (Explore comprensión y opiniones sobre cada método) ¿Conoces a alguien que utiliza estos métodos? ¿Cuáles? ¿Por qué/¿Por qué no? ¿Dónde aprendiste acerca de estos métodos?
- ¿Has escuchado acerca de las enfermedades de transmisión sexual? Dime lo que sabes de ellas:
 - nombres, síntomas, consecuencias, medios de transmisión, medios de prevención
- ¿Y que sabes del VIH o SIDA?
- ¿Cuán común son?

4. Servicios e información: Fuentes, necesidad y demanda

- En la medida en que has ido creciendo ¿cómo has aprendido acerca de cómo cambia tu cuerpo durante la pubertad? ¿Acerca de cómo tomar cuidado de ti mismo? ¿Dónde has aprendido acerca del sexo? (Explore medios masivos, padres, amigos, maestros, figuras religiosas. Explore tipo de información recibida, oportunidad y opinión acerca de la información).

- ¿Has acudido alguna vez a un doctor o clínica de salud para obtener consejo acerca de cómo se está desarrollando tu cuerpo? ¿Acerca de algo relacionado con el sexo? ¿Puedes hablarme acerca de tu experiencia? (Explore fuentes, opinión) ¿O has acudido en busca de un método de planificación familiar?
- ¿Sabes adónde pueden acudir los niños si quieren conversar con alguien acerca de su desarrollo? ¿Acerca del sexo? ¿Has hecho uso de esto alguna vez?
- ¿Cómo fue? ¿Obtuviste la ayuda que buscabas? ¿Cuán cómodo te sentías? ¿Cómo fuiste tratado?
- Necesitamos tu ayuda para diseñar servicios de salud reproductiva para los hombres jóvenes. Voy a entregarte estas tarjetas. Cada una de ellas tiene una palabra que describe los servicios de salud escritos en ella. Por ejemplo: asequible, privado, seguro o amistoso⁶. Tu trabajo consiste en ponerlas en orden sobre la mesa de acuerdo al grado de importancia que tienen para ti. Puedes poner a un lado aquéllas que no tienen ninguna importancia para ti. (Nota: trate también de generar comentarios adicionales).
- Ahora que tenemos una lista de las características que son importantes para ti en una clínica de salud, quiero estar seguro de entender lo que esas características significan para ti. Por favor, cítame ejemplos y explícame el significado de cada una de ellas.
- ¿Hay algo que quisieras aprender acerca de tu sexualidad y salud? Repita el mismo ejercicio, priorizando las necesidades de información.
- ¿Cómo quisieras aprender acerca de ello? ¿Con quién quisieras discutirlo?

5. Pubertad y desarrollo de identidad sexual

- Estás en la edad en que tu cuerpo está madurando. ¿Qué cambios has notado en tu cuerpo? ¿Cómo te sientes acerca de ellos? ¿Hay algo que no entiendes o que te preocupa? ¿Te ha hablado alguien acerca de esos cambios? ¿Quién? ¿Acerca de qué conversaron?
- En la medida en que has ido creciendo ¿cuál ha sido la parte más difícil, confusa o engorrosas de tu desarrollo? ¿Qué es lo que te ha causado más orgullo? ¿Qué ha sido lo más divertido? ¿Por qué?

⁶ Nota: Estas frases serán generadas durante la discusión del grupo focal y las tarjetas tienen que ser preparadas con antelación a las entrevistas.

- ¿Hay algo específico que te preocupa acerca de tu salud y desarrollo? (Explore: desarrollo normal, primera eyaculación, emisiones nocturnas, erecciones espontáneas, masturbación, homosexualidad, virginidad, tamaño del pene).
- ¿Has oído alguna vez sobre la masturbación? ¿Qué opinas acerca de esto? ¿Qué opinan tus padres/amigos?
- ¿Tienes sueños despierto acerca de sexo? ¿En qué piensas, en niños, niñas o en los dos?
- Muchos niños se sienten sexualmente atraídos a otros niños en algún momento de su juventud. ¿Has tenido esa experiencia? ¿Cómo te sentiste al respecto?
- ¿Qué has aprendido sobre sexo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Acerca de qué? ¿Te ayudó? ¿Hay algo más que te gustaría aprender?

6. Sexualidad - Me gustaría conversar contigo acerca de cómo tú estás desarrollando tu sexualidad. ¿Podieras decirme qué has notado en tu desarrollo sexual? ¿Cómo te sentiste acerca de esos cambios? ¿Comprendías lo que te estaba pasando? ¿Te gustaría tener más información?

Preguntas exploratorias: (usarlas si el entrevistado no promueve el tema espontáneamente.

- ¿Has pensado alguna vez acerca del sexo? ¿Qué has pensado? ¿Por qué? Explore preocupaciones, presión social.
- ¿Cuándo es el momento apropiado de tener relaciones sexuales para un niño? ¿Por qué? ¿Para una niña? ¿Estarán tus padres de acuerdo contigo?
- ¿Tienes una pareja ahora, o la has tenido alguna vez? (*Si la respuesta es no, saltar a la sección 7*).
- ¿Has conversado con ella sobre sexo alguna vez? ¿De qué hablaron? ¿Cómo te sentiste al conversar con ella?
- ¿Cómo ustedes expresan o han expresado sus sentimientos mutuos?
- Alguna vez la has besado en la boca o le has tocado el cuerpo? ¿Cómo ha sido eso para ti? ¿Cómo se siente ella sobre la intimidad física contigo?
- ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez? ¿Cómo fue que ocurrió la primera vez? ¿Cómo fue que llegaron a un acuerdo? ¿Quién lo sugirió? ¿Dónde fue? ¿A qué hora? ¿Qué ocurrió? (*Si él nunca ha tenido relaciones sexuales salte a la sección 7*).

- ¿Resultó lo que esperabas? ¿Qué es lo que mejor recuerdas acerca de ello? (Pareja, sentimientos, satisfacción/desilusión, uso de planificación familiar). ¿Cómo te sentiste? ¿Cómo piensas que se sintió ella? ¿Utilizaste algún método de planificación familiar? ¿Por qué no? ¿Cuál? ¿Quién lo propuso?
- ¿Has continuado teniendo relaciones sexuales? ¿Podrías hablarme de eso? (Pareja, frecuencia, sentimientos) ¿Usas algún tipo de protección? (Métodos, quién tomó la iniciativa, quién los obtuvo).
- ¿Te has sentido alguna vez presionado a tener relaciones sexuales? ¿Piensas que tu pareja se ha sentido alguna vez presionada a tener relaciones sexuales? ¿Por qué? ¿Piensas que ella se preocupa en cuanto al sexo? ¿Y tú?

7. Violencia y coerción sexual

Algunas personas experimentan violencia en sus relaciones personales. Otras son coercionadas o forzadas a tener relaciones sexuales. No es fácil hablar de este tema, pero me gustaría discutir este tema contigo para ver si es un problema para los hombres jóvenes en esta comunidad y q podríamos hacer para ayudarlos.

- ¿Alguna vez ha sido alguien violento en tu familia? (Explore abuso doméstico, esposas, niños) ¿Puedes contarme sobre eso?
- En algunas ocasiones a la gente le resulta difícil controlar su ira. ¿Te ha ocurrido eso alguna vez? ¿Puedes hablarme acerca de ello?
- ¿Alguna vez has estado tan enojado o frustrado con una muchacha que has querido pegarle? ¿Qué ocurrió? ¿Cómo te sentiste al respecto?
- ¿Crees que los niños a veces tienen justificación para usar la fuerza con sus parejas? Explore razones y circunstancias.

Aquí en la comunidad hemos oído acerca de casos de abuso sexual.

- ¿Qué consideras que es abuso sexual? (Explore normas sociales).
- ¿Ha ocurrido eso alguna vez en tu familia?
- ¿Piensas que alguien en tu familia ha sido forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad? ¿Qué ocurrió? (Explore detalles, sentimientos, normas).
- ¿En tu caso te ha forzado alguien alguna vez a tener relaciones sexuales cuando realmente no lo querías? (Explore deseos, detalles) ¿Qué ocurrió?

- ¿Has tenido relaciones sexuales con alguien alguna vez que realmente no lo querías? ¿Podrías decirme que ocurrió?
- ¿Si alguien te estuviera pegando o forzando a tener relaciones sexuales contra tu voluntad, que harías?
- Si un hombre desea tener relaciones sexuales y su pareja no, ¿qué debe hacer? (Explore circunstancias, razones).
- ¿Has hablado con alguien acerca de este tema alguna vez? ¿Con quién hablaste? ¿Qué te dijeron? ¿Cómo te sentiste hablando sobre ello?

8. Conclusiones

- ¿Cómo te sentiste durante nuestra discusión durante el día de hoy?
- ¿Has conversado alguna vez con alguien acerca de las cosas que hemos hablado? ¿Con quién? (Explore madre/padre, amigos, maestro). ¿Cómo te sentiste durante esas discusiones? ¿Sobre qué conversaste? ¿Quisieras conversar con tus padres acerca de estas cosas? ¿Podrías hacerlo?
- Si quisieras más información acerca de los temas que estamos discutiendo hoy, ¿adónde/a quién acudirías?

Gracias por compartir tus ideas y experiencias conmigo. ¿Quisieras conocer dónde puedes obtener información sobre cualquiera de los temas que hemos discutido hoy? Si no te ocurre nada en estos momentos, puedes contactar a... (contacto local) en el futuro.

Apéndice 2

GUÍA DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES (15-24 AÑOS)

I. Introducción (5 minutos)

- Introducción
- Objetivos de la(s) entrevista(s)

Quisiera conversar contigo acerca de tus experiencias en la medida en que has ido madurando y desarrollándote sexualmente. Estoy conversando también con otros niños de tu edad. El propósito de estas discusiones es conocer tus ideas y experiencias para poder diseñar programas que ayuden a los niños y hombres jóvenes a desarrollarse de una manera saludable. Conversaremos acerca de lo que significa ser hombre, los cambios experimentados por ti a medida que creces, tu sexualidad y dónde podrías buscar información o ayuda sobre estos temas.

- Participación

No existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas que te haré. Por favor, no te cohibas de responder exactamente lo que piensas.

- Confidencialidad y privacidad

Todo lo que digas aquí se mantendrá en privado y será confidencial. Jamás mencionaremos tu nombre fuera de esta sala. Cuando hablemos a la gente acerca de lo que hemos encontrado en las entrevistas no utilizaremos nombres, hablaremos en términos generales, por ejemplo, diciendo que la mayoría de los niños piensa... Si prefieres no contestar alguna pregunta particular, está bien.

- Consentimiento para grabar/tomar nota.

1. Introducción: Familiarización (10 minutos)

- ¿Qué edad tenías en tu último cumpleaños?
- ¿Trabajas, vas a la escuela, o ambas cosas?
- *(Si él estudia)* ¿Cuál fue el último grado que completaste en la escuela?
- *(Si él trabaja)* ¿Qué tipo de trabajo haces?
- ¿Con quién vives?
- ¿Qué te gusta hacer para divertirte?
- ¿Cómo te imaginas que será tu vida dentro de aproximadamente 10 años?
- ¿Tienes una pareja? ¿Cuánto tiempo han estado juntos?

2. Percepciones de la masculinidad y de convertirse en un hombre

- Cuando te menciono la palabra “ hombre” ¿qué viene a tu mente? (Explore una lista de palabras).
- ¿Cómo debe actuar un hombre? (Explore actividad sexual, proveedor financiero, necesidad de probar la masculinidad). ¿Actúas tú de esa manera? ¿Por qué o por que no? ¿Cómo te sientes al actuar de esa manera? ¿Es fácil o difícil? ¿Qué ocurre si actúas diferente? (Cite ejemplos).
- ¿Te consideras un niño o un hombre? ¿Cómo has conocido/conocerás tu cambio de niño a hombre? ¿Cuándo te reconocerá tu familia como hombre? ¿Y tus amigos?
- *Clasificación de grupo.* Voy a entregarte un grupo de tarjetas con palabras escritas en cada una de ellas describiendo las características de los hombres. *(Utilice conceptos de la lista libre del grupo focal).*
 - Por favor separa las tarjetas en grupos similares los unos a los otros. Puedes agrupar las tarjetas de la manera que quieras *(después que él termina de clasificar las tarjetas, pregúntele por qué las ha clasificado de esta manera).*
 - Ahora quisiera que colocaras las características de ser un hombre en un orden de mayor a menor importancia.

3. Conciencia de fertilidad

- Haga que el entrevistado dibuje un cuerpo masculino en un pedazo de papel. (Explore/agregue órganos omitidos). Formule las siguientes preguntas sobre cada parte del cuerpo:
 - ¿Qué conoces acerca de esto? ¿Cómo lo denominas? ¿Cuál es su función? ¿Cómo debes cuidarlo? ¿Cómo cambia durante la pubertad? (Refiriéndose a órganos externos) ¿Se ven éstos iguales en todos los niños/hombres? ¿Cómo varían de un individuo a otro? ¿Has oído alguna vez acerca del autoexamen testicular?
- ¿Puedes explicarme cómo queda una mujer embarazada? (Explore comprensión de la esperma, óvulo, ciclo menstrual).
- ¿Qué conoces acerca del ciclo menstrual? (Explore tras la respuesta “sangramiento menstrual” para descubrir conocimientos de ovulación, secreciones, fase de fertilidad. ¿Cuándo durante su ciclo (el mes) es más probable que la mujer quede embarazada? ¿Dónde aprendiste acerca de esto?
- ¿Cuándo crees que una niña tiene la edad suficiente para quedar embarazada? ¿Cuándo puede un muchacho dejar embarazada a una niña?
- ¿Conoces algunas vías para prevenir el embarazo? ¿Cuáles son? (Explore comprensión y opiniones sobre cada método) ¿Utilizan tus amigos estos métodos? ¿Cuáles? ¿Por qué/ Por qué no? ¿Dónde aprendiste acerca de estos métodos?
- ¿Has escuchado acerca de las enfermedades de transmisión sexual? Dime lo que sabes de ellas:
 - nombres, síntomas, consecuencias, medios de transmisión, medios de prevención;
 - ¿y qué sabes del VIH o SIDA?
 - ¿cuán común son?

4. Servicios e información: fuentes, necesidad y demanda

- En la medida en que has ido creciendo ¿cómo has aprendido acerca de cómo cambia tu cuerpo durante la pubertad? ¿Acerca de cómo tomar cuidado de ti mismo? ¿Dónde has aprendido acerca del sexo? (Explore medios masivos, padres, amigos, maestros, figuras religiosas. Explore tipo de información recibida, oportunidad y opinión acerca de la información).

- ¿Has acudido alguna vez a un doctor o clínica de salud para obtener consejo acerca de tu desarrollo sexual o de un problema de salud reproductiva? ¿Puedes hablarme acerca de tu experiencia? (Explore fuentes, opinión) ¿O has acudido en busca de un método de planificación familiar?
- ¿Sabes de algún lugar que ofrece servicios de salud reproductiva para los hombres jóvenes? ¿Lo has utilizado alguna vez?
- Háblame acerca de tu experiencia con estos servicios. ¿Obtuviste la ayuda que buscabas? ¿Fue difícil o fácil obtener la ayuda? ¿Cuán cómodo te sentías? ¿Cómo fuiste tratado por el personal?
- Necesitamos tu ayuda para diseñar servicios de salud reproductiva para los hombres jóvenes. Voy a entregarte estas tarjetas. Cada una de ellas tiene una palabra que describe los servicios de salud escritos en ella. Por ejemplo: asequible, privado, seguro o amistoso⁷. Tu trabajo consiste en ponerlas en orden sobre la mesa de acuerdo al grado de importancia que tienen para ti. Puedes poner a un lado aquéllas que no tienen ninguna importancia para ti. (Nota: trate también de generar comentarios adicionales).
- Ahora que tenemos una lista de las características que son importantes para ti en una clínica de salud, quiero estar seguro de entender lo que esas características significan para ti. Por favor, cítame ejemplos y explícame el significado de cada una de ellas.
- También necesitamos conocer acerca de que aspectos de tu sexualidad y salud quisieras obtener más información. (Repita el mismo ejercicio priorizando las necesidades de información).
- ¿Cómo quisieras aprender acerca de ello? ¿Con quién quisieras discutirlo?

5. Pubertad y desarrollo de identidad sexual: explore que fue lo que experimentaron en la medida en que su cuerpo se iba desarrollando durante la pubertad.

- ¿Qué cambios has notado en tu cuerpo en la medida en que te has desarrollado? ¿Cómo te sientes acerca de ellos? ¿Hay algo que no entiendes o que te preocupa? ¿Te ha hablado alguien acerca de esos cambios? ¿Quién? ¿Acerca de qué conversaron?
- En la medida en que has ido creciendo ¿cuál ha sido la parte más difícil, confusa o engorrosa de tu desarrollo? ¿Qué es lo que te ha causado más orgullo? ¿Qué ha sido lo más divertido? ¿Por qué?

⁷ Nota: Estas frases serán generadas durante la discusión del grupo focal y las tarjetas tienen que ser preparadas con antelación a las entrevistas.

- ¿Hay algo específico que te preocupa ahora acerca de tu salud y desarrollo? (Explore: desarrollo normal, primera eyaculación, emisiones nocturnas, erecciones espontáneas, masturbación, homosexualidad, virginidad, tamaño del pene, comportamiento sexual).
- ¿Qué piensas acerca de la masturbación? ¿Te has masturbado alguna vez? ¿Qué sientes acerca de eso? ¿Qué piensas que tus amigos/padres pensarán si supieras que te masturbaste?
- ¿Cuándo sueñas despierto acerca de sexo piensas en niños, niñas o en ambos?
- Muchos niños se sienten sexualmente atraídos por otros niños en algún momento de su juventud. ¿Has tenido esa experiencia? ¿Cómo te sentiste al respecto?

6. Desarrollo y debut de la sexualidad. Me gustaría conversar contigo acerca de cómo tú estás desarrollando tu sexualidad. ¿Podieras decirme qué has notado en tu desarrollo sexual? ¿Cómo te sentiste acerca de esos cambios? ¿Comprendías lo que te estaba pasando? ¿Te gustaría tener más información?

Preguntas exploratorias: (usarlas si el entrevistado no promueve el tema espontáneamente).

- ¿Cuál piensas que es el momento apropiado para un niño tener relaciones sexuales? ¿Por qué? ¿Para una niña? ¿Estarán tus padres de acuerdo contigo? ¿Qué consejo te han dado tus padres?
- ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?
- ¿Existe alguna razón por la que has elegido no tener sexo o no has tenido aún la oportunidad? (Omita la siguiente pregunta).
- ¿Podrías hablarme acerca de la primera vez que tuviste relaciones sexuales? (Alíentelo a mantenerse hablando hasta que haya discutido sus sentimientos lo más completamente posible y después explore:)
 - relación con la pareja, edad, cómo se conocieron, dónde y cuándo;
 - cómo se compara con lo que esperabas;
 - cómo te sentiste acerca de ello; cómo piensas que se sintió ella acerca de ello;
 - cuán satisfactorio fue para él; para ella;
 - ¿quién lo sugirió? ¿lo deseabas?
 - (explore si él la presionó a ella y de ser así cómo y por qué él pensó que esto era apropiado);

- conversaste acerca de sexo o de la planificación familiar con la niña anticipadamente;
- acerca de qué, ¿Posteriormente?
- ¿hubo algo que te preocupó? (enfermedad, embarazo, desempeño);
- uso de anticonceptivos (¿quién lo inició?, ¿qué método? ¿En prevención de enfermedades de transmisión sexual o del embarazo? ¿Dónde y cómo lo obtuvieron; ¿cómo se sintieron al usarlos?);
- si no los usaron, ¿por qué no?
- si él los obtuvo, sentimientos al obtener/proponer/usar el método; comunicación con la pareja; cuándo; reacción de la pareja.
- ¿Tienes una pareja ahora, o la has tenido alguna vez?
- ¿Has conversado sobre sexo con tu pareja alguna vez? ¿De qué hablaron? ¿Cómo te sentiste durante la conversación? ¿Cómo piensas que se sintió ella? ¿Qué hubiese facilitado o dificultado hacerlo?
- ¿Cómo ustedes expresan o han expresado sus sentimientos mutuos?
- ¿Alguna vez la has besado en la boca o le has tocado el cuerpo? ¿Cómo ha sido eso para ti? ¿Cómo se siente ella sobre la intimidad física contigo?
- ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez? ¿Cómo fue que ocurrió la primera vez? ¿Cómo fue que llegaron a un acuerdo? ¿Quién lo sugirió? ¿Dónde fue? ¿A qué hora? ¿Qué ocurrió? *(Si él nunca ha tenido relaciones sexuales salte a la sección 7).*
- ¿Has continuado teniendo relaciones sexuales? ¿Podrías hablarme de eso? (Pareja, frecuencia, sentimientos) ¿Usas algún tipo de protección? (Métodos, quién tomó la iniciativa, quién los obtuvo). ¿Siempre los has utilizado? En caso negativo, ¿por qué no?
- ¿Te has sentido alguna vez presionado a tener relaciones sexuales? ¿Piensas que tu pareja se ha sentido alguna vez presionada a tener relaciones sexuales? ¿Por qué? ¿Piensas que ella se preocupa en cuanto al sexo? ¿Y tú?
- ¿Existe algo que te preocupa acerca de tu vida sexual? ¿Algo que quieras cambiar acerca de ella?

7. Paternidad adolescente: explore actitudes, experiencias y normas sociales

- ¿Has pensado tú o alguien cercano a ti en alguna ocasión que han dejado a alguien embarazada? ¿Qué ocurrió? ¿Cómo reaccionaste tú o cómo reaccionaron ellos? ¿Qué hiciste

tú o qué hicieron ellos? ¿A quién hablaste tú o a quién le hablaron ellos?

- ¿Qué harías si te enteraras que tu pareja está embarazada? ¿Cómo te sentirías? ¿Cómo se sentiría ella? ¿Existe alguna situación en que tu reacción pueda ser diferente? ¿Cuál?
- ¿Te sientes preparado/listo para ser padre? ¿Por qué/Por qué no? ¿Cuándo estarás listo?
- ¿Cómo es tu padre? ¿Dirías que es un buen padre o no? ¿Cuán buen padre tú dirías que es? ¿Por qué? ¿Quisieras ser el mismo tipo de padre o diferente? ¿Por qué?
- ¿Cómo sería un buen padre?

8. Violencia y coerción Sexual

Algunas personas experimentan violencia en sus relaciones personales. Otras son coercionadas o forzadas a tener relaciones sexuales. No es fácil hablar de este tema, pero me gustaría discutir este tema contigo para ver si es un problema para los hombres jóvenes en esta comunidad y que podríamos hacer para ayudarlos.

- ¿Alguna vez ha sido alguien violento en tu familia? (Explore abuso doméstico, esposas, niños) ¿Puedes contarme sobre eso?
- En algunas ocasiones a la gente le resulta difícil controlar su ira. ¿Te ha ocurrido eso alguna vez? ¿Te ha golpeado alguien? ¿Puedes hablarme acerca de ello?
- ¿Alguna vez has estado tan enojado o frustrado con una muchacha que has querido pegarle? ¿Puedes decirme qué ocurrió? ¿Cómo te sentiste al respecto?
- ¿Crees que los niños a veces tienen justificación para usar la fuerza con sus parejas? ¿Los esposos con sus esposas? Explore razones y circunstancias.
- ¿Si alguien te golpeará o te forzará a tener relaciones sexuales en contra de tu voluntad, qué harías?
- ¿Si te enteraras que esto le está ocurriendo a algún amigo o pariente, qué harías?
- ¿Qué aconsejarías a alguien que ha sido golpeado por su pareja? ¿Cómo sería si fuese ella la forzada a tener relaciones sexuales?
- ¿Existen algunos recursos en tu comunidad para ayudar a las personas en esta situación?
- ¿Has hablado alguna vez con alguien acerca de violencia y sexo? ¿Qué fue lo que hablaron?

Aquí en la comunidad hemos oído acerca de casos de abuso sexual.

- ¿Qué consideras que es abuso sexual? (Explore normas sociales).
- ¿Ha ocurrido eso alguna vez en tu familia?
- Por ejemplo, ¿alguien en tu familia ha sido forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad? ¿Qué ocurrió? (Explore detalles, sentimientos, normas).
- En tu caso ¿te ha forzado alguien alguna vez a tener relaciones sexuales cuando realmente no lo querías? (Explore deseos, detalles) ¿Me dirías qué ocurrió?
- ¿Has tenido relaciones sexuales con alguien alguna vez que realmente no lo quería? ¿Por qué? ¿Podrías decirme que ocurrió?
- ¿Si alguien te estuviera pegando o forzando a tener relaciones sexuales contra tu voluntad, que harías?
- ¿Qué ocurre en el caso de que un hombre desee tener relaciones sexuales y su pareja no? ¿Considerarías esto abuso sexual? (Explore circunstancias y razones).
- ¿Has hablado con alguien acerca de este tema alguna vez? ¿Con quién hablaste? ¿Qué te dijeron? ¿Cómo te sentiste hablando sobre ello?

9. Conclusiones

- ¿Cómo te sentiste durante nuestras conversaciones durante el día de hoy?
- ¿Has conversado alguna vez con alguien acerca de las cosas que hemos hablado? ¿Con quién? (Explore madre/padre, amigos, maestro). ¿Cómo te sentiste durante esas discusiones? ¿Sobre qué conversaste? ¿Quisieras conversar con tus padres acerca de estas cosas? ¿Podrías hacerlo?
- Si quisieras más información acerca de los temas que estamos discutiendo hoy, ¿tienes algún lugar dónde acudir?

Gracias por compartir tus ideas y experiencias conmigo. ¿Quisieras conocer dónde puedes obtener información sobre cualquiera de los temas que hemos discutido hoy? Si no te ocurre nada en estos momentos, puedes contactar a... (contacto local) en el futuro.

Apéndice 3

ENCUESTA INSTRUMENTAL DE SALUD REPRODUCTIVA(10-24)

Esta encuesta nos ayudará a entender tus pensamientos y preocupaciones acerca de salud reproductiva para que puedan desarrollarse programas para servir de mejor forma a los hombres jóvenes a través del país. Las preguntas en esta encuesta representan una amplia variedad de experiencias y preocupaciones enfrentadas por los adolescentes. Algunas de ellas pueden o no ser aplicables a ti. Tu nombre NO aparecerá en la encuesta así es que nadie sabrá tus respuestas. Por favor contesta libremente lo que quieras. Tu participación es voluntaria y no tienes que contestar ninguna pregunta particular si prefieres no hacerlo.

Gracias, tu ayuda hoy es MUY IMPORTANTE para nosotros.

SOBRE TI

Estas son algunas preguntas generales sobre ti y tu vida

1. ¿Cuántos años cumpliste en tu último cumpleaños? _____

2. En la actualidad ¿eres soltero, vives con alguien, separado, divorciado, viudo?
 - a. Soltero
 - b. Vivien con alguien
 - c. Separado/Divorciado
 - d. Otro: _____

3. ¿Tienes pareja?
 - a. Sí
 - b. No

4. ¿Cuántas personas viven contigo? Cuéntate a ti mismo. _____

5. Tus padres biológicos:
 - a. Viven juntos/casados
 - b. Divorciados
 - c. Separados
 - d. Uno de mis padres está muerto
 - e. Mis dos padres están muertos
 - f. No sé

6. ¿Estás en la escuela actualmente?
 - a. Sí
 - b. No

7. ¿Cuál es el último grado escolar que completaste exitosamente, sin contar el grado actual en que estás? _____

8. En la actualidad, ¿trabajas fuera de la casa?
 - a. Sí
 - b. No

9. ¿Cuántas horas a la semana trabajas?
 - a. No trabajo
 - b. 1-4 horas a la semana
 - c. 5-9 horas a la semana
 - d. 10-20 horas a la semana
 - e. Más de 20 horas a la semana

10. ¿Escuchas la radio regularmente?
 - a. Sí
 - b. No

11. ¿Qué emisora escuchas?

12. ¿Ves televisión?

- a. Sí
- b. No

13. ¿Cuánta televisión ves?

- a. Horas al día _____
- b. No todos los días

SOBRE TU SALUD

Estas son preguntas sobre lo que tú sabes y sientes sobre los temas relacionados a tu salud reproductiva y tu sexualidad.

14. Antes de tener 18 años, ¿alguna vez hablaste con alguno de tus padres u otros adultos sobre?:
(Marcar todos los que son aplicables)

- a. Ciclo menstrual
- b. Cómo ocurre el embarazo
- c. Métodos de control de natalidad
- d. Enfermedades de transmisión sexual
- e. VIH/SIDA

15. Antes de tener 18 años, alguna vez te enseñaron en la escuela sobre: **(marcar todos los que son aplicables)**

- a. Ciclo menstrual
- b. Sistema reproductivo de la mujer
- c. Sistema reproductivo del hombre
- d. Cómo ocurre el embarazo
- e. Métodos contraceptivos
- f. Enfermedades de transmisión sexual
- g. VIH/SIDA
- h. Control de la natalidad

16. ¿Alguna vez has asistido a una lección, curso o conferencia sobre educación sexual fuera de la escuela?

- a. Sí
- b. No
- c. No recuerdo

¿Dónde asististe a esa lección, curso o conferencia? _____

17. ¿Sabes a que edad puede una mujer quedarse embarazada?

- a. Sí
- b. No

¿Puedes decirme lo que sabes sobre eso?

18. ¿Sabes en que momento del ciclo menstrual una mujer puede quedarse embarazada?

- a. Sí
- b. No

¿Puedes por favor decirme lo que sabes sobre eso? _____

19. ¿Sabes cómo determinar los días fértiles de una mujer?

- a. Sí
- b. No

¿Cómo lo harías? _____

20. ¿De quién aprendiste eso? _____

21. Hasta donde tú sabes, ¿existen enfermedades que puedan transmitirse a través de las relaciones sexuales?

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

22. ¿Cuáles son las señales y síntomas comunes de las enfermedades de transmisión sexual?

23. ¿Alguna vez has tenido alguno de estos síntomas?

- a. Sí
- b. No

24. ¿Alguna vez has escuchado sobre VIH o SIDA?

- a. Sí
- b. No

25. Hasta donde tu sabes, ¿cuáles son las formas en que la gente se contagia de VIH/SIDA
(Enumera todas las que se te ocurran)

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

26. ¿Cuáles son algunas maneras de protegerte de las enfermedades de transmisión sexual
incluyendo VIH/SIDA? **(Enumera todas las que se te ocurran)**

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

27. ¿Cuándo crees que un niño o un hombre joven debería tener su primera relación sexual?

- a. Sólo después que se haya casado
- b. Sólo si planea casarse
- c. Si está enamorado sin importar planes de matrimonio
- d. Si tiene una pareja pero no está enamorado.

28. ¿Cuándo crees que una niña o mujer joven debería tener su primera relación sexual?

- a. Sólo después de casarse

- b. Sólo si planea casarse
- c. Si está enamorada sin importar planes de matrimonio
- d. Si tiene una pareja pero no está enamorada

29. ¿Quién crees que debe ser responsable de evitar el embarazo?

- a. La mujer
- b. El hombre
- c. Los dos
- d. No sé

30. Cuando piensas o sueñas despierto sobre sexo, piensas en:

- a. Hombres
- b. Mujeres
- c. Los dos

31. ¿Cuál de los siguientes describe mejor tus sentimientos?

- a. 100% heterosexual (atraído a personas del sexo opuesto)
- b. Casi siempre heterosexual
- c. Bisexual (atraído por igual a hombres y mujeres)
- d. Casi siempre homosexual
- e. 100% homosexual (homosexual/lesbiana; atraído a personas del mismo sexo)
- f. No estoy seguro

32. Las siguientes preguntas son acerca de cuánto te preocupan distintas cosas en tu vida. Para cada pregunta, contesta cuánto te preocupas por el tema: Nada, Muy Poco, Un Poco, Bastante, Mucho.

Me preocupa:

- a. Cómo me tratan mis amigos
- b. No poder conseguir un buen trabajo cuando crezca
- c. Cuánto le gusto a otros niños
- d. Si mi cuerpo se está desarrollando (creciendo normalmente)
- e. Cómo me veo
- f. Las condiciones económicas donde vivo
- g. Qué uno de mis padres me pegue tan fuerte que me haga daño
- h. Embarazar a alguien
- i. Contraer SIDA
- j. La violencia en mi hogar
- k. Mi cuerpo no se está desarrollando tan rápidamente como los cuerpos de mis amigos
- l. Mi cuerpo se está desarrollando mucho más rápido que los cuerpos de mis amigos
- m. Me preocupa que alguien me fuerce a hacer cosas sexuales que yo no quiero

33. ¿Alguna vez has tratado de obtener ayuda o consejos para cualquiera de estas preocupaciones?

- a. Sí
- b. No

SOBRE TU SEXUALIDAD

A menudo el sexo es parte importante en la vida de las personas. A pesar que es muy privado, esperamos que puedas compartir alguna información con nosotros para poder entender mejor tus necesidades personales, tus preocupaciones y preguntas. Recuerda que tus respuestas serán privadas.

34. ¿Has tenido alguna vez algún tipo de experiencia sexual con un hombre?

- a. Sí
- b. No

35. ¿Has tenido alguna vez algún tipo de experiencia sexual con una mujer?

- a. Sí
- b. No

36. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

- a. Sí (**Ir a la #38**)
- b. No

37. ¿Existen razones por las que has elegido no tener relaciones sexuales? (**Marca todas las que sean aplicables**)

- a. No estoy emocionalmente listo para eso
- b. No quiero el riesgo de un embarazo
- c. No he conocido a nadie con quién quiera hacerlo
- d. No he tenido la oportunidad
- e. Miedo a las enfermedades
- f. Mis valores religiosos son contrarios a eso
- g. Los valores de mis padres son contrarios a eso
- h. Quiero esperar a ser mayor
- i. Quiero esperar a estar casado

IR A LA # 38

Ahora quisiera hacerte unas preguntas sobre la primera vez que tuviste relaciones sexuales.

38. Cuando tuviste tu primera relación sexual, ¿cuál era tu relación con tu pareja?

- a. Esposa
- b. Novia
- c. Enamorada
- d. Amiga
- e. Conocida
- f. Recién conocida
- g. Pariente
- h. Relación sexual forzada/Violación
- i. Otro_____
- j. No recuerdo

39. La primera vez que tuviste una relación sexual, ¿alguien te forzó o lo hiciste contra tu voluntad?

- a. Sí
- b. Más o menos
- c. No

40. ¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste? _____

41. ¿Cuántos años tenía la persona con quién tuviste relaciones sexuales la primera vez?

_____ años
_____ No sé

42. ¿Cuánto tiempo estuvieron saliendo tu pareja y tú cuando tuviste tu primera relación sexual?

- a. _____ días
- b. _____ semanas
- c. _____ meses
- d. _____ años
- e. _____ La primera vez que nos vimos

f. _____ No me acuerdo

43. Antes de tener relaciones sexuales la primera vez, ¿hablaron tú y tu pareja sobre contracepción?

- a. Sí
- b. No
- c. No me acuerdo

44. Al momento de tener la primera relación sexual, ¿tú o tu pareja usaron algún método de control de natalidad?

- a. Sí (**Ir a la #46**)
- b. No
- c. No me acuerdo

45. ¿Cuál fue la razón principal para no usar control de natalidad?

- a. Simplemente no lo pensé
- b. No pensé que ella se quedaría embarazada
- c. Tener relaciones sexuales no fue planificado/ no tuve tiempo de prepararme
- d. Ella quiere quedarse embarazada
- e. Mi pareja no quiere usar contraceptivos
- f. No está bien usar contraceptivos
- g. Me dio vergüenza buscar contraceptivos
- h. No tuve dinero para comprar contraceptivos
- i. Nos preocupan los efectos secundarios de los contraceptivos
- j. Es problema de mi pareja, no mío

46. ¿Qué método contraceptivo usaste tú o tu pareja durante la primera relación sexual?

- a. Retiro prematuro
- b. Sólo espuma
- c. Sólo condones
- d. Espuma y condones

- e. Planificación familiar natural _____(especificar)
- f. Píldoras anticonceptivas
- g. Inyecciones
- h. Duchas vaginales
- i. DIU

47. ¿Usaste este método para prevenir el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, o las dos cosas?

- a. Embarazo
- b. Enfermedades de transmisión sexual
- c. Las dos cosas

48. ¿Quién tomó la decisión de usar contraceptivos esa vez?

- a. Tú
- b. Tu pareja
- c. Los dos juntos
- d. No me acuerdo

Ahora por favor contesta algunas preguntas sobre la ÚLTIMA vez que tuviste relaciones sexuales.

49. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿cuál era la relación con tu pareja?

- a. Esposa
- b. Novia
- c. Enamorada
- d. Amiga
- e. Conocida
- f. Recién conocida
- g. Pareja sexual
- h. Pariente

- i. Relación sexual forzada/violación
- j. Otra_____

50. La última vez que tuviste una relación sexual, ¿consumiste alcohol antes de la relación?

- a. Sí
- b. No

51. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja usaron algún método de control de natalidad o protección?

- a. Sí (**Ir a la #53**)
- b. No
- c. No recuerdo

52. ¿Cuál fue la razón principal para no usar un método de control de natalidad en tu última relación sexual?

- a. Simplemente no lo pensé
- b. No pensé que ella se quedaría embarazada
- c. Tener relaciones sexuales no fue planificado/ no tuve tiempo de prepararme
- d. Ella quiere quedarse embarazada
- e. Mi pareja no quiere usar contraceptivos
- f. No está bien usar contraceptivos
- g. Me dio vergüenza buscar contraceptivos
- h. No tuve dinero para comprar contraceptivos
- i. Nos preocupan los efectos secundarios de los contraceptivos
- j. Es problema de mi pareja, no mío

Ir a la #55

53. ¿Qué método de contracepción usaron tu y tu pareja durante el último coito?

- a. Sólo espuma
- b. Sólo condones

- c. Espuma y condones
- d. Planificación familiar natural _____(especificar)
- e. Píldoras anticonceptivas
- f. Inyecciones
- g. Duchas vaginales
- h. DIU
- i. Retiro prematuro

54. ¿Usaste un contraceptivo para evitar embarazo, enfermedades de transmisión sexual, o las dos cosas?

- a. Embarazo
- b. Enfermedades de transmisión sexual
- c. Las dos cosas

Finalmente, hablemos de tu actividad sexual en general.

55. ¿Cuán a menudo tienes relaciones sexuales?

- a. Una o dos veces
- b. Rara vez (unas pocas veces al año o menos)
- c. A veces (1-4 veces al mes)
- d. Varias veces a la semana
- e. No estoy seguro

56. ¿Cuán a menudo tú y/o tu pareja usan un método contraceptivo?

- a. Siempre (**Ir a la #58**)
- b. Muy a menudo (**Ir a la #58**)
- c. A veces
- d. Rara vez

57. Si estás teniendo relaciones sexuales, y tú y/o tu pareja a veces o rara vez usan métodos contraceptivos, ¿cuál es la principal razón para no usarlos con más frecuencia? (**Marcar sólo una**).

- a. Simplemente no pienso en eso
- b. No creo que ella pueda quedarse embarazada
- c. Tener relaciones sexuales no es planificado/no hay tiempo para prepararse
- d. Ella quiere quedarse embarazada
- e. Mi pareja no quiere usar contraceptivos
- f. Es malo usar contraceptivos
- g. Me da vergüenza tratar de conseguir contraceptivos
- h. No tengo dinero para comprar contraceptivos
- i. Nos preocupan los efectos secundarios de los contraceptivos
- j. Es problema de mi pareja, no mío

IR A LA # 60

58. ¿Qué tipo de contraceptivos usas tú y/o tu pareja más a menudo? (**Marcar solo una**).

- a. Retiro prematuro
- b. Sólo espuma
- c. Sólo condones
- d. Espuma y condones
- e. Planificación familiar natural _____(especificar)
- f. Píldoras anticonceptivas
- g. Inyecciones
- h. Duchas vaginales
- i. DIU

59. ¿Usaste un contraceptivo para evitar embarazo, enfermedades de transmisión sexual, o las dos cosas?

- a. Embarazo
- b. Enfermedades de transmisión sexual
- c. Las dos cosas

60. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida? _____

61. Por favor indica si estás de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones acerca de los condones.

- a. Los condones reducen el placer del sexo
- b. Los condones son engorrosos de usar
- c. Los condones requieren que la pareja tenga auto control
- d. Los condones se pueden usar más de una vez
- e. Las personas que usan condones se acuestan con muchas personas
- f. Da vergüenza comprar condones en una farmacia o tienda
- g. Da vergüenza pedir condones en clínicas
- h. A la mayoría de las mujeres no les gusta usar condones
- i. A la mayoría de los hombres no les gusta usar condones
- j. Usar condones con una pareja nueva es una buena idea
- k. No es necesario usar condones si uno conoce a su pareja
- l. Las mujeres deberían pedirle a sus parejas que usen condones
- m. Es fácil discutir el uso de condones con la posible pareja

62. ¿Te gustaría más información sobre métodos contraceptivos?

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

63. Si fueras a usar contraceptivos ¿dónde te sentirías más cómodo obteniéndolos? (**Marcar sólo una**)
- a. Clínica
 - b. Farmacia
 - c. Etc., dependiendo del lugar

SOBRE LA VIOLENCIA

Muchas personas experimentan violencia en sus relaciones personales. Otras son coercionadas o forzadas a tener relaciones sexuales. Me gustaría discutir este tema contigo para ver si es un problema para los niños y qué podemos hacer para enfrentarlo.

64. ¿Alguna vez has estado tan enojado o frustrado que has querido pegarle a una mujer?
- a. Sí
 - b. No
65. ¿Crees que los hombres a veces tienen justificaciones para usar la fuerza con sus parejas?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No estoy seguro
66. ¿Alguna vez has sido físicamente abusado o maltratado por alguien en tu familia o por otra persona?
- a. Sí
 - b. No
67. ¿Has discutido alguna vez este problema con alguien?
- a. Sí
 - b. No
68. ¿Con quién discutiste este problema? (**Marca a todos aquellos con los que has hablado**).

- a. Familia
- b. Amigo cercano
- c. Profesor/a
- d. Proveedor de salud
- e. Ministro o sacerdote
- f. Otro _____

69. ¿Alguna vez has sido sexualmente abusado? Abuso sexual es cuando alguien en tu familia o fuera de ella te toca en un lugar donde no quieres ser tocado o hace algo sexual que no deberían hacer.

- a. Sí
- b. No (**IR A LA #72**)

70. ¿Has discutido este problema con alguien?

- a. Si
- b. No

71. ¿Con quién discutiste este problema? (**Marcar todos lo que se pueden aplicar**) a. Familia

- b. Amigo cercano
- c. Profesor/a
- d. Proveedor de salud
- e. Ministro o sacerdote
- f. Otro _____

SOBRE SER PADRE

Estas preguntas tienen que ver con ser padre y qué hace a un buen padre.

72. ¿Has dejado alguna vez a alguien embarazada?

- a. Sí
- b. No (**IR A LA #78**)
- c. No sé/ no estoy seguro (**IR A LA #78**)

73. ¿Cuántas veces has dejado a alguien embarazada?

- a. No sé
- b. Una vez
- c. Dos veces
- d. Tres o más veces

74. ¿Cuál fue tu decisión con respecto al embarazo? Si has causado más de un embarazo, refiérete al embarazo más cercano.

- a. Ella se quedó con el bebé
- b. Estamos criando al bebé juntos
- c. Su familia está criando al bebé
- d. Mi familia está criando al bebé
- e. El bebé se puso en adopción
- f. Ella terminó el embarazo
- g. Ella tuvo una pérdida/el bebé murió
- h. Está embarazada ahora, no estoy seguro que haremos
- i. Otro: _____

75. ¿Cuán a menudo le dedicas tiempo con tu hijo?

- a. Todos los días
- b. Unas pocas veces a la semana
- c. Una vez a la semana
- d. Una vez al mes
- e. Menos de una vez al mes
- f. Nunca

76. ¿Das algo para el mantenimiento de tu hijo?

- a. Sí
- b. No

77. Si tu respuesta es sí, ¿qué das? (**Marca todas las que son aplicables**)

- a. Dinero
- b. Comida
- c. Cuidado y atención al niño
- d. Ropa
- e. Otras

SOBRE LOS SERVICIOS

78. ¿Dónde irías si tuvieras un problema con:

(Llena el cuadro con opciones, dependiendo del ambiente)

- a. Tu familia
- b. Embarazo
- c. Depresión (sentirse realmente triste)
- d. Necesidad de información sobre contraceptivos
- e. Ira, sentirse fuera de control
- f. Abuso sexual/físico
- g. Drogas/alcohol
- h. Relaciones enamorado/enamorada
- i. Salud física
- j. Enfermedades de transmisión sexual

Gracias por compartir tus sentimientos y experiencias conmigo. ¿Te gustaría saber donde obtener información sobre cualquiera de los temas que discutimos hoy día? Si no se te ocurre nada ahora, puedes contactarme....(contacto local) más adelante.

Apéndice 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días/Buenas tardes. Mi nombre es _____ y soy de _____. Estamos llevando a cabo entrevistas con niños y hombres jóvenes acerca de su salud sexual y reproductiva. El propósito de este estudio es recoger información que nos ayude a desarrollar servicios y programas educacionales para promover la salud de los niños y los hombres jóvenes.

Me gustaría conseguir el permiso de ustedes para hablar hoy día acerca de sus ideas y experiencias relacionadas a su salud reproductiva y su sexualidad. Dejo a Uds. la decisión de contestar las preguntas que quieran. No se les cobrará por su participación ni se les dará dinero, sin importar si aceptan o no participar en la entrevista. Pueden poner fin a nuestra discusión en cualquier momento. Todo lo que digan será privado y confidencial.

También quiero asegurarles que su participación no afectará los servicios que Uds. reciben de _____.

Si tienen cualquier pregunta, pueden preguntarme o contactar a _____ en _____.

Si deciden participar en esta entrevista, por favor firmen esta página. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus ideas y sugerencias nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de los niños y hombres jóvenes como Uds. Si no desean participar, gracias por su tiempo.

_____ Sí, acepto la entrevista

_____ No, no acepto la entrevista

BIBLIOGRAFÍA

- Ali, K.A. (1995). Notes on Rethinking Masculinities. In Learning about Sexuality: A Practical Beginning. New York: Population Council.
- Armstrong, B. (1986). Involving Young Men in Family Planning Services. Planned Parenthood Review, Fall; 6(3):4-6.
- Barker, G. (1996). The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean. Erickson Institute.
- Barker, G. & Loewenstein, I. (1996). Where the Boys are: Promoting Greater Male Involvement in Sexuality Education: Conclusions from Qualitative Research in Rio De Janeiro, Brazil. Centro De Educação Sexual, CEDUS.
- Barker, G., "The Health Needs of Adolescent Males: Emerging Research and Implications for Health Promotion. (Copy without citation.)
- Barker, G. & Rich, S. (1992). "Influences on Adolescent Sexuality in Nigeria and Kenya: Findings from Recent Focus-Group Discussions." Studies in Family Planning, Vol.23, No. 3, 199-210. May-June, 1992
- Berganza, C.E., Peyre, C.A. & Aguilar, G. (1989). Sexual Attitudes and Behavior of Guatemalan Teenagers: Considerations for Prevention of Adolescent Pregnancy. Adolescence, 24(94): 327-337. Summer 1989.
- Best, K. (1998). Men's Reproductive Health Risks: Threats to Men's Fertility and Reproductive Health Include Disease, Cancer and Exposure to Toxins. Network, Spring: 7-10.
- Bolton, F.G. & Maceachron, A.E. (1988). Adolescent Male Sexuality: A Developmental Perspective. Journal of Adolescent Research 3(3-4):259-273.
- Boyer, D. & Fine, D. (1992) Sexual Abuse as a Factor in Adolescent Pregnancy and Child Maltreatment. Family Planning Perspectives, 24(1): 4-11, 19.Jan-Feb. 1992
- Burak, S.D. (1998). Protección, riesgo y vulnerabilidad, Organización Panamericana de la Salud, Junio.
- Burak, S.D. (1997). Adolescent's Integral Health: A Conceptual and Epidemiological Framework. PAHO, WHO, Program for Adolescent's Integral Health, Caracas ,Venezuela, September.
- Burke, S.A. (1990) Fertility Education for Young Men. Natural Family Planning: Current Knowledge and New Strategies for the 1990s: Proceedings of a Conference, Part II, Georgetown University, Washington D.C.
- Buvinic, M. et. al. (1992). "The Fortunes of Adolescent Mothers and their Children: The Transmission of Poverty In Santiago, Chile." Population And Development Review, 18:269-297.
- Caceres, C., Gutuzzo, E., Rosasco, A., Goicochea, P., Mandel, J., Hearst, N. (1991). "Educational Needs

- on AIDS and Human Sexuality among High School Students and Teachers in Lima.” Working Paper.
- Caceres, C., Vanoss Marin, B., Hudes, E.S., Reingold, A.L., Rosasco, A.M. (1997). “Young People and the Structure of Sexual Risks in Lima.” AIDS, 11(1): S67-S77.
- Clark, S.D., Zabin, L.S. & Hardy, J.B. (1984). "Sex, Contraception and Parenthood: Experience and Attitudes among Urban Black Young Men," Family Planning Perspectives, 16:77.
- Consejo Nacional de Población, (1995). Estrategia de Capacitación Sobre Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente.
- Creswell, J.W. (1998). Qualitative Inquiry And Research Design, Choosing Among Five Traditions, Sage Publications.
- Danforth, N. & Green, C. () Involving Men in Reproductive Health: A Review Of USAID-Funded Activities.
- Danielson,R., Marcy, S., Plunkett, A., Wiest, W., & Greenlick, M. (1990) "Reproductive Health Counseling for Young Men: What Does it Do?" Family Planning Perspectives, 22 (3):115-121
- Debus, M. () "Handbook for Excellence in Focus Group Research," Academy For Educational Development
- De Kjeizer, B. (1995). "Masculinity as a Risk Factor," Seminar On Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, IUSSP, Zacatecas.
- De La Vega, E. (1990). “Considerations For Reaching the Latino Population with Sexuality and HIV/AIDS Information and Education.” SIECUS Report, 18(3): 1-8.
- Estanziolla, E. (1995). “National Programme for Comprehensive Teenage Health.” Presented at the UNFPA Regional Conference On Reproductive Health in Latin America and the Caribbean, Mexico: August 23-26.
- Family Health International (L997). "Gender Norms Affect Adolescents." Network, Vol. 17, No.3, Spring 1997.
- Finkle, M.L., Finkel, D.J. (1975). "Sexual and Contraceptive Knowledge, Attitudes and Behavior of Male Adolescents," Family Planning Perspectives, 7:256.
- Fisher, A. A., Laing, J.E., Stoeckel, J.E. & Townsend, J.W., (1983) "Handbook for Family Planning Operations Research Design", Population Counsel.
- Folch-Lyon, E., L. Macorra & S. Bruce Schearer. (1981) "Focus Group and Survey Research on Family Planning in Mexico." Studies in Family Planning, 12 (12):409-32

- Fort, A L. (1989). "Investigation of the Social Context of Fertility and Family Planning: A Qualitative Study in Peru." International Family Planning Perspectives, 15,(3):88-94.
- Frye Helzner, J., (1996). "Men's Involvement in Family Planning." Reproductive Health Matters, London, England, Number 7, May 1996.
- Gilmore, S. & Delamater, (1995). *Sexual Decision-Making by Inner-City Black Adolescent Males'*. Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin.
- Gordon, P.H. & Demarco, L.J. (1984). "Reproductive Health Services for Men: Is There a Need?" Family Planning Perspectives, 16:44-46 & 49.
- Gould, B, Enge, K & Ottolenghi, E, (1995). *Reproductive Health Knowledge, Attitudes and Behaviors of Mayan Men in Guatemala*. Paper presented to annual meeting, American Public Health Association, San Diego, CA.
- Health and Prevention Association (1994). Survey to Young People on Sexuality, Gender and Population. From The Health and Prevention Association. Bogota, Colombia.
- Heise, L, Moore, K, & Toubia, N. (1995) Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research. New York: Population Council.
- Herold, J., Monterrosos, L., Gastellanos, G., Cone, A. & Spitz, A. (1988). *Sexual Experience and Contraceptive Use among Young Adults in Guatemala City*. International Family Planning Perspectives, 14(4):142-46.
- Holguín, R.T. et. al. (1993). República Dominicana Encuesta Nacional de Jóvenes. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, CDC, Division of Reproductive Health.
- Hulton & Falkingham, Reproductive Health Matters. Number 7, May 1996. (Male Methods)
- International Planned Parenthood Federation, (1996). *Challenges: Men's Needs and Responsibilities*.
- Jejeebhoy, S. (1996). *Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India*. ICRW Working Paper No. 3.
- Kim, Y.M., & Marangwanda, C. (1996). *Attending Young Clients: Quality of Counseling in Zimbabwe*. The Johns Hopkins Center for Communication Programs, Baltimore. Forthcoming publication.
- Kincaid, C.D., et. al. (1992). "Multivariate Model of Adolescent Sexual Activity and Contraceptive Use in Lima and Mexico City." Presented at the American Public Health Association Annual Conference, Washington, D.C.: November 10, 1992.
- Kiragu, K & Zabin, L. (1993). "The Correlates of Premarital Sexual Activity among School-Age Adolescents in Kenya." International Family Planning Perspectives, 19:92-97 & 109.
- Kotliarenco, M.A., Caceres, I. & Fotecilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia, PAHO*.

- Krueger, R.A., (1988). Focus Groups, A Practical Guide for Applied Research, Sage Publications
- Ku, L.C., Sonenstein, F.L. & Pleck, J.H. (1993). "Young Men's Risk Behaviors for HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases, 1988 Through 1991," American Journal of Public Health, 83:1609-1615.
- Landry, J. & Camelo, T. (1994). Young Unmarried Men and Women Discuss Men's Roles in Contraception Practice. Family Planning Perspectives, 26:5. (Volume missing).
- Leite, R.M., Buoncompagno, E.M., Leite, A.C., Mergulhoa, E.A., Battistoni, M.M. (1995). "Psychosexual Characteristics of Male University Students in Brasil". Adolescence, 10(118):363-380.
- Lenero, L.O. (1992). Varones, Neomachismo, y Planificación Familiar. Tlalpan, Mexico: Fundación Mexicana para la Planificación Familiar.
- Luengo, M.X. (1997). La entrevista a un adolescente. Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia 4(2):21-23.
- Madaras, L. & Madaras, A. (1995) My Body, Myself for Boys, Newmarket Press.
- Marques, M. (1993). "Gente Joven, Young People: A Dialogue on Sexuality with Adolescents in Mexico," Quality/Calidad/Qualite, No. 5, 1993.
- Marsiglio, W. (1993). Adolescent Males' Orientation toward Paternity and Contraception, Family Planning Perspectives, Vol 25:22-31, No.1, Enero-Febrero, 1993
- Marsiglio, W. (1988). "Adolescent Male Sexuality and Heterosexual Masculinity: A Conceptual Model and Review." Journal Of Adolescent Research, Vol 3, Nos. 3-4, 285-303.
- Marsiglio, W. & Shehan, C. (1993). "Adolescent Males' Abortion Attitudes: Data from a National Survey", Family Planning Perspectives, 25:162-169.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). Qualitative Data Analysis, Sage Publications.
- Monterroso, E. (1988). "Encuesta sobre salud y educación sexual de jóvenes: Departamento de Guatemala, áreas urbanas: reporte final". Asociación Guatemalteca de Educación Sexual.
- Moore, K.A., Nord, C.W., & Peterson, J.L. (1989). Non-Voluntary Sexual Activity among Adolescents. Family Planning Perspectives, 21(3), 110-114.
- Moore, K. & Helzner, J. (1996). What's Sex got to Do with it? Population Council/International Planned Parenthood Federation.
- Morris, L. et. al.. (1987). "Young Adult Reproductive Health Survey in Two Delegations of Mexico City". CDC-Division of Reproductive Health and Centro de Orientaciones para Adultos Jóvenes. English Language Report.
- Morris, L. (1992). Sexual Experience and Use of Contraception among Young Adults in Latin America. MMWR CDC Surveillance Summaries, 41: 27-40.

- Morris, L. (1995). "Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents." Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean, Mexico: August 23-26, 1995.
- Morris, L. (1993). "Determining Male Fertility Through Surveys: Young Adult Reproductive Health Surveys in Latin America." Presented at the General Conference of The IUSSP, Montreal, Canada, August 24-September 1, 1993.
- Morris, L., Nunez, L., Monroy, A., Bailey, P., Cardenas, C. & Whatley, A. (1988). "Sexual Experience and Contraceptive Use among Young Adults in Mexico City," International Family Planning Perspectives, 14(1):147-152.
- Morris, L. (1988). Young Adults in Latin America and the Caribbean: Their Sexual Experience and Contraceptive Use. International Family Planning Perspectives, 14(4): 153-158. Dec. 1988.
- Mundigo, A. (1995). Men's Roles, Sexuality and Reproductive Health. International Lecture Series on Population Issues, The John D. and Catherine T. Macarthur Foundation.
- Nathanson, C.A. & Becker, M.H., (1985) "The Influence of Client-Provider Relationships on Teenage Women's Subsequent Use of Contraception", American Journal of Public Health, 75:33.
- Nichols, D., Lapido, O., Paxman, J. & Otolorin, E. (1986). Sexual Behavior, Contraceptive Practice and Reproductive Health among Nigerian Adolescents. Studies In Family Planning, 17(2):100-07.
- Nieves, I. (1992). The Cultural Dimensions of Fatherhood among Young Men in Guatemala City: An Exploratory Study. IDEAS, Interamerican Development Advisory Services, Ltd. Oct. 1992
- O'Brien, J. (P1994). "Men and Family Planning: So what Did They Talk about?", Reproductive Health Matters, No. 3. (Not On Shelf)
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Adolescencia al día. May, Vol. 1.
- PAHO, (1987). "La situación de salud del adolescente en América Latina. Base para un plan de acción regional".
- PAHO, (1988). "Fecundidad en la adolescencia: Causas, riesgos y opciones". Cuaderno Técnico No. 2.
- PAHO, (1997). Regional Plan of Action on Adolescent Health, draft.
- Paira, V. (1993). "Sexuality, Condom Use and Gender Norms among Brazilian Teenagers. Reproductive Health Matters, 2:98-109. (Book Repair)
- Patton, M.Q. (1987). How to Use Qualitative Methods in Evaluation, Sage Publications
- Pelto, P.J. & Pelto, G.H. (1970). Anthropological Research: The Structure of Inquiry, Cambridge University Press.
- Pick De Weiss, S., Atkin, L., Gribble, J. & Andrade-Palos, P. (1991). Sex, Contraception and Pregnancy

among Adolescents in Mexico City. Studies in Family Planning, 22(2):74-82.

Pinto, J.A., Ruff, A.J., Paiva, J.V., Antunes, C.M., Adams, I.K. Halsey, N.A., Greco, D.B. (1994). HIV Risk Behavior and Medical Status of Underprivileged Youths in Belo Horizonte, Brazil: Journal of Adolescent Health, 15(7): 577-581.

Planned Parenthood Federation of America, (1996). Challenges: Men's Needs and Responsibilities.

Plata, M.I., (1996) Bringing Men and Women Together in Family Planning Clinics. Learning about Sexuality: A Practical Beginning. S. Zeidenstein and K. Moore (Eds). Population Council, New York.

Population Reference Bureau, (1992). La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el caribe: Riesgos y consecuencias. Nov. 1992

Porto, S.O.B., Cardoso, D.D.P., Quieroz, D.A.O., Rosa, H., Andrade, A.L., Zicker, F., Martelli, C.M.T. (1994). Prevalence and Risk Factors for HIV Infection among Street Youth in Central Brazil. Journal of Adolescent Health, 15(7): 577-581.

Raffaelli, M., Siqueira, E., Payne Merritt, A., Campos, K., Ude, W., Greco, M., Greco, D., Ruff, A., Halsey, N., & Street Youth Study Group. (1995). HIV-Related Knowledge and Risk Behaviors of Street Youth in Belo Horizonte, Brazil. AIDS Education And Prevention 7(4): 287-297.

Ringheim, K., 1993. "Factors that Determine Prevalence of Use of Contraceptive Methods For Men, Studies in Family Planning. 24(2):87-99.

Rogow, D. & Horowitz, S. (1995). Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research. Studies In Family Planning. 26(3):140-153

Rubin, H.J & Rubin, I.S., (1995) Qualitative Interviewing, the Art of Hearing Data, Sage Publications.

Scales, P. (1977). Males and Morals: Teenage Contraceptive Behavior amid the Double Standard. The Family Coordinator July, 211-222.

Schultz, M.M. & Sonenstein, F.L. (1995). "Men At Family Planning Clinics: The New Patients?" Family Planning Perspectives 27(5):212-225.

Schultz Jason & Warren Hedges (1996). Hearing Ourselves Talk: Links Between Male Sexuality and Reproductive Responsibilities. Learning about Sexuality: A Practical Beginning. S. Zeidenstein and K. Moore. New York, The Population Council: 45:69.

Simonetti, C. Semonetti, C. & Arruda, S. With Rogow, D., (1996) Listening to Boys: A Talk with ECOS Staff. Learning about Sexuality: A Practical Beginning. S. Zeidenstein And K. Moore (Eds). Population Council, New York.

Sonenstein, F.L., Pleck, J.H., & Ku, L.C. (1991). Levels of Sexual Activity among Adolescent Males in The United States. Family Planning Perspectives, 23(4), 162-167.

- Sonenstein, F.L. & Pleck, J.H. & KU, L.C. (1989). "Sexual Activity, Condom Use and AIDS Awareness among Adolescent Males" Family Planning Perspectives, 21:152.
- Sonenstein, F., Stewart, K., Duberstein Lindberg, L., Pernas, M. & Williams, S. (1995) Involving Males in Preventing Teen Pregnancy: A Guide for Program Planners, The California Wellness Foundation, The Urban Institute.
- Stewart, L. & Eckert, E. Eds. (Forthcoming). Indicators for Adolescent Reproductive Health Programs. In: Bertrand, J.T. & Tsui, A.O. Indicators for Reproductive Health Program Evaluation. Chapel Hill, North Carolina, The Evaluation Project. (Forthcoming)
- Stewart, L., Sebastini, A., Delgado, G, et. al. (1996). "Consequences of Sexual Abuse of Adolescents," Reproductive Health Matters, 7:129-34.
- Stycos, J.M. (1995). "Schooling, Gender and Population: Knowledge and Attitudes of Secondary School Youth in Costa Rica, Colombia and Peru". Working Paper.
- Tanfer, K. (1993). "National Survey of Men: Design and Execution," Family Planning Perspectives, 25(2):83-86.
- Townsend, J.W., Diaz De May, E. Sepulveda, Y., Santos De Garza, L., Y. & Rosenhouse, S. (1987) Sex Education and Family Planning for Young Adults: Alternative Urban Strategies in Mexico. Studies in Family Planning, 18(2): 103-108. Mar-Apr. 1987.
- Tunes, C.M., Parker, R., Greco, M., Greco, D., Halsey, N. & Street Youth Study Group (1993). Sexual Practices and Attitudes of Street Youth in Belo Horizonte, Brazil. Social Science and Medicine, 37(5): 661-670. 1993.
- Useche, B. (1990). "Sexual Behavior of Colombian High School Students". Adolescence, 25(98): 291-304.
- Vaessen, M. (1990). Knowledge and Use of Periodic Abstinence. Natural Family Planning: Current Knowledge and New Strategies for the 1990s: Proceedings of a Conference, Part II. Georgetown University, Washington, DC.
- Valenzuela, G., Solange, M. (1989). "Encuesta de Salud Reproductiva en Adultos Jóvenes: Gran Santiago," Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública, CDC, Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Warren, C.W., Powell, D. Morris, L. Jackson, J. & Hamilton, P. (1988). "Fertility and Family Planning among Young Adults in Jamaica." International Family Planning Perspectives, 14(4):137-141.
- Weiss, E., Whelan, D. & Rao Gupta, G. (1996). Vulnerabilidad y oportunidad: los adolescentes y el VIH/SIDA en el mundo en desarrollo. International Center for Research on Women.
- Witmer, M. (1993). Poverty Risk for Families of Chilean Teenage Mothers Determined by Women's

Education, Father's Support. International Family Planning Perspectives, 19(2): 75-76. Jun. 1993.

World Health Organization (WHO). Adolescent Health Programme. The Narrative Research Method: Studying Behavior Patterns of Young People by Young People. A Guide to its Use. Geneva, WHO, Aug. 1993. 40p.

World Health Organization (WHO). Adolescent Health Programme (Ahp), and WHO Regional Office for Africa (ROA) (1993) Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Health: From Research to Action: The Narrative Research Method. Report of a Joint Meeting, Dakar, Senegal, Apr. 22-26, 1993. Geneva And Brassavillee, Congo, WHP/AHP and WHO/ROA. 1993

World Health Organization/UNICEF. (1995). A Picture of Health? A Review and Annotated Bibliography of the Health of Young People in Developing Countries.

World Health Organization (WHO). (In Press). Programming for Adolescent Health. Technical Report of the WHO\UNFPA\UNICEF Study Group.

World Health Organization (WHO) (1997). Action for Adolescent Health: Towards a Common Agenda, Recommendations from a Joint Study Group, WHO, UNFPA, UNICEF.

World Health Organization (WHO) (1992). A Study of the Sexual Experience of Young People in Eleven African Countries: The Narrative Research Method. Adolescent Health Programme, Division of Family Health.

Zeidenstein, S. & Moore, K. (1996). Sexuality: A Practical Beginning, Population Council, International Women's Health Coalition, New York.